

Rapport annuel de gestion 2008-2009



CENTRE DE RÉADAPTATION



Centre de réadaptation en
déficience intellectuelle du
Saguenay-Lac-Saint-Jean

*Une pratique spécialisée
en évolution constante !*



Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean

SITE INTERNET

WWW.CRDITED02.QC.CA

SIÈGE SOCIAL

Roberval : 835, rue Roland, Roberval, Qc G8H 3J5 Téléphone : 418 275-1360

CENTRES DE SERVICES

Dolbeau : 364, 8e Avenue, Dolbeau-Mistassini, Qc G8L 3E5 Téléphone : 418 276-7491

Roberval : 835, rue Roland, Roberval, Qc G8H 3J5 Téléphone : 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 Téléphone : 418 547-4442

Chicoutimi : 766, rue du Cénacle, Chicoutimi, Qc G7H 2J2 Téléphone : 418 549-4003

La Baie : 1331, 2e Avenue, La Baie, Qc G7B 1M6 Téléphone : 418 544-7383

Conception et réalisation : Julie Lambert, Technicienne en communication, Direction générale

Support administratif : Lyna Levesque, Attachée administrative, Direction générale

Impression : Luc Roy, Reprographie du CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean

TABLE DES MATIÈRES

1	Déclaration du directeur général	4
2	Message du président et du directeur général	5
3	Présentation de l'établissement	6
3.1	Mission	6
3.2	Valeurs, principes et approches	6
3.3	Services offerts	7
4	Orientations stratégiques 2005-2010	8
5	Structure organisationnelle	10
6	Principales réalisations des directions	11
6.1	Direction générale	11
6.2	Direction des services professionnels, de réadaptation et de la recherche	12
6.3	Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	14
6.4	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles	15
7	Résultats : Entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009	16
8	Suivi apporté aux recommandations formulées lors de l'agrément	17
9	Priorités d'action 2009-2010	19
10	Accessibilité aux services	20
10.1	Inscription aux services dispensés	20
10.2	Accès aux services	22
10.3	Liste d'attente	23
11	Effectifs	24
12	Conseils ou comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	26
12.1	Conseil d'administration	26
12.1.1	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	26
12.2	Comité de vigilance et de la qualité	27
12.3	Comité des usagers	30
12.4	Conseil multidisciplinaire	30
12.5	Conseil des infirmières et infirmiers	31
12.6	Comité de gestion des risques	32
12.6.1	Mesures de contrôle des usagers	33
13	États financiers et résultats des opérations	34
14	Fondation	38
15	Reconnaissance et remerciements	39
ANNEXE I	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	40



1. DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

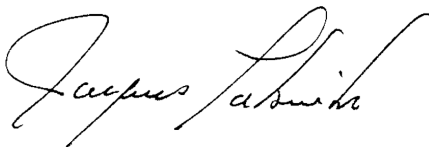
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2008-2009 du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Le directeur général

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jacques Labrèche', written in a cursive style.

Jacques Labrèche

2. MESSAGES DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL



Jean-Marc Gagnon
Président



Jacques Labrèche
Directeur général

Deux grands aspects ont marqué l'année 2008-2009 au CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean : la démarche d'agrément et la mise en place du nouveau plan d'organisation adopté par le conseil d'administration le 26 mars 2008.

En ce qui a trait à la démarche d'agrément, elle a permis de faire le point sur nos pratiques et nos fonctionnements, d'évaluer la satisfaction de la clientèle, la mobilisation du personnel et d'élaborer un plan d'amélioration pour les trois prochaines années. Cette démarche, qui a impliqué plus de 120 personnes, a grandement contribué à orienter les actions à venir pour la poursuite de notre objectif d'amélioration continue de la qualité des services.

En ce qui a trait à la mise en place du nouveau plan d'organisation, celui-ci a marqué un virage important pour le CRDI axé sur la mise en réseau des services, le développement des programmes, la mise en œuvre de l'offre de services spécialisés et des standards de pratique, le soutien clinique ainsi que le développement de la recherche.

En terminant, nous soulignons l'implication soutenue des membres du conseil d'administration tout au long de l'année et plus spécifiquement dans le cadre de la démarche d'agrément.

Nous remercions du même souffle le personnel et les gestionnaires qui ont su, en cette période de transition importante, assurer des services de qualité aux usagers desservis.

Jean-Marc Gagnon

Président du conseil d'administration

Jacques Labrèche

Directeur général



3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Mission

La mission du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean 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.

À cette fin, l'établissement reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

3.2 Valeurs, principes et approches

Les valeurs prônées par l'établissement à l'égard des usagers sont décrites principalement dans la philosophie d'intervention du CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean :

- Chaque personne est unique et possède sa propre façon de se développer et de réagir;
- La ferme croyance dans le potentiel de l'usager : sa capacité d'apprendre, de s'adapter, de travailler et de se distraire;
- La participation de l'usager, de sa famille et de ses proches à prendre une part active aux décisions les concernant;
- Le respect des droits de la personne;
- L'amélioration de la qualité de vie;
- Communication, respect, participation, discrétion, intégrité.

À partir de ces valeurs, l'organisation de services repose sur les cinq (5) principes d'intervention suivants :

- La normalisation;
- La valorisation des rôles sociaux;
- L'intégration sociale;
- La participation sociale;
- L'autodétermination.

Enfin, les principales approches sur lesquelles repose la programmation de services spécialisés sont les suivantes :

- L'approche individuelle et globale;
- L'approche développementale;
- L'approche comportementale;
- L'approche communautaire;
- L'approche systémique et familiale.

Les finalités poursuivies par l'établissement s'inscrivent dans les visées des politiques clientèle du MSSS, DI et TED, et de l'offre de services spécialisés des établissements de la FQCRDITED.

3.3 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 ÉDUCATIVE SPÉCIALISÉE

AUX FAMILLES ET AUX PROCHES

Renforcement des compétences parentales
Aide aux démarches d'intégration
Aide au développement du réseau de soutien
Répit 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 ¹

- 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

4. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2005-2010

Les orientations stratégiques du CRDI arriveront à échéance au cours de la prochaine année. Des travaux sont en cours au ministère de la Santé et des Services sociaux, à la Fédération québécoise des CRDITED et à l'Agence dans la région afin de déterminer les orientations pour 2010-2015. De notre côté, un plan sommaire de travail a été déposé au conseil d'administration visant la révision de nos orientations stratégiques en 2009-2010.

Orientation 1

Assurer le leadership nécessaire à un partenariat de qualité avec l'ensemble des établissements et des organismes concernés par les services à dispenser aux personnes présentant une déficience intellectuelle et aux personnes présentant des troubles envahissants du développement.

- Assurer la participation de l'établissement comme partenaire ;
- Poursuivre l'implication des représentants de l'établissement dans les différents mécanismes de concertation ;
- Réaliser des démarches de collaboration en vue d'ententes nécessaires au partenariat.

Orientation 2

Se doter des moyens nécessaires pour disposer prioritairement de l'information pertinente tant sur la clientèle que sur la prestation des services clinico-administratifs, et disposer des outils technologiques requis pour s'assurer une prise de décision éclairée et de qualité sur l'ensemble des services cliniques et administratifs de l'établissement (SIG) organisationnel.

- Disposer d'un système d'information clientèle de qualité et efficace (SIC DI) ;
- Poursuivre les travaux relatifs à l'implantation essentielle d'un tableau de bord de gestion informatisé et en découlant, produire des rapports d'appréciation de la qualité selon la fréquence établie et les indicateurs retenus ;
- Implanter les outils technologiques requis ;
- Prévoir les ressources humaines nécessaires pour supporter adéquatement la dimension « management et technologie de l'information dans l'établissement » ;
- Implanter un système unifié de gestion des archives et adopter un calendrier de conservation des documents administratifs et cliniques.

Orientation 3

Poursuivre la consolidation des services cliniques par un ajustement de la programmation au contexte de développement de l'offre de service du CRDI liée à l'environnement tant externe qu'interne (Politique clientèle, poursuite des activités en lien avec le rapport du Curateur public, projet clinique découlant de l'implantation des réseaux locaux, Plan d'action national sur les services aux personnes présentant des TED, réseaux locaux de services, clientèle vieillissante, etc.).

