

CENTRE DE RÉADAPTATION



Rapport annuel de gestion *2009-2010*

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

*Qualité Implication Compétence
« Fier de viser l'excellence! »*



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

SITE INTERNET

www.crdited02.qc.ca

SIÈGE SOCIAL

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

CENTRES DE SERVICE

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

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

Alma : 400, boul. Champlain, Alma, Qc G8B 3N8 Téléphone : 418 662-3447

Jonquière : 2509, rue du Long-Sault, Jonquière, Qc G7X 4J2 Téléphone : 418 547-4442

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	Centres de services	2
	Liste des sigles et acronymes	4
1	Déclaration du directeur général	6
2	Message du président et du directeur général	7
3	Présentation de l'établissement	9
	3.1 Mission	9
	3.2 Valeurs, principes et approches	9
	3.3 Services offerts	10
4	Orientations stratégiques 2005-2010	12
5	Structure organisationnelle	16
6	Principales réalisations des directions	17
	6.1 Direction des services professionnels, de réadaptation et de la recherche	17
	6.2 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	19
	6.3 Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles	21
7	Résultats : Entente de gestion et d'imputabilité 2008-2009	23
8	Suivi apporté aux recommandations formulées lors de l'agrément	24
9	Priorités d'action 2010-2011	26
10	Accessibilité aux services	28
	10.1 Portrait de la clientèle desservie (usagers inscrits)	28
	10.2 Accès aux services	29
	10.3 Liste d'attente	30
11	Effectifs	32
12	Conseils ou comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	34
	12.1 Conseil d'administration	34
	12.1.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	34
	12.2 Comité de vigilance et de la qualité	35
	12.3 Rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	36
	12.4 Comité des usagers	38
	12.5 Conseil multidisciplinaire	38
	12.6 Conseil des infirmières et infirmiers	39
	12.7 Comité de gestion des risques	40
	12.7.1 Mesures de contrôle des usagers	41
13	États financiers et résultats des opérations	42
14	Fondation	46
15	Reconnaissance et remerciements	47
	ANNEXE I Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	48

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

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

(suite)

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

1. DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2009-2010 du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Le directeur général,

A handwritten signature in black ink, reading "Jacques Labrèche". The signature is written in a cursive style with a large initial "J" and a long, sweeping underline.

Jacques Labrèche

2. MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

L'année 2009-2010 qui vient de se terminer a été marquée par de grands évènements, de grandes démarches de construction pour l'avenir, des relations tendues avec les représentants syndicaux ainsi que le développement de partenariats soutenant notre mission.

Les grands évènements

Parmi les grands évènements de l'année, soulignons la certification de l'établissement par le Conseil québécois d'agrément. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité a duré près d'un an et impliqué plus d'une centaine de personnes. Nous en profitons pour féliciter à nouveau l'ensemble du personnel pour la qualité des services rendus.

Nous soulignons ensuite la mise en œuvre du plan de lutte à la pandémie lié à la grippe A (H1N1). Grâce aux efforts déployés avec nos partenaires du réseau, le pire a été évité et la santé des usagers et du personnel a été préservée.

De grandes démarches de construction pour l'avenir

Différents chantiers visant à orienter les actions et construire l'avenir ont mobilisé les instances et de nombreux acteurs œuvrant au sein de l'établissement.

Que l'on pense à la démarche de consultation visant la détermination des orientations stratégiques 2010-2015, la mise en place d'un processus de suivi du plan d'amélioration suite à notre démarche d'agrément, l'actualisation d'un système d'évaluation continue des attentes et de la satisfaction des usagers.

Sur le plan de l'accroissement de la spécialisation, notons : l'implantation du système d'information pour personne ayant une déficience intellectuelle (SIPAD), la réalisation d'une première transformation ayant permis notamment le développement de postes d'éducateurs et de professionnels, l'élaboration de documents de référence sur le service d'accès/évaluation/orientation (AEO) ainsi que le processus clinique, la mise à jour du programme en troubles graves du comportement (TGC), la mise en place d'un comité d'expertise pour le développement d'une programmation pour les personnes polyhandicapées, sans oublier le développement d'une ressource intermédiaire spécifique pour les jeunes ayant des troubles de comportements. Ces principaux éléments reliés à l'accroissement de la spécialisation, soutenus par des réflexions partagées sur les rôles et fonctions révisés des infirmières, travailleurs sociaux et des éducateurs, supporteront la poursuite de notre démarche en 2010-2011.

Relations tendues avec le syndicat

Des tensions entre la direction et l'exécutif syndical ont mobilisé beaucoup d'énergie dans les derniers mois de 2009 et jusqu'au printemps 2010.

L'arrivée d'un médiateur du ministère du Travail dans le dossier et les travaux exploratoires en cours sont encourageants et nous souhaitons retrouver un équilibre dans nos relations dans une approche constructive.

Le développement du partenariat

Deux grands projets de partenariat ont marqué l'année. Le premier a permis de débiter un projet pilote avec la Chaîne de travail adapté (CTA) visant le développement de l'employabilité et d'emplois pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Le second concerne le développement d'une infrastructure de recherche. Des discussions sont amorcées afin de nous associer avec d'autres CRDI ainsi que le milieu universitaire. La consolidation de ce projet devrait s'effectuer au cours de l'année 2010-2011.

