

Bien  
entourés,  
bien en  
santé

Centre de santé et de services sociaux  
de Maskinongé

# Rapport annuel de gestion

# 2010-2011





# Rapport annuel de gestion 2010-2011

---

## Déclaration de la fiabilité des données et des contrôles afférents

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

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.



Yves Martin  
Directeur général

# Rapport annuel de gestion 2010-2011

---

## Mot du président du conseil d'administration et du directeur général

Il nous fait plaisir de vous présenter ce bilan 2010-2011 qui, à l'instar des années précédentes, s'est révélé tout aussi rempli de défis, que nous avons relevés avec brio. Il est important de souligner que tout ce que l'organisation accomplit repose sur le travail, le dévouement et l'expérience de chacun de ses membres. Une équipe solide avec laquelle tout est possible. Toutes les énergies ont été canalisées autour des axes stratégiques et des priorités organisationnelles définis par le conseil d'administration de l'établissement, avec succès.

L'année 2010-2011 fut marquée par plusieurs dossiers d'importance qui ont nécessité la collaboration et le travail d'équipe dans leur réalisation.

Les priorités d'action que l'établissement s'est données pour les trois prochaines années sont principalement axées sur le projet clinique, le processus d'amélioration continue de la qualité et le climat organisationnel. À titre d'exemples, la démarche d'évaluation de la qualité, QMentum. Cette dernière, qui s'est terminée le 4 juin 2010 par la venue de l'équipe visiteuse, a nécessité une vaste mobilisation et un travail de coordination impressionnant. À la suite de cette visite, l'établissement recevait une correspondance des deux organismes; Agrément Canada et Conseil québécois d'agrément, félicitant les dirigeants du CSSSM ainsi que son personnel pour leur engagement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Grâce au travail de tous, nous avons récolté un niveau de conformité de 89 %, tant pour les pratiques organisationnelles requises (POR) que pour chacun des secteurs de normes. Après cette démarche, un deuxième exercice d'analyse, induit par le projet de loi 100, s'est ajouté. En effet, il est venu apporter une pression supplémentaire à l'établissement et a nécessité la mobilisation de tous dans la recherche de pistes de solution visant l'optimisation de nos processus. L'investissement et la participation de chacun dans cet exercice formel effectué au sein de toute l'organisation tout au cours de l'automne a permis une réussite dans l'atteinte des objectifs de réduction des dépenses récurrentes. Qui plus est, la mobilisation du personnel était au rendez-vous et leur implication s'avère un élément important de cette réussite.

Plusieurs dossiers et réalisations méritent également d'être soulignés. Mentionnons, notamment, le développement de relations de service avec Les Jardins Latourelle (OBNL). Par le soutien conseil dans la mise en place des services aux aînés et au déploiement de l'offre de service, la vente de service en buanderie, la production des repas et l'achat de places, le Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé et Les Jardins Latourelle ont créé pièce par pièce une collaboration gagnante dans l'offre de service à la population du territoire. La visite de l'OIIQ, la poursuite de l'implantation du progiciel administratif régional (PAR), l'accueil des stagiaires infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL), l'entente de collaboration en répit dépannage, la participation aux travaux de régionalisation d'Info-Santé Info-Social et le démarrage de la formation pour la première cohorte de la relève à l'école en soins infirmiers au Centre Comtois sont au nombre des dossiers d'importance. De plus, dans une optique d'améliorer le climat organisationnel, une révision a été effectuée au sein de la direction des ressources humaines et du développement des compétences en ce qui a trait à la structure, à l'approche et aux moyens utilisées dans les interactions. Déjà des améliorations sont au rendez-vous et nous poursuivons dans la voie empruntée. Soulignons également tout le travail de collaboration avec les autres CSSS et le Centre Jeunesse pour l'arrimage de protocoles. Ces réalisations s'inscrivent directement dans nos axes d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des services offerts.

# Rapport annuel de gestion 2010-2011

---

On ne pourrait passer sous silence le chantier de rénovations fonctionnelles qui s'est installé durant toute l'année à l'hébergement. Ces rénovations s'inscrivent dans le plan général de conservation et de fonctionnalité immobilière visant la conformité des installations et l'amélioration du milieu de vie, de l'accessibilité des lieux et de la qualité des services, mais également de la convivialité dans la prestation de services. Le but demeure l'amélioration du milieu de vie afin d'en faire un environnement favorable au bien-être, à la sécurité du résident et un environnement de travail amélioré.

Toujours dans l'optique d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à la population, un étroit soutien a été donné au groupe de médecine familiale Saint-Laurent dans une campagne de publicité visant à faire connaître à la population du territoire l'existence du guichet d'accès pour la clientèle orpheline ainsi que sa mission.

Pour toutes ces réalisations et réussites, nous saluons avec respect et chaleur tout le travail des médecins, de l'ensemble des membres du personnel et des gestionnaires. À preuve, tout au long de l'année, nombreux sont les messages d'hommage et de remerciements de la part d'usagers et de famille signifiant à l'organisation et au personnel sous différentes formes leur appréciation des services et des soins reçus pour eux ou un proche de même que la qualité des actes et le professionnalisme du personnel. Ce sont des témoins expressifs de la qualité des soins et services, du professionnalisme et de l'humanisme des membres du personnel envers la clientèle.

Le travail bénévole du conseil d'administration de même que son engagement envers l'organisation et la communauté méritent tout autant d'être soulignés.

Il faut également remercier tous les bénévoles qui offrent généreusement et sans compter du temps et des sourires. Que ce soit au sein du milieu de vie ou à l'accueil de l'urgence, ils font définitivement la différence pour les usagers et les résidents.

Dans la poursuite de nos actions, nous sommes assurés de toute la collaboration de cette belle et grande équipe qu'est le Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé.



Jacques Lafrenière  
Président



Yves Martin  
Directeur général



## Table des matières

Mission-vision-valeurs .....	9
Orientations stratégiques.....	10
Organigramme .....	10
Portrait sociosanitaire.....	11
Principales activités et faits saillants au sein de l'organisation.....	12
Données statistiques en un coup d'œil.....	22
Perspectives.....	23
Procédure d'examen des plaintes.....	25
États financiers .....	26
Rapport de l'auditeur .....	28
Entente de gestion et d'imputabilité .....	30
Conseils et comités.....	32
Annexe 1 .....	40
Annexe 2.....	46



## Mission-vision-valeurs

### Mission

Le Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé (CSSSM) est une instance locale qui contribue directement et par l'entremise du réseau local de services intégré à améliorer et à maintenir la santé et le bien-être de la population du territoire en offrant, à travers une approche populationnelle, des services de santé et des services sociaux de première ligne accessibles, continus et personnalisés incluant des services diagnostiques, d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que, de façon spécifique, des services médicaux spécialisés. Nos interventions sont de nature préventive, curative, de réadaptation ou de réinsertion qui sont offertes de manière complémentaire à celles dispensées par les différents partenaires du réseau local de services intégré. Le CSSSM et son personnel s'engagent envers la population du territoire à lui offrir, avec les ressources disponibles, une gamme de services de santé et de services sociaux la plus complète possible dans l'un ou l'autre de ses différents points de service ou le plus près possible de leur milieu de vie en collaboration avec les partenaires du réseau local de services intégré, et ce, à toutes les étapes de la vie.

### Vision

Une organisation centrée sur les besoins, la santé et le bien-être de la population.

Une organisation qui se distingue par l'engagement de son personnel et le travail d'équipe.

Une organisation axée sur la performance notamment en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Une organisation qui réalise ses engagements.

Une organisation qui est dans une perspective de recherche d'excellence.

### Valeurs organisationnelles

Nous croyons au respect et à la dignité des personnes, notamment en ce qui a trait à la confidentialité et à la discrétion, à la participation aux décisions qui les concernent et au respect de leurs droits dans le potentiel et l'implication des individus, des familles et de la communauté ainsi que dans leur volonté de développer ce potentiel. Nous croyons que le succès de notre organisation est d'abord et avant tout attribuable au talent, à la compétence et au dynamisme de son personnel.

- Intégrité : Chacun de nous est responsable de l'intégrité de son travail.
- Respect : Chacun de nous se respecte et respecte l'autre dans ses convictions, ses valeurs, ses choix, sa façon d'être et ses forces.
- Rigueur : Chacun de nous mène ses projets et ses tâches à bien. Il établit la norme de rendement tout en cherchant sans cesse à s'améliorer.
- Travail d'équipe : Chacun de nous place le succès de l'équipe au-dessus de son succès personnel. Il prend le temps de contribuer à l'élaboration et à la compréhension des objectifs et de la stratégie de l'équipe et aide ses collègues afin que l'équipe atteigne ses objectifs.

L'approche d'amélioration continue de la qualité est une voie incontournable pour mettre en œuvre les orientations stratégiques du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé. Le concept de qualité prend de multiples formes et dimensions et touche l'employé, les processus de travail et la structure organisationnelle. En ce sens, l'organisation vise à satisfaire les besoins et les attentes des clients selon les ressources disponibles, en toute conformité avec les normes de qualité et de sécurité, selon les meilleures pratiques et au moindre coût. Cette qualité doit se refléter tant dans notre manière d'être que dans nos façons de faire. L'amélioration de celle-ci passe, notamment, par l'approche-client, la compétence et la mobilisation du personnel, la révision des processus de travail et l'utilisation efficiente des ressources.

## Orientations stratégiques

### Développer un réseau local de services intégrant le projet clinique

- Mobiliser tous les acteurs des milieux à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- Améliorer l'accessibilité aux services médicaux à la population du territoire.
- Définir une nouvelle configuration de services pour les clientèles vulnérables ou présentant une maladie chronique.
- Améliorer notre performance en matière d'accessibilité, de continuité et de qualité.

