



RAPPORT ANNUEL 2010-2011

Fier de viser l'excellence.

Qualité.
Compétence.
Implication.

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT



SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

SITE INTERNET

www.crdited02.qc.ca

SIÈGE SOCIAL

Roberval

835, rue Roland, Roberval, Qc G8H 3J5

Tél.: 418 275-1360

Dolbeau

364, 8e Avenue, Dolbeau-Mistassini, Qc G8L 3E5

Tél. : 418 276-7491

Roberval

835, rue Roland, Roberval, Qc G8H 3J5

Tél. : 418 275-1360

Alma

400, boul. Champlain, Alma, Qc G8B 3N8

Téléphone : 418 662-3447

Jonquière

2509, rue du Long-Sault, Jonquière, Qc G7X 4J2

Tél.: 418 547-4442

Chicoutimi

766, rue du Cénacle, Chicoutimi, Qc G7H 2J2

Tél.: 418 549-4003

La Baie

1331, 2e Avenue, La Baie, Qc G7B 1M6

Tél.: 418 544-7383

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	4
DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	6
MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	7
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	8
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2010-2015	12
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	14
PRINCIPALES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS	15
RÉSULTATS : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2010-2011	21
SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES LORS DE L'AGRÈMENT	22
PRIORITÉS D'ACTION 2011-2012	24
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	25
EFFECTIFS	29
CONSEILS OU COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	32
APPLICATION DE LA LOI METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE (LOI 100)	43
ÉTATS FINANCIERS ET RÉSULTATS DES OPÉRATIONS	45
FONDATION	49
RECONNAISSANCE ET REMERCIEMENTS	50
ANNEXE I	51

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADHIS	-	Association pour le développement de la personne handicapée intellectuelle du Saguenay
AEC	-	Attestation d'études collégiales
AEO	-	Accueil/évaluation/orientation
AQIS		Association québécoise pour l'intégration sociale
ASSS	-	Auxiliaires aux services de santé et sociaux
ASSTSAS	-	Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales
CAJ	-	Centre d'activités de jour
CDS	-	Centre de service
CNRIS	-	Consortium national de recherche sur l'intégration sociale
CRDI	-	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDITED SLSJ	-	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CRPD	-	Centre de réadaptation en déficience physique
CSSS	-	Centre de santé et des services sociaux
CII	-	Conseil des infirmiers et infirmières
CM	-	Conseil multidisciplinaire
CQA	-	Conseil québécois d'agrément
CTA	-	Chaîne de travail adapté
CU	-	Comité des usagers
DI	-	Déficience intellectuelle
DRHDO	-	Direction des ressources humaines et du développement organisationnel
DRFMI	-	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles
DSPR/R	-	Direction des services professionnels, de réadaptation et de la recherche

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

FQCRDITED	-	Fédération québécoise des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
FQRSC	-	Fonds québécois de recherche sur la société et la culture
ICI	-	Intervention comportementale intensive
LSSS	-	Loi sur la santé et les services sociaux
MELS	-	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	-	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PCFI	-	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières
PDRH	-	Plan de développement des ressources humaines
PDS	-	Point de service
PNF-TED	-	Programme national de formation en troubles envahissants du développement
PUF-DI	-	Programme universitaire de formation en déficience
RGD	-	Retard global de développement
RI	-	Ressource intermédiaire
RNI	-	Ressource non institutionnelle
RTF	-	Ressource de type familial
RTSS	-	Réseau de télécommunication sociosanitaire
SAR	-	Société de l'autisme régional
SIG	-	Système informatique de gestion
SIPAD	-	Système d'information pour personne ayant une déficience intellectuelle
SISSS	-	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
SQETGC	-	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
TED	-	Trouble envahissant du développement
TGC	-	Troubles graves du comportement
TSA	-	Technologie de soutien à l'autodétermination
UQAC	-	Université du Québec à Chicoutimi

DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

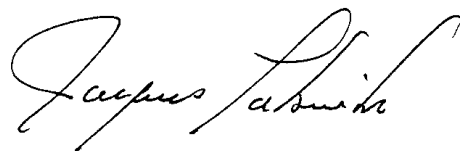
Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion 2010-2011 relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis 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 réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.



Le directeur général,



Jacques Labrèche

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'année 2010-2011 qui vient de se terminer a été marquée principalement par une grande démarche participative visant à déterminer le plan stratégique 2010-2015, les travaux entourant la révision du plan d'organisation, l'élaboration du plan de réussite en relations de travail et une réflexion en profondeur visant l'optimisation de nos ressources dans le contexte de la Loi 100 et du retour à l'équilibre budgétaire de la province prévu en 2013-2014.

Sur le plan clinique et de l'organisation des services, un deuxième plan de transformation visant l'accroissement de la spécialisation a été élaboré et réalisé, le processus clinique a été développé, le programme pour les personnes présentant un trouble grave du comportement (TGC) a été déployé ainsi que les équipes d'intervention mobiles, le guide à l'intention des éducateurs a été complété, les rôles et fonctions des infirmières et des travailleurs sociaux ont été revus en lien avec l'offre de services spécialisés.

De plus, les travaux en cours depuis presque deux ans avec nos partenaires des CSSS visant à déterminer les balises pour la hiérarchisation des services sont maintenant terminés. Les services en première ligne se déploieront à partir de l'automne 2011 dans deux réseaux locaux de services pour se généraliser à l'ensemble en 2012. Cette nouvelle configuration de l'organisation des services en DI/TED au Saguenay-Lac-Saint-Jean contribuera significativement à l'amélioration du continuum de services pour les personnes visées et permettra au CRDITED de concentrer ses énergies et ses ressources sur la clientèle en besoins spécialisés (2^e ligne).

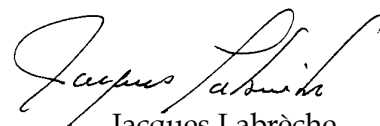
Sur le plan des ressources humaines, le recrutement de certains postes spécialisés et d'encadrement notamment dans le secteur de Roberval demeure difficile. Des stratégies plus attractives sont à réfléchir et mettre en place.

Sur le plan des ressources financières, c'est de justesse que nous avons terminé l'année en équilibre. Nous devons dégager des marges de manœuvre plus grandes dans les prochaines années afin de faire face plus aisément aux imprévus ainsi qu'aux impératifs de l'optimisation et de la Loi 100.

Enfin, c'est à regret que nous avons appris que le directeur général quitte à la fin de son contrat en septembre 2011; après trente-cinq ans de travail, dont trente-deux consacrées à la déficience intellectuelle et aux troubles envahissants du développement, M. Labrèche part pour une retraite bien méritée. Des démarches sont en cours pour assurer son remplacement.



Jean-Marc Gagnon
Président



Jacques Labrèche
Directeur général

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CARACTÉRISTIQUE DE LA POPULATION ET DU TERRITOIRE DESSERVIS

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean, comme l'indique le toponyme inclus dans sa dénomination sociale, dessert la population de la région administrative 02, le Saguenay-Lac-Saint-Jean. Cette région est divisée en cinq municipalités régionales de comté (MRC) et en six territoires de Centres de santé et de services sociaux (CSSS).

D'une superficie de 98 579 km², soit 7,3 % de l'ensemble du territoire québécois, la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean compte, avec ses 273 343 habitants, près de 3,6 % de la population de la province. Elle regroupe 49 municipalités et dix territoires non organisés. Située en bordure de la rivière Saguenay, la principale agglomération urbaine est la ville de Saguenay, constituée principalement de la fusion des anciennes villes de Chicoutimi, de Jonquière et de La Baie, où l'on dénombre plus de la moitié de la population régionale (54 %). Les autres villes principales sont réparties autour du lac Saint-Jean. Alma, à l'est avec 10 % de la population, Dolbeau-Mistassini au nord avec 5 % et enfin, à l'ouest, Roberval et Saint-Félicien totalisant chacune environ 4 % de l'ensemble des habitants de la région.

La clientèle desservie par le CRDITED SLSJ se répartit comme suit : 1229 personnes présentant une déficience intellectuelle et 251 personnes présentant un trouble envahissant du développement.

MISSION

La mission du CRDITED SLSJ est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. (art. 84 LSSSS)

VISION

Le CRDITED du SLSJ, fort de la compétence et du dynamisme de son personnel évoluant dans un milieu axé sur le développement durable, est reconnu pour la qualité des services spécialisés dispensés et des expertises spécifiques développées en réponse aux besoins de la clientèle ainsi que pour son sens de la collaboration et du travail partenarial.

VALEURS

Une valeur est une croyance profonde qui guide nos choix, oriente nos actions, modèle nos comportements individuels et collectifs.

Lors de la démarche visant l'élaboration de la planification stratégique, trois grandes valeurs ont émergé lors du processus :

QUALITÉ – COMPÉTENCE – IMPLICATION

Afin d'assurer une compréhension commune de ces valeurs, celles-ci se définissent ainsi :

QUALITÉ :

- Rigueur dans l'application des processus cliniques;
- Relations harmonieuses axées sur la collaboration, la concertation et la bienveillance (usagers, familles, proches, collègues, partenaires);
- Chaque geste est important et influence la qualité des services (cliniques et administratifs).

COMPÉTENCE :

- Développement optimal du potentiel et de l'autonomie des personnes;
- Engagement continu dans le développement des savoirs, savoir-faire, savoir-être, savoir-agir et savoir-interagir;
- Partage de différents savoirs au bénéfice des usagers, familles, collègues et partenaires.

IMPLICATION :

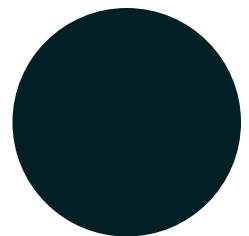
- Participation de l'utilisateur, sa famille et ses proches à prendre une part active aux décisions qui le concerne;
- Développement d'un partenariat favorisant l'intégration et la participation sociale;
- Participation du personnel dans la recherche de solutions pour une meilleure prestation de service;
- Engagement dans l'action.

SERVICES OFFERTS

L'établissement dispense une gamme de services spécialisés à travers lesquels se retrouvent les diverses activités d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale. Ces services spécialisés sont les suivants :

- Le service d'accès, d'évaluation et d'orientation ;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation à la personne ;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation en contexte d'intégration résidentielle ;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation en contexte d'intégration au travail ;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation en contexte d'intégration communautaire ;
- Les services d'assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches ;
- Les services de soutien spécialisé aux partenaires.

