

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

SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

QUALITÉ COMPÉTENCE IMPLICATION
FIER DE VISER L'EXCELLENCE!



RAPPORT ANNUEL 2011-2012

Ce document est disponible en version électronique sur les sites Internet et Intranet de l'établissement. Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte. Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à la condition d'en mentionner la source.



www.crdited02.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	2
DÉCLARATION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	4
MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2010-2015	10
STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	12
PRINCIPALES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS	13
RÉSULTATS : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2010-2011	19
SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES LORS DE L'AGRÈMENT	20
PRIORITÉS D'ACTION 2011-2012	22
ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES	23
EFFECTIFS	27
CONSEILS OU COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	30
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	46
FONDATION	51
RECONNAISSANCE ET REMERCIEMENTS	52
ANNEXE 1	53

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
CII	-	Conseil des infirmiers et infirmières
CM	-	Conseil multidisciplinaire
CNRIS	-	Consortium national de recherche sur l'intégration sociale
CQA	-	Conseil québécois d'agrément
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
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
DSP	-	Direction des services de réadaptation
DSPR	-	Direction des services professionnels et de la recherche
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
ITCA	-	Intervention thérapeutique lors de conduites agressives

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
OMH	-	Office municipal d'habitation
PALV	-	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCFI	-	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières
PDRH	-	Plan de développement des ressources humaines
PDS	-	Point de service
PMO	-	Planification de la main d'oeuvre
PNF-TED	-	Programme national de formation en troubles envahissants du développement
PUF-DI	-	Programme universitaire de formation en déficience intellectuelle
RRAC	-	Ressource résidentielle à assistance continue
RGD	-	Retard global de développement
RI	-	Ressource intermédiaire
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
STS	-	Société de transport du Saguenay
TED	-	Trouble envahissant du développement
TGC	-	Trouble grave du comportement
TSA	-	Technologie de soutien à l'autodétermination
UQAC	-	Université du Québec à Chicoutimi

DÉCLARATION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion 2011-2012 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 assurée 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.

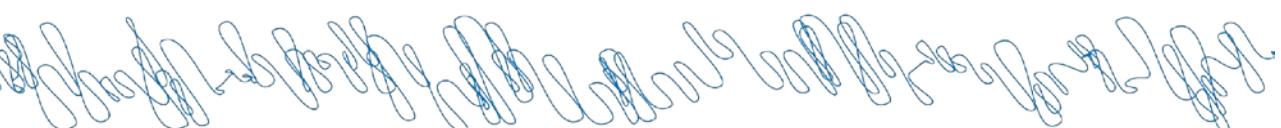
À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



La directrice générale,

A handwritten signature in blue ink that reads "Johanne Houde". The signature is fluid and cursive.

Johanne Houde



MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

L'année 2011-2012 a été marquée par l'arrivée d'une nouvelle directrice générale, suscitant ainsi la révision de la structure organisationnelle. Le renouvellement du conseil d'administration, qui est entré officiellement en fonction en février 2012, amène également une révision de modèle de gouvernance. De plus, ces changements importants surviennent dans un contexte où l'équilibre budgétaire demeure un enjeu majeur pour l'établissement. À cet effet, tous les efforts seront mis de l'avant afin d'assurer l'atteinte de cet objectif.

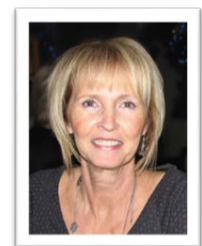
Au plan clinique, plusieurs projets ont été mis de l'avant, mais un élément important en lien avec notre pratique a fait l'objet d'une attention particulière, soit l'implantation et l'appropriation du processus clinique par l'ensemble du personnel. De plus, le lancement du cadre de référence sur la supervision clinique permet d'assurer aux intervenants tout le soutien nécessaire pour la réalisation de leurs travaux en lien avec la mission spécialisée de l'établissement. Soulignons également qu'un exercice important a été réalisé en lien avec la Loi 49 afin de procéder à la passation massive du nouvel instrument de classification auprès de la clientèle hébergée en ressource intermédiaire ou de type familial.

Dans le cadre de la hiérarchisation des services entre la 1^{re} et la 2^e ligne, des efforts importants ont été déployés pour assurer la réalisation de deux projets pilotes en vue d'un déploiement complet en 2013. La volonté des établissements concernés a été réaffirmée pour la mise en place d'un continuum de services efficace et opérationnel afin de mieux desservir la clientèle présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Des mécanismes de liaison et de coordination entre les établissements seront également constitués et seront un gage de succès, permettant ainsi une communication fluide et constante tout en assurant des transitions harmonieuses pour les personnes.

La démarche d'agrément a mobilisé l'énergie de plusieurs personnes, mais les résultats obtenus aux différents sondages sont très satisfaisants et témoignent des efforts déployés au quotidien par l'ensemble du personnel pour assurer la réalisation de la mission de l'établissement. Un merci particulier aux membres des équipes de réalisation qui ont permis de dégager des pistes d'amélioration pour les quatre années à venir! À l'issue de ces travaux, nous attendons la visite des évaluateurs du CQA avec confiance pour le renouvellement de la certification pour la qualité de nos services!



Laurent-Paul Dallaire
Président du conseil d'administration



Johanne Houde
Directrice générale

A handwritten signature in black ink that reads "Johanne Houde". The signature is written in a cursive, flowing style.

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 95 892,8 km², soit 7,3 % de l'ensemble du territoire québécois, la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean compte, avec ses 274 919 habitants, près de 3,8 % 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 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 (53 %). Les autres villes principales sont réparties autour du lac Saint-Jean. Alma, à l'est avec 11 % 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 : 1195 personnes présentant une déficience intellectuelle et 293 personnes présentant un trouble envahissant du développement.

MISSION

La mission du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement 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'ils soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. (LSSSS, art. 84)

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 au travers desquels se retrouvent les diverses activités d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale. Ces services spécialisés sont :

- Le service d'accès, d'évaluation et d'orientation (AEO);
- 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 retard grave du développement (RGD), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED)

I. Accès, évaluation et orientation (AEO)

- 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
- Soutien spécialisé en formules alternatives

V. Résidentielle

- Services non-institutionnels (RTF/RI)
- Services résidentiels spécialisés (RI, RRAC)

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

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

* Les programmes marqués d'un astérisque sont en développement

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2010-2015

Le plan d'amélioration a été intégré à la planification stratégique, ce qui a permis de mettre l'accent en 2011-2012 sur la réalisation des stratégies prévues à ce même plan d'amélioration, en vue de compléter son actualisation.

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 priorités et pour lesquelles des cibles spécifiques ont été identifiées.

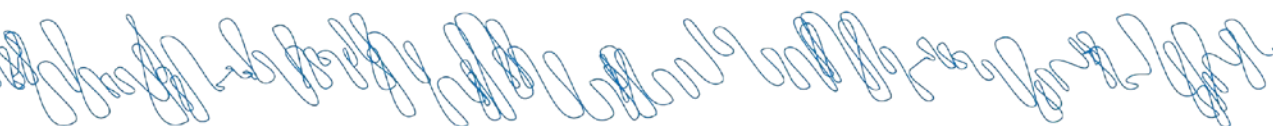
Pour chaque cible, les actions à réaliser, les indicateurs de résultats, les directions responsables ainsi que l'échéancier de réalisation sont identifiés.

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 est effectuée au conseil d'administration.