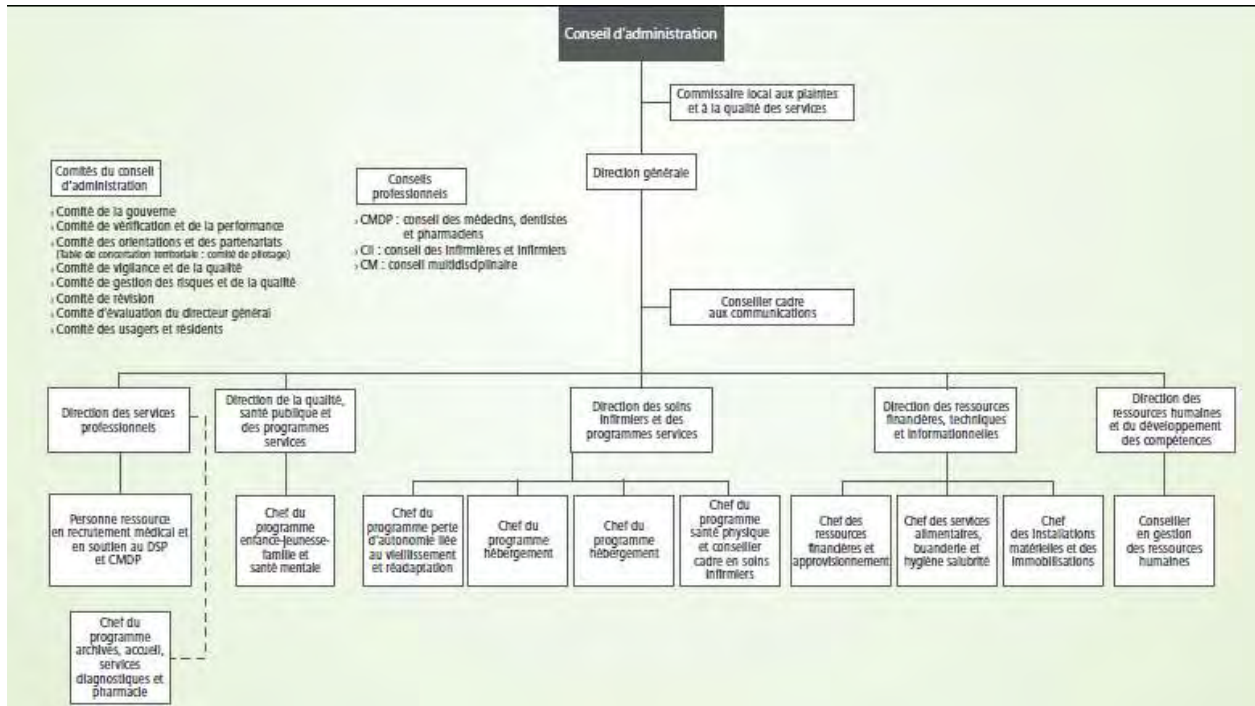
### Développer une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité

- Implanter et soutenir un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité pour chacun des services.
- Développer les systèmes d'information clinique et de gestion afin d'assurer un suivi au programme d'amélioration continue.
- Mettre en place les meilleures pratiques.

### Devenir un employeur de choix

- Déployer un plan intégrateur de mobilisation du personnel.
- Développer le sentiment d'appartenance et de fierté au CSSSM.
- Développer des relations intergénérationnelles harmonieuses.

## Organigramme



## Portrait sociosanitaire

Le Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé dessert la population de 12 des 17 municipalités de la MRC de Maskinongé. Cette population est composée de 23 498 personnes des 35 803 habitants de la MRC. Les municipalités de Louiseville, Yamachiche et Maskinongé regroupent plus de la moitié de la population totale (52,7 %). Ce territoire est le deuxième moins peuplé de la région 04 et connaît un accroissement naturel négatif. Le taux global de fécondité est moindre qu'au Québec.

La population est à majorité de langue maternelle francophone (98,2 % vs 79 % au Québec) et à peine 1 % de la population est immigrante (12,1 % au Québec). Le niveau de scolarisation de la population se situe sous la moyenne provinciale et régionale, et ce, pour tous les groupes d'âge. En 2006, près de 38 % des personnes de 25 ans et plus du territoire ne possédaient pas de diplôme d'études secondaires. Le réseau local de services (RLS) se caractérise par une des proportions les plus élevées de 65 ans et plus de la région. Au cours des vingt prochaines années, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera presque du double sur le territoire passant de 4 647 à 7 456. Les 65 ans et plus représenteront en 2026 près de 34 % de la population.

Plusieurs facteurs sociodémographiques ont un impact sur la santé de la population : proportion élevée de personnes âgées, accroissement naturel négatif de la population, taux global de fécondité moindre qu'en Mauricie, sous-scolarisation plus élevée, taux d'emploi parmi les plus faibles, utilisation plus élevée de l'assistance emploi, surmortalité régionale due aux accidents de transport et aux maladies respiratoires.

Le RLS est en place pour favoriser le développement d'une approche populationnelle avec les partenaires :

- PPALVR (personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et réadaptation), dont les priorités sont : isolement et communication.
- DI-TED (déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement), dont les priorités sont : transport, intégration sociale et professionnelle, logement.
- Jeunes en difficulté, dont les priorités sont : accès à l'information, rétroaction, soutien aux parents.
- Santé mentale et dépendances, dont les priorités sont : transport, intégration sociale et professionnelle, activité de sensibilisation, information sur la santé mentale.
- Déficience physique, dont les priorités sont : logement et transport.
- Santé physique, dont les priorités sont : communication, MPOC (maladies pulmonaires occlusives chroniques), diabète, maladies cardiovasculaires.

La population du RLS de Maskinongé par groupes d'âges, en 2008 :

- 16,2 % ont moins de 18 ans,
- 64 % ont de 18 à 64 ans,
- 19,8 % ont 65 et plus.

## Principales activités et faits saillants au sein de l'organisation

Outre tous les dossiers en cours et les activités liées à la réalisation de notre mission, l'année 2010-2011 a été principalement axée sur des actions entourant le projet clinique, le processus d'amélioration continue de la qualité et le climat organisationnel. L'établissement a tenu ses engagements et l'ensemble des faits saillants détaillés ci-dessous en font la démonstration.

Par ailleurs, le projet de loi 100 est venu s'ajouter aux priorités d'action. Il va s'en dire que l'établissement s'est attardé avec rigueur à répondre à la demande de réduction des dépenses récurrentes, et ce, toujours dans l'optique du retour à l'équilibre budgétaire. Fort est de mentionner qu'une démarche formelle a été entreprise au sein de l'organisation, dans chacun des services et en mettant à contribution les équipes dans la recherche de solutions. Toutes les pistes suggérées ont été examinées. Plusieurs ont été retenues et mises en action sur-le-champ. Les cibles de réduction de 25 % des dépenses récurrentes entourant la publicité, les déplacements et la formation ont déjà été atteintes.

### Agrément

Notre établissement a été reconnu pour la qualité de ses services en 2007 (2007-2010) et a dû renouveler son accréditation en 2010 (2010-2013). Tous les efforts ont été consentis et tous les membres de l'organisation se sont mobilisés sous le thème « Alliés pour se surpasser » en vue de la préparation à la visite de l'équipe de visiteurs d'Agrément

Canada, prévue en

mai 2010. Des équipes qualité ont été formées en fonction du nouveau modèle d'accréditation appelé Qmentum à l'intention des centres de santé et de services sociaux. Tout le personnel a redoublé d'efforts pour répondre à l'appel. Lors de la journée de visite où les résultats de la démarche nous étaient livrés par l'équipe de visiteurs, près de 90 personnes assistaient à la synthèse. Un bilan fort positif a été livré. À la suite, le coordonnateur de la démarche d'agrément a effectué une tournée auprès de l'ensemble des secteurs pour partager un premier bilan et ouvrir sur les perspectives.

Ayant reçu l'accréditation en 2010, un rapport a été déposé le 3 novembre 2010 et les conditions ont été remplies comme prévu. Soulignons l'excellent résultat obtenu par l'équipe d'hygiène et salubrité quant à la conformité des pratiques. De plus, au chapitre du climat organisationnel, notons le renouvellement au sein de la direction des ressources humaines et du développement des compétences (DRHDC), un exercice d'évaluation du fonctionnement interne, l'amélioration apportée et l'instauration de rencontres régulières pour chacun des secteurs d'activités.

### Réseau local de services (RLS)

Notre réseau local de services reste dynamique et poursuit ses actions concertées dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la communauté. Un projet novateur a d'ailleurs vu le jour grâce à ces



caractéristiques. Il s'agit du projet de répit-gardiennage mis en place sur le territoire et répondant à un besoin des aînés et leur famille.

Ce projet novateur pour la région a vu le jour grâce au partenariat entre l'Association des aidants naturels du bassin de Maskinongé « Mains tendres », la Coopérative d'aide domestique de la MRC de Maskinongé et le Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé. Les services sont offerts jour et nuit et sont dispensés par bloc de trois heures ou plus selon le besoin de la clientèle. Le principe qui constitue la base de cette entente est l'amélioration de la qualité de vie et le mieux-être des aidants naturels et de la personne aidée, et ce, dans son milieu de vie. Dans cet esprit, les objectifs poursuivis sont principalement la bonification des services de maintien à domicile, l'optimisation du continuum de services professionnels, la création d'une synergie entre les partenaires du réseau local de même que la création d'une stabilité d'emploi sur le territoire. Autant le personnel qui donne le service que l'utilisateur qui le reçoit, tous s'entendent pour dire que ce projet est valorisant et bénéfique. L'amélioration de la qualité de vie et le mieux-être des aidants naturels et de la personne aidée, et ce, dans son milieu de vie reste le moteur de ce projet novateur pour le territoire.

