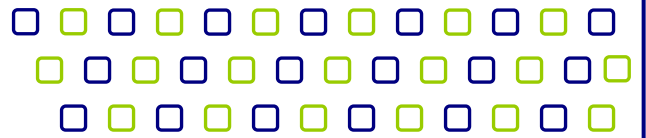


# Rapport annuel de gestion



**2008-2009**

[www.csssqn.qc.ca](http://www.csssqn.qc.ca)

Centre de santé et de services sociaux  
de Québec-Nord

## TABLE DES MATIÈRES

1	Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale.....	1
2	PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT .....	2
2.1	Mission .....	2
2.2	Structure organisationnelle.....	3
2.3	Contexte, faits saillants et modifications apportées aux services offerts .....	4
2.3.1	Direction générale adjointe et direction de l'enseignement et de la recherche.....	4
2.3.2	Direction des affaires juridiques et des communications.....	4
2.3.3	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles.....	5
2.3.4	Direction des ressources humaines.....	6
2.3.5	Direction de la qualité des services et des soins infirmiers.....	8
2.3.6	Direction des services professionnels et hospitaliers .....	9
2.3.7	Direction du programme de soutien à domicile.....	11
2.3.8	Direction des programmes Famille-Enfance-Jeunesse / Santé mentale .....	13
2.3.9	Direction de l'hébergement.....	14
2.3.10	Direction du programme des services généraux et de la santé publique .....	15
3	ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT .....	17
3.1	Orientations stratégiques et priorités d'action.....	17
3.2	Les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus .....	18
3.3	L'agrément .....	18
3.4	La sécurité des soins et services.....	18
3.5	Plaintes et promotion des droits des usagers.....	19
3.5.1	Total des plaintes pour la période du 1 <sup>er</sup> avril 2008 au 31 mars 2009 .....	19
3.5.2	Plaintes par programme .....	19
3.5.3	Plaintes par objet.....	20
4	CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT .....	20
4.1	Membres du conseil d'administration .....	20
4.2	Les membres des comités du conseil d'administration.....	21
4.2.1	Comité administratif.....	21
4.2.2	Comité de vérification et de la performance financière.....	21
4.2.3	Comité des ressources humaines .....	21
4.3	Conseils et comités institués en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux et les faits saillants .....	22
4.3.1	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	22
4.3.2	Conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	23
4.3.3	Conseil multidisciplinaire (CM) .....	24
4.3.4	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) .....	24
4.3.5	Comité des usagers.....	25
4.3.6	Comité de vigilance et de la qualité.....	25
4.3.7	Comité de gestion des risques .....	26
4.3.8	Comité de révision.....	27
4.3.9	Conseil du personnel administratif et de soutien (CPAS).....	28

## TABLE DES MATIÈRES (suite)

5	ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS :	29
5.1	Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés	29
5.2	État des résultats - Fonds d'exploitation - Activités principales	30
5.3	État des résultats - Fonds d'exploitation - Activités accessoires	32
5.4	Solde de fonds - Fonds d'exploitation	34
5.5	Bilan - Fonds d'exploitation	36
5.6	Notes aux états financiers	37
6	CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	46
7	FONDATEURS	46
7.1	Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré	46
7.2	Fondation du Centre de santé de la Haute-Saint-Charles/Jacques-Cartier	47
7.3	Fondation du CLSC-CHSLD La Source	47
7.4	Fondation Hébergement Saint-Augustin	47
8	ANNEXES	48

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-9809168-3-0  
Juin 2009

## 1 MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

L'année 2008-2009 se sera déroulée sous les thèmes de la performance, l'innovation, l'adaptation, la qualité et l'engagement envers nos ressources humaines.

Le premier élément concerne notre performance globale qui peut se mesurer notamment par les indicateurs de l'entente de gestion déterminée avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Cette entente situe plusieurs indicateurs en termes de volume de clientèle et d'interventions à réaliser dans nos différents secteurs d'activité. Nous avons atteint nos indicateurs de performance dans 85 % des cas, ce qui correspond à notre meilleure performance depuis le début des ententes de gestion.

L'innovation et le partenariat sont des fondements de notre organisation, et nous avons pu le manifester encore cette année. Pour la première fois, nous avons réalisé conjointement, avec trois autres établissements, deux journées carrières qui nous auront permis de rencontrer de jeunes recrues. Le CSSS de Québec-Nord en était à sa deuxième édition des journées carrières.

Nous avons participé à la formation de deux infirmières-praticiennes spécialisées en première ligne, qui innoveront par leur pratique au sein de notre unité de médecine familiale et d'une clinique-réseau l'an prochain. De plus, nous avons organisé avec des résidences privées du territoire un colloque portant sur l'autonomie des aînés, colloque réunissant des experts en gériatrie et des propriétaires de résidences privées, afin d'améliorer le niveau de connaissance de ces partenaires. Finalement, nous avons offert de transformer, sur une base temporaire, une partie des lits polyvalents, que nous avons à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré et à l'Hôpital Chauveau, pour participer à l'évaluation et l'orientation communautaire des personnes âgées. Cette initiative permet de nous joindre aux efforts de la région afin de mieux évaluer les personnes âgées à la suite d'une hospitalisation et d'utiliser leur potentiel de réadaptation pour un retour à domicile. Nous avons également contribué à réduire l'engorgement des urgences en offrant au milieu hospitalier dix lits supplémentaires d'hébergement transitoire, qui sont localisés dans nos différents centres d'hébergement. Cette mesure vise à réduire l'occupation des personnes âgées en attente d'hébergement en milieu hospitalier.

L'accessibilité aux services médicaux nous aura amenés à nous adapter aux nouvelles réalités des effectifs médicaux sur le territoire. En effet, en raison de la pénurie de médecins, nous avons dû modifier la vocation de l'urgence de l'Hôpital Chauveau. Après deux ans d'efforts de recrutement et de plan de contingence à l'urgence, nous avons convenu qu'il fallait éviter l'épuisement des médecins et de notre personnel tout en maintenant une accessibilité à des services d'urgence pour la population. C'est la raison qui a motivé les membres du conseil d'administration à demander à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale de modifier le statut de l'urgence afin qu'elle soit dorénavant ouverte de 8 h à 22 h, tous les jours de la semaine.

Nous avons poursuivi nos efforts de déploiement des GMF sur l'ensemble du territoire et nous sommes fiers que 14 des 17 cliniques privées sur le territoire soient associées dans un groupe de médecine de famille.

Conscients de la richesse que constituent nos ressources humaines pour réaliser notre mission, l'établissement a maintenu sa volonté d'offrir des postes à l'ensemble du personnel. L'établissement a poursuivi ses efforts de stabilisation des équipes de travail de façon à améliorer la qualité des services et la continuité pour la clientèle. Nous avons également entrepris une consultation sur le climat organisationnel dans le cadre de notre planification stratégique. Cette démarche a jumelé les échanges sur l'orientation à donner à nos services et la façon dont nous souhaitons vivre notre climat de travail. Trente-huit groupes ont été rencontrés et consultés au sein de l'organisation, ce qui a enrichi considérablement notre planification stratégique, laquelle sera déposée au cours de l'année prochaine.

C'est avec enthousiasme, confiance et ouverture que nous abordons la prochaine année. Celle-ci sera certainement orientée vers la recherche de solutions pour améliorer encore l'accessibilité, la continuité et la qualité de nos services, tout en prenant soin des personnes qui travaillent au sein de l'organisation, des médecins et des bénévoles, puisqu'ils constituent le cœur de notre organisation.

Michel Hamel, président

Lucie Lacroix, directrice générale

## 2 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

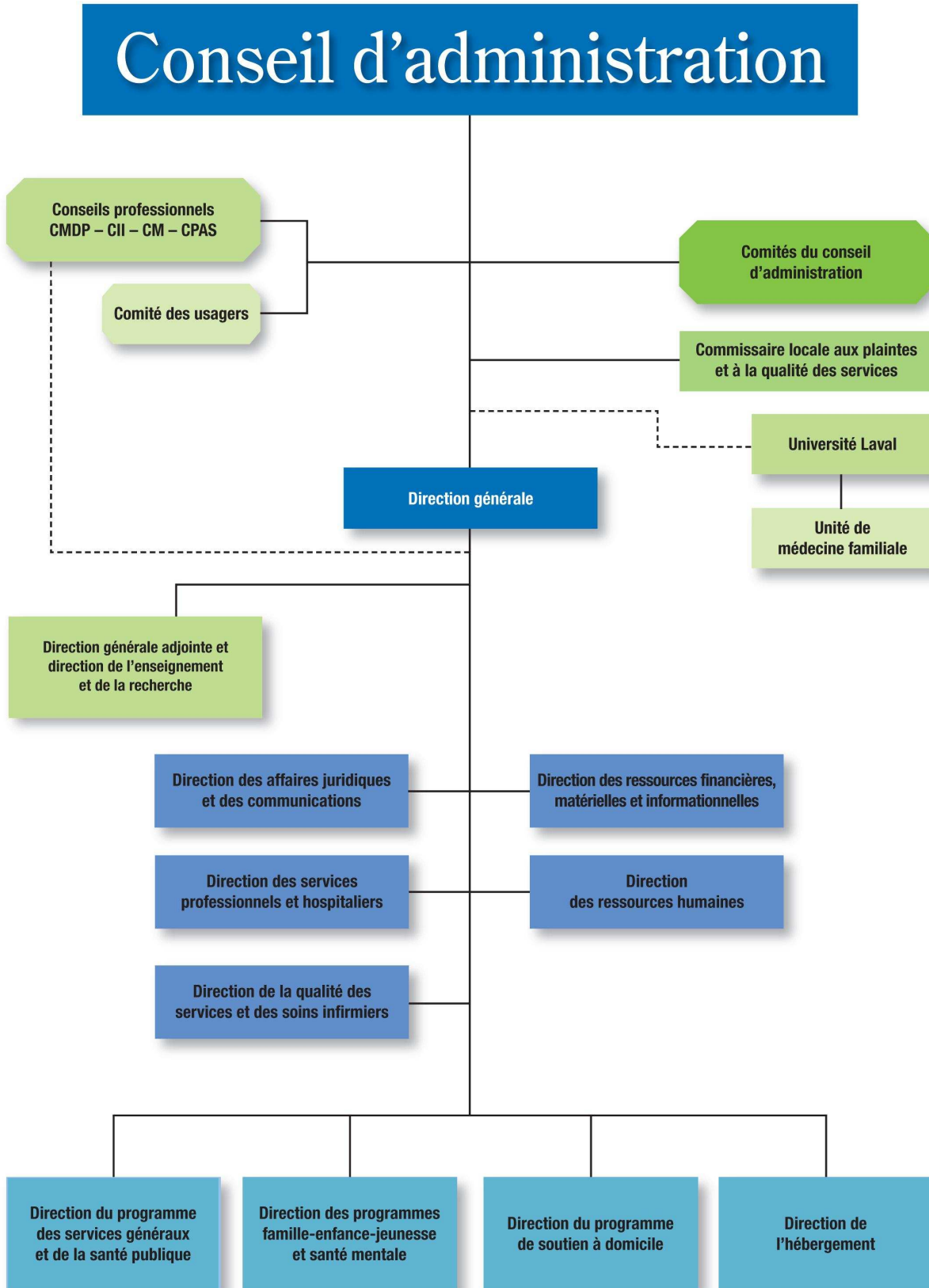
### 2.1 Mission

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Québec-Nord est un établissement multivocationnel qui exploite des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des hôpitaux de soins généraux et spécialisés.

Le CSSS de Québec-Nord a pour mission d'assurer à la population de son territoire, la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes.

À cette fin, il travaille à développer un grand réseau local de services en mobilisant les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur la santé et le bien-être.

## 2.2 Structure organisationnelle



## **2.3 Contexte, faits saillants et modifications apportées aux services offerts**

### **2.3.1 Direction générale adjointe et direction de l'enseignement et de la recherche**

Au niveau de l'enseignement et de la recherche, il est important de signifier que nous avons accueilli en 2008-2009 un total de 691 stagiaires en provenance de 34 établissements ou programmes d'enseignement de niveau secondaire, collégial et universitaire. Pour l'ensemble des stages effectués, cela équivaut à 9 584 jours de stage dans 21 disciplines cliniques et para-cliniques. Nous sommes très satisfaits des résultats obtenus à la suite des diverses activités de promotion effectuées tant auprès des superviseurs de stages que des universités, lesquelles ont favorisé la venue de stagiaires de niveau universitaire.

Les efforts soutenus pour structurer notre processus de gestion ont permis d'offrir aux superviseurs de stages, aux stagiaires et aux gestionnaires, tout le support nécessaire à la bonne marche de l'enseignement et la convenance des projets de recherche. En 2008-2009, nous avons accueilli 9 nouveaux projets de recherche, en plus des 30 projets en cours de réalisation et de 6 autres qui se sont terminés au cours de l'année.

### **2.3.2 Direction des affaires juridiques et des communications**

En 2008-2009, la petite, mais dynamique équipe de la Direction des affaires juridiques et des communications s'est investie dans plusieurs projets et événements, afin de prendre soin de la grande famille Québec-Nord!

Cette année, nous avons concentré nos efforts au développement des communications internes de l'établissement. Pour ce faire, nous avons élaboré la procédure « Circuit de communication interne du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord », qui balise formellement la diffusion de l'information dans l'établissement et comprend quatre volets : les chaînes de distribution courriel, l'affichage, les réunions et rencontres d'équipe ainsi que l'Intranet. D'ailleurs, nous avons finalisé le déploiement de l'Intranet en janvier 2009, et il est maintenant accessible sur tous les postes informatiques de l'établissement.

Afin d'améliorer nos liens de communication avec les organismes communautaires, nous avons fait appel aux employés intéressés pour mettre sur pied un groupe d'« Ambassadeurs Québec-Nord ». Les « Ambassadeurs Québec-Nord » sont des employés formés et outillés pour représenter l'organisation et prendre part aux activités des organismes communautaires, tenir des kiosques et donner de l'information sur nos services. Dès l'automne 2009, une cinquantaine d'employés deviendront des « Ambassadeurs Québec-Nord ».

Nous avons aussi interpellé les employés afin de les inviter à partager leur expertise en donnant des « mini-conférences » aux membres des organismes communautaires partenaires du CSSS de Québec-Nord. Un calendrier de « mini-conférences » sera acheminé à l'automne 2009. Ils pourront ainsi s'inscrire à la conférence de leur choix, qui sera donnée dans nos sites par des intervenants de notre organisation.

La Direction des affaires juridiques et des communications a aussi publié mensuellement l'*Info-Nord*, le bulletin interne d'information du CSSS de Québec-Nord. De plus, nous avons participé à la réalisation du troisième agenda du CSSS de Québec-Nord, toujours axé sur la promotion de la santé. Cette création originale qui encourage l'adoption de saines habitudes de vie est offerte à tous les employés de l'organisation.

Notre équipe a aussi coordonné l'organisation de plusieurs événements. Nous avons organisé la séance publique d'information pour la population de notre territoire, qui a lieu en novembre 2008, où plusieurs citoyens et partenaires étaient présents pour constater toutes les actions réalisées par le CSSS de Québec-Nord, au cours de l'année 2007-2008. Nous avons aussi pris part à l'organisation des Journées carrières et de l'assemblée générale annuelle des partenaires du CSSS de Québec-Nord, qui portait sur la promotion du programme *0-5-30 Combinaison Prévention*.