Des expertises spécifiques ainsi que les activités de recherche et de développement complètent cette offre de service.



LES SERVICES d'adaptation/réadaptation dispensés pour les personnes présentant un RGD, une DI ou un TED

I. ACCÈS, D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

- ✓ usagers avec un diagnostic
- ✓ enfants ayant un RD à étiologie indéterminée

II. ADAPTATION/RÉADAPTATION À LA PERSONNE

Ensemble des activités cliniques visant à réduire les situations de handicap et optimiser l'intégration et la participation sociale réalisées via l'évaluation fonctionnelle, l'analyse des besoins, l'élaboration, l'actualisation et la révision du plan d'intervention.

Adaptation/réadaptation en contexte d'intégration :

III. COMMUNAUTAIRE

Soutien à l'intégration communautaire
Maintien des acquis/qualité de vie

IV. AU TRAVAIL

Accessibilité à l'emploi
Interventions intensives de réinsertion

V. RÉSIDENTIELLE

Services non-institutionnels (RTF/RI)
Services résidentiels spécialisés (RI, RAC)
Soutien spécialisé en formules alternatives

VI. ASSISTANCE EDUCATIVE SPECIALISEE

AUX FAMILLES ET AUX PROCHEs

Renforcement des compétences parentales
Aide aux démarches d'intégration
Aide au développement du réseau de soutien
Répétition et dépannage spécialisés

VII. SOUTIEN SPÉCIALISÉ AUX PARTENAIRES

Développement des compétences éducatives
Soutien des milieux en vue de :
- faciliter l'intégration
- l'adaptation des services

EXPERTISES SPÉCIFIQUES

- Intervention comportementale intensive (TED : 2 - 5 ans)
- Intervention pour les personnes ayant un TGC (DI-TED : adultes)
- Assistance éducative pour l'acquisition des habiletés sociales (TED : 6 - 17 ans et adultes) *
- Programme-conseil, d'orientation et de soutien à l'exercice du rôle parental des personnes *
- Prévention et d'intervention en situation de négligence, d'abus ou de violence *
- Intervention précoce (RGD : 0 - 5 ans)
- Développement optimal des personnes polyhandicapées
- Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (DI- TED : 16 ans et plus)
- Accompagnement et soutien des personnes impliquées dans un processus judiciaire *
- Le programme d'assistance aux personnes vieillissantes *

SOUTIEN SPÉCIALISÉ DE L'INTERVENTION ET DE L'ACCROISSEMENT DE L'EXPERTISE

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

RECHERCHE, DÉVELOPPEMENT ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

1. LES PROGRAMMES MARQUÉS D'UN ASTÉRISQUE * SONT EN DÉVELOPPEMENT

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2010-2015

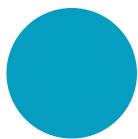
Suite à la réalisation d'une vaste consultation relative aux orientations stratégiques 2010-2015, celles-ci ont été adoptées à la séance régulière du conseil d'administration du 8 décembre 2010. Les cinq orientations visent essentiellement à améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des services, et ce, tel que spécifié dans les grandes orientations ministérielles.

Plus spécifiquement, chacune des orientations, par ses axes d'intervention et ses cibles, vise l'atteinte de résultats précis. Les axes d'interventions correspondent aux grands thèmes priorisés et pour lesquelles des cibles spécifiques ont été identifiées.

Pour chaque cible, les actions à réaliser, les indicateurs de résultats, les directions responsables ainsi que l'échéancier de réalisation sont identifiés.

Précisons que la majorité des cibles identifiées pour chacune des orientations sont issues du plan d'amélioration de l'établissement (2009-2012) découlant de la deuxième démarche de certification du CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour la qualité de ses services par le CQA.

Considérant l'importance de ces orientations pour l'établissement et la qualité des services à la clientèle, un suivi rigoureux sera apporté à la réalisation de celles-ci deux fois par année et une reddition de compte annuelle sera effectuée au conseil d'administration. La progression des réalisations sera intégrée au rapport annuel de gestion de l'établissement.



Orientation 1 : L'accroissement de la spécialisation pour une pratique de pointe au service de la clientèle

- Axes d'intervention :
- L'offre de services spécialisés;
 - L'évolution des pratiques cliniques;
 - La vision de la transformation graduelle des programmes et services.

Orientation 2 : L'optimisation des ressources humaines dans une perspective de développement durable

- Axes d'intervention :
- L'encadrement clinique;
 - Le bien-être au travail;
 - Le développement des compétences;
 - La gestion des ressources humaines;
 - Les relations de travail.

Orientation 3 : La consolidation du partenariat vers une organisation de services intégrés pour une réponse mieux adaptée aux besoins diversifiés de la clientèle et de leur famille.

- Axes d'intervention :
- La hiérarchisation des services;
 - Le partenariat;
 - La reconnaissance.

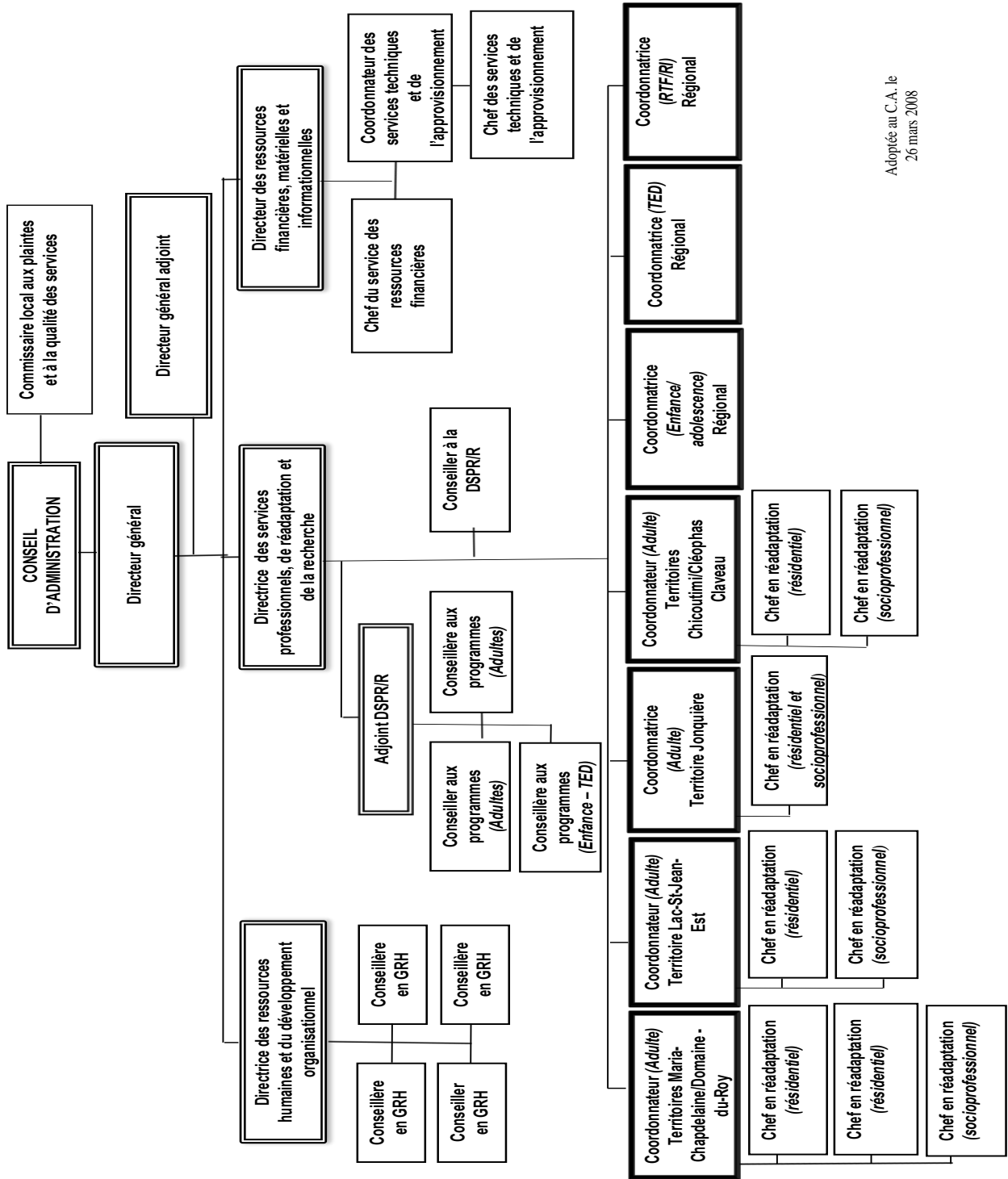
Orientation 4 : L'amélioration continue de la qualité et de la performance pour des services centrés sur notre mission et la satisfaction de la clientèle.

- Axes d'intervention :
- La rigueur et la sécurité dans la prestation clinique;
 - Les éléments de satisfaction et d'insatisfaction de la clientèle;
 - L'encadrement de la qualité et de la performance.

Orientation 5 : Le renforcement de la communication et de l'image corporative pour une meilleure compréhension de notre mission et une visibilité accrue de la qualité des services dispensés auprès de la clientèle.

- Axes d'intervention :
- Les communications;
 - L'image «corporative».

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



Adoptée au C.A. le
26 mars 2008

Note : Le plan d'organisation est en révision. Une nouvelle structure organisationnelle devrait être adoptée en mai 2011.