« Être aidante et à l'écoute du bénéficiaire, c'est valorisant. »

« Cela nous permet de garder notre proche dans son environnement et permet d'éviter l'épuisement pour l'aidant. »

Parlant de collaboration et de dynamisme, soulignons quelques autres actions :

- Implantation des pratiques cliniques préventives auprès des cliniques médicales et des pharmacies communautaires du territoire.
- Mise en place d'un comité territorial, en collaboration avec Maski en forme et trois municipalités du territoire, pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie.
- Mise en place d'un réseau de sentinelles pour les jeunes et adultes en collaboration avec le centre de prévention suicide.
- Collaboration à la mise en place du comité Avenir d'enfant qui vise à contribuer, par le soutien à la mobilisation des communautés locales, au développement global des enfants de 5 ans et moins pour que chaque enfant soit prêt à entreprendre avec succès son cheminement scolaire.

Le nombre de naissances pour l'année 2010-2011 est de 197 ce qui est comparable à l'année précédente qui était de 195 naissances.

Toujours dans cet esprit de collaboration, un accent a été mis sur le guichet d'accès pour les patients orphelins. On parle de publicité radiophonique, de production et de distribution dans la communauté de cartes d'affaires (GMF, guichet inscription à l'urgence, pharmacie, accueil CLSC), des affiches ont été installées dans les pharmacies communautaires, et ce, en soutien au groupe de médecine familiale (GMF) Saint-Laurent. À ceci s'ajoute la participation du comité des médecins,

dentistes et pharmaciens (CMDP) à différents comités et tables (comité régional de la cardiologie, stages des externes en collaboration avec la faculté de médecine de Montréal et l'Unité de médecine familiale du CHRTR, comité sur les mécanismes d'accès en imagerie médicale, réunions du GMF, Table médicale territoriale).

### Amélioration et qualité des services

L'amélioration continue de la qualité des services demeure un leitmotiv pour toute l'organisation. Pensons aux travaux d'agrandissement et de rénovations fonctionnelles en hébergement amorcés l'an dernier et terminés tout récemment. Ces derniers avaient comme objectif la sécurité et la fonctionnalité des services et de l'environnement. Ils sont maintenant complétés pour toutes les unités de soins situées au rez-de-chaussée du Centre de services Avellin-Dalcourt, secteur hébergement. Ces agrandissements permettent, entre autres, aux résidents de vivre dans un environnement mieux adapté à leurs besoins et au personnel de travailler dans un milieu plus sécuritaire. Ces travaux permettent également l'ajout de neuf lits dans l'aile prothétique, destinée à une clientèle présentant des déficits cognitifs. En plus de ce rajout, cette aile est également plus fonctionnelle grâce à l'achat d'équipement mieux adapté à sa clientèle. Le confort et le bien-être sont aussi de l'équation. En effet, un nouvel accès côté jardin près de la chapelle a également été aménagé afin d'éviter un refroidissement de la salle d'activités pendant la période hivernale.

En parallèle et tout au long de l'année, le service d'animation occupe une grande place au sein du milieu de vie en hébergement. Coordinée par l'éducatrice, soutenue par des bénévoles dévoués, la vie en hébergement est remplie d'énergie, de couleurs et de découvertes sensorielles. Que l'on pense aux activités musicales, de conte, de karaoké, de jeux de société ou aux activités ludiques et aux petites douceurs, toutes sont axées sur l'éveil des sens et le plaisir. L'implantation des petits-déjeuners servis à la chambre, une fois par semaine pour le plaisir de la chose et le plaisir des sens, vient s'ajouter au BBQ, à l'épluchette de blé d'Inde, à la tire sur la neige, à la dégustation de coupe glacée, de galette sarrasin ou de fruits exotiques. À ceci s'entremêlent les activités religieuses et les sorties voyage (zoo, cabane à sucre, festival de Saint-Tite, EXPO de Trois-Rivières et magasinage). Rien n'est laissé au hasard lorsqu'on parle de milieu de vie et du bien-être des résidents.

Mentionnons également d'autres actions tout aussi importantes au chapitre de l'amélioration continue et de la qualité des services :

- Participation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) à la mise à jour du « Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique » (PREM), la mise en œuvre des orientations découlant du projet clinique médicale et la mise à jour et acceptation d'ordonnances collectives.
- Mise en action du plan d'action local des maladies chroniques offrant un meilleur suivi de la clientèle visée (Programme « ma santé à vie »).
- Mise en œuvre du plan d'appréciation de la qualité en RI-RTF suite à la visite du MSSS.
- Réalisation d'un sondage portant sur la satisfaction de la clientèle et révélant un niveau de satisfaction élevé de la clientèle se présentant aux services ambulatoires.
- Mise en place d'une équipe formée pour la prise en charge de la clientèle MPOC dans un système d'identification, de prise en charge et de suivi systématiques de cette clientèle.

- Implantation du système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM).
- Dépôt et acceptation au conseil d'administration de l'établissement de la politique pour une saine alimentation, le 9 novembre 2010.
- Élaboration et mise en place d'un nouveau menu pour les collations offertes aux résidents.
- Production et installation d'une nouvelle armoire à narcotiques pour la pharmacie.

### Prestations sécuritaire des soins et qualité des services

Assurer la sécurité des usagers est d'une importance primordiale et demeure un élément prioritaire de la démarche d'amélioration continue des soins et des services prodigués à la population du territoire desservi par le CSSS de Maskinongé. Un événement déclaré constitue le premier maillon du processus de gestion des risques. Des efforts ont été consentis pour s'assurer que la personne qui constate un événement indésirable le déclare à l'aide du formulaire prévu à cet effet. Ceci permet d'obtenir un portrait réel de ce qui se passe dans l'organisation et de planifier la mise en place de mesures pour en éviter la récurrence.

Les événements considérés, pour l'année 2010-2011, sont les incidents et accidents en lien avec les chutes, les erreurs de médication et les erreurs de la pharmacie, quel qu'en soit le niveau de conséquence. Cette année, six secteurs du CSSS étaient représentés dans les bilans. Une réflexion s'est amorcée et, pour l'année 2011-2012, les bilans présenteront la totalité des incidents et des accidents survenus pour tous les secteurs de notre établissement.

Nous comptons 754 événements analysés comparativement à 662 l'année précédente, ce qui représente une augmentation de 13,9 %. Concernant les erreurs reliées aux médicaments ou à la pharmacie, une augmentation de 17,2 % est notée pour l'ensemble des secteurs analysés alors que, pour les chutes ou les quasi-chutes de patients, il s'agit d'une augmentation de 13,3 %.

Il faut prendre en compte certains facteurs qui contribuent à l'augmentation du nombre de chutes. D'une part, la clientèle à l'hébergement s'alourdit considérablement, notamment au chapitre des problèmes cognitifs. D'autre part, plusieurs résidents présentent des conditions qui en font des *chuteurs répétitifs* pour qui nous établissons un plan d'intervention et proposons des mesures spécifiques. Parallèlement, les rénovations majeures conduites au cours de la dernière année en hébergement ont induit plusieurs déménagements de résidents, d'une aile à une autre, ce qui peut expliquer aussi en partie les hausses observées. Nous devons également considérer que de telles augmentations ne signifient pas uniquement une recrudescence des événements indésirables, mais peuvent aussi être associées à la sensibilisation soutenue du personnel, à l'importance d'en faire la déclaration et à l'émergence, au fil du temps, d'une culture de la déclaration au CSSS de Maskinongé.

L'utilisation de l'échelle de gravité ajoute une notion importante à la gestion des risques en permettant d'identifier la gravité des événements indésirables. Bien qu'on note une augmentation du nombre de déclarations, l'analyse de l'indice de gravité démontre qu'en 2010-2011, celle-ci est moins importante, ce qui en soit est une très bonne indication de l'amélioration observée.

De manière plus spécifique, l'analyse des résultats met en relief que :

- 71 % (539 événements) étaient des incidents (A, B, C), c'est-à-dire des situations qui représentaient un risque et qui n'ont pas entraîné de conséquences.
- 21 % (155 événements) étaient des accidents du niveau de gravité D, c'est-à-dire le niveau de plus faible gravité à l'intérieur des accidents. Ce niveau requiert soit une surveillance afin de confirmer que la personne n'a subi aucune conséquence, soit une intervention pour prévenir une conséquence.
- 8 % (60 événements) étaient des accidents du niveau E, dont 54 du niveau de gravité E1 et 6 de gravité E2. Mentionnons que E1 fait référence à une conséquence temporaire, notamment des premiers soins non spécialisés, tandis que E2 fait référence à une conséquence temporaire qui nécessite des soins ou des traitements spécialisés supplémentaires, sans pour autant avoir eu besoin d'une hospitalisation ou d'une prolongation de l'hospitalisation.

Même si une très grande majorité des événements sont sans conséquence, nous tenons, malgré tout, à encourager la déclaration de tous les événements puisqu'elle permet d'identifier les causes de l'incident ou de l'accident et de mettre en place des mesures préventives visant à éviter des événements dont la conséquence pourrait être plus grave.

L'émergence d'une culture de la déclaration passe inéluctablement par une hausse des incidents déclarés. C'est ce que nous observons cette année.

Aucun événement de gravité F, ni d'événement sentinelle n'a été rapporté au cours de l'année. Toutefois, les gestionnaires, la conseillère en gestion des risques et les membres du comité de gestion des risques demeurent sensibilisés à l'importance de signaler rapidement ces événements qui nécessitent une attention particulière.

Cette année encore, la collaboration entre les différentes directions, tant clinique qu'administrative, était présente afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins et des services aux usagers et leurs proches.

Dans un souci d'harmoniser l'information, un cartable regroupant les documents pertinents se rapportant à la gestion des risques a été réalisé et mis à la disposition des gestionnaires, pour consultation. De plus, le conseil d'administration a adopté une politique et une procédure, soit :

- Politique globale de gestion des risques.
- Procédure de déclaration d'incident-accident et de divulgation à la suite d'un accident.