- Réaliser des travaux de consolidation visant à accentuer la participation sociale de l'ensemble des usagers ;
- Consolider et développer la programmation de services en lien avec le Plan d'action national sur les services aux personnes présentant des troubles envahissants du développement ;
- Collaborer à la mise en œuvre des projets cliniques à convenir ;
- Développer les nouveaux services requis pour répondre aux besoins de la clientèle.

Orientation 4

Renforcer le soutien à l'intervention clinique tant au niveau individuel qu'au niveau des équipes de travail.

- Développer des mesures de soutien individuelles ;
- Développer des mesures de soutien aux équipes d'intervenants.

Orientation 5

Poursuivre des démarches en ce qui a trait au développement organisationnel dans le but de se doter d'un plan d'action favorisant l'établissement d'un climat de travail propice à l'exercice des rôles et responsabilités, et ce, au niveau de chacune des catégories de personnel tout en s'assurant que le CRDI dispose du personnel compétent et en quantité suffisante pour accomplir sa mission.

- Générer la valorisation et la mobilisation par la contribution aux activités du plan de développement des ressources humaines par la participation et l'implication du personnel d'encadrement, des professionnels et intervenants cliniques et du personnel administratif ;
- Établir un plan de communication formel afin de développer un sentiment d'appartenance et une responsabilisation accrue chez l'ensemble du personnel ;
- Établir un plan d'action suite à l'étude de vulnérabilité dans le cadre de la planification de main-d'œuvre pour les titres d'emploi des différentes catégories de personnel présentant des risques de pénurie ;
- Créer les conditions propices à la participation de tous les paliers de l'établissement afin de se doter de nouvelles dispositions de conventions collectives devant régir l'organisation du travail favorisant le recrutement et la rétention du personnel.

Orientation 6

Appliquer, par un plan d'action approprié, les recommandations découlant du rapport d'évaluation du Conseil québécois d'agrément ainsi que les pistes d'amélioration proposées par l'établissement.

- Circonscrire et appliquer le plan d'amélioration permettant la réalisation du suivi à apporter au rapport d'évaluation du Conseil québécois d'agrément ;
- Établir les responsabilités des directorats et des diverses instances de l'établissement en ce qui a trait aux recommandations.

5. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

La structure organisationnelle a été adoptée au conseil d'administration le 26 mars 2008.

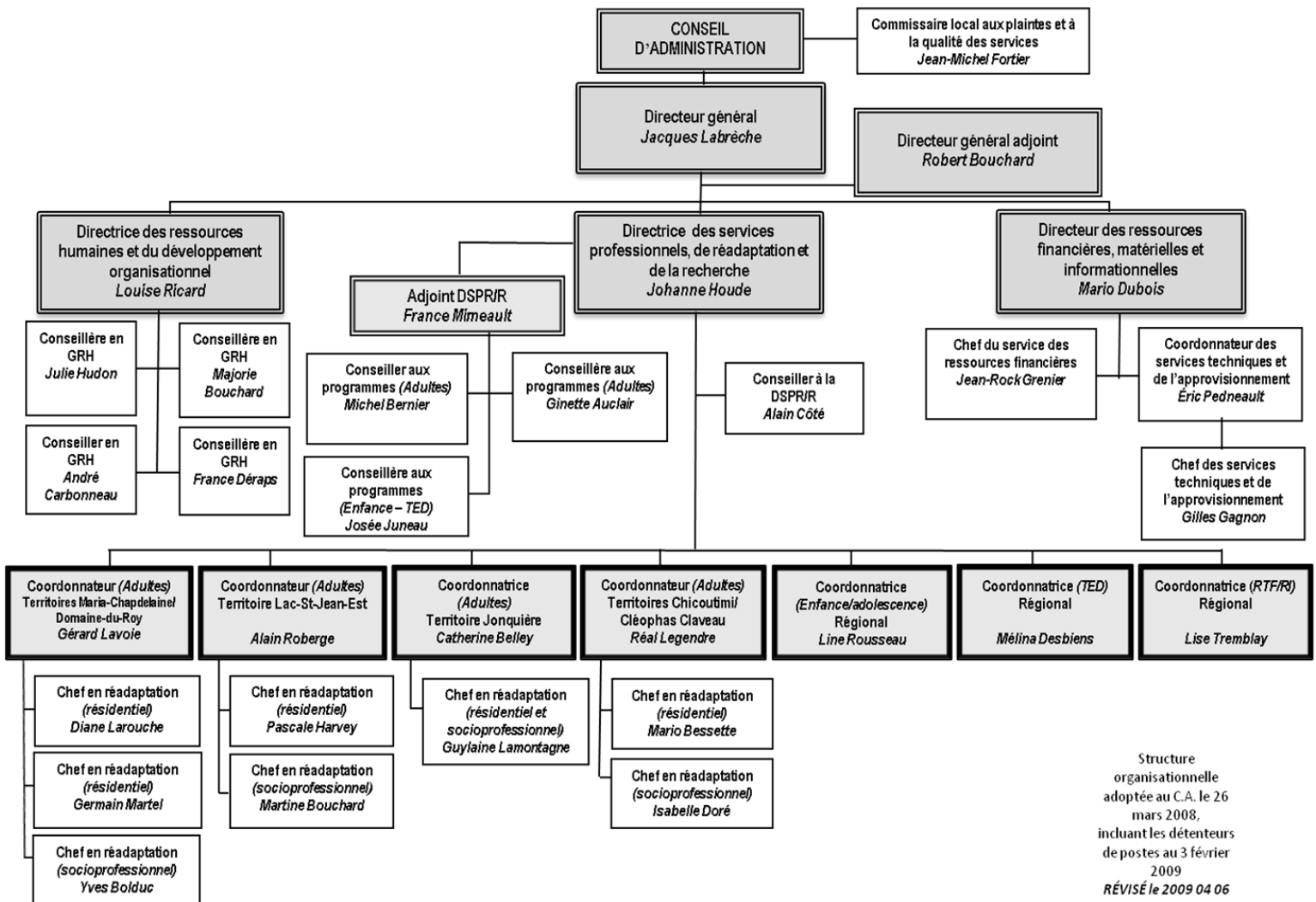


Les cadres supérieurs du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean .

Rangée du haut: Mme Louise Ricard, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel, M. Mario Dubois, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles, et Mme Johanne Houde, directrice des services professionnels, de réadaptation et de la recherche.

Rangée du bas: M. Jacques Labrèche, directeur général et M. Robert Bouchard, directeur général adjoint.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



Structure organisationnelle adoptée au C.A. le 26 mars 2008, incluant les détenteurs de postes au 3 février 2009
RÉVISÉ le 2009 04 06

6. PRINCIPALES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS

6.1 DIRECTION GÉNÉRALE

La présente section présente les principales réalisations des différentes directions de l'établissement. Ces réalisations découlent d'une planification rigoureuse visant l'actualisation de nos orientations stratégiques et de notre plan d'amélioration continue de la qualité, l'accroissement de la spécialisation des programmes et services et l'atteinte des objectifs déterminés dans notre entente de gestion.

Ces principales réalisations s'inscrivent dans la perspective ministérielle d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dans la région.



Jacques Labrèche, directeur général

Robert Bouchard, directeur général adjoint

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- ◆ Actualisation de la démarche d'agrément avec le Conseil québécois d'agrément ;
- ◆ Implantation du nouveau plan d'organisation adopté par le conseil d'administration le 26 mars 2008 ;
- ◆ Élaboration de neuf nouveaux règlements du conseil d'administration et de dix politiques à la direction générale ;
- ◆ Développement et implantation d'outils de communication interne et du site web du CRDI ;
- ◆ Mobilisation du conseil multidisciplinaire autour de l'évolution de la pratique reliée à la nouvelle offre de services spécialisés ;
- ◆ Élaboration, signature et suivi des ententes de transferts budgétaires avec les CSSS concernés ;
- ◆ Mise en place d'un centre de documentation régional ;
- ◆ Développement d'un projet de partenariat avec la Chaîne de travail adapté (CTA);
- ◆ Mise en œuvre du processus d'évaluation continue des attentes et de la satisfaction des usagers.