La dernière année fut également marquée par l'organisation de deux grandes activités reconnaissance pour le personnel du CSSS de Québec-Nord. En octobre 2008, a eu lieu la 3<sup>e</sup> édition du Gala Everest, qui se déroulait sous le thème « Une avalanche d'étoiles! ». Cette soirée magique, où nous avons décerné dix trophées Everest, fut encore une fois haute en couleur et riche en émotions! Quelques mois plus tard, c'est dans une atmosphère festive et chaleureuse que s'est tenu la fête des employés ayant cumulé 25 ans de service et des retraités du CSSS de Québec-Nord, à la majestueuse et historique Chapelle du Musée de l'Amérique française. Ce fut deux occasions privilégiées pour l'organisation de manifester toute sa reconnaissance aux employés qui se dévouent quotidiennement au service de nos usagers.

### **2.3.3 Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles**

Un changement important dans notre structure est survenu en cours d'année. En effet, la Direction des ressources financières et des technologies de l'information s'est unie à la Direction des immobilisations et des services d'hôtellerie pour former la nouvelle Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles. Cela permettra, en outre, de mieux intégrer les dossiers communs.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, notre établissement dispose de sa propre équipe informatique. Nous pouvons maintenant compter sur des gens de chez-nous pour répondre à plus de 200 demandes par semaine, provenant de nos employés. Les projets informatiques, les systèmes d'information, l'infrastructure technologique et la sécurité informationnelle sont maintenant l'affaire de nos experts. Comme réalisation majeure, retenons le PACS en radiologie. Ce système permet de visualiser les radiographies sur un écran vidéo plutôt que sur les films traditionnels.

Les budgets de maintien d'actifs ont été rehaussés. Ainsi, le plan triennal 2009-2012 dépasse les 5,5 millions de dollars. Ces argent sont utilisés pour pallier à la vétusté des immeubles et pour leur mise aux normes. En ce qui concerne la rénovation fonctionnelle, les budgets sont beaucoup plus modestes, mais ils ont quand même permis la rénovation des locaux de la radiologie de l'Hôpital Chauveau et l'installation de leviers sur rails dans plusieurs de nos CHSLD.

Finalement, le service des approvisionnements a procédé à l'acquisition de nombreux équipements. Parmi les principaux, mentionnons un colonoscope, un moniteur cardiaque, des lève-personnes, des équipements pour l'entretien ménager et pour les services alimentaires de même que plusieurs postes informatiques.

### 2.3.4 Direction des ressources humaines

Plusieurs projets ont été actualisés cette année par les équipes de la Direction des ressources humaines.

**Journées Carrières « Apporte ton CV... Une journée, et c'est réglé! »** : C'est sous le thème « Apporte ton CV... Une journée, et c'est réglé! » que, les 24 et 25 mars 2009, ont eu lieu les deux journées carrières organisées par la Direction des ressources humaines du CSSS de Québec-Nord.

Cette année, nous avons deux grandes nouveautés : la première, ces journées ont été organisées en partenariat avec d'autres établissements du réseau, soit le Centre jeunesse, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, tous très heureux d'être de la partie ; la seconde, les personnes à la recherche d'un emploi ont été invitées à venir nous rencontrer pour faire valoir leur candidature, et celles retenues sont réparties avec une confirmation d'embauche dans un poste de leur choix. Cette nouvelle façon de faire nous aide à consolider notre embauche et évite que les candidats retenus poursuivent leur magasinage d'emploi.

Encore une fois, les journées carrières nous ont démontré à quel point le CSSS de Québec-Nord est un établissement des plus prisés dans la région. En effet, près de 900 personnes sont venues nous rencontrer. Au total, 332 entrevues ont été effectuées, et nous avons recruté 150 personnes au cours de ces deux journées.

**Stabilisation des ressources humaines** : En réponse à la problématique régionale et provinciale de rareté de la main-d'œuvre dans les milieux de la santé, le CSSS de Québec-Nord s'est donné comme objectif principal, depuis 2007-2008, la stabilisation des ressources humaines dans les équipes de travail. Cet objectif a été partagé auprès des instances suivantes :

- le conseil d'administration;
- le comité de gouvernance;
- les gestionnaires de l'établissement;
- les syndicats;
- les conseils professionnels;
- le comité des usagers.

Pour atteindre cet objectif de stabilisation, nous avons réalisé plusieurs activités dont les plus importantes sont les suivantes :

- Reconversion des heures de remplacement en postes pour les titres d'emploi pour lesquels on retrouve un nombre élevé de personnel (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires (PAB), auxiliaires familiales (ASSS), PB en résidence);

- Rehaussement des postes à temps partiel permanents des catégories suivantes : infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, auxiliaires familiales. Nous avons offert à chacune de ces personnes un rehaussement de leur poste jusqu'à la hauteur d'un poste 7/14;
- Titularisation du personnel occasionnel et aux nouveaux employés pour les catégories suivantes : infirmières, infirmières auxiliaires, PAB, ASSS, PB en résidence. Les postes offerts sont des 7/14;
- Recrutement intensif, à la suite des journées carrières;
- Formation du personnel à l'embauche (PAB et ASSS).

Ces activités ont été réalisées en collaboration avec les gestionnaires de chacune des directions programme et les syndicats concernés. De plus, la décision de l'établissement d'octroyer un poste à tout son personnel en soins infirmiers et soins d'assistance a favorisé notre capacité d'attirer de nouveaux employés. Au cours de la prochaine année, les efforts se poursuivront afin, d'une part, de consolider ce premier exercice de stabilisation et, d'autre part, de stabiliser d'autres catégories d'emploi. Nous vous présentons ci-après le tableau illustrant les résultats de cet exercice de grande envergure.

#### Bilan de la stabilisation de la main-d'œuvre au CSSSQN depuis mars 2008

Titre d'emploi	TPO rehaussés	Stabilisés	TPO titularisés	TOTAL
Infirmières	22	56	100	178
Infirmières auxiliaires	34	20	56	110
Préposés aux bénéficiaires	84	149	90	323
Auxiliaire en santé et services sociaux	13	19	25	57
TOTAL	153	244	271	668

**Évaluation du climat de travail :** En mars 2008, le CSSS de Québec-Nord formait un comité dont le principal mandat était de réaliser une évaluation du climat de travail dans l'organisation et de formuler des pistes d'amélioration au comité de gouvernance et au conseil d'administration. Entre les mois d'avril et novembre 2008, 38 groupes d'employés ont été rencontrés, selon une formule de type « *focus group* ». Ces rencontres ont permis de recueillir les commentaires de 279 employés, gestionnaires et médecins du CSSSQN.

Les participants aux rencontres de *focus group* étaient invités à formuler leurs commentaires sur le climat de travail, à partir des trois dimensions suivantes :

- les relations avec la clientèle ;
- les relations avec les collègues de travail ;
- les relations avec les gestionnaires.

Au terme de ces rencontres, qui représentent au-delà de 130 heures de consultation, une mise en commun des commentaires a permis aux membres du comité de coordination de la démarche d'évaluation du climat de travail, d'identifier huit thèmes à l'intérieur desquels nous avons pu regrouper la majorité des commentaires reçus par les participants.

Les thèmes identifiés sont :

- la charge de travail;
- la reconnaissance au travail;
- les relations avec les supérieurs;
- l'ambiguïté des rôles;
- l'approche directive du haut vers le bas de l'organisation (Approche Top-Down);
- la gestion de l'information;
- le respect dans les relations au travail;
- l'environnement.

Le rapport visant l'amélioration du climat de travail décrit, de manière précise, comment ces huit thèmes affectent le climat de travail du personnel au CSSSQN. Les membres du comité de gouvernance et du conseil d'administration sont convaincus de la nécessité d'améliorer le climat de travail au CSSSQN, par une démarche continue qui s'échelonne sur plusieurs années.

**Développement des ressources humaines :** Toujours dans un souci de développement professionnel et d'amélioration des conditions d'exercice, l'établissement contribue maintenant financièrement aux activités de développement postsecondaire, permettant à la personne d'acquérir ou d'approfondir des connaissances et des habiletés en relation avec la fonction qu'il ou qu'elle exerce dans l'établissement, ou en regard de son cheminement de carrière.

Ainsi, toute personne à l'emploi du Centre de santé et de services sociaux de Québec Nord, qui est inscrite à une ou des activités de formation postsecondaire, est éligible au remboursement d'une partie de ses frais d'inscription, et ce, conformément aux règles établies par l'établissement. Ces activités de formation s'actualisent généralement en dehors du temps de travail et sont de l'initiative même de la personne. Cet engagement de l'organisation vient contribuer à la fidélisation de nos ressources, à leur développement et à l'amélioration de leurs conditions d'exercice.

### 2.3.5 Direction de la qualité des services et des soins infirmiers

Cette année, nous avons procédé à l'implantation du Plan thérapeutique infirmier (PTI) dans notre établissement. Cette nouvelle norme s'adresse à tout notre personnel infirmier et a nécessité la formation de 58 infirmières *mentores* qui, à leur tour, ont formé l'ensemble des infirmières et infirmiers de l'établissement.

C'est également à l'automne 2008 que la mise en place du monitoring des mesures de contrôle a été effectuée. Avec la révision du protocole relatif aux mesures de contrôle, entreprise en janvier dernier, nous serons en mesure de débiter la formation des intervenants dès septembre 2009. Afin de mieux encadrer le

personnel infirmier, nous avons mis en place plusieurs outils d'encadrement de la pratique clinique dont, le programme de prévention et de gestion des chutes, le protocole d'influenza ainsi que des règles de soins et des ordonnances collectives.

En mai 2008, nous avons coordonné la visite de nos laboratoires par Agrément Canada. De plus, le 31 mars 2009, Agrément Canada nous confirmait l'agrément de notre organisation.

En lien avec les recommandations d'Agrément Canada, la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers, en collaboration avec toutes les directions, a implanté une approche globale de gestion des risques, en instaurant entre autres un plan d'action relatif à l'importance de développer une culture de sécurité dans notre organisation.

La Direction de la qualité des services et des soins infirmiers a sous sa responsabilité la coordination de la prévention et du contrôle des infections dans les centres privés-conventionnés de la région 03 ainsi que la coordination des activités du comité d'évaluation des produits, dont le mandat consiste à harmoniser les produits utilisés dans l'établissement et à mettre en place une trajectoire unique pour les fournisseurs.

### **2.3.6 Direction des services professionnels et hospitaliers**

Le contexte dans lequel la responsabilité de la Direction des services professionnels et hospitaliers est impliquée s'articule autour de deux grands axes pour lesquels une attention particulière doit être portée à la qualité de l'acte médical et à l'accessibilité aux soins pour toute notre population.

Le premier axe correspond aux services offerts par le réseau local médical de la communauté. Cet axe regroupe 181 médecins omnipraticiens répartis dans le territoire du CSSS de Québec-Nord. Quarante-neuf omnipraticiens exercent leur profession dans 17 cliniques privées. Onze GMF et une clinique-réseau associent 14 cliniques privées dans lesquelles nous retrouvons 132 médecins accrédités GMF.

Dans notre territoire, nous retrouvons aussi l'Unité de médecine familiale (UMF) Maizerets qui regroupe 17 omnipraticiens. La nomination récente d'un directeur de l'UMF, le Dr Yvan Leduc, a permis de mettre en place un comité directeur favorisant l'harmonisation entre la mission enseignement auprès des résidents en médecine familiale et les services à la clientèle de leur GMF.

Nous avons aussi procédé à la nomination de deux infirmières praticiennes au service de la clientèle de première ligne. Une pratiquera à l'UMF Maizerets, et l'autre, à la Clinique-réseau Orléans.

Enfin, nous travaillons actuellement à développer deux nouvelles cliniques-réseau. La première, dans le secteur Orléans, devrait ouvrir ses portes en juin 2009, et la seconde, dans le secteur Haute-Saint-Charles/Jacques-Cartier, devrait ouvrir à l'automne 2009. Le projet d'installer une quatrième clinique-réseau sur notre territoire au point de service Nord du CLSC La Source est toujours en vigueur.

Le deuxième axe concerne tous les médecins associés au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du CSSS de Québec-Nord. Cet axe regroupe 84 médecins spécialistes répartis dans nos deux cliniques externes spécialisées. Il regroupe aussi 148 médecins omnipraticiens travaillant à l'urgence, en

gériatrie et en médecine générale, 7 pharmaciens travaillant au département de pharmacie et 4 dentistes travaillant au département de dentisterie gériatrique.

Dans cet axe, le point saillant a été, après consensus général, la mise en place d'un nouveau plan d'organisation médicale permettant la création d'un seul département d'urgence et la nomination d'un seul chef regroupant les services de l'urgence de l'Hôpital Chauveau et de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré. Ce plan d'organisation médicale a permis de regrouper trois services de gériatrie sous un seul département et de créer un seul département de médecine générale regroupant tous les médecins des différents programmes des trois secteurs CLSC.

**Les principales modifications apportées cette année au niveau des services médicaux et dentaires offerts sont les suivantes :**

- Par une entente de service avec le Centre jeunesse de Québec, les médecins faisant partie des cliniques jeunesse ont été identifiés dans chacun des trois territoires, pour prendre en charge la jeune clientèle orpheline adulte vulnérable référée par les intervenants du Centre jeunesse de Québec, afin d'assurer un suivi médical le plus près possible de leur lieu de résidence.
- En mars 2009, nous avons procédé à la nomination d'un coordonnateur médical local pour la prise en charge de la clientèle orpheline vulnérable, pour tout le territoire du CSSS de Québec-Nord. Ce médecin assurera la coordination de la clientèle orpheline identifiée dans chacun des secteurs et s'assurera de l'orienter vers un médecin omnipraticien qui prendra charge de leur suivi médical.
- Suite à des démarches auprès du Ministère, nous avons pu étendre les services de dentisterie gériatrique à la clientèle hébergée de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré.
- En avril 2008, nous avons mis en place un comité d'accessibilité à la 1<sup>ère</sup> et à la 2<sup>e</sup> ligne pour tout le territoire de Sainte-Anne-de-Beaupré. Ce comité a permis d'améliorer l'accessibilité aux lits polyvalents de ce secteur, pour les médecins des cliniques du territoire, et le développement de deux nouveaux lits de soins de courte durée en médecine aiguë.
- Un plan de main-d'œuvre médicale a été complété concernant tous les omnipraticiens du réseau local et du CMDP. Par la mise en place d'une structure de recrutement permanente en 2007-2008, nous avons pu procéder au recrutement de neuf nouveaux médecins omnipraticiens pour l'année 2008-2009.
- Malgré des efforts constants concernant le recrutement médical, le nombre de médecins recrutés pour le secteur de l'urgence de l'Hôpital Chauveau n'a pas permis, après 18 mois d'efforts, de rétablir pour ce secteur une couverture d'accessibilité 24/24 heures. Dans ce contexte, afin d'assurer une stabilité de l'équipe médico-nursing, et surtout une meilleure gestion du risque pour notre clientèle, une proposition d'un nouveau modèle d'offre de service pour l'urgence de l'Hôpital Chauveau a été déposée en février 2009. Ce modèle a été approuvé après consultation auprès des différents intervenants et mis en place le 27 avril 2009. L'urgence de l'Hôpital Chauveau devient une urgence de catégorie B et assure une couverture de service de 8 h à 22 h, tous les jours de la semaine. Des trajectoires de transfert des clientèles vers les autres urgences de la région de Québec ont été définies. Le concept permettant la mise en place d'une infirmière clinicienne de liaison en santé physique et mentale, rattachée directement à l'urgence de l'Hôpital Chauveau, a reçu l'approbation de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

### 2.3.7 Direction du programme de soutien à domicile

Plusieurs projets ont été actualisés cette année par les équipes de la Direction du programme de soutien à domicile.