PRINCIPALES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS, DE RÉADAPTATION ET DE LA RECHERCHE

Principales réalisations du volet accroissement de la spécialisation :

- Amélioration significative des délais d'accès pour l'obtention d'un premier service par une vision partagée des acteurs de l'établissement concernés par le plan d'accès pour une meilleure gestion et organisation des services ;
- Transmission, depuis novembre 2010, de l'ensemble des résultats des indicateurs du plan d'accès incluant le niveau de priorité modéré;
- Déploiement du cadre de référence sur le processus clinique pour mieux encadrer la prestation de services spécialisés et harmoniser la pratique;
- Diffusion du guide à l'intention des éducateurs spécialisés du CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean « L'éducateur spécialisé au cœur du processus d'interventions cliniques » adopté le 8 mars 2011;
- Élaboration d'un cadre de référence sur la supervision clinique visant les trois fonctions suivantes : le soutien à l'intervention et à l'intervenant, assurer la qualité des aspects cliniques et favoriser l'apprentissage par l'enseignement;
- Rehaussement du support clinique par l'ajout de professionnels dont trois postes de spécialistes en activités cliniques, une orthophoniste, cinq éducateurs spécialisés en adaptation soutien, trois éducateurs spécialisés en TC/TGC et deux agents d'intervention en TC/TGC pour la consolidation de l'équipe mobile d'intervention;
- Mise en œuvre du *monitorage* de l'implantation des guides de pratique TED 0 - 5 ans et TGC;
- Élaboration d'un cadre de référence sur la sexualité pour la clientèle adolescente/adulte DI-TED;
- Mise en place d'un comité d'expertise d'éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (ÉVAAS) pour la clientèle DI-TED âgée de 16 ans et plus et implantation progressive du programme;
- Élaboration des « Cadre de référence sur les services offerts en ressource intermédiaire spécialisée en troubles du comportement (RIS TC) et jeunesse (RI jeunesse) » ;
- Mise en place d'un comité favorisant le développement du service en contexte d'intégration communautaire;
- Finalisation et dépôt pour approbation de la programmation pour le développement optimal des personnes polyhandicapées;

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

- Conception d'un répertoire sur les fonctions de l'équipe aux ressources : tome I « De la promotion à l'accréditation » et tome II « Suivi professionnel des RTF/RI »;
- Mise à jour des cahiers services RRAC afin d'uniformiser l'information dans tous les services;
- Révision de la politique relative aux services continus (24h/7) et la mise en place d'un système de référence et de la politique sur la tenue du dossier de l'utilisateur;

Principales réalisations du volet partenariat :

- Finalisation des travaux sur la hiérarchisation des services DI-TED et diffusion du document « Balises relatives à la hiérarchisation des services DI-TED et au partage des responsabilités entre les CSSS et le CRDITED SLSJ » à la table régionale DI-TED;
- Élaboration d'une démarche et d'un plan d'action visant le démarrage d'un projet pilote portant sur la hiérarchisation des services DI-TED avec le CSSS Cléophas-Claveau et le CSSS de Jonquière;
- Élaboration d'un protocole d'entente entre le CRDITED et les six CSSS pour le transfert des responsabilités liées à l'hébergement en RTF et RI pour la clientèle DP, et ce, en collaboration avec le CRDP;
- Collaboration avec la SAR et la Fondation Jean Allard pour le développement d'une ressource d'hébergement pour la clientèle TED d'après les modèles proposés dans le document « Du rêve à la réalité » produit par l'AQIS;
- Implication à plusieurs tables régionales et locales dont la table régionale DI, DP, MSSS-MELS, enfance jeunesse famille, etc.

Principales réalisations du volet recherche, développement et enseignement :

- Dépôt et adoption de la « *Politique en matière d'intégrité en recherche et traitement des cas de manquements à l'éthique et d'inconduite scientifique* »;
- Dépôt et adoption au conseil d'administration du « *Cadre réglementaire établi conformément aux normes édictées par le MSSS dans son plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique* ».
- Dépôt auprès du FQRSC du rapport de recherche final relativement à l'« *Étude des facteurs associés à la détresse psychologique des mères et des pères d'un enfant ayant une déficience intellectuelle et de leurs besoins en matière de services selon les caractéristiques de l'enfant* » (Projet UQAC/CRDITED, subventionné dans le cadre des 'Actions concertées' 2007-2010 du FQRSC);

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

- Recrutement des participants, passation des évaluations, analyse des résultats, préparation et dépôt du rapport de recherche auprès du CNRIS portant sur la « *Validation et normalisation de la Grille d'orientation en ressources non-institutionnelles (GO-RNI)* » (Projet conjoint CRDITED MCQ - Institut universitaire / CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean / CR La Myriade);
- Début des travaux de planification et d'établissement d'un partenariat entre les représentants du CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'Université du Québec à Chicoutimi et la Commission scolaire des Rives-du-Saguenay en vue de la mise en place d'une recherche collaborative portant sur la « *Gestion des comportements problématiques et le développement de la perception d'efficacité personnelle des enseignants et des éducateurs* » dans le cadre du programme de subventions du MELS pour le soutien à la formation continue;
- Poursuite du soutien aux travaux du comité des usagers dans la cadre du projet de recherche action sur l' « *Outil d'évaluation des attentes et de la satisfaction des parents et des proches envers les services reçus par les usagers* » (Équipe Qualité des services des CRDITED de Québec, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du Bas-Saint-Laurent et de la Mauricie-Centre-du Québec);
- Préparation d'un protocole d'évaluation des besoins de recherche de l'établissement en vue de la détermination des priorités de recherche;
- Début des démarches en vue d'actualiser un partenariat de recherche entre trois régions du Québec (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord, Bas-Saint-Laurent) et les mises en relations avec les représentants universitaires concernés;
- Préparation de l'entente d'endossement et de délégation avec quatre CRDITED relative au rattachement de l'établissement au Comité d'éthique conjoint de la recherche des CRDITED;

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

Principales réalisations du volet relations de travail :

- Négociation et actualisation du 2^{ème} plan de transformation;
- Application des règles relatives à l'équité des cadres;
- Applications des nouvelles dispositions nationales de la convention collective et transmission de l'information aux gestionnaires;
- Participation active au comité de médiation et réalisation du Forum « En route vers un plan de réussite en relations de travail »;
- Conclusion de 18 ententes patronales-syndicales;

Principales réalisation du volet dotation :

- Affichage de 115 postes;
- Recrutement de 13 professionnels;
- Création d'un outil pour le suivi de la dotation des postes avec système d'enregistrement des appels;
- Visibilité de l'établissement sur le site de l'Agence « Espace carrière »;

Principales réalisations du volet présence au travail ainsi que santé et sécurité au travail :

- Implantation du système de management en santé et sécurité du travail (SMSST);
- Poursuite des travaux relatifs à la présence au travail;
- Accentuation des actions visant à réduire les agressions (diminution de 50%);

Principales réalisation du volet développement organisationnel :

- Réalisation des descriptions de tâches pour les postes cliniques et administratifs;
- Élaboration et adoption de la Politique relative à la reconnaissance;
- Élaboration et diffusion du sondage Météo-CRDITED;
- Tenue de la 2^{ème} édition du Gala Reconnaissance « Lumière sur les bons coups »;
- Développement durable/santé mieux-être :
 - Certification ICI ON RECYCLE niveaux 1 et 2. (Le Programme ICI ON RECYCLE vise à favoriser la mise en place dans les établissements d'un système de gestion des matières résiduelles);
 - Réalisation de la conférence « Le Défi de l'équilibre ».

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Principales réalisations du volet ressources financières :

- Élaboration et suivi du plan de réduction des dépenses de nature administrative (Loi 100) intégré dans un tableau de bord de gestion avec indicateurs pour la prise de décisions ;
- Implantation d'un nouveau module budget (outil pour améliorer le processus budgétaire).

Principales réalisations du volet ressources matérielles :

- Poursuite des travaux relatifs à la relocalisation du siège social à Roberval ;
- Aménagement du secteur « gymnase » du centre de services d'Alma (salles de rencontres multifonctionnelles et espaces à bureaux) ;
- Élaboration et suivi des plans triennaux en lien avec les divers cadres de gestion :
 - Conservation et fonctionnalité immobilière (PCFI) ;
 - Maintien du parc d'équipement non médical et mobilier (PCEM) ;
 - Maintien du parc d'équipement médical.
- Implantation du système de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) dont le CRDITED est désigné super pilote régional (secteur de Chicoutimi entièrement en fonction).

Principales réalisations du volet ressources informationnelles :

- Mise en opération des trois salles visioconférence - voir section ressources informationnelles.
- Poursuite de la mise en œuvre des plans d'action du Plan directeur informatique incluant ceux du Plan directeur sur la sécurité des actifs informationnels :
 - Salles documentaires et archives (amélioration et sécurisation du local d'archives) ;
 - Câblage réseau au centre de services d'Alma (réaménagement majeur au sous-sol afin de rendre les câbles sécuritaires) ;
 - Déploiement d'Antidote et de la suite Microsoft Office 2010 ;
 - Mise en opération de trois salles de visioconférence pour la région desservie par le CRDITED (installation des équipements

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

- requis, procédures à suivre, assignation des personnes ressources, instauration d'un système de réservation en ligne) ;
- Centralisation de la prise de copies de sécurité au siège social pour améliorer la fiabilité de la sauvegarde de nos données ;
- Sensibilisation des nouveaux employés à la sécurité des actifs informationnels.
- Actualisation du déploiement des postes informatiques dans le cadre du maintien des actifs informationnels et lors de l'arrivée de nouveau personnel.

RÉSULTATS : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2010-2011

Conformément à l'article 182.1 de la LSSS, l'établissement a conclu avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean une entente de gestion et d'imputabilité qui prévoit notamment l'atteinte de certaines cibles au niveau des services dispensés aux personnes présentant un trouble envahissant du développement. Le tableau suivant présente les résultats de l'année 2010-2011 :

TABLEAU I
Résultats entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011

	ENGAGEMENT 2010-2011	SITUATION A LA FIN DE LA PERIODE 13	ÉCART	COMMENTAIRES
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,83	7,91	1,08	Le ratio est ainsi passé de 7,13 en 2009-2010 à 7,91 pour 2010-2011.

SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES LORS DE L'AGRÉMENT



Le Conseil québécois d'agrément a formulé neuf recommandations lors de la démarche d'agrément terminée en juillet 2009. Des stratégies de réalisations ont été élaborées et un mécanisme de suivi a été mis en place afin de s'assurer de leur réalisation.

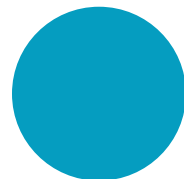
L'établissement dispose d'un délai de trois ans (2009 à 2012) pour donner suite aux recommandations du CQA.

Le tableau suivant fait état des niveaux de réalisation de chacune des recommandations.