6.2 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS , DE RÉADAPTATION ET DE LA RECHERCHE



Johanne Houde, directrice

France Mimeault, adjoint DSPR/R, Michel Bernier, conseiller aux programmes (adultes), Josée Juneau, conseillère aux programmes (enfance-TED), Ginette Auclair, conseillère aux programmes (adultes), Alain Côté, conseiller à la DSPR/R, Gérard Lavoie, coordonnateur (adultes), Alain Roberge, coordonnateur (adultes), Catherine Belley, coordonnatrice (adultes), Réal Legendre, coordonnateur (adultes), Line Rousseau, coordonnatrice (enfance/adolescence), Mélina Desbiens, coordonnatrice (TED), Lise Tremblay, coordonnatrice (RTF/RI), Diane Larouche, chef en réadaptation, Germain Martel, chef en réadaptation, Yves Bolduc, chef en réadaptation, Pascale Harvey, chef en réadaptation, Martine Bouchard, chef en réadaptation, Guylaine Lamontagne, chef en réadaptation, Mario Bessette, chef en réadaptation, Isabelle Doré, chef en réadaptation.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- ◆ Implantation du nouveau plan d'organisation :
 - √ Appropriation des nouveaux rôles ;
 - √ Mise en œuvre de la structure organisationnelle ;
 - √ Dotation du poste d'adjoint à la DSPR/R ;
- ◆ Mise en place du plan d'accès pour la clientèle 0 – 5 ans DI et TED et élaboration du « Plan régional de l'amélioration de l'accès et de continuité » (PRAAC) ;
- ◆ Élaboration du cadre de référence du nouveau service « Accueil, évaluation, orientation » (AEO) ;
- ◆ Implantation des chantiers sur les rôles et fonctions des infirmières et des éducateurs spécialisés ;
- ◆ Mise en place d'un comité d'expertise polyhandcapé ;
- ◆ Mise en œuvre de la programmation en intervention précoce et du programme « Évaluation / intervention / suivi » (EIS) ;
- ◆ Révision du guide des normes de qualité en RNI ;
- ◆ Développement d'un plan de marketing en RNI ;
- ◆ Poursuite des travaux avec les CSSS sur la hiérarchisation des services de 1^{re} et 2^e ligne ;
- ◆ Actualisation d'une formation s'adressant aux intervenants pivots des CSSS ;
- ◆ Implantation graduelle de la supervision clinique par les neuf spécialistes en activités cliniques ;
- ◆ Préparation à l'implantation du SIPAD (déploiement informatique, formation et gestion du changement) ;
- ◆ Planification de la fermeture de deux résidences à assistance continue;

PRINCIPALES RÉALISATIONS (suite)

- ◆ Gestion des risques :
 - ✓ Désignation d'un nouveau gestionnaire de risques ;
 - ✓ Formation sur la gestion des risques au personnel du CRDI et aux RNI ;
 - ✓ Implantation des nouveaux formulaires et d'un registre local des accidents/incidents ;
 - ✓ Élaboration d'une procédure dans les situations de récurrence;
- ◆ Renouvellement de l'entente avec la Commission scolaire du Pays-des-Bleuets ;
- ◆ Actualisation du projet d'entente avec La Vieille Pulperie afin de favoriser l'intégration au travail des usagers du Saguenay ;
- ◆ Développement des outils cliniques :
 - ✓ Édition actualisée « Des recettes plein la vue ! » ;
 - ✓ Guide d'apprentissage à la propreté à l'intention des intervenants ;
- ◆ Diffusion accrue des résultats de recherche, entre autres :
 - ✓ Rapports de recherche sur la transition préscolaire (avril 2008) ;
 - ✓ Communication des résultats de deux études sur la transition au congrès ACFAS et diffusion de divers articles ;
 - ✓ Communication des résultats sur les stratégies parentales vs le stress au colloque Recherche Défi (AQIS, Chicoutimi mai 2008);
- ◆ Mise en place d'un centre de documentation régional;
- ◆ Élaboration des rapports de suivi des listes d'attentes, des plans d'interventions et des mesures de contrôle.



6.3 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL



Louise Ricard, directrice

Julie Hudon, conseillère en GRH, Majorie Bouchard, conseillère en GRH, France Déraps, conseillère en GRH, André Carbonneau, conseiller en GRH

PRINCIPALES RÉALISATIONS

Dans un souci de bien desservir nos clients et en espérant avoir une incidence sur le climat et la mobilisation, voici les réalisations de l'année :

- ◆ Leadership et soutien aux gestionnaires pour les codes de civilité ;
- ◆ Sollicitation des bons coups et tenue du premier Gala reconnaissance ;
- ◆ Gestion des activités de formation dont le volume a doublé et, en simultanément, implantation de la nouvelle politique sur le développement des compétences ; première cohorte des ASSS en processus de formation pour devenir éducateurs ; démarrage du PUF-DI ;
- ◆ Recrutement intensifié dû à la rareté des ressources et à l'orientation vers la spécialisation ;
- ◆ Relations syndicales patronales soutenues, évolution marquante du cheminement des parties par une entente majeure impliquant une modification des services pour une plus grande spécialisation ;
 - ✓ Une dizaine d'ententes pour le bon fonctionnement des prestations de services ;
 - ✓ Une dizaine de processus d'enquêtes suite à des signalements, des plaintes de harcèlement, observations des gestionnaires et un fardeau de tâches.
- ◆ Pour une plus grande présence au travail :
 - ✓ Formation en assurance salaire pour les gestionnaires ;
 - ✓ Continuité du programme Promotion pour la santé psychologique ;
 - ✓ Suivi médical accru avec le service d'une infirmière à temps partiel ;
 - ✓ Processus d'accommodement réussis pour six personnes ;
 - ✓ Production de politiques sur la présence au travail, sur la prévention et sur la gestion des invalidités ;
 - ✓ Diminution importante du taux d'absentéisme de 9,21 % à 7,75 %.
- ◆ Appréciation de la contribution, l'aboutissement d'un processus :
 - ✓ Feuille de route et processus testés par des expériences pilotes pour les éducateurs ;
 - ✓ Politique sur la supervision et l'appréciation de la contribution en vigueur ;
 - ✓ Premier projet de la plupart des descriptions de tâches actuellement en consultation.
- ◆ Planification de la main-d'œuvre :
 - ✓ Une première gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre est effectuée ;
 - ✓ Le travail à l'interne se continue.

6.4 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES



Mario Dubois, directeur

Jean-Rock Grenier, chef du service des ressources financières, Éric Pedneault, coordonnateur des services techniques et de l'approvisionnement, Gilles Gagnon, chef des services techniques et de l'approvisionnement.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

- ◆ Intégration des éléments de la réforme comptable du gouvernement du Québec aux pratiques comptables du CRDI ;
- ◆ Adaptation des rapports financiers SAP aux besoins des services financiers et des gestionnaires (disponibilité des rapports en ligne) ;
- ◆ Révision des politiques de la DRFMI ;
- ◆ Élaboration de nouvelles politiques :
 - ✓ Utilisation des ressources informatiques ;
 - ✓ Gestion des petites caisses ;
 - ✓ Gestion des créances douteuses et des mauvaises créances ;
 - ✓ Gestion des assurances et des réclamations aux assureurs ;
- ◆ Amélioration de la gestion des projets par l'utilisation du système informatisé Actif + Réseau du MSSS ;
- ◆ Implantation de deux (2) nouveaux cadres de gestion :
 - ✓ Maintien du parc d'équipement non médical et mobilier ;
 - ✓ Maintien des actifs informationnels ;
- ◆ Élaboration d'un nouveau plan sur l'amélioration de l'accessibilité aux personnes handicapées qui a été intégré au plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) ;
- ◆ Mise en place du comité de coordination des ressources informationnelles (CCRI) ;
- ◆ Élaboration et adoption des plans directeurs en informatique :
 - ✓ Plan directeur sur la sécurité des actifs informationnels ;
 - ✓ Plan directeur informatique ;
- ◆ Déploiement informatique important (de 153 à 250 postes informatiques) ;
- ◆ Application et respect de la nouvelle réglementation (Loi 17) sur les contrats des organismes publics (approvisionnements) :
 - ✓ Adoption d'une nouvelle politique d'approvisionnement ;
- ◆ Réorganisation des locaux en fonction du nouveau plan d'organisation en lien avec l'offre de service ;
- ◆ Aménagement de nouveaux espaces à bureaux pour le personnel œuvrant en adaptation ou réadaptation à la personne dans le secteur de Dolbeau-Mistassini ;
- ◆ Avancement des travaux entourant la réfection ou la relocalisation du siège social à Roberval.