**Colloque « L'autonomie des aînés, on s'en occupe ensemble » :** Cette journée visait à rejoindre les propriétaires et le personnel des résidences privées pour personnes âgées en perte d'autonomie. La tenue de ce colloque a permis la formation de 128 personnes sur trois des grands syndromes gériatriques reconnus. Ils ont été abordés par des gériatres de la région de Québec, sous forme de grandes conférences. De plus, il y a eu une participation active des professionnels du CSSS de Québec-Nord dans l'animation de différents ateliers.

**Processus de certification des résidences pour personnes âgées :** Ce processus de certification, mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à garantir plus de sécurité et une meilleure qualité de vie aux personnes âgées qui résident dans des établissements privés. Pour les CSSS, ce processus demande des ententes formelles avec les exploitants des résidences privées concernant la formation et l'autorisation des non-professionnels, qui seront appelés à donner les soins, et du personnel infirmier des résidences, qui devront former et superviser leur personnel non professionnel. Sur notre territoire, 57 résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie étaient visées. De ce nombre, 51 protocoles d'entente ont été signés à ce jour. De plus, nous offrons mensuellement des formations sur mesure pour les nouveaux employés des résidences privées, qui prodiguent des soins aux aînés de notre territoire.

**Élargissement de la gamme de services en soins palliatifs :** L'année 2008-2009 a permis d'intégrer des animateurs de pastoral dans les trois équipes de soins palliatifs au programme de soutien à domicile. L'accompagnement spirituel des personnes en soins palliatifs, ainsi que leurs proches, est maintenant assuré pour l'ensemble de notre territoire.

**Projet de réorganisation du travail en soins infirmiers :** En juin 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait une série de mesures visant à faire face au défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers. De ces mesures, l'organisation du travail est le principal levier qui a été ciblé afin de permettre l'utilisation, de façon optimale, des effectifs en soins infirmiers. Le Ministère a libéré des budgets afin de développer des projets de réorganisation du travail dans divers types d'établissements de différentes missions. Le CSSS de Québec-Nord est l'un des 23 établissements ayant été choisis par le Ministère pour participer à ce projet.

À l'instar de plusieurs établissements de santé au Québec, le CSSS de Québec-Nord est confronté à une pénurie de main-d'œuvre infirmière, et cette situation risque de s'exacerber avec les départs à la retraite anticipée au cours des prochaines années. Les conséquences de ce phénomène se font de plus en plus sentir au niveau du personnel du programme de soutien à domicile, puisque la difficulté de remplacement entraîne des heures supplémentaires et des recours aux agences privées. Ceci a comme effet d'accroître la charge de travail des infirmières.

C'est dans ce contexte que l'établissement a choisi d'entreprendre une démarche systématique de revue de l'organisation du travail en soins infirmiers pour le programme de soutien à domicile, afin de dégager différentes pistes de solutions et alternatives pour assurer une utilisation de la ressource infirmière la plus judicieuse possible.

**Projet SyMo (Système de mobilité clinique pour soutenir le travail des infirmières au programme de soutien à domicile) :** Le projet de mobilité clinique des infirmières en soins à domicile « SyMO » est actuellement en implantation dans un CLSC de notre territoire, soit celui du CLSC La Source. Cette application informatique permet une meilleure continuité des soins, car il est possible à partir du domicile du client d'accéder à son dossier afin d'obtenir une vue d'ensemble de son profil, de ses besoins et des interventions prioritaires requises. Les infirmières, maintenant munies d'ordinateurs portables, ont à leur portée l'ensemble des informations qui étaient auparavant disponibles uniquement au dossier « papier » du client. Les effets escomptés, dans un premier temps, sont une meilleure continuité et qualité des services et une augmentation du temps consacré aux soins directs des clients.

**Projet clinique – Personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement :** Un manuel d'organisation du projet clinique a été élaboré en 2008-2009 afin de mieux structurer le projet clinique. Les principales activités accomplies en cours d'année sont : l'élaboration d'une entente entre les CSSS et les hôpitaux de la région de Québec pour améliorer la prise en charge de la clientèle dont le retour à domicile est compromis, la conceptualisation d'un mécanisme d'accès unique aux services visant les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et enfin l'élaboration d'un cadre de référence des équipes de consultation spécialisées de gériatrie et de psychogériatrie.

**Répît aux proches aidants :** Un financement spécifique nous a été accordé dans le cadre de projets de répît aux proches aidants. Ce financement a permis la mise sur pied de mesures de répît plus souples et mieux adaptées aux besoins des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Nous avons privilégié les proches aidants de personnes atteintes de troubles cognitifs. De plus, il y a eu une entente régionale avec l'organisme Baluchon Alzheimer, ce qui nous permet d'offrir une cinquantaine de journées de baluchonnage aux aidants naturels de personnes âgées atteintes d'Alzheimer.

**Plan régional sur la maltraitance des personnes âgées :** La maltraitance envers les aînés constitue un problème important qui demeure largement sous-estimé. Afin de favoriser des interventions plus efficaces, la région de la Capitale-Nationale s'est dotée d'un plan d'action régional. Ce plan s'accorde aux orientations du projet clinique portant sur la perte d'autonomie liée au vieillissement. Une telle démarche implique la contribution d'intervenants et d'organismes diversifiés afin de couvrir l'ensemble du continuum de services aux aînés. Le premier volet du plan d'action régional s'adresse à la clientèle du soutien à domicile. Cette première phase du plan d'action est donc pilotée par les CSSS qui jouent un rôle clé dans l'animation et la concertation du réseau local de services de leur territoire.

**Agrément des ressources intermédiaires pour personnes âgées en perte d'autonomie :** À la suite d'une visite ministérielle d'appréciation de la qualité en 2007-2008, nous avons mis en œuvre les 14 recommandations émises par les visiteurs.

**Services aux personnes atteintes de déficience physique, déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement :** Une révision des cadres de gestion des programmes régionaux « services intensifs de soutien à domicile pour les personnes handicapées (SISAD) » et « services aux proches aidants (SAPA) pour les personnes atteintes de déficience physique, déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement » a été réalisée en 2008-2009. Le CSSS de Québec-Nord a travaillé à la mise en application de ces nouveaux cadres de gestion pour la clientèle de notre territoire.

**Accès au parc d'équipements visant à soutenir les personnes en perte d'autonomie vivant à domicile :** Nous avons un mandat régional qui touche à l'accès aux équipements. Un travail a été réalisé en collaboration avec nos principaux partenaires afin d'améliorer le délai d'accès aux équipements requis pour faciliter le soutien à domicile. À la fin de l'année 2008-2009, nous constatons une nette amélioration au niveau du délai d'accès.

**Évaluation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement :** Une trajectoire de collaboration a été élaborée entre l'Hôpital de jour de Beauport et le Centre d'excellence sur le vieillissement, plus précisément avec l'Unité de jour en évaluation gériatrique. Cette trajectoire permet à la clientèle de l'Hôpital de jour d'accéder à une évaluation par un gériatre lorsque requis.

**Consolidation du partenariat entre le programme de soutien à domicile et l'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré :** Pour éviter les séjours prolongés de la clientèle en perte d'autonomie à l'urgence de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, une collaboration a été établie entre le programme de soutien à domicile et l'urgence. Une travailleuse sociale prête main forte aux médecins et au personnel de l'urgence pour assurer la prise en charge de la clientèle pouvant être retournée dans la communauté.

**Plan d'accès du Ministère pour la clientèle atteinte de déficience physique, de déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement :** Cette année, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis de l'avant des standards d'accès aux services pour la clientèle mentionnée en titre. Une gestionnaire d'accès a été nommée pour notre établissement. Celle-ci a la responsabilité de s'assurer du respect des délais établis et de faire les suivis requis.

### **2.3.8 Direction des programmes Famille-Enfance-Jeunesse / Santé mentale**

Pour les programmes famille-enfance-jeunesse et santé mentale, c'est la consolidation de nos projets cliniques et la qualité des pratiques qui caractérisent nos activités de la dernière année.

En effet, nous avons élaboré et débuté l'implantation d'une stratégie de soutien et d'encadrement clinique suite à un large processus de consultation auprès de notre personnel. La stratégie retenue repose sur nos valeurs organisationnelles et propose quatre axes : accueil des nouveaux arrivants, le développement des compétences professionnelles, le soutien professionnel et l'encadrement clinique.

Nous avons également clarifié les règles entourant la prestation des services dans les programmes. Ces règles ont permis de favoriser l'accessibilité, la continuité, la hiérarchisation des services et le partenariat. Des précisions ont donc été apportées quant à l'attribution, la priorisation et la tenue des dossiers, de même qu'à l'égard de l'élaboration des plans d'intervention et des plans de services individualisés.

Finalement, la performance était au rendez-vous, et les activités réalisées par notre personnel en témoignent. Dans le programme famille-enfance-jeunesse, nous avons rencontré 20 115 usagers et réalisé 81 776 interventions. Cela représente une augmentation de 10,8 % quant au nombre d'usagers et une augmentation de 5,7 % quant au nombre d'interventions réalisées.

Dans le programme santé mentale, nous avons rencontré 4 995 usagers et réalisé 49 746 interventions. Nous avons augmenté l'intensité de nos services et offert en moyenne 10 interventions par usager.

Nos activités sont nombreuses, efficaces, mais ont pris toute une saveur clinique !

En effet, nous avons finalisé l'implantation des comités de développement et d'amélioration des pratiques dont l'objectif est d'harmoniser l'offre de service, de déterminer les cadres de pratique et de rehausser la qualité. À présent, l'interdisciplinarité se vit dans chaque équipe clinique, et des rencontres cliniques sont formalisées.

En étroite collaboration avec nos partenaires, nos intervenants ont élaboré un suivi systématique des clientèles pour les personnes atteintes de trouble psychotique. Nous avons également déployé des activités de réadaptation dans chaque secteur en santé mentale adulte.

Nous avons accru la qualité des services en implantant l'évaluation psychosociale auprès de nos jeunes et de leur famille. Nous nous sommes dotés d'un rigoureux processus de gestion des listes d'attente, et un filet de sécurité est présent dans chaque équipe pour la gestion des crises.

Enfin, de nombreuses activités de formation ont été offertes. Plusieurs formateurs organisationnels ont été identifiés et ont grandement contribué à la réussite de notre plan de formation et à sa pérennité.

### **2.3.9 Direction de l'hébergement**

Au cours de la dernière année, la Direction de l'hébergement a dirigé ses efforts dans l'atteinte des résultats attendus de la mise en œuvre des priorités 2008-2009 de l'établissement. À cet effet, nous avons mis en place les processus nécessaires afin d'admettre, selon la norme régionale prescrite, les nouveaux résidents dans un délai de 24 à 48 heures, permettant ainsi une plus grande accessibilité aux services d'hébergement pour les personnes présentant une perte d'autonomie liée au vieillissement. De plus, la Direction de l'hébergement a accueilli, à partir de dix (10) lits disponibles, des personnes en hébergement transitoire, contribuant également aux efforts régionaux d'augmenter l'accessibilité aux services d'hébergement. Ces contributions sont toutes à l'honneur du personnel qui a participé activement à la réalisation de ces deux éléments.

Le suivi des visites ministérielles pour les sites ciblés s'est encore une fois cette année concrétisé par des améliorations. Entre autres, la réalisation des visites pré-admission et la rédaction des histoires de vie des résidents permettent une meilleure connaissance des résidents et de leurs habitudes de vie, dans le but de teinter nos interventions et communications aux couleurs de leur vécu. À tous les ans, les plans d'intervention des résidents font l'objet d'une révision, ce qui est une exigence du Ministère à laquelle nous répondons à 100 %.

Soucieuse de bien accueillir les nouveaux résidents et d'outiller le personnel pour le faire, la Direction de l'hébergement a établi une trajectoire d'admission pour les personnes présentant un profil non traditionnel à l'hébergement. Découlant de l'actualisation du guide de prévention des situations conflictuelles entre la clientèle et l'établissement, la Direction de l'hébergement a mis en place une équipe de soutien venant en aide aux résidents et à leurs proches, ainsi qu'aux équipes de travail, afin de trouver des solutions aux situations difficiles pouvant être vécues entre ces différents acteurs en hébergement. Nous sommes fiers de souligner que ce concept novateur à l'hébergement du CSSS de Québec-Nord fait l'objet d'un projet de recherche, et que ce modèle a inspiré l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ainsi que les autres CSSS de la région dans la recherche de solution à ces situations difficiles. Mais, ce dont nous sommes le plus fiers, c'est la contribution tangible de cette équipe de soutien au bien-être des résidents, de leurs proches et du personnel.

Face à notre difficulté à combler nos besoins d'effectifs en préposés aux bénéficiaires, la Direction de l'hébergement, en collaboration avec des préposés aux bénéficiaires agissant à titre de « mentor », a mis de l'avant le programme de développement à la fonction de préposés aux bénéficiaires. Ce programme a permis l'embauche de soixante-quatre (64) préposés aux bénéficiaires. Ceux-ci sont formés et, par la suite, accompagnés par un préposé « mentor », afin d'assurer le développement de leurs connaissances, habiletés et aptitudes à intervenir auprès de la clientèle hébergée. Nous voulons souligner l'implication des préposés aux bénéficiaires dans ce programme et remercier l'ensemble du personnel pour l'accueil de ces nouveaux employés. Ce programme d'attraction et de fidélisation de la main-d'œuvre reviendra en 2009-2010.

### **2.3.10 Direction du programme des services généraux et de la santé publique**

Plusieurs projets ont été actualisés cette année par les équipes de la Direction des programmes des services généraux et de la santé publique.

**La réorganisation des services de prélèvement dans le secteur Orléans :** Appuyé par la littérature et les expériences concluantes, le CSSS de Québec-Nord actualise une première phase de réorganisation des services de prélèvement dans le secteur Orléans. Celle-ci vise à réduire les délais pour obtenir un prélèvement. Il est démontré que le mode d'organisation le plus efficace pour répondre aux besoins de la clientèle communautaire est le système sans rendez-vous. Pour ce faire, le regroupement des ressources humaines dans un même point de service s'avère une condition essentielle.

La centralisation des services de prélèvement au point de service Maizerets nous a permis d'offrir à notre population un accès sans rendez-vous, du lundi au vendredi, de réduire de moitié le délai pour l'obtention d'un rendez-vous et d'augmenter de 6 % le nombre de prélèvements, tout secteur confondu.

**Vaccination contre l'influenza :** La campagne de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque fut, en 2008-2009, un franc succès. Le tableau suivant témoigne du bilan pour les trois secteurs : Haute-St-Charles/Jacques-Cartier, La Source, Orléans Beauport/Beaupré/île d'Orléans.

Groupes ciblés	Vaccination contre l'influenza	
	# doses administrées	2 <sup>e</sup> dose
65 ans et plus	14 843	
60 à 64 ans	4 568	
2 à 59 ans atteints d'une maladie chronique	4 004	5
6 mois à 23 mois	1 099	463
Travailleurs de la santé CSSSQ-Nord (CLSC, CHSLD)	517	
Travailleurs de la santé autres que le CSSS Québec-Nord	1 150	
Contact d'une personne à risque de complications	7 914	59
Autres*	343	
<b>TOTAL</b>	<b>34 438</b>	<b>527</b>
	Vaccination contre le pneumocoque	
	Groupes ciblées	# doses administrées
	65 ans ou +	1 030
	2 à 64 ans	93
<b>TOTAL</b>		<b>1 123</b>

\* Autres personnes non visées par le programme : vaccins payants ou autres.

**Agrément des laboratoires :** Nos deux équipes de laboratoire, soit celle de l'Hôpital Chauveau et celle de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré, ont reçu la visite du Conseil canadien d'agrément (CCA) entre le 4 et le 7 mai 2008. Les visiteurs ont signifié la qualité de nos installations, la rigueur et le professionnalisme de nos équipes de technologistes médicales. Le rapport détaillé du CCA a été déposé en automne 2008. Le suivi des recommandations est amorcé.