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



PRINCIPALES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS, DE RÉADAPTATION ET DE LA RECHERCHE

Principales réalisations du volet accroissement de la spécialisation :

- Élaboration et diffusion de guides, protocoles et de contenus de formations spécifiques sur le processus clinique en vue de mieux encadrer la prestation de services spécialisés et harmoniser la pratique;
- Adoption et début de la mise en œuvre des orientations découlant des travaux du chantier des travailleurs sociaux devant guider la pratique clinique de ce groupe de professionnels;
- Ajout d'une psychologue dédiée à la coordination clinique des activités de l'ensemble des professionnels de la DSP et d'une infirmière qui agit comme chef d'équipe auprès de ses collègues;
- Adoption du cadre de référence sur la supervision clinique, dépôt d'un projet de politique et dispensation d'une formation spécifique en ce domaine offerte conjointement à un groupe de gestionnaires ainsi qu'à l'ensemble des spécialistes en activité clinique;
- Début des travaux des comités d'expertise afin d'élaborer une programmation pour la clientèle TED 6-21 ans ainsi que celle en lien avec les besoins et l'assistance à offrir à la clientèle vieillissante DI-TED;
- Dépôt pour adoption d'un cadre de référence sur le développement du service en contexte d'intégration communautaire;
- Constitution d'une coordination régionale en TGC incluant une spécialiste en activités cliniques et une psychologue dédiées à ce programme, déploiement de l'équipe d'intervention mobile (ÉMI) sous la supervision de la coordonnatrice ainsi que la dispensation de formations de pointe auprès du personnel concerné (ITCA, analyse multimodale, outils prévention/intervention TC/TGC);
- Passation massive du nouvel instrument de classification auprès de la clientèle en RTF-RI en lien avec la loi 49;
- Intensification de l'offre de services résidentiels (RRAC spécialisées en TGC) et implication d'une équipe professionnelle multidisciplinaire visant à répondre aux besoins spécifiques de la clientèle;
- Ajout de postes dans le cadre de l'accroissement de la spécialisation dont 1 en orthophonie, 1 en ergothérapie, 1 en travail social, 1 au titre d'éducateur spécialisé à l'enfance et 1,4 poste ASSS.

Principales réalisations du volet partenariat :

- Implication dans plusieurs comités provinciaux, régionaux ou locaux dont ceux en lien avec la FQCRDITED, ceux relatifs aux programmes PALV-DP-DITED, Famille Enfance Jeunesse(FEM), Santé mentale(SM), Dépendances, aux mécanismes d'accès territoriaux pour l'hébergement (MAT) et en lien avec les partenaires du domaine de l'éducation (MSSS-MELS);
- Démarrage d'un projet pilote sur la hiérarchisation des services DI-TED avec les CSSS Cléophas Claveau et le CSSS de Jonquière;
- Collaboration avec l'ADHIS et l'OMH Saguenay en vue de la construction d'un projet résidentiel d'envergure (22 logements) dont les travaux devraient débiter au cours de l'année 2012;
- Développement et consolidation du partenariat intersectoriel en vue, notamment de bonifier l'offre de services à la clientèle adulte DI-TED (Ville Saguenay, commission scolaire, STS, Transport et taxis adaptés, etc.).

Principales réalisations du volet recherche, développement, enseignement et éthique:

- Poursuite des travaux de concertation en vue d'actualiser une entente de partenariat en recherche entre le CRDITED du Saguenay–Lac-Saint-Jean, le CRDI du Bas-Saint-Laurent et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord dans l'optique de mettre en place une infrastructure de recherche partagée;
- Dépôt officiel auprès du CNRIS du rapport de recherche portant sur la *Validation et normalisation de la Grille d'orientation en ressources non-institutionnelles (GO-RNI)* (Projet de recherche conjoint CRDITED MCQ – Institut universitaire / CRDITED du Saguenay–Lac-Saint-Jean / CR La Myriade) et diffusion des résultats de ladite recherche dans le cadre du XXIIIe Colloque Recherche Défi, tenu à Rimouski en mai 2011;
- Diffusion des résultats de recherches intitulées *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*) dans le cadre d'une activité de transfert des connaissances organisée par le FQRSC et diffusée par visioconférence à travers huit sites, à l'échelle nationale, juin 2011 (auditoire intersectoriel);
- Dîner-conférence de diffusion interne des résultats de la recherche *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* au CDS d'Alma en diffusion simultanée dans les installations de Roberval et de Chicoutimi;
- Adoption par le comité de direction et diffusion de la *Politique de la recherche* (DSPR/R-220-09-06);

- Constitution d'une communauté de pratique appelée le *Groupe de développement de la pratique en TSA (GdP-TSA)* afin de mieux rendre disponibles auprès des éducateurs les avancées issues des activités de la Chaire de recherche en TSA de l'UQTR. Le groupe procède à des mises à l'essai des technologies mobiles dans le but de mieux cerner la contribution future de telles technologies dans la pratique de l'adaptation/réadaptation en CRDITED;
- Publication de l'article sur les *Enjeux de l'évaluation de la déficience intellectuelle chez les jeunes d'âge scolaire dans un contexte d'accessibilité à des services* dans l'édition spéciale de juin 2012 de la Revue québécoise de psychologie, volume 33, numéro 1 (Richer, Lachance, Côté, & Guérin, sous presse);
- Examen et approbation de la convenance institutionnelle, en comité, de six projets de recherche préalablement à leur réalisation auprès de la clientèle, des intervenants ou du personnel d'encadrement de l'établissement, conformément au Cadre réglementaire;
- Adoption et diffusion du projet modifié du code d'éthique et organisation des activités en lien avec le *Mois de l'éthique*.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT
ORGANISATIONNEL

Principales réalisations du volet relations de travail :

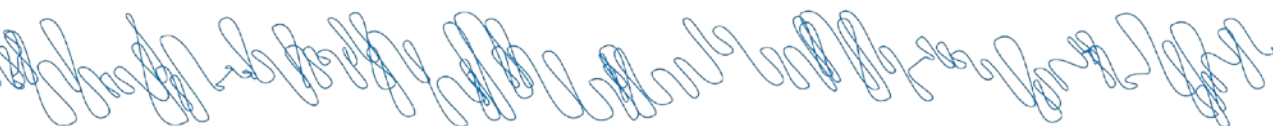
- Négociation et actualisation d'un protocole de transfert de la résidence de l'Écluse vers le CSSS de Chicoutimi dans le cadre de la démarche d'optimisation;
- Négociation et actualisation d'une entente dans le cadre du plan de transformation (fermeture de la RRAC des Pivoines);
- Application des règles relatives au maintien de l'équité des cadres;
- Participation, promotion et poursuite des travaux relativement au plan d'action *En route vers un plan de réussite en relations de travail*;
- Conclusion de 18 ententes patronales-syndicales;
- Modifications à la procédure du gel de vacances.

Principales réalisations du volet dotation :

- Affichage de 66 postes;
- Recrutement de 10 professionnels;
- Création d'un registre informatisé pour les curriculum vitae;
- Implantation d'un mécanisme de suivi et révision de la procédure de stages.

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

- Réalisation de projets pilotes pour l'IEPDR (Identification et évaluation des phénomènes dangereux et des risques) dans le cadre du système de management en santé et sécurité du travail (SMSST);
- Réalisation et diffusion du guide *Prévention des agressions mieux les connaître pour mieux les prévenir* par le comité CPSST;
- Poursuite des travaux relatifs à la présence au travail;
- Mise en place de modalités de support à l'ÉMI dans le cadre d'interventions lors de désorganisations (outiller, formations etc.);
- Conclusion de 5 ententes en conciliation au niveau de la Commission des lésions professionnelles;
- 43 assignations temporaires.