7. RÉSULTATS: ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2008-2009

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 2008-2009 :

TABLEAU 1

	ENGAGEMENT 2008-2009	SITUATION À LA FIN DE LA PÉRIODE 13	ÉCART	COMMENTAIRES
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,34	7,75	(0,41)	Baisse de 14,5 % du ratio des heures en assurance salaire vs les heures travaillées – augmentation de la présence au travail.

De plus, bien qu'aucun indicateur ne s'y rattache, le CRDI a rempli ses obligations relatives à l'implantation du « Plan d'accès » et les objectifs prévus en 2008-2009 sont atteints.

8. SUIVI APPORTÉ AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES LORS DE L'AGRÈMENT

Le Conseil québécois d'agrément a formulé douze recommandations lors de la démarche d'agrément de 2005. Un suivi rigoureux a été apporté à celles-ci et elles ont fait l'objet de travaux importants au cours des dernières années.

Le tableau suivant fait état des niveaux de réalisations de chacune de ces recommandations.

Recommandations	Bilan de réalisation
En lien avec l'encadrement et la supervision des intervenants cliniques	
Revoir le processus d'encadrement du travail des équipes d'intervenants cliniques et planifier des orientations, des moyens et des procédures de suivi sous l'angle de la collaboration et du soutien, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les zones de collaboration intra et inter équipes ; • Identifier des mécanismes de collaboration ; • Mettre en place des mécanismes de coordination et de support des équipes d'intervenants. 	Réalisé à 100 %
Se donner des orientations, des moyens ainsi que des procédures de suivi en ce qui a trait à la supervision professionnelle des intervenants cliniques permettant, entre autres, que la qualité des plans d'intervention soit en concordance avec les besoins de l'utilisateur, les valeurs de l'établissement et la philosophie d'intervention.	Réalisé à 90 %
En lien avec la gestion des protocoles d'intervention clinique et des situations de risque	
Se doter d'un protocole d'application des mesures d'utilisation de la force, de l'isolement, de tout moyen mécanique ou toute substance chimique de contrôle d'une personne.	Réalisé à 90 %
Prendre les moyens afin d'actualiser le <i>Règlement portant sur les garanties minimales de protection à assurer à la clientèle recevant des soins du centre de réadaptation</i> et particulièrement d'offrir tout le soutien nécessaire aux intervenants qui signalent une situation.	Réalisé à 90 %
Prendre les moyens pertinents afin que les <i>Modalités de transmission d'information lors d'accidents ou d'incidents impliquant la clientèle</i> soient appliquées par toutes les personnes responsables d'un usager, et particulièrement par les responsables de ressources intermédiaires et de type familial.	Réalisé à 100 %
En lien avec la gestion des renseignements personnels sur la clientèle	
Mettre en place le processus de gestion des renseignements personnels sur la clientèle, notamment en actualisant la politique <i>Dossier central</i> et en prévoyant les modalités d'application ainsi que des procédures de suivi rigoureuses.	Réalisé à 95 %



Recommandations	Bilan de la situation
En lien avec la gestion des ressources humaines	
S’assurer que la philosophie de gestion favorisée est présentée de façon à aller chercher l’adhésion de tout le personnel.	Réalisé à 100 %
Mettre en place un système d’évaluation de la contribution du personnel qui tient compte de la philosophie de gestion, des besoins des employés ainsi que de leurs attentes.	Réalisé à 95 %
En lien avec la gestion des ressources informationnelles	
Élaborer un plan directeur informatique qui prévoit, entre autres, l’intégration des ressources informatiques dans les pratiques cliniques et de gestion ainsi que le plan d’informatisation de ces données.	Réalisé à 90 %
Adopter une politique d’utilisation des ressources informatiques et y prévoir notamment les restrictions d’accès à Internet et la sécurité des données et des systèmes.	Réalisé à 100 %
En lien avec la capacité d’amélioration et le plan d’amélioration	
Se doter d’indicateurs de gestion permettant d’assurer le suivi de la maîtrise des processus organisationnels.	Réalisé à 90 %
Inclure dans le plan d’amélioration les processus à consolider identifiés à la section 3.4 du Dossier d’agrément du CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean en lien avec les processus suivants : n° 13 – <i>Gérer la circulation des renseignements personnels sur la clientèle</i> , n° 15A – <i>Établir des liens de collaboration avec les partenaires</i> et n° 22 – <i>Gérer les ressources matérielles</i> .	Réalisé à 100 %

9. PRIORITÉS D'ACTION 2009-2010

L'année 2009-2010 s'inscrit sous l'angle de la « continuité » et du mieux-être » au travail. Après deux ans d'intenses changements au sein de l'organisation et une démarche d'agrément, nous orientons nos actions sur la consolidation des transformations effectuées, tout en poursuivant nos démarches visant l'accroissement de la spécialisation de nos programmes et services ainsi que l'amélioration continue de la qualité. Une attention particulière sera portée à l'humain dans l'organisation notamment par l'introduction d'un programme de « Santé et Mieux-être au travail » dans une perspective de développement durable.

- ◇ Démarche de révision des orientations stratégiques du CRDI ;
- ◇ Développement d'un modèle de qualité ;
- ◇ Actualisation du plan d'amélioration du CRDI et des recommandations du Conseil québécois d'agrément ;
- ◇ Implantation d'un projet « Santé et Mieux-être » au travail dans un contexte de développement durable ;
- ◇ Implantation du système d'information pour personnes ayant une déficience (SIPAD) ;
- ◇ Poursuite des démarches visant l'accroissement de la spécialisation des programmes et services ainsi que l'implantation graduelle des standards de pratique, notamment :
 - ✓ Implantation du service d'accueil/évaluation/orientation (AEO) ;
 - ✓ Développement du processus clinique ;
 - ✓ Implantation du programme en troubles graves du comportement (TGC) ;
 - ✓ Mise en place de comités d'expertises (polyhandicapé, TGC, sexualité) ;
- ◇ Poursuite des travaux visant le développement d'une structure de recherche et d'un partenariat avec l'Université du Québec à Chicoutimi ;
- ◇ Développement d'entente avec les CSSS suite aux travaux sur la hiérarchisation des services ;
- ◇ Suivi de l'évolution de la mise en application des dispositions de la Loi 49 ;
- ◇ Déploiement graduel de l'appréciation de la contribution ;
- ◇ Mise en œuvre et suivi des plans directeurs en informatique et sur la sécurité des actifs informationnels ;
- ◇ Poursuite des travaux visant la réfection ou la relocalisation du siège social à Roberval.



10. ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

10.1 Portrait de la clientèle desservie (usagers inscrits)

Le CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean dessert un total de 1271 usagers différents en déficience intellectuelle qui reçoivent en moyenne deux services.