**Accréditation de nouveaux GMF :** Deux nouveaux GMF ont vu le jour dans le secteur La Source. Il s'agit du GMF Charlesbourg, qui regroupe 18 médecins de quatre cliniques différentes (Clinique médicale Du jardin, Clinique Médi-plus, Clinique médicale Cherbourg et Clinique de médecine générale de la Capitale), et le GMF du CLSC La Source, qui regroupe 13 médecins.

Par ailleurs, dans le secteur de la Haute-St-Charles, le GMF Val-Bélair-Valcartier, regroupant 10 médecins, a été accrédité. Le GMF Loretteville-Neufchâtel, quant à lui, s'est transformé en deux entités distinctes : le GMF de Loretteville et celui de Neufchâtel, regroupant respectivement 9 et 7 médecins. Cette transformation a permis d'augmenter le nombre d'infirmières œuvrant dans ces deux organisations.

**Portrait de défavorisation sur le territoire du CSSS de Québec-Nord :** L'équipe en organisation communautaire du CSSS de Québec-Nord a tout récemment réalisé un portrait de défavorisation représentant l'ensemble de notre territoire. Cet outil fort intéressant, disponible sur notre site Internet, au [www.csssqn.qc.ca](http://www.csssqn.qc.ca), permet de mieux répertorier les milieux défavorisés, à la fois matériellement et socialement, et ce, à l'échelle du milieu de vie de la population du territoire de CSSS de Québec-Nord.

**Mobilisation des partenaires 0-5-30** : L'équipe 0-5-30 combinaison prévention a contacté et sensibilisé près de 250 organismes du territoire en cours d'année. De ce nombre, la moitié ont mis de l'avant des activités en promotion de saines habitudes de vie (alimentation, activité physique, zéro tabac) auprès de leurs usagers et également auprès de leur personnel, et ce, avec le soutien de nos intervenants spécialistes.

**Implantation du SIR-PACS à l'Hôpital Chauveau et à l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Beaupré** : Au cours de l'année, l'Hôpital Chauveau ainsi que l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré ont implanté le système d'information en radiologie (SIR). Par la suite, ce système nous a permis d'actualiser le projet PACS qui vise à numériser les images radiologiques et, conséquemment, à effectuer la lecture à distance et à éliminer complètement l'utilisation de film. Cette technologie qui se veut moderne est un atout pour le recrutement d'effectifs médicaux en radiologie.

**Tapis roulant Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré** : L'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, en collaboration avec sa Fondation, a développé un nouveau service attendu par la population de la Côte-de-Beaupré et l'équipe des cardiologues de l'Hôtel-Dieu de Québec. Ce nouveau service a débuté le 23 décembre 2008, après l'installation du tapis roulant et la formation du personnel. Les cardiologues avaient fait une demande afin d'obtenir cet équipement, parce qu'ils considéraient que plusieurs consultations faites à Beaupré demandaient que les usagers se présentent à nouveau à Québec pour passer un ECG à l'effort (tapis roulant). Ce service est offert à raison d'une journée semaine. Au 31 mars 2008, nous avons effectué 84 ECG à l'effort. Les usagers nous font le commentaire qu'ils apprécient recevoir ce service sur leur territoire.

Ce service répond aussi à un besoin des médecins du territoire, qui peuvent orienter plus rapidement leurs usagers vers ce service et obtenir en même temps l'évaluation par le cardiologue. L'équipe des médecins de l'urgence profite aussi de ce service pour leur clientèle sur civière, en ayant l'opportunité d'avoir le cardiologue dans notre établissement une fois par semaine. L'équipe utilise aussi le service pour référer un usager qui ne nécessite pas une évaluation urgente mais prioritaire dans la semaine qui suit, plutôt que d'attendre un rendez-vous à Québec qui peut prendre jusqu'à quelques mois.

Ce service a aussi été mis en place avec l'arrivée d'un nouveau médecin en médecine interne. Cette spécialité permet de faire une évaluation globale d'un usager avant de le référer en spécialité, ou de le suivre après avoir consulté un médecin spécialiste. Les médecins du territoire, tout comme ceux de l'urgence, profitent de ce service.

### 3 ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

#### 3.1 Orientations stratégiques et priorités d'action

Le conseil d'administration de l'établissement a adopté les orientations stratégiques et les priorités d'action suivantes pour 2008-2009, desquelles ont découlé les plans d'action de chacune des directions:

- Le développement des communications, tant à l'interne qu'à l'externe, avec les organismes de la communauté et les médecins de famille;

- L'amélioration de l'accessibilité des services de première ligne et des services médicaux sur le territoire;
- L'amélioration des conditions d'exercice de notre personnel;
- L'intégration de la culture de sécurité à tous les niveaux de l'organisation;
- La consolidation des projets cliniques.

### **3.2 Les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus**

En plus des résultats dont témoignent chacune des directions au point 2 du présent rapport, nous joignons à l'annexe I le bilan annuel des priorités 2008-2009, qui constitue la reddition de compte de toutes les directions, déposée au conseil d'administration du mois de juin 2009, sur l'atteinte des objectifs que l'établissement s'était fixés.

### **3.3 L'agrément**

En suivi des recommandations faites par Agrément Canada, le conseil d'administration a adopté un processus d'évaluation de son rendement. La Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles a répondu positivement à la demande d'instituer un programme préventif pour tous les appareils médicaux et techniques. La Direction de la qualité des services et des soins infirmiers a procédé à l'implantation de son programme de prévention et de gestion des chutes et a élaboré, avec l'ensemble des directions, un plan d'action visant l'instauration d'une culture de sécurité dans notre établissement. À cet effet, la Direction des ressources humaines a déployé des formations relativement à la création d'un milieu de travail sécuritaire.

### **3.4 La sécurité des soins et services**

Cette année, des actions ont été réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents. Dans un premier temps, la gestionnaire des risques a procédé à la formation de 130 employés relativement à la déclaration des formulaires AH-223. Trois rencontres avec l'ensemble des cadres ont été effectuées lors des comités de gestion des directions cliniques, ainsi que des rencontres individuelles de type support/conseil auprès des cadres, à leur demande.

La formation sur la vision du Ministère face à la réduction des mesures de contrôle a débuté en mars 2008. Des outils permettant de recueillir les statistiques relatives aux contentions furent implantés en avril 2008. Nous avons ainsi constaté une baisse dans l'application des mesures de contrôle des usagers, variant de 3 % à 36,1 %.

Relativement au rapport du coroner dans l'affaire Brisson, la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers a mis en place les recommandations du coroner qui consistaient à procéder à l'élaboration d'une ordonnance collective sur l'administration de la naloxone, d'une règle de soins concernant la surveillance des usagers ayant reçu des opiacés par voie parentérale et autres voies, ainsi que d'un formulaire de surveillance des usagers adultes recevant des analgésiques narcotiques et non narcotiques.

### 3.5 Plaintes et promotion des droits des usagers

Les données suivantes sont extraites du rapport détaillé de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celui du médecin examinateur, présentés au conseil d'administration. La population peut avoir accès au rapport détaillé portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, sur la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits, en se rendant sur le site Internet de l'établissement au [www.csssqn.qc.ca](http://www.csssqn.qc.ca). Ces rapports font également l'objet d'une diffusion auprès du comité des usagers central et peuvent être présentés par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services aux groupes de familles ou de partenaires qui en font la demande.

#### 3.5.1 Total des plaintes pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mars 2009

Plaintes	Assistances	Interventions	Consultations	Total
192	90	24	48	354

#### 3.5.2 Plaintes par programme

	Plaintes		Assistances		Interventions		Consultations		Total	
<b>SG/SP</b>	97		17		9		9		132	
<b>FEJ/SM</b>	Fej	Sm	Fej	Sm	Fej	Sm	Fej	Sm	Fej	Sm
	13	8	26	7	1			1	40	16
<b>SAD</b>	39		17		5		15		76	
<b>HÉB</b>	21		10		8		18		57	
<b>PR-RA-RNI</b>	13		8		1		2		24	
<b>CSSS</b>	1		5				3		9	
<b>TOTAL</b>	<b>192</b>		<b>90</b>		<b>24</b>		<b>48</b>		<b>354</b>	

**Légende :**

<b>SG / SP :</b>	Services généraux et santé publique
<b>FEJ / SM :</b>	Famille-Enfance-Jeunesse – Santé mentale
<b>SAD :</b>	Soutien à domicile
<b>HÉB :</b>	Hébergement
<b>PR-RA-RNI :</b>	Programmes régionaux et ressources adaptées – ressources non institutionnelles
<b>CSSS :</b>	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

### 3.5.3 Plaintes par objet

	Plaintes	Assistances	Interventions	Consultations	Total
Accessibilité	77	43	8	2	130
Aspects financiers	5	4	1	2	12
Droits particuliers	12	9	3	11	35
Organisation du milieu	47	3	4	10	64
Relations interpersonnelles	34	5	4	9	52
Soins et services	45	26	5	14	90
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>90</b>	<b>25</b>	<b>48</b>	<b>383</b>

## 4 CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

### 4.1 Membres du conseil d'administration

Les membres qui forment le conseil d'administration sont entrés en fonction le 12 janvier 2007, pour un mandat de trois (3) ans.

- Gilles Morneau - Coopté – Représentant des organismes communautaires
- Marie-Claude Boudreault - Désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux
- Réjeanne Cloutier- Représentante du personnel non clinique
- Claude Charbonneau – Représentant des Fondations
- Louise Denis – Représentante de la population
- Gilles Deschênes – Représentant de la population
- Dre Patricia Michaud– Représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Linda Guay – Représentante du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
- Michel Hamel – Représentant de la population
- Lucie Lacroix - Directrice générale
- Dr André Leclerc – Représentant du département régional de médecine générale
- Claude Mitchelson – Représentant du comité des usagers
- Irénée Patoine – Coopté
- Marcel Cassista – Représentant du comité des usagers
- Marc-André Roussel – Représentant du conseil multidisciplinaire
- Diane Thivierge – Représentante du conseil des infirmières et infirmiers
- Marjolaine Tremblay – Représentante de la population
- Claude Vanasse – Désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux

Les officiers 2009 du conseil d'administration ont été nommés le 16 décembre 2008, pour une période d'un an :

Président :	Michel Hamel
Premier vice-président :	Louissette Denis
Deuxième vice-président :	Claude Mitchelson
Secrétaire :	Lucie Lacroix
Trésorière :	Claude Vanasse

## **4.2 Les membres des comités du conseil d'administration**

### **4.2.1 Comité administratif**

Claude Charbonneau  
Louissette Denis  
Michel Hamel, président  
Lucie Lacroix  
Claude Mitchelson  
Irénée Patoine  
Claude Vanasse

### **4.2.2 Comité de vérification et de la performance financière**

Louissette Denis  
Irénée Patoine  
Marjolaine Tremblay  
Claude Vanasse, présidente

### **4.2.3 Comité des ressources humaines**

Marie-Claude Boudreault, présidente  
Réjeanne Cloutier  
Gilles Deschênes  
Linda Guay  
Marjolaine Tremblay

### 4.3 Conseils et comités institués en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux et les faits saillants

#### 4.3.1 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Membres du comité exécutif :

Dr Bernard Cardinal  
Dr Michel Cauchon  
Dre Sophie Claude, présidente  
Dre Susie Dallaire  
Dr Jean-Paul Gendron  
Dre Valérie Jacques  
Dr Serge Manseau  
Dre Patricia Michaud  
Dr Louis Warren

Les faits saillants issus du rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens sont les suivants :

- Un nouveau plan d'organisation médicale a été mis en place regroupant les médecins omnipraticiens en gériatrie des trois secteurs sous un seul département de gériatrie, ceux de l'urgence des secteurs de Chauveau et de Sainte-Anne-de-Beaupré sous un seul département d'urgence, et ceux des différents programmes CLSC des trois secteurs sous un seul département de médecine générale. Ce nouveau plan d'organisation médicale favorisera l'harmonisation des pratiques et le partage des expertises.
- Un comité des protocoles et ordonnances collectives a été mis en place en février 2008 permettant la réalisation et la consultation auprès des différents départements et services de six nouvelles ordonnances collectives pour l'année 2008-2009.
- Deux plaintes d'ordre médical ont été étudiées, dont une a fait l'objet d'une recommandation auprès du conseil d'administration.
- Le comité exécutif du CMDP a participé à la démarche « focus group » des ressources humaines du CSSS de Québec-Nord.

**Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique** a procédé à 14 études pour l'année 2008-2009. Ces études sont les suivantes:

- Étude comparative sur l'utilisation des neuroleptiques en CHSLD;
- Utilisation judicieuse des antibiotiques dans les infections des voies respiratoires;
- Prise en charge des infections urinaires basses à l'urgence;
- Étude réalisée sur l'utilisation des antidépresseurs neuroleptiques benzodiazépines;
- Surveillance des effets métaboliques des neuroleptiques atypiques;
- Présence des critères diagnostiques de la maladie bipolaire de type II;

- Les corticostéroïdes inhalés dans le traitement des maladies pulmonaires obstructives chroniques sont-ils bien utilisés ?;
- Le dépistage du cancer du col utérin chez la femme de 40 à 60 ans suit-il les dernières recommandations canadiennes ?;
- Revue de l'utilisation de la radiographie pulmonaire chez l'enfant d'âge préscolaire dans le contexte du sans rendez-vous;
- Prescription de la contraception orale d'urgence;
- Évaluation des notes au dossier-patient concernant les ordonnances des associations opioïdes-acétaminophène;
- L'évaluation de la prise en charge de l'asthme;
- L'évaluation du traitement de la rhino-sinusite aiguë chez l'adulte;
- Le traitement de l'urgence hypertensive dans certains CHSLD du CSSS de Québec-Nord.

**Le comité d'évaluation dentaire** a procédé au suivi systématique de la clientèle en soins de longue durée en ce qui concerne leur santé dentaire suite à l'implication d'une hygiéniste dentaire.

**Le comité pharmaceutique**, par l'entremise du comité du circuit du médicament, a procédé à la révision des commentaires émis par les intervenants et apparaissant sur la feuille d'administration des médicaments pour une utilisation et une administration optimales de ces médicaments. Il a révisé aussi tous les rapports d'incidents et d'accidents concernant les médicaments pour l'année 2008-2009, et recommandé les mesures à prendre pour apporter des correctifs aux erreurs concernant l'identification du client concerné, la posologie et les omissions.

**Le comité de pharmacologie** a procédé à la révision complète du formulaire des médicaments en établissement. En partenariat avec le département de pharmacie, il a déterminé et permis l'application de trois règles de substitution de médicaments : les inhibiteurs HMG-CoA réductase (statines), les doses de vitamine D hebdomadaires et les inhibiteurs de la pompe à protons.

#### 4.3.2 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du comité exécutif :

Karine Boissonneault  
Donald Bradet  
Céline Buteau  
Dominique Chabot  
Chantale De Montigny  
Céline Dionne, présidente  
Michel Godin  
Gérard Morency  
Marie-Christine Perron  
Anna Poulin  
Denise Samson  
Chantal Tourigny  
Nancy Tremblay

Tel que stipulé aux responsabilités du CII (Règlement de régie interne du CII), le comité exécutif du CII a fait des recommandations sur différents documents présentés par la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers et le département de pharmacie. Un avis a aussi été acheminé à la directrice générale, relativement à la présence d'infirmières reconnues pour leur expertise en support clinique aux équipes de soins. C'est à la suite de cet avis qu'une demande émanant de la directrice générale a permis d'effectuer un sondage auprès des assistantes au supérieur immédiat, afin d'obtenir un portrait plus précis des tâches effectuées par les ASI dans notre établissement. Les membres de l'exécutif du CII ont aussi procédé à la révision de leur règlement de régie interne.