TABLEAU 2
Taux de réalisation des recommandations du CQA

RECOMMANDATIONS	BILAN DE RÉALISATION
Concernant la gestion des plaintes et des insatisfactions	
Mettre en place des mécanismes lui permettant de collecter et d'analyser les informations pertinentes issues des insatisfactions reçues et traitées dans les services.	Réalisé à 75 %
Concernant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle	
Formaliser et mettre en place un système continu d'évaluation de la satisfaction de la clientèle.	Réalisé à 75 %
Préciser les responsabilités et les rôles dévolus aux partenaires, en soutien au leadership de la direction générale dans la mise en place de ce système et de son suivi.	Réalisé à 100 %

Concernant la supervision des intervenants sur le plan clinique	
Désigner une personne, infirmière ou infirmier, responsable de l'encadrement clinique dans l'administration des soins de santé à la clientèle.	Réalisé à 80 %
S'assurer que les infirmières et infirmiers respectent leur champ de pratique et les actes autorisés.	Réalisé à 85 %
Mettre en œuvre des mécanismes de supervision à destination des infirmières et des infirmières auxiliaires.	Réalisé à 75 %
Concernant la gestion de l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique	
Définir et clarifier les concepts de protocoles et de guides d'intervention clinique.	Réalisé à 0 %
S'assurer de leur appropriation dans la pratique.	Réalisé à 33 %
Concernant la gestion des risques	
Intégrer le personnel administratif et de support technique aux modules de formation sur la politique de déclaration des incidents/accidents.	Réalisé à 90 %



PRIORITÉS D'ACTION 2011-2012

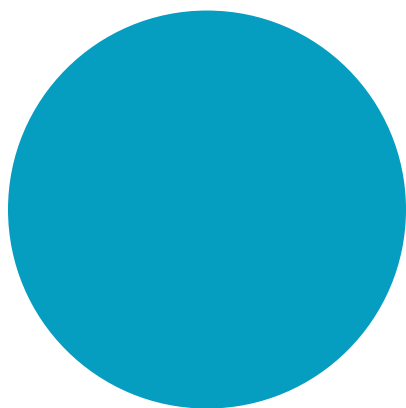
Dans la foulée de l'adoption de l'offre de services spécialisés, de la certification de nos services par le CQA en 2009 et à l'instar de l'introduction de nouvelles pratiques de pointe (guides et standards de pratique), la poursuite de l'accroissement de la spécialisation est toujours d'actualité et tendra à s'accroître pour assurer une réponse mieux adaptée aux besoins des usagers et à notre mission.

Parallèlement, la hiérarchisation des services faisant consensus auprès des partenaires régionaux, des projets pilotes seront mis en place pour un déploiement complet en 2012.

Aussi, étant donné qu'une autre démarche d'agrément sera enclenchée en vue de la certification de la qualité de nos services, les actions à réaliser au cours de la prochaine année seront spécifiquement centrées sur l'atteinte des objectifs ciblés dans le plan d'amélioration ainsi que les recommandations du CQA.

Mentionnons également qu'en lien avec le retour de l'équilibre budgétaire de la province pour 2013-2014 et considérant la Loi 100, l'optimisation de l'efficacité dans l'utilisation des ressources de l'organisation sera une préoccupation constante.

Enfin, faisant suite aux travaux qui ont mené à l'élaboration d'un plan de réussite en relations de travail, des énergies spécifiques seront déployées pour sa mise en œuvre.



ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE (USAGERS INSCRITS)

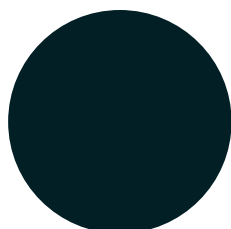
Le CRDITED SLSJ dessert un total de 1229 usagers différents en déficience intellectuelle.

TABLEAU 3
USAGERS INSCRITS CLIENTÈLE DI
 Répartis selon les groupes d'âge
 Au 31 mars 2011

Programme/ service	2009-2010							2010-2011						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Adaptation ou réadaptation en contexte d'intégration résidentielle	1	28	23	197	315	81	645	1	33	18	171	304	69	596

Programme/ service	2009-2010							2010-2011						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Adaptation ou réadaptation en contexte d'intégration au travail et communautaire	0	6	28	321	284	42	681	0	2	28	371	327	37	765

Programme/ service	2009-2010							2010-2011						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Adaptation ou réadaptation à la personne	57	206	75	432	411	91	1272	56	213	62	417	406	75	1229



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

Le CRDITED SLSJ dessert un total de 251 usagers différents en troubles envahissants du développement.

TABLEAU 4
USAGERS INSCRITS CLIENTÈLE TED
Répartis selon les groupes d'âge
Au 31 mars 2011

Programme/ service	2009-2010							2010-2011						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Adaptation ou réadaptation en contexte d'intégration résidentielle	1	13	4	22	7	0	47	2	22	4	23	9	0	60

Programme/ service	2009-2010							2010-2011						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Adaptation ou réadaptation en contexte d'intégration au travail et communautaire	0	0	7	23	4	0	34	0	1	3	24	5	0	33

Programme/ service	2009-2010							2010-2011						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Adaptation ou réadaptation à la personne	24	138	22	42	9	0	235	31	151	19	41	9	0	251

ACCÈS AUX SERVICES

Le tableau 5 illustre les activités reliées à l'accès pour l'exercice 2010-2011 selon le type de clientèle et dans chacun des territoires de CSSS. Toute nouvelle demande de service est analysée en conformité avec la réglementation en vigueur et en respect de la mission et du rôle de chaque partenaire utilisateur des services de l'établissement. Ces données n'incluent pas les nouvelles demandes d'hébergement d'un usager déjà inscrit ou possédant un diagnostic autre que DI-TED.

TABLEAU 5
Nouvelles demandes accès par territoire de provenance
Pour la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011

Territoires de CSSS	DI							TED						
	2010-2011							2010-2011						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Cléophas Claveau	5	3	2	0	0	0	10	1	0	0	1	0	0	2
Chicoutimi	2	12	2	5	7	0	28	4	6	2	0	0	0	12
Jonquière	10	9	1	3	3	0	26	2	3	0	0	0	0	5
Lac-St-Jean-Est	10	6	1	0	0	0	17	0	5	0	1	0	0	6
Domaine-du-Roy	1	4	2	0	0	0	7	1	1	2	1	0	0	5
Maria-Chapdelaine	4	0	0	0	2	0	6	1	0	0	0	0	0	1
Total	32	34	8	8	12	0	94	9	15	4	3	0	0	31
Grand Total	125													

Note : Pour l'année 2010-2011, nous avons reçu 94 nouvelles demandes en DI et 31 en TED pour un total de 125 nouvelles demandes d'accès.

LISTE D'ATTENTE

Les tableaux suivants présentent la situation de la liste d'attente pour un premier service de l'établissement au 31 mars 2011 ainsi que les délais d'accès.

TABLEAU 6
LISTE D'ATTENTE POUR UN PREMIER SERVICE DE
L'ÉTABLISSEMENT
Au 31 mars 2011

Territoires	Clientèle DI / Moyenne (en jours)		Clientèle TED / Moyenne (en jours)	
	DI	Moyenne	TED	Moyenne
Maria-Chapdelaine	1	106	1	85
Domaine-du-Roy	2	71	2	39
Lac-St-Jean Est	1	3	3	100
Jonquière	3	30	1	34
Chicoutimi	3	23	4	39
Cléphas-Claveau	3	11	0	-
TOTAL	13	40,66	11	56,40

Établissement : 1104-3585 – CRDI DU SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN Type : Établissement
 Année financière : 2010-2011 No période (date début) : 13 (2011-03-01)
 Région : 02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean

TABLEAU 7
DÉLAIS D'ACCÈS TED ET DI
Cumulatif du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011 (période 13)

	<i>Demandes traitées (1)</i>	<i>Demandes en attente (2)</i>	<i>Demandes reçues (3)</i>	<i>Jours d'attentes (4)</i>	<i>Délai moyen (5)</i>	<i>Délais respectés (6)</i>	<i>Délais non respectés (7)</i>	<i>Total Délais (8)</i>	<i>Taux respect délais (9)</i>
DI urgent	2	0	2	3	1,5	2	0	2	100
DI élevé	69	8	77	3986	57,77	56	14	70	80
DI modéré	4	7	11	192	48	4	0	4	100
DI Total	75	15	90	4181	55,75	62	14	76	81,58
TED urgent	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TED élevé	41	3	44	2610	63,66	32	9	41	78,05
TED modéré	1	7	8	40	40	1	0	1	100
TED total	42	10	52	2650	63,1	33	9	42	78,57
DI + TED urgent	2	0	2	3	1,5	2	0	2	100
DI + TED élevé	110	11	121	6596	59,96	88	23	111	79,28
DI + TED modéré	5	14	19	232	46,4	5	0	5	100
DI + TED total	117	25	142	6831	58,38	95	23	118	80,51

CUMULÉS DEPUIS LE DÉBUT DE LA PÉRIODE OBLIGATOIRE

(3) Nbre de demandes reçues = (1) + (2) (7) Nbre de délais NON respectés (peut inclure des cas d'attente)

(4) Total des jours d'attentes des cas traités (8) Total des délais respectés et NON respectés (6) + (7)

(5) Délai moyen d'attente des cas traités = (4) / (1) (9) Taux de respect des délais = 100 x (6) / (8)

(6) Nbre de délais respectés

EFFECTIFS

Les tableaux suivants et le graphique illustrent la répartition des effectifs du personnel de l'établissement au 31 mars 2011 ainsi que les heures travaillées au cours de l'exercice concerné.