Principales réalisations du volet développement organisationnel :

- Élaboration d'un plan triennal pour la planification de la main-d'œuvre (PMO);
- Relance des travaux avec le comité PDRH ;
- Actualisation de plusieurs formations afin de développer les compétences du personnel;
- Réalisation des profils de compétences et des feuilles de route pour les postes cliniques et administratifs;
- Développement durable/santé mieux-être :
 - Association du développement durable au comité de la SST et réalisation du mois de la santé, de la sécurité et du développement durable ;
 - Le mieux-être au travail par la réalisation de conférences sur la conciliation travail/famille.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Principales réalisations du volet ressources financières :

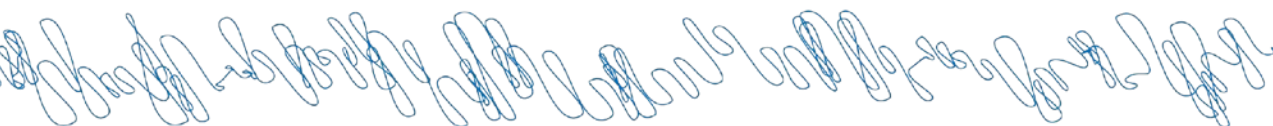
- Actualisation des projets d'optimisation et suivi financier en lien avec ceux-ci ;
- Suivi du plan de réduction des dépenses de nature administrative (Loi 100) intégré dans un tableau de bord de gestion avec les indicateurs ;
- Poursuite des travaux relatifs à la relocalisation du siège social à Roberval et élaboration d'un plan de financement en lien avec un projet en partenariat dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Principales réalisations du volet ressources matérielles :

- Élaboration et suivi des plans triennaux en lien avec les divers cadres de gestion :
 - Conservation et fonctionnalité immobilières (PCFI) ;
 - Maintien du parc d'équipement non-médical et mobilier (PCEM) ;
 - Maintien du parc d'équipement médical ;
- Actualisation des projets d'optimisation et travaux en lien avec leurs réalisations ;
- Acquisitions et installations d'équipements spécialisés dans plusieurs services afin d'améliorer le confort et la sécurité pour la clientèle et le personnel ;
- Élaboration d'un plan fonctionnel et technique (PFT) pour la relocalisation du siège social à Roberval.

Principales réalisations du volet ressources informationnelles :

- Réalisation des orientations du plan d'action du plan directeur informatique (PDI) et du plan directeur sur la sécurité des actifs informationnels (PDSAI) ;
- Mise à niveau des ordinateurs par le déploiement de la suite *Microsoft Office 2010* sur tous les postes informatiques disponibles au CRDITED ainsi que la version *Windows 7* (système d'exploitation) de Microsoft sur tout nouveau poste informatique et lors du renouvellement d'un poste de travail ;
- Acquisition de nouveaux multifonctions avec un logiciel de gestion des impressions *UniFlow* ;
- Migration à un domaine unique régional (modifications de tous les noms des utilisateurs ;
- Remplacement des équipements qui sont devenus désuets selon le plan triennal de maintien du parc d'équipement des actifs informationnels.



RÉSULTATS : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2011-2012

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 2011-2012.

TABLEAU 1
RÉSULTATS ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2011-2012

	ENGAGEMENT 2011-2012	SITUATION À LA FIN DE LA PERIODE 13	ÉCART	COMMENTAIRES
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,20	8,02	0,82	Le ratio est ainsi passé de 7,91 en 2010-2011 à 8,02 en 2011-2012.

SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES LORS DE L'AGRÈMENT

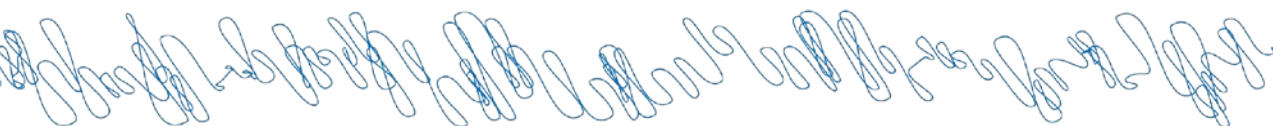
Le Conseil québécois d'agrément a formulé neuf recommandations lors de la démarche d'agrément terminée en juillet 2009. Des stratégies de réalisations ont été élaborées et un mécanisme de suivi a été mis en place afin de s'assurer de leur réalisation.

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 100 %
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 100 %
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 100 %
S'assurer que les infirmières et infirmiers respectent leur champ de pratique et les actes autorisés.	Réalisé à 100 %
Mettre en œuvre des mécanismes de supervision à destination des infirmières et des infirmières auxiliaires.	Réalisé à 100 %
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 100 %
S'assurer de leur appropriation dans la pratique.	Réalisé à 100 %
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 100 %

PRIORITÉS D'ACTION 2012-2013

La poursuite des actions visant l'amélioration continue de la qualité des services est une préoccupation constante et partagée par l'ensemble du personnel. À cet égard, l'obtention de la certification pour la qualité des services dispensés par le CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean constitue un enjeu essentiel, tout en favorisant la mobilisation. Dans cette perspective, tous les efforts seront déployés pour l'atteinte de cet objectif et la mise en œuvre du plan d'amélioration 2012-2016 témoignera de l'engagement « qualité » de tous les employés.

Mentionnons que l'atteinte de l'équilibre budgétaire constitue un défi important, notamment en lien avec la Loi 100 ainsi qu'avec la démarche provinciale d'optimisation en vue d'un retour à l'équilibre budgétaire de la province. Dans un tel contexte, l'utilisation encore plus judicieuse des ressources est essentielle afin d'atteindre les cibles. De plus, dans la perspective où l'établissement souhaite poursuivre la consolidation de la spécialisation, une réflexion sur les façons de faire actuelles s'impose et toutes les opportunités doivent être explorées.

Rappelons que la mise en œuvre de deux projets pilotes en lien avec la hiérarchisation des services permettra d'assurer le succès du déploiement sur l'ensemble des territoires de CSSS en 2013.

Beaucoup d'énergie sera consacrée à l'intensification du développement de zones de collaboration ou de partenariat avec les divers milieux ou organismes pouvant offrir des services aux usagers présentant une DI ou un TED en complémentarité à l'offre de services du CRDITED.

Finalement, l'établissement souhaite revoir ses mécanismes de communication afin d'assurer une meilleure fluidité et accessibilité de l'information. Une communication bidirectionnelle est souhaitée.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE DESSERVIE (USAGERS INSCRITS)

Le CRDITED du Saguenay–Lac-Saint-Jean dessert un total de 1195 usagers différents en déficience intellectuelle.

TABLEAU 3

USAGERS INSCRITS - CLIENTÈLE DI Répartis selon les groupes d'âge au 31 mars 2012

USAGERS INSCRITS AU PROGRAMME « DÉFICIENCE INTELLECTUELLE »

Programme/ service	2010-2011							2011-2012						
	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	33	18	171	304	69	596	0	37	19	156	311	71	594

Programme/ service	2010-2011							2011-2012						
	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	2	28	371	327	37	765	0	3	31	329	304	30	697

Programme/service	2010-2011							2011-2012						
	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	56	213	62	417	406	75	1229	47	202	75	384	409	78	1195

Le CRDITED du Saguenay–Lac-Saint-Jean dessert un total de 293 usagers différents en troubles envahissants du développement.