#### **4.3.3 Conseil multidisciplinaire (CM)**

Membres du comité exécutif :

Amélie Caouette  
Johanne Falardeau  
Stéphane Gameau  
Josianne Gaudet  
Suzie Girard  
Renée Langevin  
Hélène Poitras, présidente  
Marc-André Roussel

Tel que stipulé aux responsabilités du CM (Règlement de régie interne du CM), le comité exécutif du CM a fait des recommandations sur différents documents présentés par la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers. Tel qu'inscrit à leur plan d'action, l'exécutif du CM a procédé à la formation et à la mise en œuvre de quatre sous-comités relatifs aux communications, à la formation, aux liens avec d'autres conseils professionnels et à la préparation de l'assemblée générale annuelle. Les membres de l'exécutif du CM ont aussi procédé à la révision de leur règlement de régie interne.

#### **4.3.4 Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)**

Membres du comité exécutif :

Jacques Allaire  
Yannick Bernier  
Lise Bourbeau  
Linda Guay, présidente  
Jacques Néron  
Ginette Trudel

Le comité exécutif du CIIA s'est donné comme mandat de se faire connaître de ses membres et d'apporter toute la vigilance requise aux lectures et aux approbations des différents projets et documents présentés au comité exécutif du CII. Le comité se fait un devoir de valoriser le rôle de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire

au sein de CSSS de Québec-Nord. En plus d'avoir procédé à la révision de leur règlement de régie interne, les membres de l'exécutif ont élaboré un dépliant sur les rôles et mandats du CIIA.

#### 4.3.5 Comité des usagers

Membres du comité central:

##### **Secteur Haute-Saint-Charles / Jacques-Cartier :**

Comité des usagers population représenté par Gérard Maheux ;  
Comité des résidents du Centre d'hébergement Loretteville représenté par Serge Roby ;  
Comité des résidents de l'Hôpital Chauveau représenté par Marcel Cassista.

##### **Secteur La Source :**

Comité des usagers population représenté par Irina Gagnon et Lise Beaupré-Renaud ;  
Comité des résidents du Centre d'hébergement Charlesbourg représenté par Danielle Claveau.

##### **Secteur Beauport / Côte-de-Beaupré / Île d'Orléans :**

Comité des résidents de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré représenté par Yolande Pichette.

##### **Secteur Hébergement Beauport / Île d'Orléans :**

Comité des résidents du Centre d'hébergement Saint-Augustin représenté par Benoît Auger ;  
Comité des résidents du Centre d'hébergement Yvonne-Sylvain représenté par Huguette Lachapelle ;  
Comité des résidents du Centre d'hébergement Du Fargy représenté par Frédérick Fréchette ;  
Comité des résidents du Centre d'hébergement Alphonse-Bonenfant représenté par Nicole Bédard.

Cette année, les membres du comité des usagers ont procédé à la fusion des comités « population » et ont effectué la révision de leur règlement de régie interne. De plus, deux de leurs membres ont participé aux visites ministérielles du Centre d'hébergement Yvonne Sylvain et des ressources intermédiaires. Le comité CAMERA, avec l'aide de bénévoles, a élaboré et mené deux sondages auprès de nos résidents et de leur famille afin d'évaluer la satisfaction de la clientèle relativement au milieu de vie. Afin d'avoir un portrait global, un troisième sondage sera aussi effectué ce mois-ci.

#### 4.3.6 Comité de vigilance et de la qualité

Les membres du comité sont : Claude Charbonneau, Louise Denis, présidente, Michel Hamel, Lucie Lacroix et Lise Langlois, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité de vigilance a tenu quatre rencontres pendant l'année. Les faits saillants de ces rencontres se résument à :

- L'identification d'un nouveau médecin examinateur, ce qui allait permettre de rattraper le retard au niveau du traitement des plaintes médicales ;
- L'élargissement du rôle du comité par l'intégration continue de la dimension de la gestion des risques ;

- Les principaux dossiers traités en cours d'année:
  - La création et mise à la disposition de l'accueil des différents services ou programmes, d'un bottin complet du personnel de tout le CSSSQN (noms et coordonnées) et des organismes communautaires du territoire ;
  - La réorganisation des services de prélèvement afin de diminuer le temps d'attente pour obtenir ce service ;
  - L'amélioration de l'accessibilité téléphonique à la prise de rendez-vous du secteur Orléans.
- De plus, en cours d'année, le comité de vigilance a approuvé ou demandé :
  - La réalisation d'enquêtes plus approfondies relativement aux événements dits sentinelles (gestion des risques) ;
  - La réalisation de forages plus poussés concernant les incidents/accidents qui sont les plus fréquents et les plus récurrents ;
  - La révision, par le comité des usagers central, du processus de sondage de la satisfaction des personnes hébergées.

#### 4.3.7 Comité de gestion des risques

Les membres du comité sont : Martin Bédard, Diane Claveau, Serge Dion, Joanne Drolet, Louis Laberge, Marie-Josée Levasseur, Françoise Méthé, Claude Mitchelson, Diane Readman, Anik Rioux, Dr André Roy et Caroline White

Pour l'année 2008-2009, 5 549 déclarations AH-223 ont été enregistrées au registre local, soit 101 déclarations d'incidents/accidents de moins par rapport à 2007-2008. Une augmentation est observée en CLSC et une diminution est observée pour le volet hébergement (226 déclarations de moins). Les principaux objets de déclarations demeurent les chutes et les erreurs de médicaments en hébergement.

Plusieurs actions ont été entreprises au courant de la dernière année afin de diminuer ces taux. Le comité du circuit du médicament a mis en place plusieurs procédures afin de diminuer les omissions de médication. De plus, la Direction de la qualité des services et des soins infirmiers a implanté le programme de prévention des chutes en mai 2009 dans tous les centres d'hébergement, favorisant ainsi un travail interdisciplinaire de tous les intervenants afin de diminuer les chutes.

Les infections suivantes font l'objet d'une surveillance systématique par les cliniciens, et leur suivi est assuré par l'équipe d'infirmières en prévention des infections : SARM, ERV, Clostridium difficile, influenza, gastro-entérite, zona, tuberculose et gale.

Deux recommandations ont été adressées cette année par le comité de gestion des risques au comité de vigilance :

- Que, dans la planification du plan de formation s'adressant au personnel du CSSS de Québec-Nord, un budget récurrent soit autorisé pour la formation en gestion des risques et/ou à la formation dédiée à l'implantation d'une culture de sécurité dans l'établissement (ex : formation sur la déclaration AH-223, évaluation du risque et de l'urgence suicidaire).
- Que les recommandations découlant du comité de gestion des risques soient incluses dans le plan d'action annuel de l'ensemble des programmes, incluant une reddition de compte (ex : mise en place du programme de prévention des chutes, les erreurs de médicaments).

Finalement, la gestionnaire de risques a procédé à la formation de 37 responsables de ressources intermédiaires (RI) et de ressources de types familiales (RTF) sur la déclaration AH-223 et sur la loi 90. Un document à l'intention des prescripteurs, ayant pour titre « Prévention des erreurs au moment de la rédaction d'ordonnance : Abréviations à éviter », a été élaboré et diffusé. En ce qui concerne les erreurs de médicaments, cinq (5) comités sur le circuit du médicament ont été réalisés afin de faire une analyse détaillée de ces erreurs et d'en connaître les principales causes.

#### **4.3.8 Comité de révision**

Membres du comité de révision :

Dr Peter Mah  
Dr Serge Manseau (remplacé par Dre Lisa O'Farrell)  
Mme Nadyne Bolduc (remplacée par M. Michel Hamel)

Au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mars 2009, le comité de révision a procédé à l'analyse du traitement accordé à cinq plaintes traitées par le médecin examinateur.

Pour quatre de ces plaintes, les membres du comité ont conclu qu'elles avaient été traitées de façon appropriée, diligemment et avec équité.

Les membres du comité ont demandé au médecin examinateur de reprendre l'étude d'une des plaintes reçues au cours de cette période. Le médecin examinateur a transmis ses conclusions aux membres du comité de révision. Ce dernier analysera ce dossier lors de sa réunion du 15 juin 2009.

---

#### 4.3.9 Conseil du personnel administratif et de soutien (CPAS)

Le comité pour l'année 2008-2009 est composé de :

Mario Brassard  
Réjeanne Cloutier  
Chantal Diné  
Normand Dubé  
Chantal Jalbert, présidente  
Annie Lizotte  
France Parent  
Suzie Rousseau  
Gaétan Soucy  
Laval Tardif

Le comité exécutif du CPAS s'est réuni à cinq reprises au cours de la dernière année, dont une rencontre en Focus Group, en suivi du comité de coordination visant l'amélioration du climat de travail. D'ailleurs, Mme Chantale Jalbert, sa présidente, participe au comité qui a élaboré un premier rapport à cet effet et qui le présentera au personnel. Le CPAS siège également au comité d'éthique clinique et au comité des superviseurs de stages.

Le CPAS a travaillé cette année à l'élaboration de son plan d'action et à la mise à jour de son dépliant, ayant encore comme objectif de développer sa visibilité et de susciter l'intérêt de ses membres. De plus, un atelier avec quatre préposés aux bénéficiaires a permis d'élaborer un dépliant sur le rôle du préposé aux bénéficiaires, qui sera remis à tous les résidents et à leur famille.

## 5 ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS :

### 5.1 Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés

Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

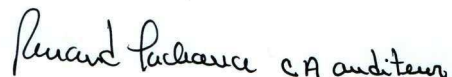
Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord au 31 mars 2009 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion dans mon rapport daté du 12 juin 2009. J'ai formulé en annexe de cette opinion des commentaires sur certaines données quantitatives. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 4, et est présenté sous la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle des données financières présentées dans le rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 4.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises par le ministère pour la préparation du rapport financier annuel. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et l'évolution de la situation financière de l'Établissement, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et les administrateurs de l'Établissement conformément à l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,



Renaud Lachance, CA auditeur  
Québec, le 22 juin 2009

**5.2 État des résultats - Fonds d'exploitation - Activités principales**  
**Exercice terminé le 31 mars 2009**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>REVENUS</b>		
Agence et MSSS	145 052 412	xxxx
Usagers	14 998 692	xxxx
Ventes de services	518 248	xxxx
Recouvrements	1 678 366	xxxx
Donations	100 696	xxxx
Subvention du Gouvernement fédéral		xxxx
Autres revenus	1 386 289	xxxx
<b>Total</b>	<b>163 734 703</b>	<b>xxxx</b>
	xxxx	xxxx
	xxxx	xxxx
	xxxx	xxxx
<b>CHARGES</b>		
Salaires	85 721 640	xxxx
Avantages sociaux	25 571 089	xxxx
Charges sociales	13 822 426	xxxx
Médicaments	1 818 319	xxxx
Produits sanguins	134 751	xxxx
Fournitures médicales et chirurgicales	2 359 780	xxxx
Denrées alimentaires	2 300 993	xxxx
Créances douteuses	42 392	xxxx
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit	222 956	xxxx
	xxxx	xxxx
	xxxx	xxxx
	xxxx	xxxx
	xxxx	xxxx
Autres charges:		
– Intérêts sur emprunts		xxxx
– Entretien et réparations	2 824 592	xxxx
– Autres dépenses	29 658 688	xxxx
<b>TOTAL</b>	<b>164 477 626</b>	<b>xxxx</b>

<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES</b>	<b>(742 923)</b>	<b>xxxx</b>
À titre informatif seulement:		
<b>CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS:</b>		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds	1 426 299	xxxx
Affectés au fonds d'immobilisations - projets autofinancés	683 376	xxxx
Affectés au fonds d'immobilisations - autres		xxxx
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS</b>	<b>0</b>	<b>xxxx</b>

**5.3 État des résultats - Fonds d'exploitation - Activités accessoires**  
**Exercice terminé le 31 mars 2009**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>REVENUS</b>		
Financement public et parapublic:		
– Fonds de recherche en santé du Québec		xxxx
– Régie d'assurance maladie du Québec		xxxx
– Gouvernement fédéral	372 408	xxxx
– Autres	225 647	xxxx
Revenus commerciaux	622 499	xxxx
Revenus d'autres sources et revenus non répartis		xxxx
<b>TOTAL</b>	<b>1 220 554</b>	<b>xxxx</b>
<b>CHARGES</b>		
Salaires	225 013	xxxx
Avantages sociaux	36 839	xxxx
Charges sociales	25 324	xxxx
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit		xxxx
Autres charges	732 336	xxxx
<b>TOTAL</b>	<b>1 019 512</b>	<b>xxxx</b>
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES</b>	<b>201 042</b>	<b>xxxx</b>
À titre informatif seulement:		
Contributions provenant ou affectées à d'autres fonds:		
– En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds		xxxx
– Affectées au fonds de stationnement - contribution du c/a 0500		xxxx
– Affectées au fonds d'immobilisations	178 680	xxxx
– Affectées à d'autres fonds (préciser)		xxxx
<b>Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds</b>	<b>22 362</b>	<b>xxxx</b>
<b>FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES</b>		
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION</b>	<b>(541 881)</b>	

---

À titre informatif seulement:		
Fonds d'exploitation - activités principales et accessoires		
<b>Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds</b>	<b>22 362</b>	<b>xxxx</b>

**5.4 Solde de fonds - Fonds d'exploitation**  
**Exercice terminé le 31 mars 2009**

	Reports	Activités principales	Avoir propre	Total
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	xxxx	869 364	352 803	1 222 167
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES:				
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales	(742 923)	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions de (+) ou à (-) d'autres fonds:				
– En provenance de l'avoir propre et des autres fonds	1 426 299	xxxx	xxxx	xxxx
– Affectées au fonds d'immobilisations				
– - projets autofinancés	(683 376)	xxxx	xxxx	xxxx
– Affectées au fonds d'immobilisations - autres		xxxx	xxxx	xxxx
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales après contributions de ou à d'autres fonds	-			
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires	201 042	xxxx	xxxx	xxxx
Contributions de (+) ou à (-) d'autres fonds:				
– En provenance de l'avoir propre et des autres fonds		xxxx	xxxx	xxxx
– Affectées au fonds de stationnement				
– - contribution du c/a 0500		xxxx	xxxx	xxxx
– Affectées au fonds d'immobilisations	(178 680)	xxxx	xxxx	xxxx
– Affectées à d'autres fonds		xxxx	xxxx	xxxx
<b>Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après contributions de ou à d'autres fonds</b>	<b>22 362</b>	<b>xxxx</b>	<b>22 362</b>	<b>22 362</b>
Libération de surplus		(570 000)	570 000	0
Récupération de surplus			xxxx	
Transferts interétablissements (préciser)		xxxx		

Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre (préciser) Cont. avoir propre aux act. princ.			(567 331)	(567 331)
Autres (préciser)				
<b>VARIATION DE L'EXERCICE</b>		<b>(570 000)</b>	<b>25 031</b>	<b>(544 969)</b>
Réforme comptable - redressements au 1er avril 2008 confirmés par l'Agence				
		xxxx	xxxx	xxxx
		xxxx	xxxx	xxxx
		xxxx	xxxx	xxxx
		xxxx	xxxx	xxxx
Réforme comptable - redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'établissement :				
– Charges salariales à payer		xxxx	(567 654)	(567 654)
		xxxx	xxxx	xxxx
– Autres redressements (préciser) Quote-part inv. lingerie Partagec		xxxx	422 517	422 517
<b>SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN</b>		<b>299 364</b>	<b>232 697</b>	<b>532 061</b>

**5.5 Bilan - Fonds d'exploitation**  
**Exercice terminé le 31 mars 2009**

	Exercice courant	Exercice précédent
<b>ACTIF</b>		
<b>À COURT TERME</b>		
Encaisse	7 635 932	8 626 653
Placements temporaires		
Débiteur-Agence et MSSS	3 292 112	3 351 683
Autres débiteurs	2 305 238	2 381 946
Charges payées d'avance	256 961	179 467
Stocks	299 263	217 670
Créances interétablissements (préciser)		
Créances interfonds	1 949 787	
Autres éléments		
<b>Total de l'actif à court terme</b>	<b>15 739 293</b>	<b>14 757 419</b>
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE	13 773 051	xxxx
PLACEMENTS À LONG TERME		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF		3 343
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>29 512 344</b>	<b>14 760 762</b>
<b>PASSIF</b>		
<b>À COURT TERME</b>		
Découvert de banque		
Emprunts		
Créditeur - Agence et MSSS		
Autres créditeurs	27 964 667	12 510 980
Intérêts courus à payer		
Dettes interétablissements (préciser)		
Dettes interfonds		552 263
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme		
Revenus reportés - activités principales:		
- Agence	784 128	354 382
- Autres	115 447	120 970
Revenus reportés - activités accessoires:		
- Programme d'aide aux joueurs pathologiques		
- Projets de recherche en cours		
- Projets de recherche terminés		
- Autres (préciser) Mandat MSSS visite d'appréciation	49 296	
Autres éléments (préciser)		
<b>Total du passif à court terme</b>	<b>28 913 538</b>	<b>13 538 595</b>

À LONG TERME		
Emprunts		
Obligations		
Total		
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF	66 745	
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<b>28 980 283</b>	<b>13 538 595</b>
SOLDE DE FONDS	532 061	1 222 167
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	<b>29 512 344</b>	<b>14 760 762</b>

## 5.6 Notes aux états financiers

### Exercice terminé le 31 mars 2009

#### Note 1

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 33 est traité de la façon suivante :

Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 0 \$ ; il est imputé au solde des activités principales et est assujéti à la politique de libération du surplus.