De la formation du personnel aux améliorations des infrastructures, nous veillons à la sécurité du personnel, des usagers et des résidents, et ce, par l'entremise de différentes activités :

- Formation de deux préposées aux bénéficiaires (PAB), formées par l'ASTASS, afin de devenir formateurs PDSB désignés pour l'établissement pour ainsi augmenter les meilleures pratiques et diminuer les risques de blessures au travail.
- Vérification complète (mécanique et visuelle) de toutes les toiles de levier à l'hébergement

assurant une sécurité maximale lors des transferts.

- Travaux effectués dans une optique de sécurité : changement du fini de plancher dans plusieurs salles d'eau (ailes 3-4-5 et unité prothétique) (prévention des chutes), réalisation de salles de bain mitoyennes, agrandissement des portes et réfection du fini des plafonds, murs et planchers (ailes 3 et 4) (prévention des infections).
- Mise en place de certaines rustines pour améliorer la sécurité des usagers et se conformer au plan directeur de sécurité.

## Réponse aux besoins de la population

Notre engagement envers la population est inébranlable et nos actions en témoignent. Toujours axés sur la promotion et la prévention de même que la responsabilisation de chacun face à sa santé, nous poursuivons nos collaborations dans cette optique.

En ce sens, la régionalisation du service Info-Social fut au cœur de belles discussions, de préoccupations et de grands travaux cette année. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010 à l'instar du service Info-Santé, le service Info-Social a régionalisé sa réponse téléphonique. À l'exception des demandes téléphoniques d'ouverture et d'analyse pour des services psychosociaux ou d'une personne se présentant sur place ou nécessitant une intervention immédiate dans le milieu, les demandes sont maintenant répondues par le service régional d'Info-Santé Info-Social (SRISIS) par l'entremise du 811. Ce changement de pratique n'aurait pu être mis en action sans la collaboration des intervenants psychosociaux déjà en place. Une équipe de garde psychosociale (jour et nuit) en collaboration avec notre accueil-évaluation-orientation (AEO) est toujours prête à répondre aux interventions d'urgence lors des sorties terrain demandées par le SRISIS. Ce fut un grand défi à relever ensemble. Nous pouvons affirmer que nos équipes d'intervenants de crise psychosociale, l'équipe des réceptionnistes, l'équipe du soutien technique en place au CSSSM ont su tirer leur épingle du jeu et relever le défi.

### SURVEILLANCE SYSTÉMATIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

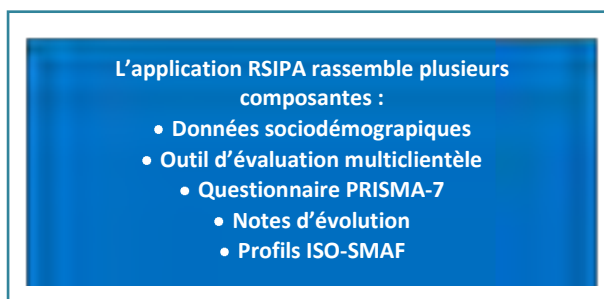
- SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline)
- ERV (*entérocooccus* résistant à la vancomycine)
- *C. difficile* (*Clostridium difficile*)
- Éclosion de grippe et de gastroentérite
- MRSI (maladie respiratoire sévère d'origine infectieuse), lors du triage à l'urgence

Le bilan de la dernière année se résume à deux infections de SARM, trois *C. difficile* et aucune éclosion. Le travail de dépistage systématique (SARM, ERV, influenza durant la saison) associé à la formation à l'embauche et aux rappels ponctuels sur l'hygiène des mains restent des moyens porteurs de bons résultats.

Toujours au chapitre des collaborations, l'équipe dédiée aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) a participé activement à la mise en place des services à la résidence Les Jardins Latourelle qui a récemment ouvert ses portes. Cette résidence nouvellement installée sur le territoire offre des services d'hébergement adaptés aux besoins de la population. La Résidence Geneviève quant à elle offre trois places en hébergement de type convalescence. Ces places permettent aux clients hospitalisés d'entreprendre leur convalescence sur leur territoire avant d'amorcer le retour à domicile. L'équipe PPALV assure un suivi à cette clientèle.

## Optimisation et amélioration de nos processus

L'optimisation se traduit par la recherche de solutions permettant plus d'efficacité et plus de performance et s'appuie sur le travail soutenu de nos gens. Cet objectif d'amélioration de nos façons de faire ne se soustrait pas à la réponse aux besoins de la clientèle. En ce sens, l'application RSIPA (Réseau de services intégrés pour personnes âgées) s'avère un outil de travail informatisé accessible et facile d'utilisation. L'avancée la plus notable est sans aucun doute la consultation et la transmission rapide et en temps réel des informations d'un usager par tout professionnel impliqué au dossier, et ce, dans l'optique d'assurer une réponse adéquate à ses besoins en évitant de partager à de nombreuses reprises leur historique biopsychosocial. La chargée de projet du RSIPA a formé l'ensemble du personnel *utilisateur* à l'application informatique de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) et assure un suivi régulièrement. Le RSIPA est une application Web et peut-être utilisée dans tous nos points de service. Elle est encadrée par de hautes normes de sécurité et de confidentialité. Son déploiement se fait au continuum gériatrique, en santé physique et au guichet d'accès.



Outre l'implantation et l'utilisation d'un outil technologique, la mise sur pied d'un comité de gestion des lits est venue améliorer la réponse au besoin de la clientèle aînée qui transige à l'urgence. La responsable des mécanismes d'accès se voit ainsi confier la coordination de ce comité interservice au regard de la gestion des lits dans l'établissement. Une innovation fort appréciée des gestionnaires des secteurs concernés leur permettant, entre autres, une meilleure planification de service et une réponse beaucoup plus adéquate pour la personne. Une liste d'autres actions vient s'y ajouter :

- Création d'un département de pharmacie.
- Réalisation du plan d'action local en cardiologie en lien avec le plan d'action régional (réduction des délais de la prise en charge de la clientèle ciblée).
- Mise sur pied du comité régional en stérilisation favorisant une concertation entre les CSSS de la région pour l'application des normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables. L'implication au comité régional de santé physique assure une gestion concertée des différents dossiers.
- Planification des stages des IPSPL (infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne) à l'urgence, aux points de service et au groupe de médecine familiale (GMF) s'est réalisée en collaboration avec l'UQTR, l'Agence et le GMF.
- Optimisation des services offerts à la clientèle du centre de jour en planifiant l'organisation du travail avec l'ensemble des intervenants de l'équipe.
- Mise en application de l'ordonnance collective par les infirmières en planification des naissances pour la prescription de la contraception hormonale.
- Mise en place du dépistage ITSS en milieu scolaire secondaire pour la clientèle étudiante asymptomatique.
- Optimisation des secteurs accueil-évaluation-orientation (AEO) et soutien à domicile (SAD) de

même que de l'organisation du travail au continuum gériatrique, des services infirmiers à domicile et des services d'ergothérapie en partenariat avec le Laboratoire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (LIRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

- Projet d'optimisation en ressources informationnelles pour rechercher toutes les économies possibles afin de soutenir la prestation de services de santé et services sociaux.
- Mise en place de la structure et des accès ainsi que la rédaction des procédures pour la saisie décentralisée des requêtes pour les produits en inventaire.
- Rédaction de procédures de travail afin de faciliter, réviser et valider l'exécution des tâches périodiques et annuelles.
- Accès au DPE (dossier patient électronique) permet la prise en charge de la clientèle MPOC du Trois-Rivières Métro.
- Intégration du PRISMA 7 au triage à l'urgence favorise un repérage de la clientèle de 75 ans et plus en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. L'utilisation de ce logiciel assure une prise en charge de cette clientèle.

Le modèle de vaccination massive sans rendez-vous, expérimenté lors de la pandémie de grippe A (H1N1) en 2009, a été repris pour la vaccination saisonnière à l'automne 2010.

- Immunisation antipneumococcique : 226 personnes comparativement à 190 l'an dernier
- Immunisation anti-influenza : 3 197 personnes comparativement à 1 969 l'an dernier.

L'accueil de stagiaires en provenance du Cégep de Trois-Rivières en septembre, octobre et novembre 2010 a permis la visibilité de notre milieu auprès d'une future relève.

## Des ressources humaines au cœur de l'action

L'ensemble de nos ressources humaines fait la force de notre organisation. À chaque jour, elles nous démontrent leur engagement et leur professionnalisme en travaillant de concert auprès de la communauté.

Dans le cadre de son association avec le Collège Shawinigan, le Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé a réalisé un projet de délocalisation d'un DEC en Soins infirmiers, et ce, avec la participation de l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et des Centres locaux d'Emploi-Québec Mauricie. Il accueille maintenant une première cohorte de 18 étudiants qui accompagnés des professeurs et du personnel de soutien du Collège Shawinigan sont déjà à l'œuvre. Ces étudiants ont la possibilité de côtoyer quotidiennement du personnel infirmier et d'étudier dans un milieu d'immersion vraisemblable, aménagé à cet effet. Ils sont en formation continue alternant stages et études. C'est un projet bénéfique pour les étudiants, le personnel du CSSSM, le Collège, l'établissement et la population. Installé dans un espace auparavant occupé par l'urgence, le centre de formation permet par ailleurs aux étudiants de vivre au rythme de l'établissement avant même d'avoir terminé leurs études. L'approche facilite non seulement l'intégration lors des stages, mais également le développement d'un sentiment d'appartenance envers le CSSS. De manière à renforcer ce sentiment, le CSSSM a aussi doublé son projet d'un programme

de parrainage jumelant chacun des étudiants à l'un des membres du personnel infirmier déjà en fonction dans l'organisation. Les tandems ainsi créés sont source de référence pour les étudiants et de valorisation pour les employés non seulement sur le plan clinique, mais également sur une base personnelle.