Nous profitons de l'occasion pour remercier les membres du conseil d'administration pour leur implication soutenue ainsi que le personnel et les cadres de l'établissement.



Jean-Marc Gagnon
Président



Jacques Labrèche
Directeur général

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1. Mission

La mission du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.

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

3.2 Valeurs, principes et approches

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Services offerts

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

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

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

LES SERVICES D'ADAPTATION/RÉADAPTATION DISPENSÉS POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RGD, UNE DI OU UN TED

I. ACCÈS, D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

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

II. ADAPTATION/RÉADAPTATION À LA PERSONNE

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

Adaptation/réadaptation en contexte d'intégration :

III. COMMUNAUTAIRE

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

IV. AU TRAVAIL

Accessibilité à l'emploi
Interventions intensives de réinsertion

V. RÉSIDENTIELLE

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

VI. ASSISTANCE EDUCATIVE SPECIALISEE AUX FAMILLES ET AUX PROCHES

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

VII. SOUTIEN SPÉCIALISÉ AUX PARTENAIRES

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

EXPERTISES SPÉCIFIQUES ¹

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

SOUTIEN SPÉCIALISÉ DE L'INTERVENTION ET DE L'ACCROISSEMENT DE L'EXPERTISE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES RECHERCHE, DÉVELOPPEMENT ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

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

4. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2005-2010

En 2005, le conseil d'administration du CRDI SLSJ a adopté six grandes orientations visant à soutenir le développement du centre en le dotant d'une vision sur cinq ans. Aujourd'hui, en 2010, un bilan des principales réalisations s'impose. Un vaste processus de consultation visant l'adoption des orientations stratégiques 2010-2015 est en cours et sera complété à l'automne 2010.

BILAN SOMMAIRE DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2005-2010

Orientation 1

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

Réalisations :

- Entente avec les CSSS pour le transfert d'utilisateurs;
- Création et participation au comité sur la hiérarchisation des services;
- Programme de formation avec le CEGEP de Jonquière;
- Entente avec CTA pour un partenariat en intégration au travail;
- Ententes avec l'UQAC pour l'établissement d'un contrat d'affiliation pour le développement de la recherche et l'enseignement pratique;
- Coordination des RTF pour les 6 CSSS;
- Coordination conjointe et participation à la table régionale en DI;
- Vice-présidence de la table des directeurs généraux;
- Collaboration avec l'ADHIS et organismes communautaires;
- Implication sur différents conseils d'administration (Transport adapté, Loge réadaptation, CSSS);
- Implication active aux différentes structures participatives de l'Agence;
- Implication auprès du CRNIS et de la Chaire de recherche TSA.

Orientation 2

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

Réalisations :

- Déploiement informatique et du SIC-DI;
- Implantation SIPAD;
- Travaux sur le développement d'un tableau de bord de gestion;
- Développement et implantation d'un mécanisme de suivi du plan d'amélioration et des recommandations du CQA;
- Implantation des logiciels pour la PMO et la formation;
- Implantation d'un logiciel de gestion documentaire et adoption d'un calendrier de conservation;
- Rapports : état des plans d'intervention, liste d'attente, mesures de contrôle, gestion des risques.

Orientation 3

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

Réalisations :

- Adoption de l'offre de services spécialisés;
- Développement et implantation de la programmation en intervention précoce, en TED et TGC;
- Mise en place d'un comité d'expertise pour les personnes polyhandicapées;
- Développement d'un processus clinique;
- Révision de l'AEO en lien avec les standards de pratique;
- Ajustement du modèle de main-d'œuvre.

Orientation 4

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

Réalisations :

- Nouvelle politique sur le développement des compétences;
- Élaboration de différents programmes et documents de référence (règlement cycle clinique, programme en intervention précoce, clinique d'évaluation RGD);
- Augmentation des heures de réunions d'équipes;
- Développement des postes de spécialistes en activités cliniques et systématisation de la supervision clinique;
- Développement d'un centre de documentation régional;
- Engagement de différents spécialistes (orthophoniste, ergothérapeute).

Orientation 5

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

Réalisations :

- Plan d'action du comité PDRH (élaboration et actualisation);
- Développement des communications (site WEB, bulletins d'information, plans de communication);
- Diffusion des comptes rendus des comités de direction;
- Activités de reconnaissance (employés / RNI / agrément);
- Dynamisme des instances (conseil multi, CII);
- Chantiers sur les rôles et fonction (participation, implication);
- Activités PMO;
- Négociation locale des 26 matières.

Orientation 6

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

Réalisations :

- Application des recommandations du CQA;
- Réalisation d'un plan d'amélioration 2005-2008;
- 2^e certification du CRDI SLSJ pour la qualité de ses services par le CQA;
- Mise en place d'une structure visant à assurer le suivi du plan d'amélioration 2009-2012 et des recommandations issues du rapport du CQA de juillet 2009.