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 201, ligne 19, se solde par un excédent des revenus sur les charges de 22 362 \$ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

#### Note 2 : Statut et nature des activités

L'Établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

Le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord est un établissement multivocationnel qui exploite des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des hôpitaux de soins généraux et spécialisés. Il a pour mission d'assurer à la population de son territoire, la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes.

Le siège social de l'Établissement est situé à Québec. L'Établissement compte vingt-deux (22) points de service qui sont répartis sur l'ensemble de son territoire.

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

### Note 3 : Modification de conventions comptables

Une harmonisation des conventions comptables des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux aux conventions comptables du gouvernement est appliquée depuis le 1er avril 2008 et découle de la réforme comptable mise en œuvre en décembre 2007 par le gouvernement. Cette réforme a pour but d'appliquer les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public afin de faciliter l'intégration des résultats financiers des établissements publics aux états financiers consolidés du gouvernement.

Ainsi, au 1er avril 2008, l'Établissement applique les nouvelles conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces conventions comptables s'appuient sur les PCGR du secteur public. Toutefois, il existe certains écarts avec le Manuel de comptabilité du secteur public, notamment au niveau de la présentation des informations à fournir sur la dette à long terme.

Les principales modifications résultant de ces nouvelles conventions comptables se détaillent comme suit :

- Utilisation de la comptabilité d'exercice, notamment pour les intérêts de la dette à long terme, les traitements et avantages sociaux (vacances, les congés de maladies, congés mobiles, etc.);
- Amortissement des immobilisations;
- Amortissement des revenus reportés afférents aux immobilisations selon la même durée que les immobilisations correspondantes;
- Comptabilisation des dons, legs, subventions et autres formes de contributions sans conditions rattachés aux résultats des fonds correspondants;
- Présentation d'un état des résultats pour chacun des fonds;
- Comptabilisation des transferts entre les différents fonds à l'état des soldes de fonds;
- Comptabilisation des revenus reportés lorsque le revenu est grevé d'une affectation externe.

Cette modification de conventions comptables a été appliquée rétroactivement, tel que prévu par les directives émises par le MSSS, sans retraitement des états financiers de l'exercice antérieur. Par conséquent, les ajustements suivants ont été comptabilisés en date du 1er avril 2008 :

#### Fonds d'exploitation

- Augmentation des salaires à payer:	14 584 006 \$
- Augmentation de la subvention à recevoir:	14 016 352 \$
- Augmentation des stocks - inventaire de lingerie:	422 517 \$
- Diminution de l'avoir propre:	145 137 \$

## Fonds d'immobilisations

- Augmentation de l'amortissement cumulé:	22 625 778 \$
- Diminution de la subvention à recevoir-réforme comptable:	9 821 021 \$
- Augmentation des intérêts courus à payer:	215 243 \$
- Diminution du financement temporaire à réaliser :	232 410 \$
- Diminution des immobilisations - inventaire de lingerie:	422 517 \$
- Diminution du solde de fonds:	32 869 316 \$

Les chiffres comparatifs, lorsque présentés, ont été vérifiés par un autre vérificateur. Dans certains cas, et tel que prévu par les directives du MSSS, certains comparatifs touchés par l'application de ces modifications de conventions comptables ne sont pas exigés.

### **Note 4 : Description des principales conventions comptables**

Le rapport financier annuel de l'Établissement a été préparé par la direction, selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces conventions s'appuient sur les PCGR du Canada pour le secteur public, et non sur les PCGR applicables aux organismes sans but lucratif.

La préparation du rapport financier annuel de l'Établissement 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 passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des revenus et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont les provisions pour créances douteuses, la provision des banques salariales et la durée de vie des immobilisations corporelles. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Les principales conventions comptables utilisées aux fins de la préparation de ce rapport financier annuel, qui sont décrites ci-après, s'écartent sensiblement des PCGR du Canada applicables aux organismes sans but lucratif, notamment pour les éléments suivants:

- Les chapitres portant sur les instruments financiers ne sont pas appliqués (classification des instruments financiers, présentation de la juste valeur et des risques, méthode du taux d'intérêt effectif, etc.);
- Le montant des stocks comptabilisé en charges, les dépréciations et les reprises de valeur ne sont pas présentés;
- L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté.

Également, l'Établissement ne présente pas les informations détaillées relatives aux obligations à long terme, notamment les échéances, le taux d'intérêt et les versements en capital prévu au cours des cinq prochaines années ainsi que les garanties.

---

## PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

### *Exercice financier*

L'exercice financier de l'établissement s'étend du 1er avril au 31 mars de chaque année.

### *Comptabilité par fonds*

L'établissement suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'établissement et présentent donc une importance particulière :

- 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 actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluant tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentés à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relie. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation;
- Le fonds affecté: fonds constitué de subventions provenant exclusivement de l'agence ou du ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds d'un établissement, sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

### *Classification des activités*

La classification des activités de l'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 que l'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 que l'établissement rend dans la limite de ses objets et pouvoirs en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

### *Subdivisions des activités accessoires*

Les activités accessoires se divisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

– *Activités complémentaires:*

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui 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. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

– *Activités de type commercial:*

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale. 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 ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun de ces centres est une entité regroupant 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.

### *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.

### *Définition des unités de mesure*

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activité. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

### *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. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

#### *Autres revenus*

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autres forme de contribution sans condition rattachée sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception.

#### *Charges inhérentes aux ventes de services*

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

#### *Stocks*

Les stocks se composent de fournitures qui seront consommées dans le cours normal des opérations au cours de la ou des prochaines années financières. Ces stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

#### *Immobilisations*

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, dont la durée de vie utile s'étend au delà de l'année financière et qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, selon une méthode linéaire, sur une période correspondant à leur vie utile. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

La durée de vie des immobilisations est déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux de la façon suivante :

<b>Catégorie</b>	<b>Période d'amortissement</b>
Aménagement des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations majeures aux bâtiments	25 à 40 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	12 à 25 ans
Développement informatique	5 ans

*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, on comptabilise aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie est comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

*Emprunt et frais d'émission et d'escompte sur les obligations*

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 pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance. Cet amortissement est calculé selon le taux effectif de chaque emprunt.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

Le solde non amorti de l'escompte et des frais d'émission est inclus aux frais reportés liés aux dettes alors que le solde non amorti de la prime est présenté à titre de revenu reporté.

### *Revenus reportés*

L'établissement, dans le seul but d'effectuer un meilleur appariement des revenus et des charges doit, en fin d'exercice, comptabiliser les revenus reportés relatifs à des activités particulières pour lesquelles les revenus sont connus et approuvés, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

### *Avoir propre*

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par l'agence. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission de l'établissement (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'Agence. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

### *Régime de retraite*

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.

### **Note 5 : 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. 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.

### **Note 6 : Opérations entre apparentés**

L'Établissement est apparenté à quatre (4) fondations :

- Fondation du Centre de santé de la Haute Saint-Charles
- Fondation du CLSC/CHSLD La Source
- Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré
- Fondation Hébergement Saint-Augustin

Les principales opérations conclues au cours de l'exercice sont des contributions reçues pour divers projets d'améliorations de services aux usagers pour un montant de 165 901 \$.

## Note 7 : Engagements

### Obligations locatives

L'Établissement s'est engagé auprès de la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) d'après des contrats de location échéant jusqu'en 2023 à verser une somme de 48 414 507 \$ pour la location de bâtiments. Les paiements seront versés directement à la CHQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les paiements minimums annuels exigibles pour les cinq prochains exercices seront de :

- 2009-2010 :	5 955 278 \$
- 2010-2011 :	5 955 278 \$
- 2011-2012 :	5 955 278 \$
- 2012-2013 :	5 955 278 \$
- 2013-2014 :	5 955 278 \$
- et suivantes :	18 638 117 \$
	<hr/>
	48 414 507 \$

Les engagements commerciaux sont présentés à la page 391-01 du AS-471.

## Note 8 : Analyses financières de l'Agence de la santé et des services sociaux

Le surplus résultant des opérations des activités principales du fonds d'exploitation des établissements publics qui est déterminé d'après l'analyse financière est effectuée annuellement par l'agence ou, le cas échéant, par le ministère. Le résultat de cette analyse tiendra compte, s'il y a lieu, des ajustements des années budgétaires antérieures qui viennent affecter le résultat de l'année courante.

### Traitement des surplus

Cas où l'établissement a un avoir propre excédentaire :

La partie du surplus, représentant 2 % ou moins du budget brut accordé pour l'exercice aux fins des activités principales du fonds d'exploitation de l'établissement, est libérable à la suite d'une décision de l'agence (après analyse) à l'établissement et imputée à son avoir propre. La partie non libérée est appliquée, de façon non récurrente, en diminution de la subvention destinée aux activités principales de l'établissement de l'exercice subséquent.

Cas où l'établissement a un avoir propre déficitaire :

Le maximum du surplus libérable à l'établissement, à la suite d'une décision de l'agence (après analyse), est le montant total constitué de sommes nécessaires pour combler le déficit de l'avoir propre et des sommes représentant 2 % ou moins du budget brut accordé pour l'exercice aux fins des activités principales du fonds d'exploitation de l'établissement. La partie non libérée est appliquée, de façon non récurrente, en diminution de la subvention destinée aux activités principales de l'établissement de l'exercice subséquent.

## Traitement des déficits

Lorsque l'exercice financier se solde par un déficit des activités principales, ce dernier doit, à la fin de l'exercice financier, être imputé à l'avoir propre de l'établissement. Par ailleurs, l'établissement doit adopter des mesures de résorption lorsque ce déficit ne peut être épongé, en tout ou en partie par le solde excédentaire de l'avoir propre.

L'Agence n'a pas complété les analyses financières du rapport annuel des exercices 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008.

## **6 CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS**

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint à l'annexe II du présent rapport.

Aucun manquement aux règles du code de déontologie n'a été constaté au cours de l'année couverte par le rapport.

## **7 FONDATIONS**

### **7.1 Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré**

Encore cette année, la Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré a versé à l'établissement près de 120 000 \$ pour l'achat d'équipements et l'amélioration des soins et services de santé dispensés aux usagers de la Côte-de-Beaupré.

Pour ce faire, la Fondation a entre autres organisé les activités-bénéfice suivantes :

- Loterie annuel - tirage d'une automobile ;
- Tournoi de golf annuel au Parcours le Grand Vallon ;
- Déjeuner-brunch.

La Fondation a soutenu cette année l'achat des équipements suivants :

- Tapis roulant dans les locaux de cardiologie permettant de faire les tests à l'effort et d'effectuer le suivi médical pour les patients ;
- Tables d'examen ;
- Civière de chirurgie ;
- Verticalisateurs (appareils permettant le maintien de la position du patient lors de ses transferts) ;
- Pompe à perfusion ;
- Appareil intégré de mesure de la pression artérielle ;
- Oreillers orthopédiques pour les patients hébergés ;
- Fauteuils à prélèvement.

De plus, afin d'améliorer la qualité de vie des patients de l'Hôpital Sainte-Anne de Beaupré, la Fondation a assumé des coûts de jardinage et d'amélioration de terrain de près de 22 000 \$.

## 7.2 Fondation du Centre de santé de la Haute-Saint-Charles/Jacques-Cartier

Sa mission consiste à maintenir l'excellence de la qualité des soins et à assurer un milieu de vie exceptionnel aux clientèles internes et externes qui fréquentent les établissements sur lesquels elle rayonne :

- L'Hôpital Chauveau ;
- Le Centre de jour et d'hébergement de Loretteville ;
- Le CLSC de La Jacques-Cartier.

Les sources de financement proviennent de dons directs ou in memoriam, ou par le biais d'activités-bénéfice.

En 2008, la Fondation a amassé plus de 54 850 \$, ce qui a permis le soutien à l'ensemble des programmes clientèles dans le secteur de la Haute-Saint-Charles et le financement de diverses activités.

## 7.3 Fondation du CLSC-CHSLD La Source

En 2008-2009, la Fondation du CLSC-CHSLD La Source a contribué à améliorer la qualité de vie des personnes et des familles défavorisées qui habitent dans le secteur La Source. De plus, elle soutient financièrement l'organisation d'activités d'aide à la communauté et l'acquisition d'équipements permettant d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services à la population.

Afin de réaliser sa mission, la Fondation organise deux activités annuelles de levée de fonds, soit le banquet d'huîtres et le déjeuner-bénéfice. Cette année, seul le déjeuner-bénéfice a été réalisé. La Fondation a ainsi amassé 12 213 \$. Ce montant, ajouté aux dons personnels ou d'entreprises, lui permet de venir en aide à plusieurs personnes et organismes. Nous tenons à remercier les gens qui ont contribué généreusement à la Fondation, car c'est grâce à eux que nous pouvons accomplir notre mission.

## 7.4 Fondation Hébergement Saint-Augustin

La Fondation Hébergement Saint-Augustin a, au cours de la dernière année, supporté les orientations de l'établissement, et ce, principalement au niveau de la qualité du milieu de vie des résidents.

À cet effet, et de concert avec le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord, la Fondation Hébergement Saint-Augustin a investi près de 30 000 \$ en 2008-2009 pour l'acquisition de mobilier et d'équipement permettant, entre autres, l'aménagement de salons sur les unités de vie, dans tous les sites supportés par la Fondation soit, le Centre d'hébergement Saint-Augustin, le Centre d'hébergement Yvonne-Sylvain, le Centre d'hébergement Alphonse-Bonenfant et le Centre d'hébergement Du Fargy.

La Fondation Hébergement Saint-Augustin désire souligner les relations harmonieuses entretenues avec les dirigeants de l'établissement du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord et leur support dans les différents dossiers traités en partenariat au cours de la dernière année.