TABLEAU 4

USAGERS INSCRITS CLIENTÈLE TED

Répartis selon les groupes d'âge
Au 31 mars 2012

USAGERS INSCRITS AU PROGRAMME « TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT »

Programme/ service	2010-2011							2011-2012						
	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	2	22	4	23	9	0	60	2	20	6	23	11	0	62

Programme/ service	2010-2011							2011-2012						
	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	1	3	24	5	0	33	0	1	5	37	5	0	48

Programme/ service	2010-2011							2011-2012						
	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	31	151	19	41	9	0	251	43	162	27	49	12	0	293

TABLEAU 5

DÉLAIS D'ACCÈS TED ET DI

Cumulatif du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012 (période 13)

	Demandes traitées (1)	Demandes en attente (2)	Demandes reçues (3)	Jours d'attentes (4)	Délai moyen (5)	Délais respectés (6)	Délais non respectés (7)	Total délais (8)	Taux respect délais (9)
DI urgent	2	0	2	0	0	2	0	2	100
DI élevé	47	9	56	2 181	46,4	43	5	48	89,58
DI modéré	21	7	28	2 518	119,9	21	0	21	100
DI Total	70	16	86	4 699	43,5	66	5	71	92,96
TED urgent	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TED élevé	41	2	43	1 805	44,02	37	4	41	90,24
TED modéré	15	4	19	2 423	161,53	15	0	15	100
TED total	56	6	62	4 228	75,5	52	4	56	92,86
DI + TED urgent	2	0	2	0	0	2	0	2	100
DI + TED élevé	88	11	99	3 986	45,3	80	9	89	89,89
DI + TED modéré	36	11	47	4 941	137,25	36	0	36	100
DI + TED total	126	22	148	8 927	70,85	118	9	127	92,91

Cumulés depuis le début de la période obligatoire

- (3) Nbre de demandes reçues = (1) + (2)
- (4) Total des jours d'attentes des cas traités
- (5) Délai moyen d'attente des cas traités = (4) / (1)
- (6) Nbre de délais respectés
- (7) Nbre de délais NON respectés (peut inclure des cas en attente)
- (8) Total des délais respectés et NON respectés = (6) + (7)
- (9) Taux de respect des délais = $100 \times (6) / (8)$

TABLEAU 6

LISTE D'ATTENTE POUR UN PREMIER SERVICE DE L'ÉTABLISSEMENT
Au 31 mars 2012

Territoire	Clientèle DI / Moyenne (en jours)		Clientèle TED / Moyenne (en jours)	
	DI	Moyenne	TED	Moyenne
Maria-Chapdelaine	0	0	1	86
Domaine-du-Roy	0	0	0	0
Lac-St-Jean Est	2	108	0	0
Jonquière	4	69,5	2	6,5
Chicoutimi	9	129,8	3	71,3
Cléophas-Claveau	1	18	0	-
TOTAL	16	81,3	6	54,6

TABLEAU 7

NOUVELLES DEMANDES ACCÈS PAR TERRITOIRE DE PROVENANCE
Pour la période du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012

Territoire CSSS	DI							TED						
	2011-2012							2011-2012						
	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	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	3
Chicoutimi	3	8	4	7	3	1	26	3	9	0	1	1	0	14
Jonquière	6	4	1	3	0	1	15	6	4	1	1	0	0	12
Lac-St-Jean Est	4	4	1	1	3	0	13	1	3	0	0	0	0	4
Domaine-du-Roy	1	1	1	0	1	0	4	4	0	1	0	0	0	5
Maria-Chapdelaine	2	0	0	2	0	0	4	1	1	0	0	0	0	2
TOTAL	16	18	7	13	7	2	63	15	20	2	2	1	0	40
GRAND TOTAL	103													

EFFECTIFS

Les tableaux suivants et le graphique illustrent la répartition des effectifs du personnel de l'établissement au 31 mars 2012 ainsi que les heures travaillées au cours de l'exercice concerné.

TABLEAU 8
STRUCTURE DES POSTES

	Temps complet	Temps partiel		TOTAL Équivalent temps complet (ETC)	
		Nombre	ETC	2010-2011*	2011-2012*
Éducateur/RUV/Techniciens	145	26	11,78	155,81	156,78
ASSS/Moniteur/Instructeur	83	86	43,3	142,35	126,3
Professionnels	41	5	3	38,1	44
Personnel soins infirmiers	10	14	7,8	18,4	17,8
Cadres	31	1	0,5	33,5	31,5
Personnel de bureau	40	10	6,23	42,1	46,23
Soutien technique	15	1	0,65	15,65	15,65
TOTAL	365	143	73,26	445,91	438,26

* conforme au rapport AS-485 de 2010-2011 et 2011-2012

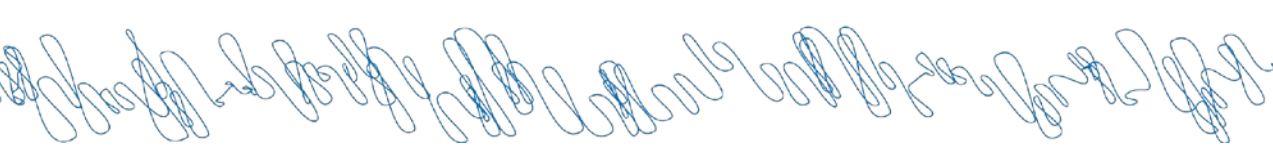
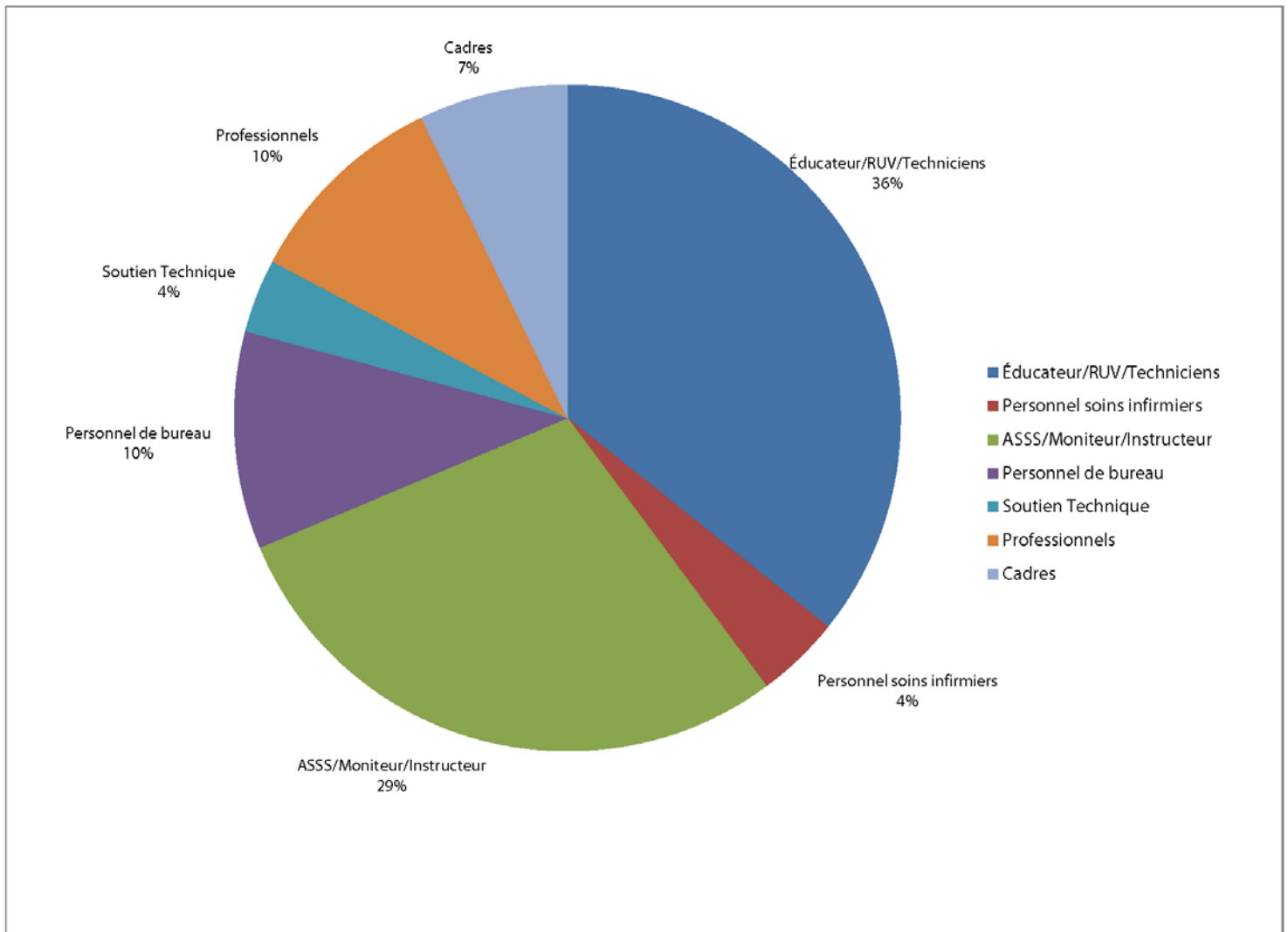
TABLEAU 9
EMPLOYÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