TABLEAU 8
Structure des postes

	TC	TP		TOTAL ETC	TOTAL ETC
		Nombre	ETC	2010-2011*	2009-2010*
Éducateur/RUV/Techniciens	141	23	14,81	155,81	155,84
ASSS/Moniteur/Instructeur	94	96	48,35	142,35	156,52
Professionnels	34	7	4,1	38,1	36,1
Personnel soins infirmiers	10	16	8,4	18,4	18,46
Cadres	33	1	0,5	33,5	33,5
Personnel de bureau	39	6	3,1	42,1	40,3
Soutien technique	15	1	0,65	15,65	15,65
TOTAL	366	150	79,91	445,91	456,37

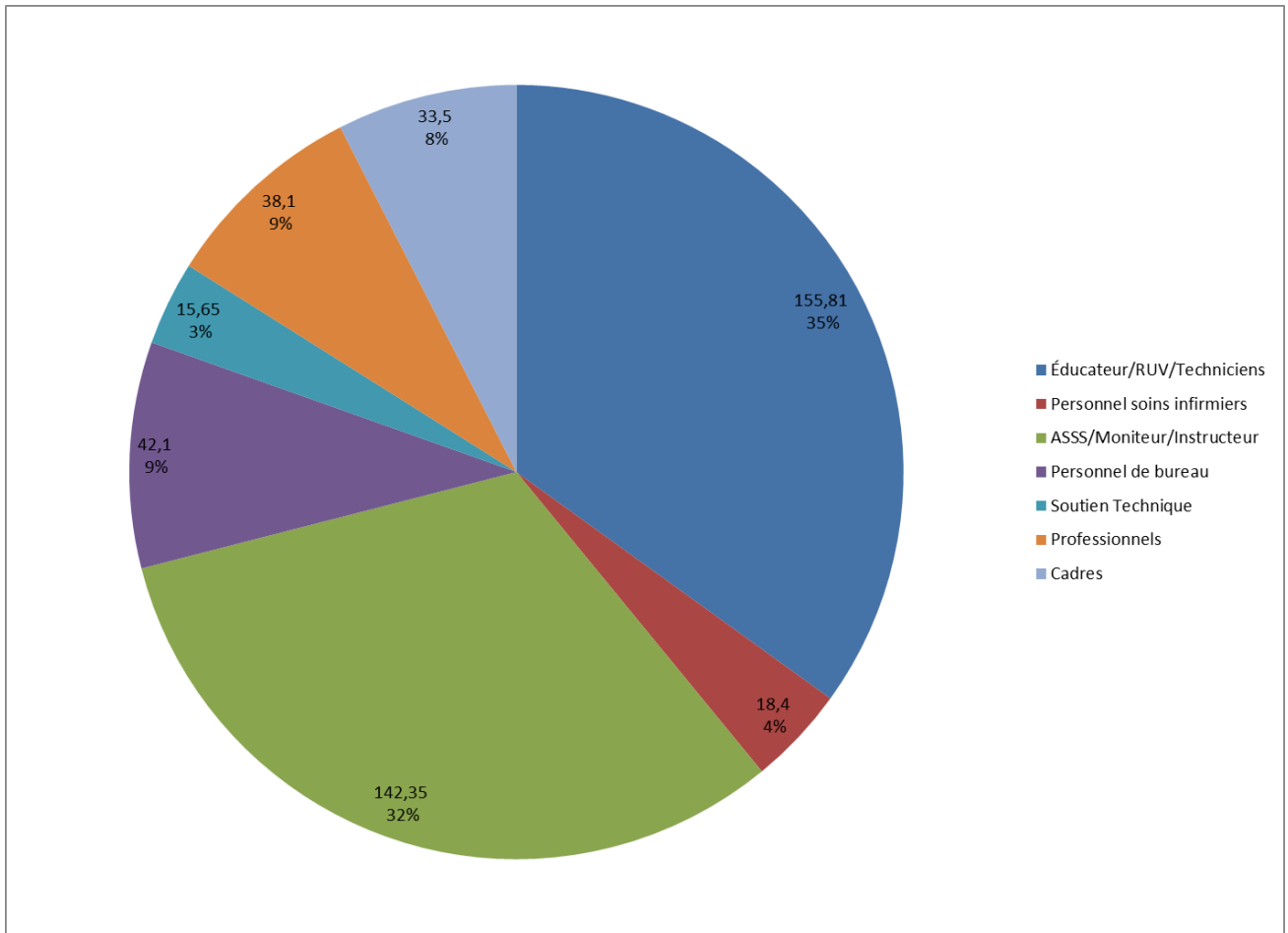
* conforme au rapport AS-485 de 2009-2010 et 2010-2011

TABLEAU 9
Employés de l'établissement

	H	F	Détenteurs de postes	Non- détenteurs de poste	Total
Éducateur/RUV/Techniciens	58	197,5	141,5	114	255,5
ASSS/Moniteurs/Instructeurs	88,5	153,5	142	100	242
Professionnels	7	43	35	15	50
Personnel soins infirmiers	2,5	33	21,5	14	35,5
Cadres	14	18	32	0	32
Personnel de bureau	14	42	39	17	56
Soutien technique	19	0	14	5	19
TOTAL	203	487	425	265	690

Heures travaillées	2010-2011	2009-2010
Personnel-cadre	46 576	48 518
Personnel régulier	804 513	809 962
Heures rémunérées totales	1 156 374	1 166 323

TABLEAU 10
Nombre de postes en ETC
Au 31 mars 2011

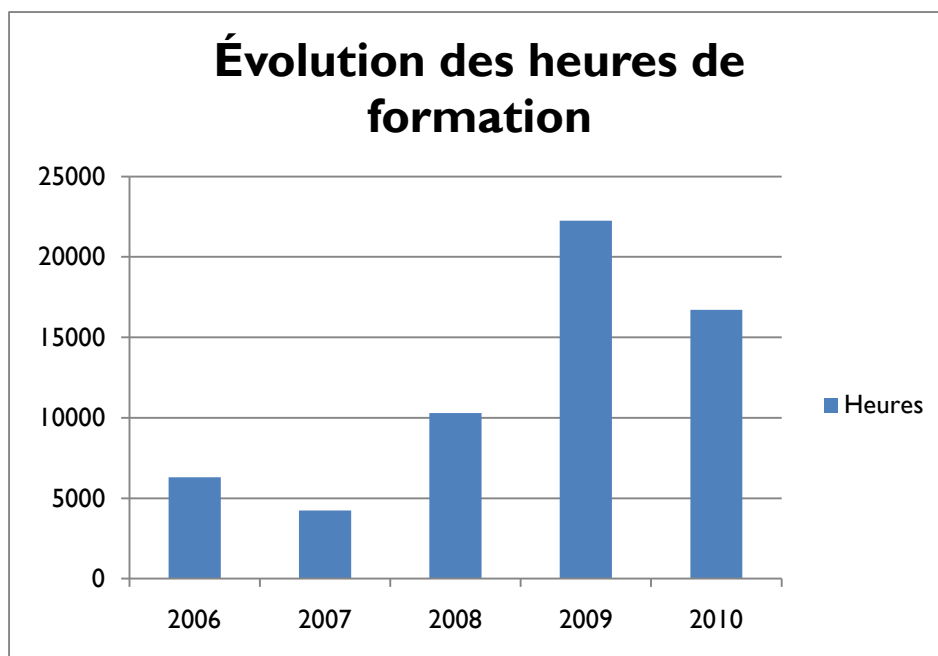


FORMATION

En application de la Loi 100, 598 361 \$ a été investi en formation dans l'année 2010-2011 permettant ainsi la réalisation de 190 activités de formation.

En lien avec l'accroissement de la spécialisation de nos services, les employés principalement visés ont été les éducateurs et les professionnels.

TABLEAU II



CONSEILS OU COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Liste des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean :

Jacques Allard	Population
Manon Bolduc	Comité des usagers
Claude Bouchard	Population
Laurent-Paul Dallaire	Agence régionale
Jean-Marc Gagnon	Population
Sylvie Jean	Cooptation
Jacques Labrèche	Directeur général
André Lamontagne	Conseil multidisciplinaire
Gaston Langevin	Personnel non clinique
Serge Laprise	Agence régionale
Christiane Lecomte	Cooptation
Serge Léveillé	Comité des usagers
Doris Pelletier	Conseil des infirmières et infirmiers
Édith Tremblay	Conseil multidisciplinaire
Sonia Tremblay	Fondation du CRDI
Denis Veilleux	Population

Au cours de l'année 2010-2011, le conseil d'administration a tenu six séances régulières et un lac à l'Épaulé. De plus, les membres du conseil se sont impliqués activement tout au long de l'année au sein du comité de vérification, du comité de vigilance et du comité d'évaluation du directeur général et du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Le conseil d'administration a adopté le 11 mars 1998, conformément à la Loi, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ce document traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts. Il précise les règles visant à identifier les situations de conflit d'intérêts et

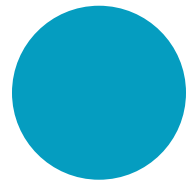
RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

interdit les pratiques reliées à la rémunération de ces personnes. Le code d'éthique et de déontologie définit les devoirs et obligations de l'après-mandat des administrateurs. Il instaure une procédure d'enquête et des modalités d'attribution des sanctions. Il établit les critères visant à assurer le déroulement de toute enquête et l'immunité des personnes chargées d'appliquer de bonne foi ledit code d'éthique et de déontologie. Enfin, il fixe les formalités relatives à sa publication.

Chaque membre du conseil d'administration doit confirmer par écrit qu'il a pris connaissance du code d'éthique et de déontologie et qu'il s'engage à s'y conformer et à déclarer annuellement les intérêts pécuniaires qu'il détient à titre de propriétaire, d'administrateur ou d'actionnaire dans les personnes morales ou entreprises qui font affaire ou qui sont susceptibles de faire affaire avec l'établissement.

Aucun cas n'a été traité en rapport avec le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean au cours de l'exercice 2010-2011.

Le code d'éthique et de déontologie est remis à toute personne qui en fait la demande en s'adressant à la Direction générale au siège social du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean, sis au 835 rue Roland à Roberval, QC, G8H 3J5, ou en composant le numéro de téléphone 418-275-1360, poste 149.



COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Sonia Tremblay, Présidente

Liste des membres : Christiane Lecomte, administratrice, Serge Léveillé, administrateur (comité des usagers), Jacques Labrèche, Directeur général, Jean-Michel Fortier, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Résumé des réalisations de l'année 2010-2011

Le comité de vigilance s'est réuni à cinq reprises durant l'année 2010-2011. Lors de chacune des rencontres, un suivi rigoureux a été effectué sur les plaintes formulées, sur les interventions du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'aux signalements traités en vertu du règlement sur les normes minimales de qualité.

De plus, sur une base trimestrielle, différents rapports ont été présentés et questionnés par le comité : liste d'attente, mesures de contrôle, gestion des risques, état des plans d'interventions. Ces rapports représentent des indicateurs de qualité pour l'établissement.

Enfin, le comité de vigilance a pu apprécier les rapports annuels des grandes instances suivantes : comité des usagers, conseil multidisciplinaire, conseil des infirmières et infirmiers (incluant les infirmières auxiliaires), comité de gestion des risques, comité d'éthique ainsi que le rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

RAPPORT ANNUEL DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Dans son rapport annuel, le commissaire fait état des actions entreprises et à poursuivre dans le cadre de la promotion du régime de traitement des plaintes et des droits des usagers. Le commissaire rend compte ensuite du suivi apporté à la recommandation définie en 2009-2010. Spécifions que la recommandation annuelle du commissaire est intégrée dans la planification annuelle de l'établissement.

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

Suivi de la recommandation 2009-2010 :

Recommandation : Que la direction des services professionnels, de la réadaptation et de la recherche amorce une réflexion sur l'approche transdisciplinaire. Que cette réflexion puisse déboucher sur un préprojet pour une équipe de travail qui serait volontaire à une telle expérience. De plus, l'établissement pourrait se faire accompagner pour mener à bien cette expérience par des experts en cette matière.