TABLEAU 2
USAGERS INSCRITS CLIENTÈLE DI
Dans les principaux services spécialisés
Répartis selon les groupes d'âge et les secteurs sociosanitaires
Au 31 mars 2009

USAGERS INSCRITS AU PROGRAMME " DÉFICIENCE INTELLECTUELLE "

Service spécialisé	Territoire CSSS	2007-2008							2008-2009						
		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	Cléophas-Claveau		3	1	12	4		20		5	1	17	14	3	40
	Chicoutimi		15	9	84	61	7	176		9	9	67	70	8	163
	Jonquière	2	6	8	42	49	6	113		7	8	46	57	5	123
	Lac-St-Jean-Est		10	10	53	56	6	135	1	8	8	48	77	12	154
	Domaine-du Roy	1	7	2	40	87	57	194		7	4	20	72	23	126
	Maria-Chapdelaine		8	2	19	25	6	60		3	4	19	28	7	61
		3	49	32	250	282	82	698	1	39	34	217	318	58	667

Service spécialisé	Territoire CSSS	2007-2008							2008-2009						
		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	Cléophas-Claveau			2	18	18		38			2	25	24	3	54
	Chicoutimi			5	102	47	2	156			4	86	58	4	152
	Jonquière			9	62	47	2	120			3	66	52	2	123
	Lac-St-Jean-Est			4	76	55	1	136		1	4	68	76	6	155
	Domaine-du Roy			6	55	90	47	198		2	4	42	69	31	148
	Maria-Chapdelaine			9	44	27	4	84			4	42	22	2	70
		0	0	35	357	284	56	732	0	3	21	329	301	48	702

Service spécialisé	Territoire CSSS	2007-2008							2008-2009						
		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, soutien à la famille et aux proches	Cléophas-Claveau	2	17	2	15	8		44	2	19	5	22	15	4	67
	Chicoutimi	8	51	17	104	65	9	254	4	45	22	91	76	10	248
	Jonquière	14	43	21	66	55	6	205	9	45	14	80	65	5	218
	Lac-St-Jean-Est	10	53	15	80	68	6	232	10	49	20	82	98	12	271
	Domaine-du Roy	8	25	9	66	100	60	268	10	26	5	47	80	55	223
	Maria-Chapdelaine	1	19	12	43	29	6	110	3	18	7	43	32	7	110
		43	208	76	374	325	87	1113	38	202	73	365	366	93	1137

Le CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean dessert un total de 216 usagers différents en troubles envahissant du développement qui reçoivent en moyenne 1.4 services.

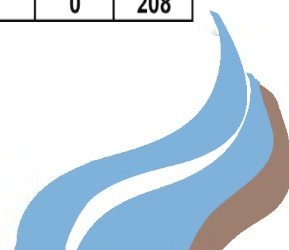
TABLEAU 3
USAGERS INSCRITS - CLIENTÈLE TED
Dans l'ensemble des programmes cliniques
Répartis selon les groupes d'âge et les secteurs sociosanitaires
Au 31 mars 2009

USAGERS INSCRITS AU PROGRAMME " TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT "

Service spécialisé	Territoire CSSS	2007-2008							2008-2009						
		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	Cléophas-Claveau		1	1	1			3			1	2			3
	Chicoutimi		5	1	9			15		4	1	8	1		14
	Jonquière		5	2	4			11		7	4	7			18
	Lac-St-Jean-Est		4	4	8	1		17		3		7	2		12
	Domaine-du Roy		4		2	4		10		2		1	2		5
	Maria-Chapdelaine		1		1			2		1			2		3
		0	20	8	25	5	0	58	0	17	6	25	7	0	55

Service spécialisé	Territoire CSSS	2007-2008							2008-2009						
		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	Cléophas-Claveau			1	4			5			1	4			5
	Chicoutimi			1	6			7			1	8			9
	Jonquière				6			6			1	7			8
	Lac-St-Jean-Est				5			5				4	1		5
	Domaine-du Roy			1	2	2		5			1	2	1		4
	Maria-Chapdelaine				1		1	2				1	2	1	4
		0	0	4	23	3	0	30	0	0	5	27	3	0	35

Service spécialisé	Territoire CSSS	2007-2008							2008-2009						
		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 et services d'assistance éducative spécialisée	Cléophas-Claveau	1	8	2	4			15		6	2	3			11
	Chicoutimi	6	23	3	10			42	6	40	3	11	1		61
	Jonquière	5	31	4	6			46	7	34	9	6			56
	Lac-St-Jean-Est	1	23	2	6	1		33	3	23	3	5	2		36
	Domaine-du Roy		17	1	3	4		25	1	21	2	2	2		28
	Maria-Chapdelaine	1	10	2	1			14	1	9	2	2	2		16
		14	112	14	30	5	0	175	18	133	21	29	7	0	208



10.2 Accès aux services

Le tableau 4 illustre les activités reliées à l'accès pour l'exercice 2008-2009 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 4
NOUVELLES DEMANDES D'ACCÈS
Sur le territoire du Saguenay—Lac-Saint-Jean
Pour la période du 1 avril 2008 au 31 mars 2009

Nouvelles demandes de service 2007-2008														
Territoire CSSS	Clientèles													
	DI							TED						
	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		4			2		6							0
Chicoutimi	1	6	1	5	5		18	7	4					11
Jonquière	5	8	3	5	6	1	28	4	5	2				11
Lac-St-Jean-Est	3	9	1	2	1		16	2	2					4
Domaine-du Roy	1	5	1	1	2	1	11		3					3
Maria-Chapdelaine		1		1	1		3	2	1					3
Total	10	33	6	14	17	2	82	15	15	2	0	0	0	32
114														

Nouvelles demandes de service 2008-2009														
Territoire CSSS	Clientèles													
	DI							TED						
	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	2	6	0	2	2	0	12	0	1	0	1	0	0	2
Chicoutimi	3	7	2	1	0	0	13	2	4	0	1	0	0	7
Jonquière	5	9	3	5	9	1	32	4	4	1	0	0	0	9
Lac-St-Jean-Est	8	7	1	4	0	0	20	1	0	1	0	0	0	2
Domaine-du Roy	6	5	0	2	2	0	15	1	4	0	0	0	0	5
Maria-Chapdelaine	1	3	1	1	1	0	7	0	0	0	0	0	0	0
Total	25	37	7	15	14	1	99	8	13	2	2	0	0	25
124														

Territoire CSSS	DI					
	Période	9	10	11	12	13
Cléophas Claveau				1		
Chicoutimi	3	2	1	2		
Jonquière	4		4	8		
Lac St-Jean Est	1		2		2	
Domaine du Roy	2	1	1	1	1	
Maria Chapdelaine		1	2			
Total	10	4	11	11	3	
Délai acceptation	7,2	12	9,5	1	6,6	
Durée moyenne	41	5,5	25,8	1	32	

Territoire CSSS	TED					
	Période	9	10	11	12	13
Cléophas Claveau						
Chicoutimi				1		
Jonquière	1		1		1	
Lac St-Jean Est						
Domaine du Roy	1			1		
Maria Chapdelaine						
Total	2	0	1	1	1	
Délai acceptation	17	0	12	1	8	
Durée moyenne	53,5	0	17,5	16	23	

Période 9 débute le 8 novembre 2008

Délai d'acceptation est le nombre de jours entre la demande et la décision du comité d'accès

Durée moyenne entre l'acceptation et le début du 1^{er} service

10.3 Liste d'attente

Le tableau suivant présente la situation de la liste d'attente pour un premier service de l'établissement au 31 mars 2009.

TABLEAU 5 USAGERS EN ATTENTE D'UN PREMIER SERVICE Au 31 mars 2009			
Territoire	Clientèle		Moyenne Durée en jour DI/TED
	DI	TED	
Maria-Chapdelaine	2		16jrs/DI
Domaine-du-Roy	3		86jrs/DI
Lac-St-Jean-Est	1		17jrs/DI
Jonquière	1		60jrs/DI
Chicoutimi	2		59jrs/DI
Cléophas-Claveau	1	1	Md DI 57jrs/TED
TOTAL	10	1	32jrs/DI 57jr/TED

Établissement : 1104-3585 - CRDI DU SAGUENAY —LAC-SAINT-JEAN

Type : Établissement

Année financière : 2008-2009

No période (Date début) : 13 (2009-03-01)

Région : 02 - Saguenay - Lac-Saint-Jean

	Demandes traitées (1)	Demandes en attente (2)	Demandes reçues (3)	Jours d'attentes (4)	Délai moyen (5)	Délais respectés (6)	Délais NON respectés (7)	(8)=(6)+(7)	Taux de respect délais (9)	Demandes NON admissibles
DI Urgent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DI Élevé	5	2	7	197	39.4	5	0	5	100	0
DI TOTAL	5	2	7	197	39.4	5	0	5	100	0
TED Urgent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TED Élevé	3	2	5	166	55.33	3	1	4	75	0
TED TOTAL	3	2	5	166	55.33	3	1	4	75	0
DI+TED Urgent	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DI+TED Élevé	8	4	12	363	45.38	8	1	9	88.89	0
DI+TED TOTAL	8	4	12	363	45.38	8	1	9	88.89	0

11. EFFECTIFS

Les tableaux suivants et le graphique illustrent la répartition des effectifs du personnel de l'établissement au 31 mars 2009 ainsi que les heures travaillées au cours de l'exercice concerné.