	Hommes	Femmes	Détenteurs de postes	Non-détenteurs de poste	Total
Éducateur/RUV/Techniciens	60	191	137	114	251
ASSS/Moniteurs/Instructeurs	68,5	145,5	119	95	214
Professionnels	7	45	43	9	52
Personnel soins infirmiers	2,5	29,5	20	12	32
Cadres	13	21	32	2	34
Personnel de bureau	6	49	43	12	55
Soutien technique	17	0	13	4	17
TOTAL	174	481	407	248	655

Heures travaillées	2011-2012	2010-2011
Personnel cadre	44 717	46 576
Personnel régulier	786 651	804 513
Heures rémunérées totales	1 143 982	1 156 374

TABLEAU 10
NOMBRE DE POSTES EN ETC
Au 31 mars 2012

Pourcentage des équivalents temps complet par catégorie d'emploi

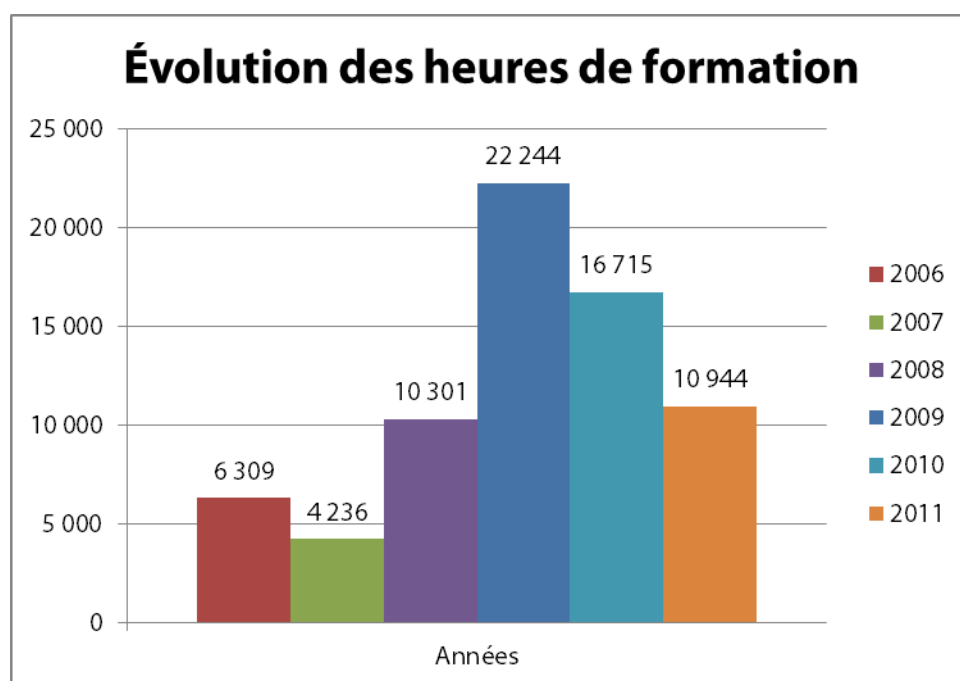


FORMATION

En application de la Loi 100, 456 971 \$ a été investi en formation dans l'année 2011-2012 permettant ainsi la réalisation de 196 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 11



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
Laurent-Paul Dallaire	Agence régionale
Hélène Desbiens	Conseil des infirmières et infirmiers
Laurent Detraz	Cooptation
Caroline Fortin	Cooptation
Johanne Houde	Directrice générale
André Lamontagne	Conseil multidisciplinaire
Gaston Langevin	Personnel non clinique
Serge Laprise	Agence régionale
Pascale Lavertu	Cooptation
Ghislain Lavoie	Cooptation
Christiane Lecomte	Population
Serge Léveillé	Comité des usagers
Lucienne Mercier	Comité des usagers
Aline Néron	Cooptation
Jean-Paul Potvin	Fondation du CRDI
Nathalie Simard	Conseil multidisciplinaire
Sonia Tremblay	Cooptation

Au cours de l'année 2011-2012, le conseil d'administration a tenu 11 séances dont deux spéciales et une séance publique. 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 de la qualité 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 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 2011-2012.

Le code d'éthique et de déontologie est reproduit en annexe du Rapport annuel 2011-2012 et peut être remis 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

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Sonia Tremblay, présidente

Liste des membres : Christiane Lecomte, administratrice, Serge Léveillé, administrateur (comité des usagers), Johanne Houde, directrice générale, Jean-Michel Fortier, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Résumé des réalisations de l'année 2011-2012

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à cinq reprises durant l'année 2011-2012. Lors de ces 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'intervention. Ces rapports représentent des indicateurs de qualité pour l'établissement.

Enfin, le comité de vigilance et de la qualité 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 2010-2011. Spécifions que les recommandations annuelles du commissaire sont intégrées dans la planification annuelle de l'établissement.

Suivi des recommandations pour l'année 2010-2011

1. Au cours de l'année 2011-2012, nous avons centralisé les listes d'attente ainsi que leur gestion au niveau de la personne qui agit comme coordonnatrice clinique auprès de l'équipe des professionnels (ergothérapie, orthophonie, psychologie, travail social et autres).

De plus, l'ensemble des listes d'attente a été intégré dans le système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) et la mise à jour est assurée mensuellement par la pilote du système ainsi que de la coordonnatrice clinique.

Cette dernière priorise les usagers en attente de services en fonction de critères cliniques qui devront être davantage précisés et systématisés.

Pour la clientèle (ou ses représentants) qui désire connaître l'avancement au niveau du traitement de leur demande, celle-ci doit en premier lieu s'adresser à l'intervenant pivot qui doit par la suite faire les démarches auprès de la coordonnatrice clinique.

2. Depuis déjà plus d'un an, un comité de travail découlant du comité régional MSSS-MELS travaille à cibler des pistes de solutions en lien avec les lacunes observées pour les jeunes DI ou TED présentant une déficience du langage lorsque ceux-ci atteignent l'âge de 6 ans. Ce comité est formé d'un représentant de l'Agence, du MELS, d'une commission scolaire, du CRDP *Le Parcours*, du CRDITED, un représentant des CSSS ainsi qu'un représentant d'un organisme communautaire associé à la problématique de la dysphagie.

Un projet d'entente de partage des responsabilités en orthophonie devrait être présenté sous peu au comité MSSS-MELS en vue de son opérationnalisation au cours de l'année 2012-2013. Si le projet est accepté par l'ensemble des partenaires et collaborateurs, l'offre de services pour la clientèle DI-TED devrait se voir grandement rehaussée.

3. En regard maintenant des services surspécialisés en déficience du langage, le tout a été abordé à quelques reprises via le comité de travail précédemment mentionné et l'Agence en est également au fait. Les ressources actuellement disponibles tant en nombre qu'en regard de la surspécialisation ne sont toutefois pas accessibles au niveau du CRDP.

Parmi les observations pour l'année 2011-2012, notons :

La hiérarchisation des services est un objectif national où les rôles des établissements de 1^{re} ligne (CSSS) et les établissements de 2^e ligne (CRDITED) sont à être définis et conclus à l'intérieur d'une entente entre le CRDITED et ses partenaires CSSS. Pour la région administrative du Saguenay-Lac-Saint-Jean, cette démarche est à parachever. Pour l'année 2011-2012, aucune entente n'a été signée. Mais, cette situation dont on parle ouvertement, a pour effet de semer l'inquiétude chez les proches des usagers et parfois des décisions administratives sont prises sans tenir compte du fait que les partenaires du CRDITED ne sont pas préparés adéquatement.