En lien avec la recommandation faite pour l'année 2009-2010, différentes activités ont été réalisées afin de favoriser le travail inter et multidisciplinaire.

Parmi les activités réalisées, notons :

L'élaboration et l'expérimentation d'un projet d'équipe interdisciplinaire pour les clientèles présentant des difficultés complexes. Ledit projet se poursuivra et prendra plus d'ampleur au cours de la prochaine année, et ce, en tenant compte de l'évaluation sommaire découlant des consultations en cours auprès des acteurs concernés;

Différents travaux initiés par le conseil multidisciplinaire, dont : Le guide à l'intention des éducateurs et le chantier sur les rôles et fonctions révisés des travailleurs sociaux;

L'élaboration et le déploiement du processus clinique qui privilégie l'approche interdisciplinaire tout en proposant une démarche et des outils à la portée de l'intervenant pivot;

Ces trois éléments ont en commun de favoriser le travail inter et multidisciplinaire dans le cadre de l'évolution de la pratique en lien avec l'accroissement de la spécialisation des interventions.

Nombre de plaintes reçues en 2010-2011 : 10 plaintes

TABLEAU 12

Tableau comparatif des plaintes reçues

	2009-2010	2010-2011
Plaintes reçues DI-TED	9	10

Recommandation pour l'année 2011-2012 :

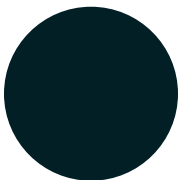
Recommandation no 1 : Que le CRDITED élabore un processus ou protocole concernant la gestion des listes d'attente pour les services en psychologie, en orthophonie et en

ergothérapie. Ce processus ou ce protocole devrait comprendre le rôle des intervenants qui réfèrent à ces services ainsi que les moyens mis à la disposition des usagers pour savoir où leur demande est rendue.

Recommandation no 2 : Que le CRDITED réviser les ententes avec les commissions scolaires concernant le partage de responsabilités en orthophonie et d'inscrire dans ces ententes en quoi consiste l'offre de services du CRDITED en orthophonie.

Recommandation no 3 : Que le CRDITED clarifie avec le CRDP, les rôles de chacun concernant les services de 3^e ligne en orthophonie.

Le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean est disponible à toute personne qui en fait la demande en s'adressant à la Direction générale au siège social situé au 835, rue Roland, Roberval, Qc, G8H 3J5, ou en composant le numéro de téléphone 418-275-1360, poste 149.



COMITÉ DES USAGERS

Serge Léveillé, Vice-Président

Liste des membres : Serge Léveillé, 1^{er} vice-président, Lise Gagnon, 2^{ième} vice-présidente, Denyse Côté-Dupéré, trésorière, Louise Couture, secrétaire, Carol Gaudreault, Serge Laprise, Hélène Larouche, Lucie Villeneuve, Lucienne Mercier, Colette Levasseur

Résumé des réalisations de l'année 2010-2011

Tout au long de l'année, les membres ont participé à divers congrès, colloques, formations, rencontres et activités sociales afin de permettre un partage d'information, améliorer leur compétence et promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers.

Des représentants d'usagers ont fait appel au comité pour obtenir diverses informations concernant leurs droits ou la façon de procéder pour aider à la résolution de certains problèmes. Ces demandes d'assistance ou d'accompagnement ont été référées à M. Yanick Harvey et feront partie de son rapport. Au cours de la dernière année, 13 usagers ont fait des demandes d'accompagnement et suivi lors de l'élaboration du plan d'intervention individualisé et 27 représentants d'usagers ont demandé du soutien et de l'accompagnement.

Le comité s'est associé à trois autres CRDI pour la mise en place d'un outil d'évaluation continue des attentes et de la satisfaction de la clientèle. L'outil se présente sous forme de questionnaires qui sont acheminés dix mois après le plan de services individualisé (PI ou PSI). Cet outil permet d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement et s'inscrit par le fait même dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des services au CRDITED du SLSJ.

Enfin, le comité a assuré la production d'articles qui ont été publiés dans le bulletin Défi.com express qui s'adresse au personnel du CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean et s'est joint pour l'organisation de différentes activités qui se sont tenues lors de la semaine québécoise de la déficience intellectuelle.

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

Évaluation de la satisfaction de la clientèle et principaux constats

L'établissement s'est doté d'une politique relative à l'évaluation continue des attentes et de la satisfaction de la clientèle en février 2011. Cette politique vise à établir les responsabilités des intervenants ainsi que le rôle dévolu au comité des usagers en lien avec l'évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers.

Un groupe de travail, composé de représentants des comités des usagers et des directions de trois CRDITED, a travaillé à développer un processus continu d'évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers. Le groupe de travail est soutenu par la Direction de la recherche et de l'évaluation de la qualité du CRDITED de la Mauricie et du Centre-du-Québec (institut universitaire). Ce processus implique la participation active des comités des usagers des établissements concernés.

Le directeur général assume la responsabilité de l'évaluation de la satisfaction et des attentes des usagers de l'établissement. Il s'assure qu'un processus d'évaluation continue est mis en place et que celui-ci respecte les normes de qualité applicables en la matière. Il dépose un rapport annuellement au conseil d'administration qui fait état des démarches effectuées et des résultats obtenus.

Le comité des usagers a la responsabilité de gérer le processus d'évaluation de la satisfaction et des attentes des usagers.

À ce jour, deux rapports d'évaluation ont été produits. Un rapport relatif à la clientèle âgée entre 0 et 14 ans et un autre visant la clientèle âgée entre 15 et 25 ans. Chaque questionnaire est composé d'un nombre de questions spécifiques qui sont réparties dans trois domaines d'intervention : relationnel, professionnel et organisationnel.

Voici les résultats obtenus en cours d'année suite à l'évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers de l'établissement :

Clientèle 0-14 ans :

Domaine relationnel : 90,67%
Domaine professionnel : 84,54%
Domaine organisationnel : 81,39%
Taux satisfaction global : 85,53%

Clientèle 15-25 ans :

Domaine relationnel : 84,29%
Domaine professionnel : 81,96%
Domaine organisationnel : 78,49%
Taux satisfaction global : 81,58%

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

André Lamontagne, Président

Liste des membres du comité exécutif : André Lamontagne, président, Nathalie Simard, vice-présidente, Marcelline Asselin, Monique Asselin, Julie Denis, Karine Gagnon, Nadine Simard, Gaétan St-Pierre, Édith Tremblay, Jacques Labrèche, France Mimeault

Résumé des réalisations de l'année 2010-2011

Les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire ont tenu cinq rencontres régulières au cours de l'année en plus de l'assemblée générale annuelle.

Le conseil multidisciplinaire a été consulté et a émis divers avis en lien notamment avec la consultation sur les orientations stratégiques 2010-2015, sur le chantier « Le rôle et la responsabilité du travailleur social au CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean », le projet sur le guide à l'intention des éducateurs spécialisés du CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean « L'éducateur spécialisé, au cœur du processus d'interventions cliniques » et le processus clinique du CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui demeure la pierre angulaire du défi de la spécialisation et de la hiérarchisation. Plusieurs sujets ont également attiré l'attention du conseil multidisciplinaire et ont fait l'objet de diffusion auprès des membres.

Le conseil multidisciplinaire a poursuivi l'actualisation de son plan d'action. Plusieurs objectifs du plan d'action ont été atteints ou sont en voie de réalisation. Le plan d'action comporte trois volets importants, soit la promotion, la participation et l'action.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Myrtha Martel, Présidente

Liste des membres du comité exécutif : Florette Dion, vice-présidente, Hélène Desbiens, secrétaire, Doris Pelletier.

Résumé des réalisations de l'année 2010-2011

En lien avec la nouvelle offre de services, le conseil des infirmières et infirmiers a complété l'élaboration des formations pertinentes du personnel infirmier, l'élaboration du nouveau rôle et fonctions du personnel infirmier au sein de l'organisation (chantier-infirmière) et la formation donnée par le personnel infirmier aux nouveaux employés.

Le conseil des infirmières et infirmiers a également participé à certains comités, colloques et formations et à la consultation sur la planification stratégique 2010-2015.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Line Rousseau, Présidente

Liste des membres : Carole Renaud, Denise Côté-Dupéré, Ruth Lavoir, Karine Gagnon, Hélène Desbiens, France Mimeault, André Carbonneau.

Résumé des réalisations de l'année 2010-2011

Le comité de gestion des risques est constitué conformément à l'article 183.1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

Pour sa cinquième année d'existence, le comité constate une diminution graduelle, mais constante des incidents/accidents. Ceux-ci ont diminué de 6 % par rapport à l'année 2009-2010.

Promotion de la déclaration des incidents/accidents

La formation continue du personnel sur la gestion des risques a permis de former 51 personnes en 2010-2011. De plus, une agente administrative a été formée pour la saisie des données au SISSS et une mise à jour du SISSS a été dispensée auprès d'une autre agente administrative et d'une professionnelle. Soulignons également que quinze rencontres dans les ressources résidentielles à assistance continue se sont déroulées afin de sensibiliser et d'assurer un support aux équipes en lien avec la gestion des risques. La Politique relative aux modalités de transmission d'information, de divulgation et d'analyse lors d'incidents ou d'accidents impliquant la clientèle a été révisée. La

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

production de chroniques dans le journal interne Défi.com express a également permis de sensibiliser le personnel à la gestion des risques. Précisons qu'en vue d'implanter la procédure de récurrence et de divulgation, des rencontres se sont déroulées avec les gestionnaires ainsi que les responsables d'unité de vie.

Suivi apporté aux recommandations 2009-2010

En lien avec les événements sentinelles déclarés en 2009-2010, différentes activités ont été réalisées. Ainsi, relativement à la médication, la procédure d'administration a été mise à jour et les membres du personnel ont été sensibilisés lors des réunions d'équipe. Concernant les chutes, diverses activités de sensibilisation et la visite des milieux ont été réalisées. Aussi, une mise à niveau de la méthode Heimlick a été dispensée sur demande.

Perspective pour 2011-2012

En lien avec les événements sentinelles, il faudra s'assurer que l'analyse (formulaire AH 223 CRDI-2) soit complétée à la suite des événements sentinelles : chutes et erreurs de médicaments. Cela mettra en lumière les causes possibles qui peuvent être en lien, soit avec l'environnement, l'organisation du travail, l'intervention elle-même, ainsi que les causes liées à la personne touchée. Elle permettra de circonscrire les mesures pour contrer ou atténuer les conséquences subies et ciblera des mesures pour prévenir la récurrence.