## **ANNEXES**

- I. BILAN ANNUEL DES PRIORITÉS**
- II. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS**
- III. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE**

## Bilan annuel des priorités du conseil d'administration

### Priorités retenues par le conseil d'administration pour 2008-2009

#### **Priorité 1 :** Le développement des communications, tant à l'interne qu'à l'externe, avec les organismes de la communauté et les médecins de famille

Résultats attendus	Bilan des directeurs au 16 juin 2009
<p>Un sondage auprès du personnel démontrera une amélioration des communications basée sur l'accès à l'information dans leur site et dans leur équipe de travail.</p>	<p>Afin de développer les communications internes de l'établissement, les actions suivantes ont été réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au cours de l'automne 2008, nous avons donné la formation nécessaire à l'application de la procédure « Circuit de communication interne du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord » à toutes les secrétaires de direction;</li> <li>• Au cours de l'automne 2008, nous avons également rencontré les gestionnaires dans leur équipe de direction respective, pour leur présenter la procédure et répondre à leurs questions, afin de s'assurer d'une application uniforme dans l'organisation;</li> <li>• La procédure est en vigueur depuis la fin du mois de décembre 2008.</li> </ul> <p>Nous avons procédé à un premier test pour analyser l'efficacité de la procédure, le 30 janvier 2009. Nous avons rejoint, au hasard, une cinquantaine de personnes de toutes les directions de l'établissement. Le seul critère était de choisir des gens « terrain », sur les unités de soins ou loin de l'« administratif », pour avoir l'heure juste. Les quatre questions posées étaient : Avez-vous reçu ou vu affiché l'<i>Info-Nord</i> du mois de janvier ? Si oui : Comment ? (Courriel ? Papier ? Affichage ?) Qui est votre gestionnaire responsable ? Avez-vous l'habitude de recevoir l'information ? (les communiqués et autres, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un rapport à cet effet a été rédigé afin de permettre aux directions concernées d'apporter les ajustements nécessaires pour s'assurer d'une circulation efficace de l'information.</li> </ul> <p>Nous avons finalisé le déploiement de l'Intranet en janvier 2009. Ce nouvel outil est accessible aux employés à partir de tous les postes informatiques de l'établissement et chacun a reçu le « guide d'utilisateur » pour en faciliter son accessibilité.</p>



	<p>Après 6 mois d'application, nous avons procédé, dans la semaine du 1<sup>er</sup> juin 2009, à l'envoi d'un sondage auprès de tous les employés de l'établissement afin de mesurer l'efficacité de la procédure mise en place. Le personnel avait jusqu'au 12 juin 2009 pour nous retourner le sondage complété avec leurs commentaires. Nous procéderons à la compilation et à l'analyse des résultats durant l'été pour dépôt d'un rapport au comité de gouvernance et au conseil d'administration, dès l'automne 2009.</p>
Résultats attendus	Bilan des directeurs au 16 juin 2009
<p>Un relevé des activités de représentations effectuées par les représentants des divers paliers de l'organisation manifestera le niveau de réalisation de la stratégie mise en place.</p>	<p>Afin d'améliorer nos liens de communication avec les organismes communautaires, en plus des activités de représentation, nous sommes engagés à mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les « Ambassadeurs Québec-Nord » : des gens formés et outillés pour répondre aux demandes des organismes communautaires, entre autres, pour tenir des kiosques présentant nos services ou autre dans le cadre de leurs activités. Pour ce faire, nous avons fait un « appel à tous les employés », et plusieurs personnes ont manifesté leur intérêt à devenir « Ambassadeur Québec-Nord ».</li> <li>• Ces personnes ont été invitées à participer à une journée et demie de formation, que nous avons élaborée expressément pour eux, sur les services du CSSS de Québec-Nord. Étant donné la disponibilité des formateurs, la formation est prévue au mois de septembre 2009.</li> </ul> <p>La formation se fera en deux parties. La première partie est un volet théorique sur nos services. La deuxième partie sera consacrée à des entrevues individuelles afin de mieux connaître la personnalité, l'intérêt et les aptitudes des personnes inscrites. Ainsi, cela nous permettra de former des groupes de deux ou trois ambassadeurs ayant des habiletés complémentaires, qui participeront ensemble aux événements. Nous envisageons donc pouvoir répondre aux demandes des organismes communautaires en ce sens, dès la fin septembre 2009.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous désirons également offrir aux membres des organismes communautaires partenaires, des « mini-conférences » données par des intervenants du CSSS de Québec-Nord intéressés à partager leur expertise. Encore une fois, nous avons procédé à un « appel à tous les employés », et plusieurs personnes ont manifesté leur intérêt à donner des « mini-conférences » pour les organismes communautaires de notre territoire.</li> </ul> <p>Les « mini-conférences » seront d'une durée d'une heure. Elles seront offertes à l'automne 2009, dans les locaux du CSSS de Québec-Nord. Un calendrier de « mini-conférences » sera constitué, et les organismes communautaires pourront s'inscrire à la « mini-conférence » de leur choix. La direction des affaires juridiques et des communications entrera prochainement en contact avec les personnes intéressées, afin de discuter des sujets et de la planification des « mini-conférences ».</p> <p>Nous envisageons communiquer avec l'ensemble de nos organismes communautaires afin de leur annoncer cette démarche et connaître leur intérêt à participer à ces « mini-conférences » à l'automne, en leur proposant des sujets et un calendrier.</p>
<p>Les omnipraticiens du territoire disposeront d'un guide d'accès à nos services sous la forme de trajectoires spécialement conçus pour eux.</p>	<p>Ce projet, débuté en décembre 2008, est toujours en cours de réalisation en partenariat avec les directions « programme » et la Direction des services professionnels et hospitaliers. Un outil de collecte de données a été élaboré par le comité directeur, et nous sommes toujours à réaliser la collecte de données dans tous les programmes. Le guide des trajectoires à l'attention des omnipraticiens du territoire sera réalisé dès la réception de l'ensemble des données de tous les programmes.</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<p><b>Bilan des directeurs au 16 juin 2009</b></p>
<p>Un sondage auprès des médecins du CSSSQN démontrera une amélioration des communications basée sur l'accès à l'information dans leur site et dans leur équipe de travail.</p>	<p>Dans le but d'établir une trajectoire de communication efficace pour les membres du CMDP afin qu'ils aient accès à l'information concernant leur pratique professionnelle et à d'autres types de documents d'intérêt pour eux, une chaîne de distribution a été élaborée et présentée au comité exécutif du CMDP en février 2009. Aussi, afin d'obtenir une trajectoire plus personnalisée, un sondage a été réalisé en mars 2009 auprès des médecins et dentistes les</p>

	<p>plus actifs de notre organisation (114 membres) afin de connaître le mode de transmission qu'ils privilégiaient (copie papier ou copie électronique par courriel). Nous avons obtenu un taux de réponse de 75 %. En tenant compte de ces résultats, nous prévoyons être en mesure de mettre en place cette trajectoire de communication personnalisée d'ici le mois de septembre 2009. De plus, au cours des semaines à venir, les membres du CMDP auront également accès à plusieurs documents qui seront téléversés sur l'Intranet du CSSS de Québec-Nord, sous <i>Direction des services professionnels et CMDP</i>.</p>
<b>Priorité 2 : L'amélioration de l'accessibilité des services de première ligne et des services médicaux sur le territoire</b>	
<p>Un GMF sera accrédité sur le territoire de la Haute St-Charles (Val-Bélair) et deux cliniques-réseau seront implantées, l'une sur le territoire de la Haute St-Charles et l'autre sur le territoire du nord de Charlesbourg.</p>	<p><b>GMF – Val-Bélair, Valcartier, Territoire Haute St-Charles</b> Le GMF a été accrédité le 2 mars 2009. De plus, 2 médecins en provenance de la Clinique médicale de Ste-Catherine-de-la-Jacques-Cartier se sont joints à ce GMF ce qui fait un GMF multisites à 10 médecins.</p> <p><b>Clinique-réseau des Promenades (Beauport)</b> Les travaux de mise en œuvre de la clinique-réseau sont terminés. Les documents pour approbation ont été transmis à l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-nationale. Nous sommes en attente d'une décision finale prévue le 8 juin 2009. La clinique-réseau serait en opération en juin 2009.</p> <p><b>Clinique-réseau de la Haute St-Charles</b> Les travaux de la mise en place de la clinique-réseau sont débutés. Une chargée de projet a été nommée. Celle-ci rencontre les médecins du territoire Haute St-Charles pour les engagements à l'offre de service prévue au cadre de référence des cliniques-réseaux de Québec. La clinique-réseau sera située à Val-Bélair dans un édifice en construction. Le début des opérations est prévu à l'automne 2009.</p> <p><b>Clinique-réseau sur le territoire Nord de Charlesbourg</b> Plusieurs démarches sans succès ont été réalisées avec les médecins depuis un an dans le territoire, notamment au Nord.</p>



	<p>Une demande de dérogation ministérielle a été complétée par la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) pour l'utilisation des locaux au CLSC La Source Nord quant à la mise en place d'une clinique-réseau privée.</p> <p>D'autres démarches sont en cours par l'Agence de santé et de services sociaux de la Capitale-nationale et le CSSS de Québec-Nord pour sensibiliser le MSSS à l'importance d'obtenir la dérogation ministérielle afin d'offrir aux médecins du CLSC et des cliniques privées du territoire de Charlesbourg, cette possibilité d'une clinique-réseau dans les locaux du CLSC – Point de service Nord.</p>
<b>Résultats attendus</b>	<b>Bilan des directeurs au 16 juin 2009</b>
<p>Les citoyens disposeront d'une information simple et complète sur l'organisation des services médicaux sur leur territoire de CLSC respectif, leur permettant ainsi de mieux répondre à leurs besoins.</p>	<p>Suite à une discussion des membres du conseil d'administration à cet effet, il a été convenu que cet objectif serait reporté étant donné les nombreux changements annoncés et envisagés pour l'année au niveau des services médicaux sur le territoire du CSSS de Québec-Nord, principalement pour les territoires de Charlesbourg et de la Haute-Saint-Charles. Nous envisagerons de revoir la réalisation de cet outil avec l'arrivée du coordonnateur médical.</p>
<p>Le nombre d'usagers en attente de services en dehors des délais raisonnables dans les programmes clientèles CLSC sera réduit de 10%.</p>	<p><b>Programme du soutien à domicile :</b></p> <p>L'objectif pour l'année demeure non atteint malgré la démarche de révision des charges de cas. La révision de l'offre de services en nutrition est en expérimentation et nous constatons des effets positifs sur la liste d'attente des nutritionnistes. La révision de l'offre de services se poursuit en 2009-2010 pour les autres catégories d'intervenants.</p> <p><b>Programmes famille-enfance-jeunesse et santé mentale :</b></p> <p>Malgré une gestion rigoureuse du processus d'attente, la direction des programmes Famille-Enfance-Jeunesse et santé mentale, a atteint partiellement la cible. Ceci s'explique par un accroissement de clientèle significatif en famille-enfance-jeunesse et une augmentation de l'intensité en santé mentale. De fait, nous notons une augmentation de 10,8 %, ce qui représente plus de 1965</p>



	<p>usagers supplémentaires en famille-enfance-jeunesse. À cela s'ajoute, une augmentation de 5,7 % du nombre d'interventions réalisées. Quant au programme santé mentale, nous n'avons pas eu d'augmentation du nombre d'usagers mais nous avons observé une hausse de l'intensité par usager.</p> <p>Quant à la gestion des listes d'attente, nous nous sommes dotée d'un processus rigoureux de gestion. Chacune des demandes mises en attente fait préalablement l'objet d'une analyse et d'une priorisation. Nous effectuons une révision des charges de cas de l'ensemble des intervenants à tous les 6 mois. Nous avons également ajouté des surcroits auprès des équipes de première ligne en santé mentale jeunesse et adulte et auprès des services psychosociaux en jeunesse.</p> <p><b>Programme des services généraux et de la santé publique :</b></p> <p>En référence au 1<sup>er</sup> avril 2008, le nombre d'usagers en attente en dehors des délais raisonnables est passé de 53 à 122 (augmentation de 130%). Seul le programme en nutrition est concerné par ces attentes et le niveau de priorité est P5 (non urgent). Des travaux sont en cours pour corriger la situation.</p>
<p>Le délai d'attente pour une demande d'équipement au Parc des aides techniques n'excède pas 30 jours.</p>	<p>Nous avons, en fin d'année, 46 clients en attente. 100% des demandes en attente ont été traitées à l'intérieur du délai de 30 jours. D'ailleurs, nous pourrions même dire que 100% des demandes ont été traitées à l'intérieur de 15 jours.</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<p><b>Bilan des directeurs au 16 juin 2009</b></p>
<p>Les standards d'accès de l'an 1 établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour toutes les clientèles ayant une déficience seront atteints à 75%.</p>	<p>Le premier standard d'accès que nous devons respecter pour la clientèle ayant une déficience, concerne la liste d'attente après le 8 novembre 2008, date à partir de laquelle nous devons prendre en charge toute la clientèle avec un niveau de priorité «urgent» ainsi que tous les enfants de 0 – 6 ans avec un niveau de priorité «élevé». A la fin de l'année 2008-2009, les standards d'accès sont atteints à 100%. Il n'y a pas de clientèle avec une priorité «urgent» en attente de service. Par contre, il est important de mentionner que nous prévoyons à court terme une difficulté d'absorption de la liste d'attente pour les enfants 0-6 ans souffrant de troubles envahissants du développement.</p>



<p>Des corridors de services seront conclus afin de faciliter l'accès aux usagers vus par les médecins traitants vers des soins et services rapides en spécialité médicale.</p>	<p>En partenariat avec le CSSS de la Vieille-Capitale, nous avons participé à la mise en place de la phase I concernant l'identification de corridors d'accessibilité à différentes spécialités de la deuxième ligne pour les médecins associés aux cliniques-réseau. La phase I, présentée sous forme de projet-pilote, concernait les spécialités suivantes : cardiologie, chirurgie générale, endocrinologie, gastroentérologie, neurologie, orthopédie, physiatrie, pneumologie, pneumo-oncologie, psychiatrie, rhumatologie, toxicomanie et urologie. Elle comprenait aussi des corridors à établir avec les plateaux diagnostiques et les équipes médicales de toutes les urgences du Québec Métro. Dans la phase I, la plupart des spécialités concernées se retrouvaient à l'intérieur du CHUQ. La phase II, débutée en mai 2009, permettra de bonifier, à partir de l'expérience déjà acquise, l'accessibilité aux spécialités énumérées en s'associant de nouveaux partenaires, comme l'Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et le Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec. Pour ce faire, nous avons participé à la mise en place d'un comité régional des services généraux regroupant tous ces partenaires.</p>
<p>Au moins cinq (5) nouveaux médecins seront recrutés et répartis selon les besoins prioritaires identifiés par les principaux responsables médicaux.</p>	<p>Aux 7 nouveaux médecins déjà recrutés en date du 3 février 2009, s'ajoutent 2 autres nouveaux médecins : un médecin à temps plein qui s'est ajouté à l'UMF Maizerets et un médecin à temps plein qui s'est associé à l'équipe des médecins du CLSC de la Jacques-Cartier.</p> <p>Nous travaillons actuellement sur le dossier d'un médecin de retour de région qui pourrait venir couvrir des gardes à l'urgence de l'Hôpital Chauveau dès septembre 2009. Une demande de dérogation a été déposée auprès du DRMG et du Comité paritaire ministériel. Il faut aussi souligner que le soutien de notre organisation dans la mise en place des GMF et des cliniques-réseau sur notre territoire a permis de recruter de nouveaux médecins pour la clientèle du CSSS de Québec-Nord, et aussi, dans certains cas, de préserver les effectifs médicaux déjà en place.</p>