Le plan d'intervention doit être établi en tenant compte des besoins de l'utilisateur, mais aussi de son milieu de vie et des ressources disponibles. Tous les changements doivent découler d'un plan d'intervention.

Nombre de plaintes reçues en 2011-2012 : 14 plaintes

TABLEAU 12
COMPARATIF DES PLAINTES REÇUES

Plaintes reçues DI/TED	2010-2011	2011-2012
	10	14

Recommandations pour l'année 2011-2012

Recommandation n° 1 : Que le CRDITED établisse un plan de communication avec suivi, concernant toute la démarche de la hiérarchisation des services. Ce plan de communication doit s'adresser tant aux usagers et à leurs proches, qu'aux intervenants de l'établissement;

Recommandation n° 2 : Que le CRDITED mette en place des mesures appropriées afin que les usagers touchés par les changements dans l'offre de service soient suffisamment informés et reçoivent le support nécessaire à la recherche de ressources alternatives, si nécessaire;

Recommandation n° 3 : Que toutes les décisions prises par le CRDITED concernant les services offerts ou à être offerts à un usager, découlent de son plan d'intervention.

Le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CRDITED 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 418 275-1360, poste 149.

COMITÉ DES USAGERS

Serge Léveillé, président

Liste des membres : Lise Gagnon, 1^{re} vice-présidente, Denyse Côté-Dupéré, 2^e vice-présidente, Carol Gaudreault, trésorier, Louise Couture, secrétaire, Serge Laprise, Hélène Larouche, Lucie Villeneuve, Lucienne Mercier et Stéphane Roberge.

Résumé des réalisations de l'année 2011-2012

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'informations, d'améliorer leurs compétences et promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers.

Des usagers et des représentants d'usagers ont fait appel au comité des usagers pour obtenir des informations concernant leurs droits ou la façon de procéder pour aider à la résolution de problèmes. Certaines demandes d'assistance ou d'accompagnement ont été référées à notre personne ressource monsieur Yanick Harvey et feront partie de son rapport. Au cours de la dernière année, 14 usagers ont fait des demandes d'accompagnement et suivi lors de l'élaboration du plan d'intervention individualisé et 16 représentants d'usagers ont demandé du soutien et de l'accompagnement.

Le comité des usagers poursuit l'évaluation et l'analyse des attentes et de la satisfaction des services par l'envoi du sondage de satisfaction. Le comité s'assure du suivi à la suite des recommandations faites dans le rapport d'analyse du sondage.

La directrice générale assume la responsabilité de l'évaluation de la satisfaction et des attentes des usagers de l'établissement. Elle s'assure qu'un processus d'évaluation continu est mis en place et que celui-ci respecte les normes de qualité applicables en la matière. Elle 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.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Myrtha Martel, présidente

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

Réalisations 2011-2012

En lien avec la nouvelle offre de services, le conseil des infirmières et infirmiers a complété la définition du rôle de l'infirmière au sein du CRDITED SLSJ (infirmière et chef d'équipe), versus la nouvelle offre de service et des recommandations du Conseil québécois de l'Agrément (CQA).

Des formations pertinentes ont été ciblées pour le personnel infirmier (spécialisation) telles que la mise à jour et la présentation aux équipes de la procédure de l'administration de la médication et la continuité de l'élaboration du cahier de techniques de soins en regard de la Loi 90.

De plus, les nouveaux employés ont reçu la formation sur les actes délégués de base et certains employés du secteur Saguenay pour trois (3) actes délégués de soins spécifiques. Quelques personnes provenant des ressources intermédiaires et des ressources de type familial (RI/RTF) ont aussi reçu la formation sur les actes délégués de base.

Plan d'action 2012-2013

Le conseil des infirmières et infirmiers prévoit :

- Intégrer le service infirmier dans la programmation spécifique;
- Établir une collaboration avec une direction des soins infirmiers d'un CSSS de la région;
- Poursuivre la formation de la Loi 90 et le suivi;
- Faire la mise à jour de la formation sur le plan thérapeutique infirmier et poursuivre son implantation.



CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

André Lamontagne, président

Liste des membres du comité exécutif : Nathalie Simard, vice-présidente, Marcelline Asselin, Joëlle Beaulieu-Gagnon, Karine Gagnon, Nadine Simard, Édith Tremblay, Clarye Tremblay, Annick Tremblay, Johanne Houde, France Mimeault.

Résumé des réalisations de l'année 2011-2012

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

Le conseil multidisciplinaire a été consulté et a émis des avis sur les dossiers en lien notamment avec le projet d'un nouveau plan d'organisation et le projet sur le chantier « Le rôle et la responsabilité du travailleur social au CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean ».

Plusieurs objectifs du plan d'action ont été atteints ou sont en voie de réalisation. Le plan d'action comporte trois volets importants : la promotion, la participation et l'action.

Une section sur le site Web du CRDITED sera réservée au conseil multidisciplinaire et pourra être accessible aux membres afin de faciliter la transmission des informations par rapport aux différentes activités et événements reliés au conseil multidisciplinaire.

Le conseil multidisciplinaire a maintenant son adresse courriel afin que ses membres puissent communiquer leurs besoins et interrogations cliniques et transmettre les préoccupations professionnelles auprès de la direction générale pour permettre l'amélioration de la qualité de la pratique. (cm.crdited02@ssss.qouv.qc.ca)

Certains objectifs restent donc à poursuivre pour l'année 2012-2013, notamment :

- Organiser une semaine pour chaque profession membre du conseil multidisciplinaire, si non existante, en planifiant des activités diverses au sein de l'établissement;
- Participer à l'identification des priorités de mise en œuvre des comités d'expertise;
- Effectuer des suggestions pour le programme de formation et pour le développement de l'expertise et de la pratique dans le cadre d'une approche multidisciplinaire;
- Organiser un colloque interne sur l'évolution de la pratique;

- Mettre en place des comités de pairs et les paramètres y étant reliés par rapport aux rôles et responsabilités du CM;
- Finaliser les travaux sur les rôles et fonctions des travailleurs sociaux pour ainsi rendre disponible en 2011-2012 ce guide.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire s'engage donc ainsi à demeurer actif au sein de l'établissement et à être davantage présent auprès de ses membres.



COMITÉ DE LA GESTION DES RISQUES

Le comité est formé en vertu de l'article 183.1 de la Loi et il est composé des personnes suivantes :

Line Rousseau, présidente

Liste des membres: Carole Renaud, Johanne Lemay, Denise Côté-Duperré, Hélène Desbiens, Karine Gagnon, André Carbonneau et France Mimeault

Au cours des dernières décennies, la gestion des risques a connu une transformation remarquable dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle a été longtemps limitée aux notions d'assurance, à la sécurité des employés, puis à celle des usagers. Le concept englobe désormais les préoccupations liées à la gouvernance (valeurs, règles, processus), à la protection du patrimoine (immobilisation, équipement) et à la sécurité des actifs informationnels ainsi qu'à la préservation de la réputation des établissements de santé et des services sociaux en lien avec le SMSST. La gestion des risques s'inscrit également dans un processus d'amélioration continu de la qualité et englobe l'ensemble des activités d'un établissement de santé et de services sociaux.

Elle met l'accent sur la connaissance et la correction des failles du système, et ce, en toute transparence envers l'utilisateur. L'obligation de déclarer tout événement survenu au cours de la prestation de soins et de services sociaux vise à mettre en lumière des faits sur lesquels l'établissement pourrait travailler pour améliorer une situation.

La gestion des risques est un moyen de réduire l'incidence des accidents évitables liés à la prestation de services et est donc un outil privilégié pour assurer une prestation sécuritaire des soins et des services sociaux.