Instigatrice du projet, la Direction des ressources humaines et du développement des compétences (DRHDC) y voit pour sa part des éléments susceptibles de favoriser l'attraction et la rétention au terme de la formation. Le laboratoire de formation aménagé sera de plus mis à la disposition des infirmières déjà à l'emploi du Centre afin de réaliser leurs activités de perfectionnement (mise à jour de certaines techniques par exemple). Il permettra d'offrir aux candidates à l'exercice de la profession infirmière du CSSSM, la possibilité d'être soutenues pour la préparation à leur examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (ÉCOS par exemple). L'aventure sera fort enrichissante particulièrement pour les étudiantes et les infirmières du CSSSM avec cette occasion d'échanges sur la profession.

Nous assistons à un partenariat innovant entre le Collège Shawinigan et le CSSSM qui ont osé un rapprochement entre le milieu de l'enseignement et le milieu de la santé. L'histoire se répète puisqu'historiquement, sur le site même, il y avait une école d'infirmières auxiliaires lors de la création de l'hôpital Comtois. Ce projet s'avère donc un levier majeur pour l'attraction et la rétention du personnel en soins infirmiers. Conscient des défis qui s'imposent en matière de recrutement de main-d'œuvre, le CSSSM veut plus que jamais être une organisation ouverte sur le milieu et l'intersectorialité. Le Collège Shawinigan est très fier de pouvoir répondre aux besoins particuliers de formation qui permettra de former une main-d'œuvre qualifiée et de combattre une pénurie de travailleurs. Ce projet est définitivement un bel investissement à long terme.

Plusieurs autres dossiers ont mobilisés la direction des ressources humaines et du développement des compétences :

- Redéfinition des rôles et responsabilités de la direction des ressources humaines et du développement des compétences.
- Révision des exigences de poste, en collaboration avec le syndicat pour le personnel de bureau.
- Révision du mandat du comité paritaire en santé et sécurité au travail.
- Achèvement des travaux entourant la structure infirmières et les quarts de travail, suite à la révision de la structure des postes en soins infirmiers faite en 2009-2010, en collaboration avec la direction des soins infirmiers et programmes services.
- Mise en place des modalités d'affectation du personnel paratechnique, métiers, bureautique (burotechnie).

Dans son rôle de soutien et conseil, la DRHDC témoigne du travail des autres directions :

- Analyse du climat de travail au service alimentaire : exercice fait de façon paritaire (syndicat/employeur). Remise d'un rapport et d'un plan d'action et mise en place d'un comité opérationnel dans ce secteur.

- Planification des formations : sécurité transfusionnelle, rapport incident-accident, triage et transfert interhospitalier infarctus. La planification temporelle de ces formations à l'aide d'un calendrier et d'un échéancier.
- Formation en dépendances : tous les intervenants en santé mentale adulte, à l'accueil-évaluation-orientation (AÉO) et en périnatalité ont été formés.
- Formation et mise en place, dans notre milieu de travail, du comité 0-5-30 visant l'amélioration des habitudes de vie du personnel.

Monsieur Fabien Désilets a été approché et a accepté de participer comme expert au comité régional qui avait le mandat d'évaluer des modules budgétaires pour remplacer celui en mode Access.

Suite à la recommandation favorable pour le module budgétaire de Magistra, le CSSS de Maskinongé a pour une deuxième année consécutive, changé son module de préparation budgétaire, et ce, dans le cadre de l'uniformisation régionale des systèmes administratifs.

# Rapport annuel de gestion 2010-2011

## Données statistiques en un coup d'œil

	2009-2010	2010-2011
<b>EFFECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT</b>		
<b>Cadres</b>		
• Temps complet	15	13
• Temps partiel	—	—
• Nombre de cadres en sécurité d'emploi	—	—
<b>Employés réguliers</b>		
• Temps complet	190	184
• Temps partiel	86,73	81,99
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	—	—
<b>Occasionnels</b>		
• Nombre d'heures rémunérées	16 6209,31	17 6551,53
• Équivalents temps complet	89,75	95,11

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Accidents du travail sans perte de temps	67	25	70	84
Accidents du travail avec perte de temps	42	37	31	39
Taux annuel de l'assurance salaire	7,35 %	7,67 %	6,58 %	7,05 %
Nombre d'embauches	70	100	80	58
Nombre de départs	96	82	71	51
Nombre d'entrevues de sélection	172	193	196	144
Nombre de postes affichés	128	147	116	59
Nombre de griefs réglés	46	64	62	126
Nombre de griefs déposés	64	90	160	98
Nombre de griefs actifs	120	139	237	208

<b>EMPLOYÉS ACTIFS</b>				
• Temps complet	215	226	237	241
• Temps complet temporaire	6	6	5	11
• Temps partiel régulier	139	158	184	148
• Temps partiel occasionnel	89	76	42	90
<b>Total:</b>	<b>449</b>	<b>466</b>	<b>468</b>	<b>490</b>

## Perspectives

Une année financière s'est terminée, mais les activités et le travail se poursuivent sans relâche. Nous veillons ainsi de façon continue à réaliser notre mission et nos engagements envers la population et notre personnel en recherchant constamment l'amélioration de la qualité et la sécurité de nos services. Le plan de vieillissement, le plan d'amélioration continue de la qualité, le travail et le soutien aux équipes ainsi que nos collaborations restent au nombre de nos priorités pour la prochaine année financière. À ceci s'ajoute une liste impressionnante d'activités :

- Implantation et utilisation effective du plan d'intervention (PI) et du plan thérapeutique infirmier (PTI) pour tous les secteurs.
- Mise en œuvre du plan de services individualisé (PSI).
- Début des travaux avec l'équipe des infirmières à domicile pour l'implantation du logiciel SYMO.
- Poursuite de l'optimisation de l'organisation du travail au continuum gériatrique en partenariat avec le Laboratoire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (LIRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Implantation du système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM).
- Certaines ordonnances collectives à rendre disponibles à l'exercice infirmier, suite à l'exercice de validation et d'approbation.
- Poursuite de nos actions au regard de l'introduction des meilleures pratiques novatrices en soins infirmiers.
- Soutien aux intervenants du centre de jour suite à la réorganisation du travail.
- Poursuite du développement en ce qui a trait au fonctionnement des équipes interdisciplinaires.
- Collaboration avec l'équipe de la clinique MPOC.
- Mise à jour au dossier patient électronique (DPE) par les médecins du CHRTR qui viennent travailler au CSSS de Maskinongé afin d'optimiser la continuité des soins et services des usagers.
- Poursuite des travaux touchant la sécurité et la qualité des services à la clientèle par :
  - des outils de référence en ce qui concerne les aspects médicolégaux;
  - des formations sur la sécurité transfusionnelle, rapport incident-accident, mise à jour du triage, stérilisation;
  - le plan thérapeutique infirmier (PTI);
  - des protocoles adaptés;
  - le bilan comparatif des médicaments (BCM);
  - et la conception d'un audit pour l'évaluation du triage.
- Formations :
  - PI et PSI : aux intervenants à domicile et son implantation;
  - gestion de cas : aux intervenantes à domicile.

- Embauche de deux infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) qui contribueront au suivi de la clientèle du territoire.
- Poursuite dans la synergie organisationnelle pour le recrutement et la rétention du personnel infirmier.
- Poursuite et intensification au recrutement médical dont la présence à la journée des résidents de médecine familiale de l'Université Laval à Québec (juillet) et à la Journée carrière (automne) à Montréal.
- Mise en place de certaines recommandations du projet d'optimisation en ressources informationnelles.
- Mise en place du nouveau système de classification des documents.
- Réalisation du plan de travail pour l'optimisation du progiciel administratif régional (PAR) relativement à la production et à la gestion de la paie.
- Révision des politiques et procédures en matière de ressources humaines.

# Rapport annuel de gestion 2010-2011

## Procédure d'examen des plaintes

Nombre de dossiers reçus par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) et le médecin examinateur en 2010-2011

	Plaintes CLPQS	Plaintes médicales Médecin examinateur	Interventions CLPQS	Assistance CLPQS	Nombre de dossiers
2009-2010	9	9	3	25	46
2010-2011	8	7	3	5	23

Au terme de l'exercice 2010-2011, une plainte reste en cours d'examen et non conclue.

Le comité de vigilance et de la qualité formule des recommandations en lien avec les objets de plaintes et fait rapport au conseil d'administration des interventions et des collaborations avec les équipes concernées.

## Comparatif sur les objets de plaintes

Objets de plainte	2009-2010	2010-2011		
	CLPQS et ME	CLPQS	ME	TOTAL
Accessibilité	1	2	0	2
Aspect financier	0	1	0	1
Relations interpersonnelles	13	5	6	11
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	1	0	1
Soins et services dispensés	9	2	4	6
Droits particuliers	1	0	0	0
Autres objets	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>21</b>

Au cours de l'année 2010-2011, aucun dossier n'a été porté à l'attention du comité de révision en deuxième recours et aucun usager n'a fait usage du droit de recours en deuxième palier auprès du protecteur du citoyen.

Aucune plainte n'a été reçue en lien avec l'accessibilité linguistique.

L'étude des plaintes transmises au cours de l'année 2010-2011 au médecin examinateur par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a été faite avec rigueur. Elles ont toutes été réglées dans les délais prescrits.