TABLEAU 6

STRUCTURE DE POSTES

	TC	TP		Total ETC	Total ETC
		Nombre	ETC	2008-2009*	2007-2008*
Éducateurs/RUV/Techniciens	138	15,5	14,17	152,17	152,69
ASSS/Moniteurs/Instructeurs	110	74,5	55,89	165,89	167,89
Professionnels	36	4	3,9	39,9	36,5
Personnel soins infirmiers	11	11,5	8,4	19,4	19,4
Cadres	34	1	0,5	34,5	33
Personnel de bureau	33	4	3,15	36,15	37,15
Soutien technique	13	1	0,65	13,65	13,81
Total	375	111,5	86,66	461,66	460,44

*conforme au rapport AS-485 de 2007-2008 et 2008-2009

TABLEAU 7

EMPLOYÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

			Détenteurs de postes	Non détenteurs de poste	Total
	H	F			
Éducateurs/RUV/Techniciens	59	185	134,5	109,5	244
ASSS/Moniteurs/Instructeurs	93,5	166	164,5	95	259,5
Professionnels	7	39	32	14	46
Personnel soins infirmiers	3,5	37	19,5	21	40,5
Cadres	17	18	34	1	35
Personnel de bureau	5	45	33	17	50
Soutien technique	20	0	11	9	20
Total	205	490	428,5	266,5	695

TABLEAU 8

HEURES TRAVAILLÉES

- personnel cadre
- personnel régulier

2008-2009
46 389
806 392

2007-2008
44 981
791 830

HEURES RÉMUNÉRÉES TOTALES

1 158 078

1 141 523

TC = Temps complet

H = Homme

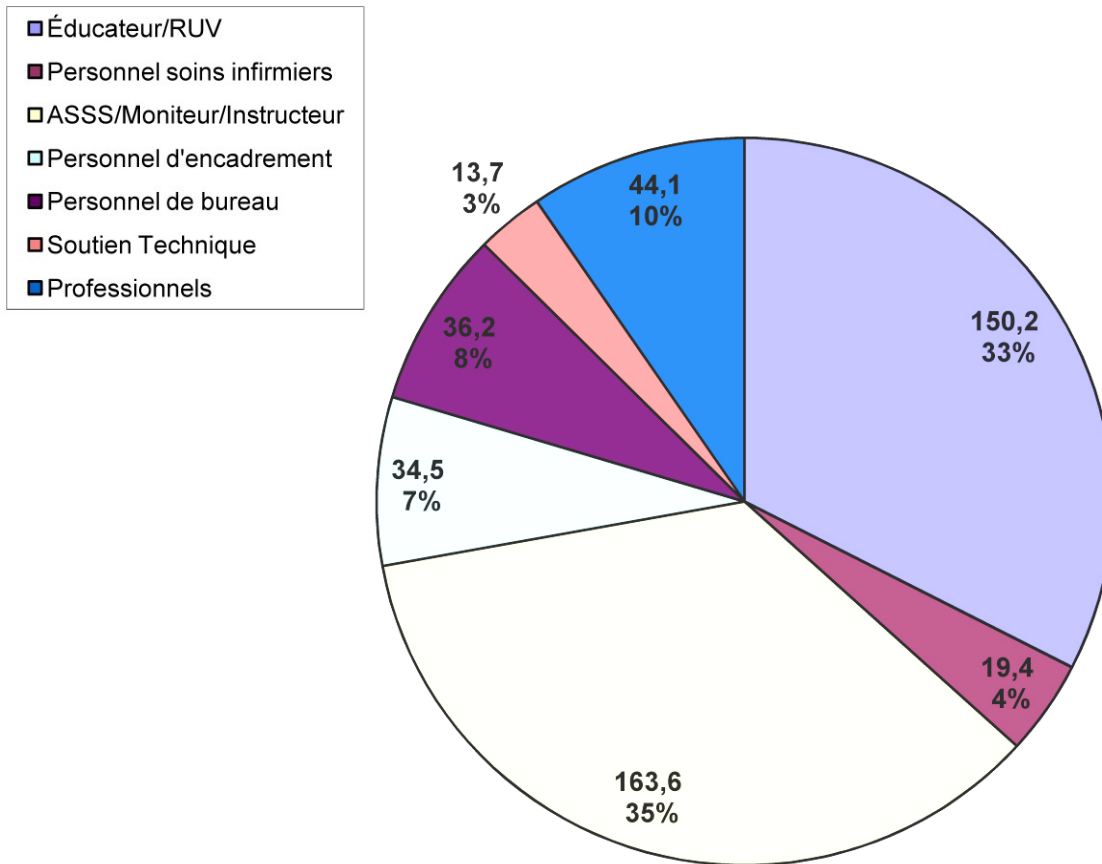
TP = Temps partiel

F = Femme

ETC = équivalent à temps complet

TABLEAU 9

**Nombre de postes en ETC au
31 mars 2009**



Quelques données concernant la formation

Un total de 616 315 \$ a été investi en formation dans l'année 2008-2009 ce qui représente plus du double de la somme dépensée pour l'année 2007-2008.

En lien avec la spécialisation de nos services, les employés principalement visés ont été les éducateurs et les professionnels comme le démontre le tableau 2. Ces catégories d'employés ont, en effet, bénéficié de



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

12.1 Conseil d'administration

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

Jacques Allard	Population
Manon Bolduc	Comité des usagers
Claude Bouchard	Population
Nancy Brassard	Conseil multidisciplinaire
Laurent-Paul Dallaire	Agence régionale
Jean-Marc Gagnon	Population
Sylvie Jean	Cooptation
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
Sonia Tremblay	Fondation du CRDI
Denis Veilleux	Population
Jacques Labrèche	Directeur général

Au cours de l'année 2008-2009, le conseil d'administration a tenu huit séances régulières et trois séances extraordinaires dans le cadre de la démarche d'agrément et pour la nomination d'un cadre supérieur. 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. Ils ont procédé à l'adoption de neuf nouveaux règlements et ont été présents au cours de différentes étapes de la démarche d'agrément.

Soulignons aussi l'analyse et d'adoption du document du plan d'organisation 2008-2011 du CRDI ainsi que la participation à diverses activités de représentation et de formation.

12.1.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

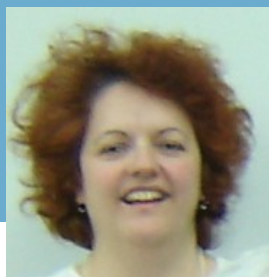
Le conseil d'administration a adopté le 11 mars 1998, conformément à la Loi, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce document traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts. Il précise les règles visant à identifier les situations de conflit d'intérêts et 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 financier 2008-2009.

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 de la rue Roland à Roberval, QC, G8H 3J5, ou en composant le numéro de téléphone 418 275-1360, poste 149.

12.2 Comité de vigilance et de la qualité



Sonia Tremblay, présidente

Liste des membres: Christiane Lecomte, administrateur, 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 2008-2009

Le comité de vigilance s'est réuni régulièrement tout au long de l'année dans la semaine précédant les séances régulières du conseil d'administration.

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 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. M. Fortier rend compte ensuite du suivi apporté aux deux recommandations définies en 2007-2008. Spécifions que les recommandations annuelles du commissaire sont intégrées à chaque année dans la planification annuelle de l'établissement.



Suivi des recommandations 2007-2008

Recommandations n° 1 : Que des standards de qualité soient appliqués de façon uniforme pour l'ensemble de la clientèle hébergée en RNI.