Le Ministère a révisé sa position sur l'interprétation des termes accident et incident inclus dans la loi. De ce fait, il considère comme accident toute situation qui a touché l'utilisateur, que celle-ci ait donné lieu à des conséquences pour l'utilisateur. On considère comme incident les événements qui ne touchent pas nécessairement l'utilisateur, mais qui doivent quand même être déclarés et faire l'objet de mesures de prévention, car ils révèlent un dysfonctionnement du processus de l'établissement qui pourrait être à l'origine d'accident s'ils atteignent l'utilisateur.

Résumé des réalisations de l'année 2011-2012

1. Procédure de récurrence et de divulgation
 - Rencontre avec les gestionnaires (7 rencontres).
 - Rencontre avec l'ensemble des RRAC.

2. Évènements sentinelles
 - a) Médication
 - Sensibilisation lors des réunions d'équipe;
 - Projet en lien avec l'administration de la médication;
 - Analyse.

 - b) Chute
 - Sensibilisation du personnel;
 - Analyse.

 - c) Outil
 - Grille pour assurer le suivi;
 - Rapports aux gestionnaires.

3. Autres
 - Production de chroniques dans le journal Défi.com Express.
 - Rencontre d'équipes (19 rencontres).
 - Point statutaire lors des comités de gestion.

4. Formation

TABLEAU 13

FORMATION DISPENSÉE DANS CHACUN DES TERRITOIRES DU CSSS SUR LA GESTION DES RISQUES

Année	RNI	CRDITED
2010-2011	0	51
2011-2012	19	33

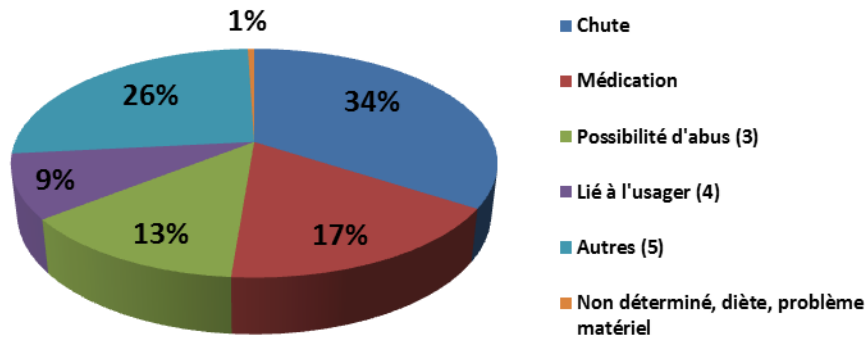
Perspectives pour 2012-2013

Il faudra s'assurer que l'on poursuit l'analyse des évènements sentinelles : chutes et évènements en lien avec la médication. Cela permet de mettre en lumière les causes possibles qui peuvent avoir un lien, soit avec l'environnement, l'organisation du travail, l'intervention elle-même, ainsi que les causes liées à la personne touchée.

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

En lien avec les évènements par statut-gravité 2011-2012, on observe une légère augmentation au niveau des incidents-accidents comparativement à l'année précédente.

RÉPARTITION DES INCIDENTS/ACCIDENTS EN FONCTION DU TYPE D'ÉVÈNEMENTS 2011-2012



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.

Les usagers en RRAC qui ont fait l'objet des mesures de contrôle pour 2011-2012 correspondent à 35,78 % des mesures.

Le nombre de mesures appliquées en 2011-2012 est légèrement plus faible qu'en 2010-2011 constituant ainsi le plus faible taux observé depuis la comptabilisation de telles mesures.

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 2010-2011;
- Au terme de son exercice financier 2012-2013, 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
SUIVI DE L'APPLICATION DU PROJET DE LOI 100 ADOPTÉ LE 11 JUIN 2010
 EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

RÉDUCTION DE 10% DES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT DE NATURE ADMINISTRATIVE - SUIVI DE LA CIBLE DE RÉDUCTION À ATTEINDRE EN 2013-2014 P/R AUX DÉPENSES 2009-2010			DÉPENSES RÉELLES ANNÉE DE BASE 2009-2010 AJUSTÉES	DÉPENSES RÉELLES ANNÉE COURANTE	VARIATION DES CHARGES ET CIBLE ATTEINTE À LA FIN DE L'ANNÉE COURANTE		
					\$	%	
			(1)	(2)	(3) = (2) - (1)	(4) = (3) / (1)	
Centres d'activité désignés : (page 650, L24)							
6766	Direction, coord. et soutien administratif - Santé publique	01					
7300	Administration générale						
7301	Direction générale	02	594 343 \$	641 495 \$	47 152 \$	7,93%	
7302	Administration financière	03	1 177 007 \$	1 146 205 \$	(30 802 \$)	(2,62%)	
7303	Administration du personnel	04	1 281 733 \$	1 226 112 \$	(55 621 \$)	(4,34%)	
7304	Adm. des services professionnels	05	347 590 \$	290 060 \$	(57 530 \$)	(16,55%)	
7305	Service de la vérification interne	06					
7306	Adm. financière et du personnel (non réparti)	07					
7307	Approvisionnement et services	08					
7320	Administration services techniques	09	302 226 \$	202 934 \$	(99 292 \$)	(32,85%)	
7340	Informatique	10	395 808 \$	425 757 \$	29 949 \$	7,57%	
Réduction additionnelle appliquée à des CA autres que ceux désignés (À préciser à l'annexe 1: nature des dépenses et CA)			11	-	-	(103 019 \$)	-
Total des centres d'activité			12	4 098 707 \$	3 932 563 \$	(269 163 \$)	(6,57%)
Cible à atteindre en 2013-2014	10% du total des dépenses 2009-2010 de nature administrative (réf.: art.11 de la Loi mettant en oeuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010)	13	409 871 \$	-	-	-	10 %
Solde de la cible à atteindre à la fin de l'année courante			14	-	-	140 708 \$	3,43 %

TABLEAU 14
SUIVI DE L'APPLICATION DU PROJET DE LOI 100 ADOPTÉ LE 11 JUIN 2010
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012 (suite)

MESURES SPÉCIFIQUES SUJETTES À UNE DIMINUTION DE 25% EN 2010-2011 P/R À 2009-2010		DÉPENSES RÉELLES ANNÉE DE BASE 2009-2010 AJUSTÉES	DÉPENSES RÉELLES ANNÉE COURANTE	ÉCART ENTRE LES DÉPENSES RÉELLES 2011-2012 et 2009-2010	
				\$	%
1- Réduction de 25% de certaines dépenses (réf.: art.11 de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010)		\$	\$	\$	%
- publicité (Réf. au AS-471: p.341, L19, C01)	15	587 \$	88 \$	(502 \$)	(85,52%)
- formation (Réf. au AS-471 2010-2011: p.670, L04, C06 (09-10) et C04 (10-11))	16	244 218 \$	135 301 \$	(17 020 \$)	(6,97%)
correctif de la donnée par établissement*(fournir le détail par note complémentaire)	17	12 354 \$		(12 354 \$)	-
- formation - donnée ajustée = (16+17)	18	256 572 \$	135 301 \$	(121 271 \$)	(47,27%)
- déplacement et congrès (Réf. AS-471: P341, L09, C01, P341, L03, C01, P341, L04, C01)	19	112 231 \$	92 465 \$	(19 766 \$)	(17,61%)
Total = (15+18+19)	20	369 390 \$	227 854 \$	(141 536 \$)	(38,32%)
Cible à atteindre à la fin de l'année courante (L20 C01 * 25%) (25% des dépenses globales 2009-2010 de publicité-formation-déplacement)	21	92 348 \$	-	-	25 %
Cible atteinte à la fin de l'année 2010-2011	22	-	-	141 536 \$	38,32 %
2 - Réduction additionnelle appliquée à des CA autres que ceux désignés par le MSSS - sans impact sur les services - (A préciser à l'annexe 2: dépenses/mesures et CA)	23	396 716 \$	377 543 \$		
Impact total de la réduction des mesures spécifiques (L20 C03 + L23 C03)(p/r aux dépenses spécifiques - année de base 2009-2010 - ajustées)	24	-	-	(141 536\$)	(38,32%)