## États financiers

### Bilan du fonds d'exploitation (Source : AS-471)

<b>ACTIF</b>	<b>2009-2010</b>	<b>2010-2011</b>
<b>À court terme</b>		
Encaisse	584 827	1 229 863
Placements temporaires	1 110 000	1 600 000
Débiteur—Agence et MSSS	243 541	128 101
Autres débiteurs	233 761	342 028
Charges payées d'avance	108 922	112 251
Stocks	187 466	196 174
Créance interfonds	306 487	—
Autres éléments	5 006	13 863
<b>Total de l'actif à court terme</b>	<b>2 780 010</b>	<b>3 622 280</b>
Subvention à recevoir – Réforme comptable	2 107 825	2 142 230
Placement à long terme	1 000	1 000
Autres éléments	18 445	28 104
<b>Total de l'actif</b>	<b>4 907 280</b>	<b>5 793 614</b>
<b>PASSIF</b>		
<b>À court terme</b>		
Autres créditeurs	4 724 076	5 058 230
Dettes interfonds	—	294 781
Revenus reportés	227 876	333 028
<b>Total du passif à court terme</b>	<b>4 951 952</b>	<b>5 686 039</b>
<b>À long terme</b>		
Autres éléments du passif	—	—
<b>Total du passif</b>	<b>4 951 952</b>	<b>5 686 039</b>
<b>Solde du fonds</b>	<b>(44 672)</b>	<b>107 575</b>
<b>Total du passif et du solde du fonds</b>	<b>4 907 280</b>	<b>5 793 614</b>

# Rapport annuel de gestion 2010-2011

## Fonds d'exploitation (Source : AS-471)

Activités principales	2009-2010	2010-2011
<b>Revenus</b>		
Agence et MSSS	26 797 159	26 931 942
Usagers	2 686 466	2 896 508
Ventes et services	99 174	225 450
Recouvrements	153 222	167 483
Autres	51 182	136 957
<b>Total des revenus</b>	<b>29 787 203</b>	<b>30 358 340</b>
<b>Charges</b>		
Salaires	16 017 309	15 346 232
Avantages sociaux	4 499 753	4 682 259
Charges sociales	2 322 858	2 328 379
Médicaments	432 916	348 154
Produits sanguins	36 337	24 809
Fournitures médicales et chirurgicales	348 684	361 161
Denrées alimentaires	508 272	553 773
Créances douteuses	40 979	46 606
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit	—	—
Entretien et réparations	403 685	414 065
Autres charges	5 526 066	5 889 875
<b>Total des charges</b>	<b>30 136 859</b>	<b>29 995 313</b>
<b>Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales</b>	<b>(349 656)</b>	<b>363 027</b>
<b>Contribution en provenance de l'avoir propre et interfonds (au net)</b>		
• En provenance de l'avoir propre	—	—
• Fonds immobilisations	—	(210 780)
<b>Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales après les contributions de l'avoir propre et interfonds</b>	<b>(349 656)</b>	<b>152 247</b>

## Rapport de l'auditeur



### RAPPORT DES AUDITEURS INDÉPENDANTS SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration du  
Centre de santé et de services sociaux  
de Maskinongé  
Trois-Rivières (Québec)

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan du fonds d'exploitation au **31 mars 2011** ainsi que l'état des résultats pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé (ci-après "établissement") pour l'exercice clos le **31 mars 2011**. Nous avons exprimé une opinion modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2011 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers utilisés pour la préparation des états financiers résumés ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'établissement.

#### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.


#### Responsabilité de l'auditeur

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

#### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'établissement pour l'exercice clos le **31 mars 2011** constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux normes comptables canadiennes du secteur public.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2011. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que l'établissement a dérogé aux normes comptables canadiennes pour le secteur public pour les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement. Notre opinion avec réserve indique, à l'exception des incidences des problèmes décrits, que ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.



COMPTABLES AGRÉÉS<sup>1</sup>

Trois-Rivières, le 14 juin 2011

---

<sup>1</sup> Par : Raymond Drouin, FCA auditeur

# Rapport annuel de gestion 2010-2011

## Entente de gestion et d'imputabilité

	Résultats 2008-2009	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
<b>RESSOURCES HUMAINES</b>				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,97	6,58	< 6,7 %	7,05
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	3,79	6,19	< 5,62 %	6,51
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	2,02	3,98	< 1,53 %	0
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>				
Atteinte et maintien du ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	0,4 CHSGS 0,6 CHSLD	1,0	1	1,0
<b>SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE</b>				
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	234	190	246	284
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,9	5,3	4	3,9
<b>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>				
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	821	835	786	755
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	21,7	22,3	24,7	25,1
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,18	3,24	3	3,05
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,24	0,28	0,23	0,27
<b>DÉFICIENCE PHYSIQUE</b>				
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	269	297	170	308
Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	20,2	15,2	24,5	15,2
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	21	38	43	35
<b>DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED</b>				
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	47	61	35	65
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI et TED)	6,8	5,1	10,1	5,6
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle et TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	36	53	46	49

## Rapport annuel de gestion 2010-2011

	Résultats 2008-2009	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>				
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	516	566	540	599
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6	7,6	7	7,6
<b>SANTÉ MENTALE</b>				
Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	50	62	74	74
Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	327	346	318	416
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	Moyenne : 29	Moyenne : 22	45	Moyenne : 25
<b>SANTÉ PHYSIQUE</b>				
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	71	64	89	67
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	14,3	20,1	16	20,6
<b>ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES</b>				
Application des lignes directrices en hygiène et salubrité, pourcentage des lignes directrices sont appliquées	90 %	95 %	100 %	100 %

## Conseils et comités

### Conseil d'administration

Administrateurs	Collèges électoraux
M <sup>me</sup> Murielle Bergeron-Milette	Comité des usagers
M. Robert Boudreault	Agence de santé et de services sociaux
D <sup>r</sup> Guy Croisetière	Département régional de médecine générale
M. Michel Gaboury, <i>vice-président</i>	Population
M <sup>me</sup> Christiane Gallo	Coopté
M <sup>me</sup> Linda Garon	Conseil multidisciplinaire
M. Jacques Lafrenière, <i>président</i>	Population
M <sup>me</sup> Anne Lamothe	Organisme à but non lucratif
M <sup>me</sup> Catherine Laquerre	Conseil des infirmières et des infirmiers
M <sup>me</sup> Nicole Larose	Population
M. Luc Lessard	Fondation
M. Yves Martin, <i>secrétaire</i>	Directeur général
M <sup>me</sup> Louise Otis	Conseil multidisciplinaire
M. Gilles Pichette	Personnel non clinique
D <sup>r</sup> Paul Ricard	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Claude Savoie	Agence de santé et de services sociaux
M <sup>me</sup> Gisèle Sirois-Couture	Comité des usagers
M <sup>me</sup> Isabelle St-Yves	Population

### Comité de la gouverne

M. Michel Gaboury  
M. Jacques Lafrenière  
M. Yves Martin  
M. Gilles Pichette  
M<sup>me</sup> Isabelle St-Yves

### Comité de vérification et de la performance

M. Luc Lessard  
M<sup>me</sup> Nicole Larose  
M. Claude Savoie

### Comité des orientations et des partenariats

M<sup>me</sup> Linda Garon  
M. Jacques Lafrenière  
M<sup>me</sup> Anne Lamothe  
M. Yves Martin

### Comité de vigilance et de la qualité

M<sup>me</sup> Murielle Bergeron-Milette  
M<sup>me</sup> Christiane Gallo  
M<sup>me</sup> Monique Lupien  
M. Yves Martin  
M<sup>me</sup> Gisèle Sirois-Couture

### Comité de révision

M. Jacques Lafrenière  
D<sup>r</sup> Luc Lambert  
D<sup>r</sup> Paul Ricard

### Comité d'évaluation du directeur général

M. Robert Boudreault  
M. Jacques Lafrenière  
M<sup>me</sup> Nicole Larose

### Comité stratégique

M<sup>me</sup> Murielle Bergeron-Milette  
M. Robert Boudreault  
M<sup>me</sup> Christiane Gallo  
M. Jacques Lafrenière  
M<sup>me</sup> Nicole Larose  
M. Yves Martin  
M<sup>me</sup> Isabelle St-Yves

### Conseil consultatif à la direction générale

M<sup>me</sup> Murielle Bergeron-Milette  
M. Jacques Lafrenière  
M<sup>me</sup> Catherine Laquerre  
M. Yves Martin

## Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

L'administration d'un établissement public obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics. Le code d'éthique et de déontologie regroupe les obligations et devoirs généraux de l'administrateur, sans subroger les lois et règlements en vigueur. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le Code d'éthique et de déontologie de l'établissement. Le code d'éthique et de déontologie du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé a été adopté le 29 mars 2000. Il détermine les principes d'éthique et les règles déontologiques des membres du conseil d'administration, et ce, en vertu des articles 34 et 35 du Règlement de l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

Aucune situation de conflit d'intérêt ou manquement à ce code n'a été constaté au cours de l'année 2010-2011.

## Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Comité exécutif

D<sup>f</sup> Martin Lamy, président

D<sup>f</sup> Luc Lambert, secrétaire

D<sup>f</sup> Paul Ricard, 1<sup>er</sup> vice-président

D<sup>f</sup> Guy Croisetière, directeur des services professionnels

D<sup>f</sup> Jean Côté, 2<sup>e</sup> vice-président

M. Yves Martin, directeur général

D<sup>re</sup> Fabienne Martin, trésorière

### Activités

- Renouvellement des privilèges des membres du CMDP.
- Visite du comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec.
- Nomination de monsieur Yvon Rousseau à titre de chef de département de pharmacie. Il siège au comité exécutif et au comité de pharmacologie.

Une priorité a été mise sur l'examen des dossiers des résidents en CHSLD et la révision des dossiers de décès. Des évaluations ont permis de formuler des recommandations générales visant à améliorer la qualité de l'acte et la pratique médicale.