Dans le but de consolider le suivi de la qualité des services offerts aux usagers tant par les ressources de type familial que par les ressources intermédiaires du CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de favoriser une pratique professionnelle basée sur des standards de qualité, un comité de travail a produit un guide portant sur les normes de qualité dans les RNI. Suite aux commentaires recueillis lors d'une consultation auprès de diverses instances et intervenants, un comité de travail s'est de nouveau réuni afin de bonifier et finaliser le cadre de référence sur les normes de qualité dans les ressources non-institutionnelles (RNI) et ce, d'ici la fin juin 2009. Il est prévu de procéder à la diffusion et l'implantation du cadre de référence en septembre 2009. D'ailleurs, ce point est inclus dans les objectifs du plan d'amélioration de l'établissement.

Recommandation n° 2 : Que l'établissement développe et implante un mécanisme spécifique concernant la manière de mettre fin à un ou des services (fermeture de dossier) ou la transition vers un autre intervenant.

Le mécanisme privilégié par le CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour planifier ou coordonner des services ou encore d'y mettre fin est de procéder à une planification de service. D'ailleurs, lors des formations du SIC-DI, on y retrouve à la section du plan de service les étapes préparatoires pour l'élaboration du portrait fonctionnel de la personne qui justifie la pertinence d'ajouter ou de mettre fin à un ou des services.

Présentement, un groupe de travail élabore le processus d'intervention individualisée du CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean en conformité avec le standard du processus clinique (cadre de référence soutenant l'offre de services spécialisés) de la FQCRDITED. Une section est consacrée à déterminer sur la base des résultats obtenus suite aux interventions, la nécessité ou non d'amorcer un nouvel épisode de service. Cette étape permet de dégager des recommandations quant aux suites à donner aux interventions, à l'orientation de la personne vers d'autres services ou à la fermeture du dossier. Les décisions retenues se font de manière concertée et s'effectuent à la lumière des données cliniques et dans le respect de la mission deuxième ligne du CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

De plus, le processus d'intervention individualisée devra intégrer des éléments tels que des fiches de rapport synthèse qui feront l'objet de mises à jour régulières afin de faciliter la transition vers un autre intervenant, et ce, en plus d'offrir un cadre de soutien comme le coaching (jumelage) ou le mentorat.

Nombres de plaintes reçues en 2008-2009

16 plaintes

- * De ce nombre, cinq (5) plaintes n'ont pas été retenues, (1 irrecevable, 4 sans fondement). Plusieurs plaintes concernaient les services en orthophonie (attente/continuité).

Recommandations 2008-2009

Recommandation n° 1 :

Que le CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean repense son offre de service en orthophonie, en tenant compte des orthophonistes à son emploi ainsi que des opportunités pour les autres intervenants à interagir, afin de soutenir plus efficacement les enfants de 0 - 17 ans dans ce domaine.

Recommandation n° 2 :

Que le CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean mette en place des critères de priorité pour les services en orthophonie, en ergothérapie ainsi que pour les demandes d'évaluation en psychologie. De plus, que l'utilisateur puisse savoir de façon simple (exemple : de la part du porteur de son dossier) où en est rendue sa demande de service.

Le rapport 2008-2009 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 du Centre situé au 835, de la rue Roland à Roberval, Qc, G8H 3J5, ou en composant le numéro de téléphone 418 275-1360, poste 149.

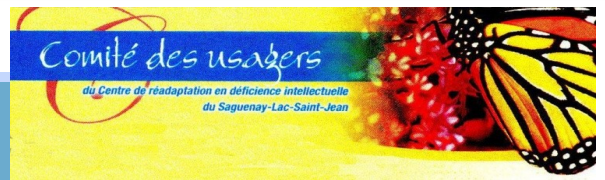


12.3 Comité des usagers



Manon Bolduc, présidente

Liste des membres: Serge Léveillé, 1er vice-président, Luc Imbeault, 2ème vice-président, Denyse Côté-Dupéré, trésorière, Stéphane Brassard, Louise Couture, Lise Gagnon, Carol Gaudreault, Hélène Larouche et Jean Servais.



Résumé des réalisations de l'année 2008-2009

Le comité des usagers s'est impliqué activement tout au long de l'année. Les membres ont participé à divers congrès, colloques, rencontres et activités sociales afin de permettre un partage d'information, améliorer leur compétence et promouvoir l'amélioration des conditions de vie des usagers. Trois familles ont bénéficié de l'accompagnement et de l'assistance lors des rencontres avec divers intervenants du CRDI.

Le développement et l'implantation d'un premier outil d'évaluation continue des attentes et de sa satisfaction de la clientèle a mobilisé une grande partie de l'année. Ce premier outil s'adressant aux usagers entre 15 et 25 ans est le fruit d'une collaboration avec trois autres CRDI. Il s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche soutenu par l'établissement et qui vise l'élaboration, au cours des prochaines années, d'outils d'évaluation pour les différents groupes d'âges des usagers desservis. Une personne-ressource a été engagée et œuvre pour le comité des usagers pour la réalisation de ce projet important axé sur l'amélioration continue des services aux usagers.

Enfin, le comité a assuré la production d'articles dans le bulletin d'information du CRDI et s'est impliqué activement dans différentes activités lors de la semaine québécoise de la déficience intellectuelle.

12.4 Conseil multidisciplinaire



Julie Denis, présidente

Liste des membres: Gaétan St-Pierre, Chantale Rivard, André Lamontagne, Nathalie Simard, Édith Tremblay, Nadine Simard, Jacques Labrèche et Alain Côté.



Résumé des réalisations de l'année 2008-2009

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire a tenu sept rencontres au cours de l'année. Les membres de l'exécutif se sont impliqués activement au sein du conseil d'administration, du comité de gestion des risques, du comité de consultation et de lecture des politiques et procédures, du comité du Plan de développement des ressources humaines (PDRH) et du comité d'agrément.

En lien avec le plan d'action sur deux ans du conseil, plusieurs éléments ont été réalisés sur les trois axes : Promotion, participation, action.

Un nouveau logo et une brochure ont été développés, le plan d'action a été diffusé et la formule de l'assemblée générale annuelle a été modifiée.

Les chantiers sur les rôles et fonctions des éducateurs et des travailleurs sociaux ont débuté leurs travaux. Ces chantiers s'inscrivent dans une perspective d'évolution de la pratique en lien avec l'implantation de la nouvelle offre de services spécialités et des standards de pratique.

12.5 Conseil des infirmières et infirmiers



Myrtha Martel, présidente

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

Résumé des réalisations de l'année 2008-2009

CII :

Le conseil des infirmières et infirmiers s'est particulièrement impliqué dans la révision des rôles et responsabilités de l'infirmière dans le contexte de l'implantation de la nouvelle offre de services spécialisés. Les travaux relatifs à ce chantier seront terminés à l'automne 2009.

De plus, les infirmières se sont impliquées dans la démarche d'agrément, la formation relative à la Loi 90, la gestion des risques, le comité de consultation et de lecture des politiques et procédures et l'accueil des nouveaux employés en plus de participer à plusieurs formations.

CIIA :

De leur côté, le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires a participé aux congrès des infirmières auxiliaires, a souligné la journée de l'infirmière auxiliaire et a effectué différentes démarches relatives aux heures de formation requises par leur ordre professionnel.



12.6 Comité de gestion des risques



Line Rousseau, gestionnaire de risques

Liste des membres: Huguette Landry, Desnise Côté-Dupéré, Ruth Lavoie, Myrtha Martel, Nadine Simard, André Carbonneau, Hélène Desbiens et France Mimeault.

Résumé des réalisations de l'année 2008-2009

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 troisième année d'existence, le comité constate une diminution graduelle mais constante des incidents/accidents. Depuis l'année 2006-2007, ceux-ci ont diminué de 10,1 %.

Promotion de la déclaration des incidents/accidents

De nombreuses activités de formation et de sensibilisation ont été réalisées durant l'année auprès du personnel et des ressources non-institutionnelles (RNI) :

- ✓ 505 membres du personnel ont reçu la formation sur la gestion des risques ;
- ✓ 206 personnes œuvrant en RNI ont reçu la formation dans les différents territoires du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Suivi apporté aux recommandations 2007-2008

La principale recommandation touchait les erreurs dans l'administration des médicaments. Pour corriger la situation, les mesures suivantes ont été réalisées :

- ✓ Rencontre du coordonnateur du service santé et des infirmières ;
- ✓ Rappel aux équipes du respect du protocole de l'administration et de la distribution des médicaments ;
- ✓ Rencontres avec le personnel lors des réunions d'équipe afin de les sensibiliser à l'importance du respect du protocole.