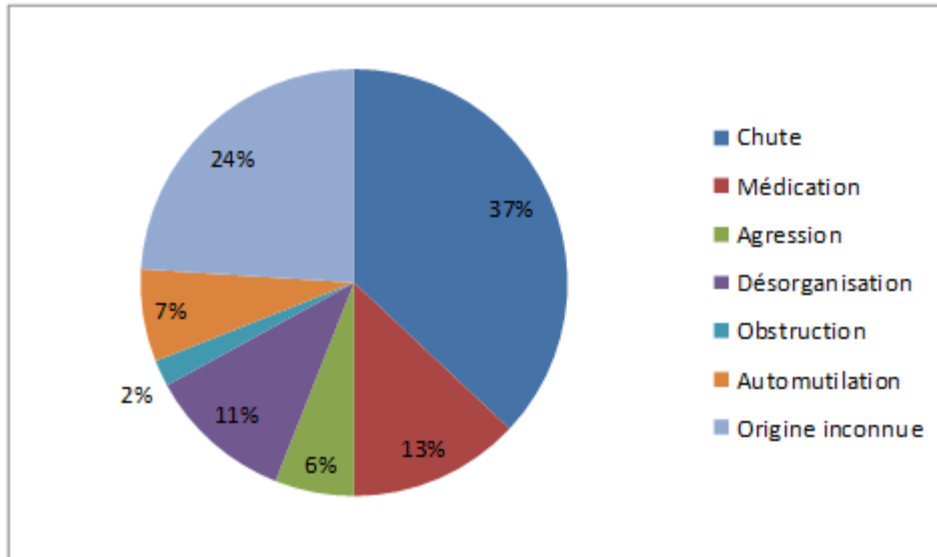
De plus, cela va nous permettre d'identifier des cibles d'intervention. La qualité des analyses effectuées par les intervenants et gestionnaires témoignera de l'appropriation de la contribution au développement de la culture de sécurité.

La mise en place d'un projet pilote en lien avec l'administration de la médication et la sensibilisation concernant les chutes permettra de réduire les accidents.

Comme la réduction du taux d'incidents/accidents « évitables » est notre principal objectif en gestion des risques, nous devons poursuivre la sensibilisation à cet égard en utilisant notamment les événements et les rencontres auprès des gestionnaires et du personnel.

Pour ce faire, il apparaît important de développer une culture organisationnelle de la gestion des risques. Les valeurs sur lesquelles repose une gestion des risques de qualité sont : « La vigilance, la compétence et le travail d'équipe ».

TABLEAU 13
Répartition des accidents-incidents en fonction du type d'évènement 2010-2011



Mesures de contrôle des usagers

Le CRDITED SLSJ a appliqué rigoureusement les procédures inhérentes à son règlement sur les mesures de contrôle des usagers.

Les mesures de contrôle sont utilisées uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risques imminents d'infliction de blessures envers la personne ou envers autrui.

Les mesures de contrôle ne sont envisagées qu'en dernier recours, lorsque tous les autres moyens ont échoué et que la sécurité immédiate de la personne ou de son entourage est menacée.

L'application des mesures de contrôle pour l'année 2010-2011 a touché 2,97 % des usagers.

APPLICATION DE LA LOI METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE (LOI 100)

L'établissement a procédé à l'adoption de la politique visant la réduction des dépenses de fonctionnement de nature administrative en septembre 2010. L'échéancier pour l'atteinte des cibles de réduction est prévu par la loi et correspond au suivant :

Au terme de l'exercice financier 2013-2014, l'établissement aura réduit ses dépenses de fonctionnement de nature administrative d'au moins 10% par rapport aux dépenses de fonctionnement de même nature engagées au cours de l'exercice 2009-2010;

Au terme de son exercice financier 2010-2011, l'établissement aura diminué ses dépenses de publicité, de formation et de déplacement de 25% par rapport à celles de l'exercice financier 2009-2010.

La direction générale s'assure de la mise en place d'un mécanisme de suivi, procède régulièrement aux vérifications requises pour assurer le respect des cibles et échéanciers prescrits par la Loi 100. Elle voit à émettre des directives et diffuse toute information jugée utile, le cas échéant. De plus, l'établissement élabore et présente annuellement au budget détaillé les mesures applicables pour chaque exercice financier jusqu'en 2013-2014.

TABLEAU 14
Cible de réduction Loi 100

Mesures 2010-2011	Plan de réduction	Economies réalisées	Ecart P/R Plan
Réduction des dépenses réelles de 2009-2010 ciblées	2010-2011	2010-2011	2010-2011
	\$	\$	\$
Réduction des effectifs	33 937	33 937	0
Réduction des frais de formation (excluant les salaires)	64 143	67 649	3 506
Réduction des frais de publicité	147	502	355
Réduction des frais de déplacement (incluant congrès)	25 060	14 820	(10 240)
Autre: Conseil d'administration	2 998	3 625	627
Sous-total	126 285	120 533	(5 752)
Autres dépenses	\$	\$	\$
Réduction des frais de formation (salaires)	70 657	175 534	104 877
Autres natures de dépense	0	0	0
Sous- total	70 657	175 534	104 877
TOTAL	196 942	296 067	99 125

ÉTATS FINANCIERS ET RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Rapport du vérificateur externe

Aux membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-St-Jean

Rapport sur les états financiers

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan du fonds d'exploitation au 31 mars 2011 et l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales) pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CRDITED) pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 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 pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités du CRDITED.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

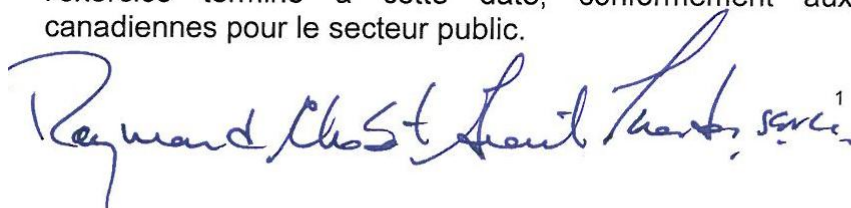
Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CRDITED pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CRDITED pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrite dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

De plus, le CRDITED a comptabilisé au solde de fonds du fonds d'exploitation au 31 mars 2011 un revenu de subvention et a ajusté le solde des montants à recevoir du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) de 1 383 351 \$ sans retraitement des états financiers au 31 mars 2010. Afin de se conformer aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, le revenu de subvention relatif à la prise en charge du solde déficitaire du fonds d'exploitation de 1 383 351 \$ au 1^{er} avril 2008, représentant le montant fixé par le décret gouvernemental 257-2010, aurait dû être comptabilisé rétroactivement avec retraitement des états financiers au 31 mars 2010. Ainsi, les chiffres correspondants au 31 mars 2010 de la subvention à recevoir, du revenu du MSSS et du solde de fonds du fonds d'exploitation auraient dû être augmentés de 1 383 351 \$.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CRDITED au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.



Roberval

Le 20 juillet 2011

Vérificateur : Raymond Chabot Grant Thornton, SENCLR, comptables agréés

775, boul. Saint-Joseph, Roberval (Québec), G8H 2L4

Date: 20 juillet 2011

TABLEAU 15
Fonds d'exploitation
Résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2011

	Exercice courant	Exercice précédent
	2010-2011	2009-2010
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Revenus		
Agence et MSSS	41 497 154\$	41 167 397 \$
Usagers	3 824 664 \$	3 791 354 \$
Ventes de services (RTF-RI facturations autres établissements)	1 549 941 \$	1 777 426 \$
Recouvrements	362 698 \$	409 547 \$
Contributions provenant du fonds d'immobilisation	- \$	- \$
Autres	227 869 \$	193 227 \$
47 462 326 \$		47 338 951 \$
Charges		
Salaires	21 580 626 \$	21 537 596 \$
Avantages sociaux	7 125 704 \$	7 082 067 \$
Charges sociales	3 826 066 \$	3 583 623 \$
Services achetés	10 878 985 \$	10 442 404 \$
Contributions / fonds d'immobilisation	201 078 \$	298 578 \$
Fournitures et autres charges	4 291 715 \$	4 942 196 \$
	47 904 174 \$	47 886 464 \$
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation	(441 848)\$	(547 513) \$
<p>Notes: L'Agence régionale a autorisé une cible maximale de déficit de 450 000 \$ pour l'année financière 2010-2011. L'établissement a donc réalisé un écart positif de 8 152 \$ par rapport celle-ci. Référence pages 200 et 320 du Rapport financier annuel 2010-2011 (AS-471)</p>		

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2010-2011

TABLEAU 16
Fonds d'exploitation
Bilan au 31 mars 2011

	Exercice Courant	Exercice Précédent
	2010-2011	2009-2010
Actif		
Actif à court terme		
Encaisse	\$	163 322 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	1 329 609 \$	71 041 \$
Autres débiteurs	774 101 \$	757 531 \$
Charges payées d'avance	57 690 \$	55 396 \$
Stocks	112 462 \$	115 039 \$
Total de l'actif à court terme	2 273 862 \$	1 162 329 \$
Subvention à recevoir – réforme comptable	3 768 682 \$	3 742 779 \$
Autres éléments du passif	17 105	- \$
TOTAL DE L'ACTIF	6 059 649 \$	4 905 108 \$
Passif		
Passif à court terme		
Découvert de banque	79 380 \$	- \$
Autres créditeurs	7 042 878 \$	7 047 900 \$
Dette interfonds	32 268 \$	238 205 \$
Revenus reportés:		
Agence et autres	31 472 \$	125 920 \$
Emprunts temporaires	453 379 \$	2 022 \$
Total du passif à court terme	7 639 377 \$	7 414 047 \$
Autres éléments du passif	508 \$	12 800 \$
TOTAL DU PASSIF	7 639 885 \$	7 426 847 \$
Solde de fonds	(1 580 236) \$	(2 521 739) \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	6 059 649 \$	4 905 108 \$

Référence : page 241 du rapport financier annuel 2010-2011 (AS-471)

FONDATION



André Sénéchal, Président

Liste des membres du conseil d'administration : Sonia Tremblay, vice-présidente, Yvon Tremblay, président d'office, Nancy Fortin, coordonnatrice, Jean-Rock Grenier, Michel Cantin, Bruno Bolduc, Gervais Larouche, Martine Bouchard, Jacques St-Onge et Jean-Paul Potvin.