### Comité de pharmacologie

D<sup>re</sup> Fabienne Martin, omnipraticienne

D<sup>f</sup> Slobodan Milosevic, omnipraticien au service des urgences

D<sup>f</sup> Paul Ricard, omnipraticien

M. Yvon Rousseau, pharmacien

## Activités

- Révision de l'utilisation de médicaments. (Processus structuré et continu d'évaluation du traitement médicamenteux, par les pairs, dans un environnement précis de soins de santé qui prévoit des stratégies d'intervention destinées à améliorer les aspects qui ne satisfont pas aux critères d'évaluation).
- Test folstein et suivi de la médication pour la maladie d'Alzheimer.
- Suivi auprès du médecin traitant.
- Maintien du probiotique Bio-K en yogourt en prévention de la diarrhée associée à l'usage d'antibiotique.
- Acceptation du protocole de norépinéphrine et du protocole de traitement ambulatoire de la TVP avec la daltéparine (Fragmin).
- Ajout au formulaire : prasugrel (Effient), aliskirène (Rasilez) avec les règles d'utilisation de la RAMQ, méthylsulfonamide (Relistor) avec feuille préimprimée qui sera disponible à l'UCDG, Voltaren Emulgel.
- Retrait de Pennsaid, de la tinzaparine (Innohep) et de la rosiglitazone (Avandia).
- Acceptation des documents d'information, destinés au personnel infirmier de l'urgence, portant sur le midazolam et le propofol.

## Conseil multidisciplinaire

Comité exécutif

M<sup>me</sup> Céline Brault

M. Alain Demers, président

M<sup>me</sup> Linda Garon

M<sup>me</sup> Sylvie Gélinas

M<sup>me</sup> Lucie Laporte, secrétaire

M<sup>me</sup> Josée Mercier

M<sup>me</sup> Sandra Robitaille

M<sup>me</sup> Annick Turner, vice-présidente

## Activités

- Travaux de mise en place des comités de pairs.
- Identification des membres responsables de chacun des comités :
  - Comité sur la sécurité en intervention (consultation d'un document portant sur la responsabilisation de l'utilisateur suite à une conduite inacceptable) : M. Alain Demers.
  - Comité sur les bonnes pratiques en imagerie médicale : M<sup>me</sup> Céline Brault.
  - Comité sur le continuum de service (communication interservices) : M<sup>me</sup> Sandra Robitaille.

En perspective, des travaux seront menés sur les différents aspects de la sécurité en intervention et une projection est faite afin d'octroyer une tranche de 30 heures de travail par comité.

## Conseil des infirmières et infirmiers

Comité exécutif

M<sup>me</sup> Karine Bertrand, présidente

M<sup>me</sup> Sandra Denoncourt, présidente des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

M<sup>me</sup> Annie Dubé

M<sup>me</sup> Chantale Fréchette (CIIA)

M<sup>me</sup> Louise Gélinas en remplacement de madame Guylaine Bellemare

M<sup>me</sup> Catherine Laquerre

M. Yves Martin

M. Jocelyn Milot

M<sup>me</sup> Angèle Pomerleau, vice-présidente

M<sup>me</sup> Kathleen Raymond, secrétaire

## Activités

- Assemblée générale annuelle.
- Deux rencontres du CECII : 16 septembre 2010 et 18 novembre 2010.
- Une rencontre OIIQ, répondre à l'inspection professionnelle.
- Participation de deux infirmières au congrès de l'OIIQ en novembre 2010 : Karine Bertrand et Catherine Laquerre.

Sujets faisant l'objet de discussions :

- Notes au dossier.
- Ordonnances collectives.
- Trace de bande de rythme.
- Ordonnance insulinothérapie : Points de service Saint-Paulin et Saint-Alexis-des-Monts.
- Feuille de médicament prise PRN et gestion de la médication de la fonction fécale au Point de service Saint-Alexis-des-Monts.
- Révision du niveau de soins en CHSLD.
- Politique de RCR.
- Déclaration des plaies de pression en hébergement.

Création d'un dépliant du CII afin de créer un lien entre les membres.

Envoi d'une lettre de félicitations aux CEPI ayant passé leur examen.

En perspective

- Promotion du rôle de l'infirmière.
- Soutien et encouragements aux infirmières dans l'implantation des nouveaux dossiers.
- Suivi des ordonnances collectives.
- Soutien à l'implantation du programme préceptorat en soins infirmiers.
- Suivi du plan d'amélioration suite à la visite de l'inspection professionnelle de l'OIIQ.

## Sous comités du CII :

### Comité de soins de plaie

M<sup>me</sup> Guylaine Bellemare  
M<sup>me</sup> Karine Bertrand  
M<sup>me</sup> Nathalie Diamond  
M<sup>me</sup> Annie Dubé  
M<sup>me</sup> Catherine Laquerre  
M<sup>me</sup> Angèle Pomerleau

### Activité

Plusieurs appels téléphoniques ont tenus lieu de rencontres, et ce, afin d'intervenir le plus adéquatement possible.

### Comité liberté-sécurité

M<sup>me</sup> Guylaine Bellemare  
M<sup>me</sup> Cynthia Pellerin  
M<sup>me</sup> Annie Robert

### Activité

- Rencontres ponctuelles pour études de cas.

### Comité de méthode de soins infirmiers (MSI)

Mettre à jour certaines méthodes de soins et s'assurer que toutes les infirmières en ont pris connaissance et les appliquent.

### Comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

M. René Baril, vice-président  
M<sup>me</sup> Sandra Denoncourt, présidente  
M<sup>me</sup> Chantal Fréchette, conseillère (vice-présidente par intérim)  
M<sup>me</sup> Claudine Gagnon, secrétaire

### Activités

- Assemblée générale annuelle.
- Participation de Claudine Gagnon et René Baril au congrès OIIAQ à Rimouski du 2 au 4 juin 2010.
- Conception d'un plan d'orientation pour les infirmières auxiliaires fait par Chantal Fréchette et Véronique Diamond.
- Installation d'une boîte à suggestions.
- Sondage thérapie intraveineuse et dîner-conférence.

En perspective

- Promotion et maintien des compétences des infirmières et infirmiers auxiliaires.
- Formation thérapie intraveineuse de dix infirmières auxiliaires.
- Planification de dîners-conférences.
- Suivi poste d'infirmières auxiliaires aux soins à domicile.
- Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments (SARDM).



## Comité des usagers

### Comité des usagers

M<sup>me</sup> Marie-Claude Ferron, *secrétaire*

M<sup>me</sup> Louise Lacoursière

M<sup>me</sup> Lucienne Lefebvre

M<sup>me</sup> Lise Raymond, *trésorière*

M<sup>me</sup> Lise Ringuette, *vice-présidente*

M<sup>me</sup> Gisèle Sirois-Couture, *présidente*

Merci aux membres sortants pour leur collaboration au sein du comité : mesdames Nancy Armstrong et Murielle Bergeron-Milette.

### Représentantes

M<sup>me</sup> Louise Lacoursière, représentante du comité à la table de concertation territoriale.

M<sup>me</sup> Lucienne Lefebvre, représentant aux rencontres de l'AQESSS régionale.

M<sup>me</sup> Lise Ringuette, représentante au comité de gestion des risques.

M<sup>me</sup> Gisèle Sirois-Couture, représentante au conseil d'administration.

### Activités

- Promotion
  - Dépliant distribué lors d'une participation à une pièce de théâtre « Portrait de famille ».
  - Napperon distribué lors de la fête familiale organisée par le comité des résidents.
  - Calendrier distribué lors de visites en ressources intermédiaires, à la résidence Les Jardins Latourelle et aux usagers de l'urgence. Des infirmières et des auxiliaires en santé et services sociaux (soutien à domicile) ont acceptées généreusement de distribuer ces calendriers à la clientèle.
  - Articles parus dans le bulletin d'information de l'établissement.

- Formation
  - Deux formations ont été données par monsieur Jean Lortie du Regroupement provincial des usagers. Un guide d'information a été remis et traite de plusieurs sujets dont les droits et obligations des usagers ainsi que les fonctions des comités des usagers et des résidents.
- Réunions
  - Onze réunions se sont tenues durant l'année, dont une assemblée générale annuelle.

Outre ces rencontres, quelques représentantes assistent au colloque pour la protection des malades et à la journée du congrès régional des usagers. Un dîner fraternel est également organisé permettant d'échanger avec le comité des résidents, des directeurs et des chefs programme.

En perspective :

- Accueil de la conférencière, madame Anne Monat.
- Poursuite de la formation avec monsieur Jean Lortie, coordonnateur du RPCU.
- Promotion du comité des usagers (son existence, ses objectifs et son rôle) à l'aide d'objets promotionnels.
- Planification d'activités destinées aux usagers (conférences, pièces de théâtre ou tout autre moyen de communication sur des thèmes diversifiés comme l'amélioration des conditions de vie des usagers, la connaissance et la promotion des droits des usagers, l'accompagnement et l'assistance d'un usager dans une démarche auprès du C.S.S.S, la présentation de services offerts en CLSC, etc.).



### Comité des résidents

M. Jacques Béland, *secrétaire- trésorier*

M. Fernand Béland

M<sup>me</sup> Murielle Bergeron-Milette

M<sup>me</sup> Louise Lacoursière, *présidente*

M<sup>me</sup> Suzanne Lafrenière

M<sup>me</sup> Lisette Leblanc-Landry, *vice-présidente*

### Activités

- Adoption d'un logo.
- Participation à différentes activités musicales, culturelles et sociales au sein du milieu de vie. Notamment la fête familiale a permis au comité de distribuer un porte-clés à la nouvelle effigie.
- Participation aux assemblées et colloques (assemblée générale annuelle du conseil pour la protection des malades à Montréal, colloque annuel du conseil pour la protection des malades à Québec, assemblée générale et congrès du regroupement provincial de comités des usagers) dans le but d'obtenir de l'information à diffuser auprès des résidents.
- Représentant au comité des usagers.
- Implication au comité des menus.
- Affiliation avec le conseil provincial des malades et au regroupement provincial des comités des usagers.
- Consultation sollicitée en lien avec les nouveaux travaux exécutés à l'unité prothétique et aux ailes 3-4-5.