Pour l'année 2008-2009, les principaux risques mis en évidence sont les chutes. Des stratégies visant leur prévention seront mises en œuvre en 2009-2010 et nous poursuivons nos démarches pour diminuer les événements reliés à la médication. Enfin, le personnel sera sensibilisé aux risques accrus d'étouffement de certains usagers.

12.6.1 Mesures de contrôle des usagers

Le CRDI 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.

En 2007-2008, 6 % des usagers avaient une mesure de contrôle. Ce nombre a diminué à 4 % en 2008-2009. L'utilisation des mesures de contrôle est concentrée auprès des usagers qui présentent des manifestations comportementales graves.



13. ÉTATS FINANCIERS ET RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Rapport des vérificateurs externes

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

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean de l'exercice terminé le 31 mars 2009, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de Santé et des Services sociaux du Québec, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

- ✓ l'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses, ou son volume de services ou d'activités;
- ✓ l'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- ✓ les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;

- ✓ les unités de mesures utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;
- ✓ les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;
- ✓ les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;
- ✓ l'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean ;
- ✓ le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2009 ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 2.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de l'associé responsable : Jacques Chouinard, CA # 10 104

Nom du Vérificateur : Raymond Chabot Grant Thornton, SENCRL, comptables agréés

Adresse : 775, boul. Saint-Joseph
Roberval, Qc G8H 2L4

Date: 8 juin 2009



Tableau 10
Fonds d'exploitation
Résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

<i>ACTIVITÉS PRINCIPALES</i>	<i>Exercice courant 2008-2009</i>	<i>Exercice précédent 2007-2008</i>
<i>Revenus</i>		
<i>Agence et MSSS</i>	40 382 962 \$	38 581 667 \$
<i>Ventes de services (RTF-RI facturations autres établissements)</i>	4 928 454 \$	4 796 966 \$
<i>Recouvrements</i>	356 722 \$	452 781 \$
<i>Contributions provenant du fonds d'immobilisation</i>	434 775 \$	n/a
<i>Autres</i>	207 164 \$	316 225 \$
	50 063 767 \$	47 816 711 \$
<i>Charges</i>		
<i>Salaires</i>	21 328 147 \$	20 382 788 \$
<i>Avantages sociaux</i>	6 642 829 \$	6 615 129 \$
<i>Charges sociales</i>	3 603 086 \$	3 307 523 \$
<i>Services achetés</i>	13 484 761 \$	12 750 530 \$
<i>Fournitures et autres charges</i>	5 595 819 \$	4 726 276 \$
	50 654 642 \$	47 782 246 \$
<i>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION</i>	<i>(590 875) \$</i>	<i>34 465 \$</i>

Note: L'Agence régionale a autorisé une cible maximale de déficit de 600 000 \$ pour l'année financière 2008-2009. L'établissement a donc réalisé un écart positif de 9 125 \$ par rapport à son budget initial.

Tableau 11
Fonds d'exploitation
Bilan au 31 mars 2009

<i>ACTIF</i>	<i>Exercice courant</i>	<i>Exercice précédent</i>
<i>Actif à court terme</i>		
Encaisse	948 427 \$	339 371 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	26 993 \$	507 536 \$
Autres débiteurs	530 496 \$	606 836 \$
Charges payées d'avance	39 611 \$	36 075 \$
Stocks	314 700 \$	319 721 \$
Total de l'actif à court terme	1 860 227 \$	1 809 539 \$
Subvention à recevoir - réforme comptable	3 719 816 \$	n/a
Autres éléments de l'actif	-	19 455 \$
TOTAL DE L'ACTIF	5 580 043 \$	1 828 994 \$
<i>PASSIF</i>		
<i>Passif à court terme</i>		
Autres créditeurs	7 194 777 \$	3 068 519 \$
Dette interfonds	5 186 \$	42 334 \$
Revenus reportés:		
Agence	337 479 \$	89 001 \$
Autres	4 752 \$	12 491 \$
Total du passif à court terme	7 542 194 \$	3 212 345 \$
Autres éléments du passif	12 075 \$	-
TOTAL DU PASSIF	7 554 269 \$	3 212 345 \$
SOLDE DE FONDS	(1 974 226) \$	(1 383 351) \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	5 580 043 \$	1 828 994 \$

Note: Suite à la réforme comptable applicable au secteur public, des ajustements ont été apportés dont l'augmentation des autres créditeurs de 3 742 670 \$ et la subvention à recevoir - réforme comptable de 3 719 816 \$.



14. FONDATION



André Sénéchal, président

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



Résumé des réalisations de l'année 2008-2009

L'exercice 2008-2009 a été des plus actifs pour la Fondation du CRDI notamment grâce à l'engagement d'une personne-ressource, Mme Nancy Fortin, à la coordination des activités.

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

- ✓ Le tournoi de golf (10e édition) ;
- ✓ La participation à la vente de billets pour le Salon des vins ;
- ✓ La contribution à la source des employés (augmentation) ;
- ✓ Différents dons reçus dont celui de l'Institut d'assureur de dommages du Québec.

Avec ces différentes contributions, la Fondation a soutenu financièrement la réalisation de plusieurs projets en lien avec sa mission.

Une telle contribution n'aurait pu être possible sans l'implication bénévole des membres du conseil d'administration de la fondation et la générosité des donateurs qui méritent notre témoignage de reconnaissance.

**LA MISSION DE LA FONDATION DU CRDI
EST DE FAVORISER L'INTÉGRATION.**

15. RECONNAISSANCE ET REMERCIEMENTS

En cette année de démarche d'agrément, il nous apparaît important de souligner la grande implication des employés du CRDI qui contribuent au quotidien à l'amélioration continue de la qualité des services (cliniques et administratifs).

De façon plus spécifique, nous soulignons la contribution des équipes d'évaluation qui ont participé activement à la démarche visant le renouvellement de notre certification par le Conseil québécois d'agrément (CQA).

De plus, nous tenons à remercier de façon toute particulière, ceux et celles qui ont vu souligner leurs nombreuses années de service dans l'organisation et à souhaiter aux personnes qui ont pris leur retraite de vivre pleinement cette nouvelle étape de vie.

Les membres du conseil d'administration et de la direction



ANNEXE 1

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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**

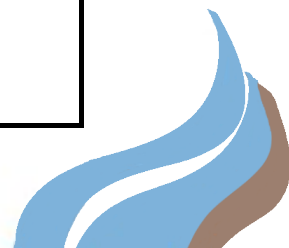


TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1	DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	43
ARTICLE 2	DEVOIRS ET OBLIGATIONS.....	43
ARTICLE 3	IDENTIFICATION DES SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	44
ARTICLE 4	CADEAUX, RÉCOMPENSES, RÉMUNÉRATION DES PERSONNES.....	45
ARTICLE 5	DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT	45
ARTICLE 6	PROCÉDURE D'ENQUÊTE ET SANCTIONS	46
ARTICLE 7	ENQUÊTE ET IMMUNITÉ	46
ARTICLE 8	PUBLICITÉ DU CODE.....	47
ARTICLE 9	ENTRÉE EN VIGUEUR	47
ANNEXE 1	48
ANNEXE 2	49
ANNEXE 3	50

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 Liberté 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'intérêt 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 à 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.
- 3.4 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 de par la détermination du conseil d'administration en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec.
- 3.5 Le membre du conseil d'administration s'abstient de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
- 3.6 Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration est en conflit d'intérêts :
- 3.7 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;
- 3.8 Lorsque pour un acte donné, il trouve un avantage personnel direct et indirect, actuel ou éventuel;
- 3.9 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.
- 3.10 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.

- 3.11 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 pour le 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 nulle 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 concernées

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, quoique 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





CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÈMENT

Le centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean est accrédité par le Conseil québécois d'agrément (CQA) depuis 2005 pour la qualité de ses services.

Ce document est disponible intégralement sur notre site web à l'adresse
www.crdited02.qc.ca