Résumé des réalisations de l'année 2010-2011

L'exercice 2010-2011 a permis d'amasser un montant de plus de 15 000 \$ avec la principale activité de financement, soit le tournoi de golf, sous la présidence d'honneur de M. Michel Larouche, maire de la Ville de Roberval.

Parmi les grandes activités de financement de l'année, nous retrouvons :

Tournoi de golf (12^e édition) - Deuxième édition sous la nouvelle formule d'alternance Saguenay / Lac-Saint-Jean;

Participation à la vente de billets pour le Salon des vins;

Différents dons reçus.

Avec ces différentes contributions, la Fondation a soutenu financièrement la réalisation de plusieurs projets en lien avec sa mission visant à favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Depuis 2001, la Fondation a redistribué dans la région plus de 90 000 \$.

RECONNAISSANCE ET REMERCIEMENTS

L'année 2010-2011 étant une année axée sur des développements cliniques importants, nous aimerions remercier d'abord tous les intervenants qui ont cru au développement d'une pratique spécialisée.

Aussi, nous tenons à témoigner toute notre gratification aux gestionnaires de l'établissement pour la rigueur dont ils ont fait preuve dans le suivi de leur planification annuelle et bien entendu pour les résultats obtenus.

Nous souhaitons souligner l'apport des grandes instances pour leur participation active à l'avancement de la pratique spécialisée et particulièrement les membres du conseil multidisciplinaire pour leur implication soutenue au développement et à l'évolution de la pratique.

Des remerciements spécifiques au personnel non clinique qui assure, par leur travail dédié, un soutien remarquable à la réalisation de notre mission.

À tous ceux et celles qui ont vu reconnaître leurs nombreuses années de service dans l'organisation, ainsi qu'aux personnes qui ont pris leur retraite : Merci pour la qualité de votre travail, vos compétences aux services de l'humain et de votre implication quotidienne.

Les membres du conseil d'administration et de la Direction

ANNEXE I

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DU SAGUENAY–LAC-ST-JEAN

Adopté au Conseil d'administration le 11 mars 1998

Amendé le 23 novembre 2005

ARTICLE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-St-Jean, dans l'exercice de leurs fonctions. Celui-ci tient compte des dispositions législatives et réglementaires prévues dans le Code civil, la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels, la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et ses règlements ainsi que dans le règlement numéro 1 sur la régie interne du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

ARTICLE 2 DEVOIRS ET OBLIGATIONS

- 2.1** Le membre du conseil d'administration témoigne du constant souci, du respect de la Charte des Droits et Libertés de la Personne ainsi que du droit aux services de santé et des services sociaux prévus dans la Loi.
- 2.2** Il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement dans un esprit de concertation avec les autres membres du conseil d'administration.
- 2.3** Il assiste, de façon régulière, aux réunions du conseil, aux réunions de sous-comités auxquels il participe ainsi qu'aux rencontres où sa présence est requise.
- 2.4** Le membre du conseil d'administration agit de façon courtoise et maintient des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
- 2.5** Le membre du conseil d'administration agit avec intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.
- 2.6** Le membre du conseil d'administration fait preuve de rigueur, de prudence, de diligence, de compétence et d'indépendance.
- 2.7** Le membre du conseil d'administration est loyal et intègre envers les autres membres du conseil et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
- 2.8** Le membre du conseil agit avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.

- 2.9** La conduite d'un membre est empreinte d'objectivité et de modération.
- 2.10** Le membre respecte les niveaux de responsabilités établis dans l'organisation et conçoit son rôle selon le mandat qui est attribué.
- 2.11** Le membre du conseil doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions et il s'abstient de divulguer toute information confidentielle et tout renseignement nominatif portés à sa connaissance dans le cadre de ses fonctions.
- 2.12** Le membre du conseil agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés et doit sauvegarder en tout temps son indépendance de façon à éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- 2.13** Il doit dissocier la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- 2.14** Le membre du conseil d'administration fait preuve de réserve et de prudence à l'occasion de ses représentations publiques. À cet effet, il respecte la politique de communication adoptée par le conseil d'administration et transmet fidèlement les orientations générales de l'établissement en évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'établissement.
- 2.15** Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect à une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration, ou de l'établissement doit dénoncer, par écrit, son intérêt au président du conseil ou au directeur général. De plus, il s'abstient de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération et décision portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt. Toutefois, le fait, pour un administrateur, d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières.
- 2.16** Le membre du conseil d'administration dépose devant le conseil, au début de son mandat et renouvelle chaque année, une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, sociétés ou entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement. De plus, il mentionne tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans lesquelles il a des intérêts pécuniaires.

ARTICLE 3 IDENTIFICATION DES SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 3.1** Le membre du conseil d'administration évite toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
- 3.2** Lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son intégrité ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, le membre de conseil déclare cette situation et s'abstient de participer aux délibérations et aux décisions sur l'objet en cause.
- 3.3** Le membre de conseil doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, sauf celles acceptées par le législateur ou par la détermination du conseil d'administration en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec.
- 3.4** Le membre du conseil d'administration s'abstient de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- 3.5** Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration est en conflit d'intérêts :
- Lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
 - Lorsque pour un acte donné, il trouve un avantage personnel direct et indirect, actuel ou éventuel;
 - Lorsqu'il accepte de qui que ce soit un avantage alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision, à titre de membre du conseil d'administration.
- 3.6** Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou qu'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

- 3.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

ARTICLE 4 CADEAUX, RÉCOMPENSES, RÉMUNÉRATION DES PERSONNES

- 4.1 Un membre du conseil ne peut accepter ou chercher à obtenir directement ou indirectement, pour lui-même ou pour sa famille immédiate, quelques avantages, récompenses, cadeaux ou faveurs de la part d'une personne qui bénéficie ou qui est susceptible de bénéficier des services de l'établissement. Cependant, un membre peut accepter et conserver une plaque souvenir, un document commémoratif ou un présent qui lui est offert personnellement à l'occasion d'une fête ou d'un événement. Tout autre cadeau reçu par un membre ou une personne de sa famille immédiate en considération du fait qu'il exerce une fonction au sein du conseil d'administration doit être retourné au donateur ou remis au directeur général au bénéfice de l'établissement.
- 4.2 Le membre de conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne, pour son intérêt directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- 4.3 De même, il ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à un autre membre du conseil, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 4.4 Le membre de conseil d'administration ne peut recevoir aucune rémunération ou avantage direct ou indirect pour l'exercice de sa charge à l'exclusion de celle déterminée par la loi et les règlements.
- 4.5 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi et les règlements.

- 4.6 Le membre de conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu. Par ailleurs, le legs ou la donation faite par une personne, au moment où elle reçoit des services de l'établissement, à un membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche parent du donateur est nul et sans effet.

ARTICLE 5 DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

- 5.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration dont le contenu est susceptible de porter préjudice à autrui.
- 5.2 Il conserve confidentiel tout renseignement nominatif qui a été porté à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

ARTICLE 6 PROCÉDURE D'ENQUÊTE ET SANCTIONS

- 6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévus dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une sanction.
- 6.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration. Il précise alors le ou les motifs de sa dénonciation, par écrit.
- 6.3 Le président ou le vice-président désigne alors trois administrateurs chargés de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportement susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie et en informe le membre concerné.
- 6.4 Les règles de fonctionnement applicables à ce comité sont celles prévues à la section VIII du règlement #1 sur la régie interne du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

- 6.5** Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas tenter de communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 6.6** Le comité doit faire enquête et soumettre son rapport au président ou au vice-président dans les trente jours de la demande.
- 6.7** Dans le cadre de son enquête, le comité avise l'administrateur des manquements reprochés et le réfère aux dispositions législatives ou réglementaires ou celles du présent code d'éthique et de déontologie alléguées.
- 6.8** Le comité informe l'administrateur qu'il peut, dans les vingt jours, fournir par écrit ses informations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
- 6.9** Cette sanction peut être une réprimande, une suspension, une révocation, un recours en déchéance de charges ou toute autre sanction jugée appropriée selon la gravité et la nature de la dérogation.
- 6.10** L'administrateur peut se faire entendre et faire des représentations avant que le conseil d'administration ne prenne sa décision. Cependant, il ne peut assister à la séance lorsque le conseil d'administration discute ou décide des mesures à prendre. Tout recours en déchéance de charges ne peut être intenté que par l'Agence régionale intéressée, par l'établissement, ou par le ministre de la Santé et des Services sociaux.
- 6.11** Toute sanction prise par le conseil d'administration doit être communiquée par écrit aux membres du conseil d'administration concernés.

ARTICLE 7 ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

- 7.1** Les personnes qui effectuent une enquête et ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer des sanctions dans l'application du

présent code ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions. Ces personnes s'engagent par serment ou déclaration solennelle à ne divulguer à qui que ce soit, sans y être autorisé par la loi, toute information dont il aurait eu connaissance dans le cadre de cette enquête, selon la formule contenue en annexe du présent code.

ARTICLE 8 PUBLICITÉ DU CODE

- 8.1** L'établissement remet à chaque administrateur un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.
- 8.2** Chaque membre confirme par écrit qu'il a pris connaissance du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration et s'engage à s'y conformer.
- 8.3** L'établissement publie, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et le remet à toute personne qui en fait la demande.
- 8.4** Le rapport annuel doit, en outre, faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leurs décisions et des sanctions imposées ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

ARTICLE 9 ENTRÉE EN VIGUEUR

- 9.1** Le présent code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption au conseil d'administration le **11 mars 1998**.

ANNEXE 1

ENGAGEMENT PERSONNEL

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean et je m'engage à m'y conformer.

Signature

Date

ANNEXE 2

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS D'UN ADMINISTRATEUR

Je, soussigné, administrateur du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui sont susceptibles d'en faire.

Nommez les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui est susceptible de le devenir.

Nommez les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés

3. Je suis actionnaire et considéré(e) comme initié(e) au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières, d'une corporation inscrite à la bourse qui est partie à un contrat avec l'établissement ci-haut mentionné ou est susceptible de le devenir.

Nommez les corporations concernées

Signature

Date

ANNEXE 3

AFFIRMATION DE DISCRÉTION DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE

Je, _____, déclare solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge à titre de membre d'un comité constitué en vue d'étudier une allégation de non-respect du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Signature

Date