Pour la prochaine année, le comité désire une plus grande visibilité et continuera à participer aux différents comités.

## Annexe 1

### Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

#### PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public représente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

*Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent « Code d'éthique et de déontologie », les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.*

#### OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts ;
  - traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts ;
  - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions ;
  - prévoit des mécanismes d'application du Code.
2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

#### DÉFINITIONS

3. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
  - a) « **code d'éthique** » désigne plus spécialement :  
L'étude théorique des principes qui guident l'action humaine dans les contextes où le choix est possible ;  
tout ensemble de principes gouvernant l'action des individus pour autant qu'ils agissent en fonction de leur appartenance à un groupe social déterminé et que cette appartenance impose des règles de conduite.
  - b) « **déontologie** » désigne des règles, devoirs, obligations, ce qu'il faut faire.  
Historiquement, cependant, le mot fut rapidement lié à l'expérience des professions et notamment des professions libérales telles la médecine et le droit. Il désigne alors l'ensemble des règles et devoirs liés à l'exercice d'une profession.
  - c) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé ;
  - d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt ;
  - e) « **entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement ;
  - f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR L'ADMINISTRATEUR, DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS :

### ■ Agit dans l'intérêt de l'établissement et la population desservie.

À cette fin, l'administrateur :

4. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
5. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
6. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
7. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des personnes à son emploi.

### ■ Agit avec soin, prudence, diligence et compétence.

À cette fin, l'administrateur :

#### **Disponibilité et participation active**

8. Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

#### **Soin et compétence**

9. S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement ; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

#### **Neutralité**

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

#### **Discretion**

11. Fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
12. Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

#### **Relations publiques**

13. Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.
14. S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir ; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
15. Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

### ■ Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

16. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des

intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.

17. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

## **Biens de l'établissement**

18. Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

## **Avantages ou bénéfices indus**

19. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
20. Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

21. Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

## **Transparence**

22. Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

## **Interventions abusives**

23. S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
24. S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
25. S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non de l'établissement.
26. S'abstient d'ingérence indue dans le fonctionnement interne de l'établissement qui relève de la responsabilité du directeur général.

## **Conflits de devoirs ou d'intérêts**

27. Évite des conflits de devoirs et d'intérêts.

## **L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts**

28. L'administrateur autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue. Cependant, le fait pour cet administrateur d'être

actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue par un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

29. Doit, comme administrateur, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par l'administrateur et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
30. Doit, comme administrateur, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle l'administrateur a des intérêts pécuniaires.

## **Le directeur général et les conflits d'intérêts**

31. Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.  
Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.
32. Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
33. Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.
34. Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

## **L'exclusivité de fonctions du directeur général**

35. Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

## **L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT :**

- |  |
|--|
| ■ Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté |
|--|

À cette fin, l'administrateur :

36. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

37. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
38. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
39. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateurs.
40. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

## MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

### Introduction d'une demande d'examen

41. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du *Comité d'éthique et de déontologie* ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

### Examen sommaire

42. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

### Tenue de l'enquête

43. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

### Information de l'administrateur concerné

44. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

### Transmission du rapport au Conseil

45. Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

### Décision

46. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

## Sanctions

47. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

## ENGAGEMENTS PAR ÉCRIT

48. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe 11 du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

Dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, tout responsable de l'application du Code doit produire l'engagement contenu à l'Annexe 11 du présent Code.

49. L'administrateur doit produire la « Déclaration des intérêts » de l'annexe 1 pour déclarer tout intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du CA ou de l'un des établissements qu'il administre selon les délais prescrits dans le code.
50. Le directeur général doit produire la « Déclaration des intérêts » de l'annexe 1 pour déclarer tout intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du CA ou de l'un des établissements qu'il administre ainsi que l'occupation d'un autre emploi ou fonction selon les délais prescrits dans le code.

---

*N.B. : Ce document a été mis à jour pour se conformer à la nouvelle désignation légale de l'établissement depuis le 18 janvier 2005, qui est la suivante : « Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé ».*

## Annexe 2

### Bénévoles

M<sup>me</sup> Madeleine Arseneault  
M<sup>me</sup> Lucille Arseneault  
M. André Bastien  
M<sup>me</sup> Pierrette Bastien  
M<sup>me</sup> Pierrette Bastien  
M<sup>me</sup> Danielle Beauregard  
M. Benoît Béland  
M<sup>me</sup> Diane Béland  
M<sup>me</sup> Doris Béland  
M<sup>me</sup> Nicole Béland  
M<sup>me</sup> Réjeanne Béland  
M<sup>me</sup> Pearl Bellemare  
M<sup>me</sup> Raymonde Bellemare  
Arseneault  
M<sup>me</sup> Murielle Bergeron  
M<sup>me</sup> Thérèse Bergeron  
M<sup>me</sup> Denyse Blais  
M<sup>me</sup> Rita Blais  
M<sup>me</sup> Gisèle Boucher  
M<sup>me</sup> Raymonde Boulay  
M<sup>me</sup> Aline Bonneau  
M<sup>me</sup> Jacqueline Brissette  
M. Jean-Marie Brissette  
M<sup>me</sup> Gisèle Buissières  
M<sup>me</sup> Diane Caron  
M<sup>me</sup> Nicole Chevalier  
M<sup>me</sup> Claudette Clément  
M<sup>me</sup> Monique Crête  
M<sup>me</sup> Thérèse Deschênes  
M<sup>me</sup> Huguette Deschênes  
M. Christian Deschamps  
M. Daniel Duhaime  
M<sup>me</sup> Nicole Dupuis  
M<sup>me</sup> Louise Frigon  
M<sup>me</sup> Georgette Gaboury  
M. Roland Gaboury  
M<sup>me</sup> Florence Gagnon  
M<sup>me</sup> Rose Blanche Gagnon  
Plourde  
M<sup>me</sup> Thérèse Gagnon  
M<sup>me</sup> Denise Gauthier Bérard  
M<sup>me</sup> Jeannette Gérin-Lajoie  
M<sup>me</sup> Normande Gérin-Lajoie  
M<sup>me</sup> Louiselle Gervais

M. Normand Gervais  
M<sup>me</sup> Michelle Gervais  
M<sup>me</sup> Claire Giguère  
M<sup>me</sup> Diane Giguère  
M<sup>me</sup> Jacqueline Goulet  
M<sup>me</sup> Lucia Grenier  
M<sup>me</sup> Margot Grenon  
M<sup>me</sup> Huguette Hamel  
M<sup>me</sup> Madeleine Hémond  
M<sup>me</sup> Hélène Houle  
M. Gilles Julien  
M<sup>me</sup> Christiane Lafrenière  
M<sup>me</sup> Jeanne d'Arc Lafrenière  
M<sup>me</sup> Angèle Lambert B.  
M<sup>me</sup> Louiselle Lambert  
M<sup>me</sup> Claire Larouche  
M<sup>me</sup> Madeleine Larouche  
M<sup>me</sup> Micheline Larouche  
M<sup>me</sup> Pauline Leblanc  
M<sup>me</sup> Lisette Leblanc-Landry  
M<sup>me</sup> Lorette Leclerc  
M<sup>me</sup> Louise Lefebvre  
M<sup>me</sup> Lucienne Lefebvre  
M<sup>me</sup> Nicole Lefebvre  
M<sup>me</sup> Thérèse Lefebvre  
M<sup>me</sup> Liette Lemyre  
M<sup>me</sup> Marie-Claude Lemyre  
M<sup>me</sup> Monique Lepage  
M. Rodrigue Lesage  
M. Ghislain Lessard  
M<sup>me</sup> Hélène Lessard  
M<sup>me</sup> Marielle Lessard  
M<sup>me</sup> Pierrette Lessard  
M<sup>me</sup> Marielle L'Heureux de  
Carufel  
M<sup>me</sup> Gabrielle Mandeville  
M<sup>me</sup> Renette Martin Gallant  
M<sup>me</sup> Carmen Michaud  
M<sup>me</sup> Lise Michaud  
M<sup>me</sup> Lise Miron  
M<sup>me</sup> Nicole Paquin  
M<sup>me</sup> Thérèse Paquin  
M<sup>me</sup> Lisette Parent  
M<sup>me</sup> Gertrude Pichette Ross

M<sup>me</sup> Julie Poulain  
M<sup>me</sup> Lise Raymond  
M. Claude Renaud  
M. Édouard Rinfret  
M<sup>me</sup> Éliane Rinfret  
M<sup>me</sup> Gertrude Ross  
M<sup>me</sup> Marie-Paule Saucier  
M. Claude Savard  
M<sup>me</sup> Angèle Sergerie  
M. Yvon Simard  
M<sup>me</sup> Ginette St-Louis  
M<sup>me</sup> Monette St-Yves  
M<sup>me</sup> Annette Sylvestre  
M. Gaston Tousignant  
M<sup>me</sup> Liette Trépanier  
Giguère  
M<sup>me</sup> Chantale Viau

### Substituts

M<sup>me</sup> Raymonde Bellemare  
M<sup>me</sup> Lise Bergeron Martel  
M<sup>me</sup> Gisèle Boucher  
M<sup>me</sup> Réjeanne Deschesnes  
M. Yvon Deshaies  
M<sup>me</sup> Huguette Gagnon  
M. Lucien Gagnon  
M<sup>me</sup> Madeleine Lague  
M<sup>me</sup> Lucienne Lefebvre  
M<sup>me</sup> Rollande Lessard  
M<sup>me</sup> Maud Mayrand  
M<sup>me</sup> Lise Raymond  
M<sup>me</sup> Gaétanne Saint-Pierre  
M<sup>me</sup> Angèle Sergerie  
M<sup>me</sup> Chantale Viau



Centre de santé et de services sociaux  
de Maskinongé



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