<p>La couverture médicale (jour, soir, nuit) à l'Hôpital Chauveau sera assurée.</p>	<p>Malgré des efforts soutenus pour le recrutement de médecins à l'urgence de l'Hôpital Chauveau, les résultats obtenus (environ l'équivalent d'un temps plein) ne permettent pas à l'équipe d'assurer une couverture médicale jour-soir-nuit. Devant ces faits, suite à une première rencontre en février 2009 avec l'Agence, il a été décidé de proposer pour cette urgence un nouveau modèle de service. Ce modèle identifie l'urgence de l'Hôpital Chauveau dans la catégorie B et permet une ouverture de service de 8 h à 22 h, 7 jours par semaine. Ce modèle a reçu l'approbation de l'Agence et a été mis en place le 27 avril 2009. Ce nouveau modèle assure une plus grande sécurité pour nos clientèles et permet la consolidation de l'équipe médico-nursing en place, qui est un élément essentiel au recrutement.</p>
<p><b>Résultats attendus</b></p>	<p><b>Bilan des directeurs au 16 juin 2009</b></p>
<p>Réduire les délais d'admission et assurer une meilleure intégration en centre d'hébergement des clients présentant des comportements perturbateurs en attente d'admission.</p>	<p>Le délai d'admission de 48 heures est respecté dans presque la totalité des cas.</p> <p>Une trajectoire a été établie concernant ce type de clientèle. Celle-ci s'actualise actuellement afin de permettre l'accessibilité de cette clientèle aux services d'hébergement.</p>
<p><b>Priorité 3 : L'amélioration des conditions d'exercice de notre personnel</b></p>	
<p>Cinq (5) projets concrets visant l'amélioration des conditions d'exercice du personnel seront expérimentés sous forme de projet pilote. Les projets concluants feront l'objet d'une implantation dans tous les secteurs d'activités concernés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le programme de support à la formation post-scolaire du personnel a été actualisé à compter de la session de formation de l'automne 2009;</li> <li>➤ La démarche de consultation par « focus-group » sur l'amélioration du climat de travail a été réalisé;</li> <li>➤ La mise en place des horaires de travail de 12 heures au secteur d'activités de l'urgence (Chauveau) n'a pu être actualisé considérant la modification des heures d'accessibilité;</li> <li>➤ La mise en place des horaires de travail de 12 heures au secteur d'activités de l'urgence (HSAB) n'a pu être actualisé considérant la difficulté d'autofinancer le projet;</li> <li>➤ La mise en place des horaires de travail de 12 heures et d'une fin de semaine sur trois à l'hébergement n'a pu être actualisée considérant les priorités de la direction de l'hébergement.</li> </ul>

<b>Priorité 4 : L'intégration de la culture de sécurité à tous les niveaux de l'organisation</b>	
<p>Chaque palier de la structure organisationnelle, du conseil d'administration aux équipes de travail, témoignera de la réalisation des actions concrètes prévues à son niveau dans le plan d'action global adopté au conseil d'administration.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les plans d'action sur l'intégration de la culture de sécurité ont été réalisés à 90%;</li> <li>➤ Nous avons instauré une semaine thématique sur la sécurité, laquelle s'est tenue du 26 avril au 2 mai. 336 personnes ont participé à un quiz sur la sécurité;</li> <li>➤ Le comité de vigilance a soumis au conseil d'administration deux recommandations en lien avec la gestion des risques qui touche l'ensemble de l'organisation;</li> <li>➤ La sensibilisation auprès du personnel des CLSC a porté fruit et nous avons observé une hausse des déclarations d'accident/incidents;</li> <li>➤ Dans les centres d'hébergement, nous avons réussi à diminuer le nombre d'erreurs de médicament par la mise en place du circuit du médicament.</li> </ul>
<p>Le conseil d'administration disposera d'un tableau de bord spécialement dédié à la gestion des risques.</p>	<p>Certains éléments de la gestion des risques ont été intégrés au tableau de bord du conseil d'administration. Cette dimension devra se développer l'an prochain.</p>
<p>Un plan d'entretien préventif des équipements médicaux sera opérationnel.</p>	<p>Plusieurs logiciels ont été évalués. Une démarche régionale est en cours pour effectuer un processus d'acquisition d'un logiciel de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO). Nous désirons nous joindre à cette démarche afin de profiter de coûts moindres et d'uniformiser les actifs au plan régional.</p>
Résultats attendus	Bilan des directeurs au 16 juin 2009
<p>Le personnel des résidences privées qui administre des médicaments et qui font des soins invasifs à notre clientèle sera formé selon nos standards de pratique.</p>	<p>Pour les CSSS, ce processus demande des ententes formelles avec les exploitants des résidences privées concernant la formation et l'autorisation des non-professionnels qui seront appelés à donner les soins, et du personnel infirmier des résidences, qui devront former et superviser leur personnel non professionnel. Pour le territoire du CSSSQN, 57 résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie, étaient visées. De ce nombre, 51 protocoles d'ententes ont été signés à ce jour. Une formation sur mesure, pour le personnel des résidences privées qui prodiguent des soins aux aînés de notre territoire, s'offre dorénavant sur une base mensuelle.</p>

<b>Priorité 5 : La consolidation des projets cliniques</b>	
<b>PROJET CLINIQUE EN SANTÉ MENTALE :</b>	
<p>Un suivi systématique pour les personnes atteintes de troubles psychotiques sera implanté avec les partenaires communautaires et ceux de la 2<sup>ème</sup> ligne.</p>	<p>Nous devons souligner que ce type de suivi offert à une clientèle présentant des troubles graves et desservie en première ligne n'avait jamais été élaboré à ce jour. Il faut également mentionner qu'il est le fruit de l'implication et de l'engagement des intervenants du programme. De plus, il a été présenté lors des journées biennuelles en santé mentale à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux et qu'il a reçu un accueil très favorable.</p> <p>Nous avons élaboré un suivi systématique pour les personnes atteintes de troubles psychotiques. Le plan de cheminement clinique et les vingt-deux (22) problématiques associées à la maladie sont établis. Les interventions cliniques par profession sont convenues pour l'ensemble de notre personnel et les outils cliniques sont harmonisés. Dès l'automne, les intervenants seront formés selon ce nouveau cadre de pratique et les premières cohortes bénéficieront de ces nouveaux standards de pratique.</p>
<p>Des services de réadaptation pour la clientèle ayant un problème de santé mentale seront disponibles dans tout le territoire à même nos ressources.</p>	<p>Les services de réadaptation regroupés dans le service « Le Rivage » ont été répartis sur l'ensemble du territoire pour en faciliter l'accès à la clientèle. Nous avons maintenant une offre de services dans chaque territoire de CLSC. Le cadre de pratique est convenu et rédigé.</p>
<p>Le suivi clinique offert à la clientèle qui réside en ressource non institutionnelle en santé mentale sera harmonisé sur tout le territoire.</p>	<p>Les travaux se déroulent selon la planification convenue initialement et régionalement. Un chargé de projet et une chef de programme ont été mandatés pour réaliser le plan de redéploiement. Nous nous sommes dotés d'un plan de communication puisque ce projet se déroule sur une période de 5 ans.</p>

<b>PROJET CLINIQUE POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ :</b>	
Un service de crise et un suivi auprès des jeunes en difficulté et leur famille sera implanté.	Le modèle est élaboré et convenu régionalement. Les postes seront dotés en juin. Le recrutement du gestionnaire clinique pour la région de Québec sera finalisé en juin. Les services débuteront en septembre prochain.
<b>Résultats attendus</b>	<b>Bilan des directeurs au 16 juin 2009</b>
Un cadre de pratique en santé mentale jeunesse sera élaboré pour améliorer la pratique professionnelle selon les standards reconnus.	Nous avons complété la rédaction du cadre de pratique pour les enfants présentant un déficit d'attention avec ou sans hyperactivité. Nous avons convenu d'une entente de services avec l'Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA) afin d'offrir des séances d'information sur cette problématique et le traitement et ce, dans chaque territoire de CLSC.
Des sessions d'information sur le développement moteur de l'enfant seront offertes aux parents sur tout le territoire.	Le contenu des séances d'information a été établi et une première séance a été tenue à titre expérimental. Les commentaires des participants sont favorables et nous permettent d'améliorer le contenu pour l'automne prochain.
<b>PROJET CLINIQUE EN SERVICES GÉNÉRAUX :</b>	
Les éléments identifiés à la priorité 2 constituent les résultats attendus du projet clinique cette année.	
<b>PROJET CLINIQUE CANCER :</b>	
Le nombre de clients référés et soignés par les infirmières pivot en oncologie augmentera de 30% par rapport à l'an dernier.	Le nombre de clients référés et soignés par les infirmières pivot en oncologie s'élevait à 633 au 31 mars 2009. Ce qui traduit une augmentation de 58% comparativement à l'année 2007-2008. Le résultat attendu est largement atteint.

<b>PROJET CLINIQUE POUR LES CLIENTS ATTEINTS DE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC) :</b>	
Les clients référés par les hôpitaux l'Enfant-Jésus et St-François d'Assise seront suivis par les infirmières pivot traité-santé selon les critères du projet pilote.	<p>La trajectoire retenue pour le suivi des clientèles atteintes d'une MPOC prévoit la référence aux infirmières en GMF.</p> <p>Présentement, la formation est en cours afin d'habiliter l'ensemble des infirmières en GMF à ce nouveau mandat. La référence de la clientèle des cliniques MPOC vers la première ligne s'effectuera par la suite de manière progressive.</p>
<b>PROJET CLINIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE :</b>	
Les clients hospitalisés dans les unités de courte durée, dépistés comme étant à haut risque de perte d'autonomie, seront pris en charge dans les 48 heures suivant leur sortie du centre hospitalier.	<p>Une entente entre les CSSS et les hôpitaux de la région de Québec a été élaborée pour améliorer la prise en charge de la clientèle en CH dont le retour à domicile est compromis. La signature de cette entente reste à venir.</p> <p>Un modèle de mécanisme d'accès unique aux services visant les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement a été réalisé et une expérimentation de la mise en place de ce mécanisme d'accès unique est prévue en septembre 2009.</p>
<b>Résultats attendus</b>	<b>Bilan des directeurs au 16 juin 2009</b>
Les clients hospitalisés dans les unités de courte durée, dépistés comme étant à haut risque de perte d'autonomie, seront pris en charge dans les 48 heures suivant leur sortie du centre hospitalier. (suite)	Un cadre de référence des équipes de consultation spécialisées en gériatrie et en psychogériatrie a été réalisé. La direction du programme de soutien à domicile est en pourparler avec le CHA (HEJ), pour les territoires Orléans et La Source, et le CHUQ (CHUL), pour le territoire de la Haute St-Charles, afin d'actualiser les recommandations du cadre de référence qui visent à rendre accessibles des services spécialisés en gériatrie et en psychogériatrie à l'ensemble de la clientèle sur le territoire du CSSSQN.

**PROJET CLINIQUE POUR L'HÉBERGEMENT :**

Dans le cadre de la poursuite de l'implantation du milieu de vie, chaque nouveau résident bénéficiera d'un processus d'accueil (pré-admission, admission) structuré permettant d'adapter l'offre de services aux besoins de la clientèle et à leur histoire de vie.

Le processus de pré-admission est réalisé pour l'ensemble des sites en hébergement depuis mars 2009 (guide d'accueil prêt depuis le 1<sup>er</sup> février).

Le processus d'admission est en fonction dans 100 % de nos sites et adapté selon le client.

Centre de santé et de services sociaux  
de Québec-Nord

**Code d'éthique et de déontologie  
des membres du conseil d'administration du  
Centre de santé et de services sociaux  
de Québec-Nord**

*ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION*

*LE 18 JANVIER 2005*

## TABLE DES MATIÈRES

Préambule .....	3
1. <i>Devoirs et obligations</i> .....	3
2. <i>Devoirs spécifiques</i> .....	3
3. <i>L'identification de situations de conflits d'intérêts</i> .....	4
4. <i>Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération</i> .....	5
5. <i>Les devoirs et les obligations de l'après-mandat</i> .....	5
6. <i>Régime de sanctions</i> .....	5
7. <i>Enquête et immunité</i> .....	6
8. <i>La publicité du code</i> .....	7
9. <i>Entrée en vigueur</i> .....	7

### Annexes

- A- *Engagement personnel*
- B *Serment ou affirmation de discrétion  
de toute personne chargée de faire enquête*

## **PRÉAMBULE**


Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

### **1. DEVOIRS ET OBLIGATIONS**

- 1.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et de services sociaux.
- 1.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des orientations générales de l'établissement.
- 1.3 Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil.
- 1.4 Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis, sauf dans les cas prévus par le présent code et par la loi ou lorsqu'un motif sérieux le justifie de s'abstenir.
- 1.5 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert la fonction avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
- 1.6 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.
- 1.7 Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration.
- 1.8 La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.
- 1.9 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions confidentiels.

### **2. DEVOIRS SPÉCIFIQUES**

- 2.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

- 
- 2.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
  - 2.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.
  - 2.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
  - 2.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt dans une entreprise ou une association qui met en conflit cet intérêt personnel et celui de l'établissement doit dénoncer son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général et doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue.

Il doit annuellement dénoncer au directeur général un intérêt direct.

### **3. L'IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS**

- 3.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
- 3.2 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- 3.3 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts.

Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

- Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
- N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

- 3.4 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui si cet avantage va à l'encontre de l'intérêt de l'établissement.
- 3.5 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

#### **4. RÉGIR OU INTERDIRE DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION**

- 4.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
- 4.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un avantage de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 4.3 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

#### **5. LES DEVOIRS ET LES OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT**

- 5.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion confidentiels de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- 5.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

#### **6. RÉGIME DE SANCTIONS**

- 6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- 6.2 Toute personne qui a des motifs sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le premier ou deuxième vice-président du conseil d'administration.

- 6.3 Le président, le premier ou le deuxième vice-président 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.
- 6.4 Le membre du conseil d'administration 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.
- 6.5 Les personnes désignées forment un comité qui doit adresser un rapport au président, au premier ou deuxième vice-président du conseil d'administration.
- 6.6 Le président, le premier ou deuxième vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
- 6.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
- 6.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité fait sa recommandation aux membres du conseil d'administration.
- 6.9 Le conseil d'administration entend à huis clos l'administrateur, ses témoins et toute autre personne intéressée. L'administrateur peut être accompagné et représenté par une personne de son choix.
- 6.10 Après délibération, le conseil d'administration peut décider :
- a) de disculper l'administrateur des manquements qui lui sont reprochés;
  - b) de lui imposer une sanction.
- 6.11 La décision du conseil d'administration doit être motivée et la sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation ou une déchéance de charge, selon la gravité et la nature de l'acte dérogatoire.
- 6.12 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

## **7. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ**

- 7.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

- 7.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

## **8. LA PUBLICITÉ DU CODE**

- 8.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.
- 8.2 L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.
- 8.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état:
- a) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  - b) des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente.
  - c) des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées au cours de l'année.

## **9. ENTRÉE EN VIGUEUR**

- 9.1 Le présent code d'éthique et de déontologie entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord.

## **CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE**

### **ANNEXE A**

#### **ENGAGEMENT PERSONNEL**

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord et je m'engage à m'y conformer.

---

Signature

---

Date



**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE**

**ANNEXE B**

***SERMENT OU AFFIRMATION DE DISCRÉTION  
DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE***

Je, \_\_\_\_\_, jure (ou affirme solennellement) que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, quoique ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Assermenté devant moi, à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notaire, avocat ou commissaire à l'assermentation

**DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES  
DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2008-2009 du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord:

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

Je déclare que les données contenues dans le présent 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 pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.



---

Lucie Lacroix  
Directrice générale