ÉTATS FINANCIERS ET RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

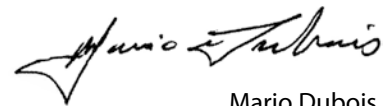
Les états financiers du CRDITED du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont été complétés par la direction des ressources financières, matérielles et informationnelles. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables. La direction du CRDITED du Saguenay–Lac-Saint-Jean reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

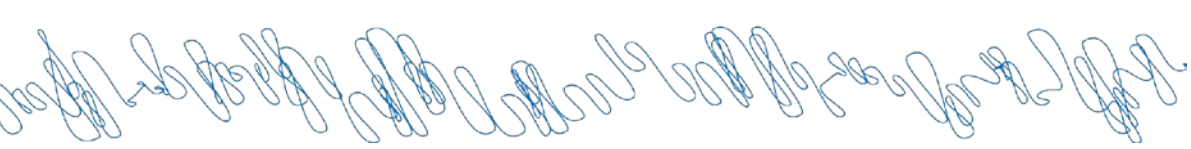
Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant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



Johanne Houde,
Directrice générale



Mario Dubois,
Directeur des ressources financières, matérielles et
informationnelles





Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du Centre de
Réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles
envahissants du développement du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
255, rue Racine Est
Bureau 800
Chicoutimi (Québec) G7H 7L2
Téléphone : 418 549-4142
Télécopieur : 418 549-3961
www.rcgt.com

Rapport sur les états financiers

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière du fonds d'exploitation au 31 mars 2012 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 (ci-après le CRDITED) pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2012 (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 la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

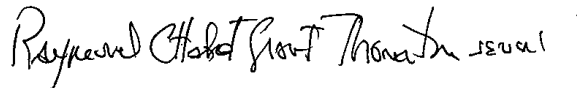
Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CRDITED pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans la circulaire 2012-012 (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 2012.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2012. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière 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 2012 et 2011, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception de l'incidence du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CRDITED au 31 mars 2012 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.



Chicoutimi
Le 21 juin 2012

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A105330

TABLEAU 15
Fonds d'exploitation
Résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

ACTIVITÉS PRINCIPALES	Exercice courant 2011-2012	Exercice précédent 2010-2011
Revenus		
Agence et MSSS	42 611 361 \$	41 497 154 \$
Usagers	4 007 263 \$	3 824 664 \$
Ventes de services (RTF-RI: facturations autres établissements)	1 605 136 \$	1 549 941 \$
Recouvrements	208 542 \$	362 698 \$
Autres	178 660 \$	227 869 \$
	48 610 962 \$	47 462 326 \$
Charges		
Salaires	21 788 744 \$	21 580 626 \$
Avantages sociaux	6 923 231 \$	7 125 704 \$
Charges sociales	3 725 946 \$	3 826 066 \$
Services achetés	11 930 341 \$	10 878 985 \$
Fournitures et autres charges	4 186 439 \$	4 291 715 \$
	48 554 701 \$	47 703 096 \$
SURPLUS (DÉFICITS) DE L'EXERCICE	56 261 \$	(240 770) \$
Variation: Transferts interfonds (projets auto-financés)	(32 739) \$	(201 078) \$
SURPLUS (DÉFICITS) APRÈS VARIATION	23 522 \$	(441 848) \$
Note:		
Référence: pages 200, 202, 320 et 321 du rapport financier annuel 2011-2012 (AS-471)		

Tableau I6
Fonds d'exploitation
État de la situation financière au 31 mars 2012

	<i>Exercice courant 2011-2012</i>	<i>Exercice précédent 2010-2011</i>
ACTIFS		
<i>Actifs financiers</i>		
<i>Encaisse</i>	7 134 \$	- \$
<i>Débiteurs - Agence et MSSS</i>	1 223 081 \$	1 329 609 \$
<i>Autres débiteurs</i>	642 618 \$	774 101 \$
<i>Créances Interfonds</i>	5 624 \$	- \$
<i>Subvention à recevoir - réforme comptable</i>	3 768 682 \$	3 768 682 \$
<i>Autres éléments d'actif</i>	42 368 \$	17 105 \$
Total des actifs financiers	5 689 507 \$	5 889 497 \$
<i>Actifs non financiers</i>		
<i>Frais payés d'avance</i>	37 196 \$	57 690 \$
<i>Stocks</i>	120 978 \$	112 462 \$
Total des actifs non financiers	158 174 \$	170 152 \$
TOTAL DES ACTIFS	5 847 681 \$	6 059 649 \$
PASSIFS		
<i>Découvert de banque</i>	- \$	79 380 \$
<i>Autres créditeurs</i>	7 086 255 \$	7 042 878 \$
<i>Dette interfonds</i>	- \$	32 268 \$
<i>Revenus reportés - Agence et autres</i>	318 018 \$	31 472 \$
<i>Emprunts temporaires</i>	- \$	453 379 \$
<i>Autres éléments du passif</i>	222 \$	508 \$
TOTAL DES PASSIFS	7 404 495 \$	7 639 885 \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(1 556 714) \$	(1 580 236) \$
TOTAL DES PASSIFS ET DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	5 847 781 \$	6 059 649 \$
Référence: page 204 du rapport financier annuel 2011-2012 (AS-471)		

FONDATION DU CRDI

André Sénéchal, président

Liste des 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, Gervais Larouche, Martine Bouchard et Jacques St-Onge.

Résumé des réalisations 2011-2012

L'exercice 2011-2012 a permis d'amasser un montant de plus de 14 000 \$ avec la principale activité de financement, soit le tournoi de golf, sous la présidence d'honneur de M. Jacques Labrèche, ex-directeur général du CRDITED du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

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

- Tournoi de golf (13^e édition) – Troisième 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 104 000 \$.

RECONNAISSANCE ET REMERCIEMENTS

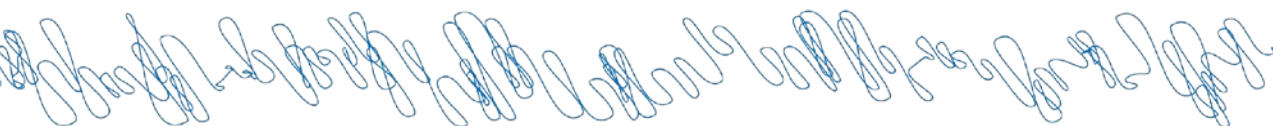
Sous le signe du changement, l'année 2011-2012 a été marquée par la réalisation de nombreux projets d'envergure : optimisation, démarche d'agrément, application de la Loi 24, poursuite des travaux en lien avec la Loi 21, élaboration de programmation et cadres de référence cliniques, intensification du recrutement pour le personnel d'encadrement, etc. Nous avons tous dû faire preuve d'adaptation... Et heureusement, nous en sommes les experts!

Agissant auprès d'une clientèle vulnérable et sensible aux changements, notre vigilance est accrue et nos actions sont orientées vers la mise en place de modalités pour en amoindrir l'impact. Les transitions harmonieuses sont souhaitées et privilégiées. Alors, en cette période de changement, un merci particulier à tous ceux et celles qui ont fait la différence auprès de la clientèle en assurant une préparation et un accompagnement adéquats!

Nous devons également souligner l'apport significatif du personnel administratif et de soutien qui, par leur précieuse collaboration, contribuent à favoriser l'accomplissement de notre mission.

Pour les employés qui ont quitté pour une retraite bien méritée, nous espérons que vous saurez continuer à être des ambassadeurs pour la cause de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement.

Les membres du conseil d'administration et de la Direction



ANNEXE 1

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 de 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 quoi 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