6. PRINCIPALES RÉALISATIONS DES DIRECTIONS

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

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

6.1. Direction des services professionnels, de réadaptation et de la recherche

- Mise en place du plan d'accès pour la clientèle 0-99 ans DI et TED depuis novembre 2009;
- Implantation graduelle du nouveau service «Accueil, évaluation, orientation» (AEO) et élaboration d'un guide à l'intention des CSSS afin d'améliorer le processus d'accès;
- Production d'un cadre de référence sur le processus clinique pour mieux encadrer la prestation des interventions spécialisées et standardiser la pratique;
- Déploiement et appropriation du SIPAD (formation du personnel, identification de formules de soutien à l'application et gestion du changement);
- Actualisation de la programmation en troubles graves du comportement (TGC) en lien avec le guide de pratique :
 - ✓ Mise en place progressive d'une équipe mobile d'intervention rapide (3 éducateurs)
 - ✓ Collaboration avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) et l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) pour appuyer la prévention des agressions lors d'épisode de TGC (formation d'un comité de travail, plan d'action et suivi);
- Élaboration d'une programmation pour le développement optimal des personnes polyhandicapées suite aux travaux du comité d'expertise;

- Mise en œuvre et fin des chantiers sur les rôles et fonctions des infirmières, éducateurs spécialisés et travailleurs sociaux;
- Adoption du guide sur les normes de qualité en RNI et élaboration d'un plan d'implantation;
- Réorganisation du service ICI en fonction du nombre d'enfants à desservir;
- Mise en place d'une série d'ateliers de formation et de perfectionnement offerts par les orthophonistes à l'intention du personnel œuvrant à l'enfance;
- Ajout de professionnels cliniques et d'éducateurs spécialisés :
- Développement de nouveaux modèles d'hébergement en ressource intermédiaire (RI) :
 - ✓ RI spécialisée pour adolescents présentant des problématiques complexes;
 - ✓ RI spécialisée pour adulte présentant des troubles de comportements;

Principales réalisations du volet partenaire :

- Évaluation et production d'un bilan sur la campagne de marketing visant l'attraction de postulants afin d'élargir le parc de ressources non-institutionnelles (RNI);
- Collaboration avec le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) afin d'évaluer et de planifier le transfert des services d'hébergement de la clientèle DP lié à un protocole d'entente CRDI/CRDP vers les six CSSS;
- Signature de l'entente avec la Chaîne de travail adapté (CTA) et début du projet pilote en février 2010;
- Réalisation d'importants travaux avec le Centre jeunesse visant à conclure un projet d'entente afin d'améliorer la complémentarité des services offerts à la clientèle et de clarifier les responsabilités respectives de chacun lors de situations ambiguës ;
- Renouvellement d'ententes avec la Commission scolaire de la Jonquière et la Commission scolaire du Lac-Saint-Jean ;

- Participation aux travaux de plusieurs tables régionales et locales telles que hiérarchisation des services, tables régionales DI, DP, MSSS-MELS, enfance jeunesse famille, etc.

Principales réalisations du volet recherche, développement et enseignement :

- Finalisation de la cueillette des données auprès de 128 usagers âgés de 5 à 21 ans et des 119 familles participantes dans le cadre de l'*Étude des facteurs associés à la détresse psychologique des parents d'un enfant ayant une déficience intellectuelle* (Projet UQAC/CRDI, subventionné dans le cadre des 'Actions concertées' 2007-2010 du FQRSC) ;
- Préparation de l'expérimentation, formation des évaluateurs et mise en place de la cueillette des données pour la "Validation et normalisation de la *Grille d'orientation en ressource non-institutionnelle (GO-RNI)*" (Projet conjoint CRDITED de la Mauricie et du Centre du Québec-Institut universitaire/CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean/CR La Myriade);
- Poursuite, auprès de la clientèle de l'établissement, des travaux de l'essai doctoral de deux étudiantes de l'UQAC, boursières du CNRIS, en vue de l'obtention du doctorat en psychologie (D.Ps.);
- Conclusion d'une entente avec l'UQAC en vue de la création d'un internat en psychologie et intégration d'une interne au service de psychologie de l'établissement;
- Soutien au comité des usagers dans le cadre du projet de recherche action sur l'élaboration de l'*"Outil d'évaluation des attentes et de la satisfaction des parents et des proches envers les services reçus par les usagers de 26 ans et plus"* (Équipe "Qualité des services" des CRDITED de : Québec, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, du Bas-Saint-Laurent et de la Mauricie-Centre-du-Québec);
- Planification, organisation et coordination de la programmation du mois de l'éthique, Édition dixième anniversaire sous le thème de l'autodétermination.

6.2. Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

- Mise en œuvre de l'appréciation de la contribution pour les éducateurs et poursuite de la continuité de production des outils pour les autres titres d'emploi. Un mécanisme de suivi est déterminé et les descriptions de tâches et profils de compétences sont finalisés pour tous les autres titres d'emploi œuvrant auprès de la clientèle;

- Diffusion des résultats du plan d'action PDRH 2007-2009 et échanges avec le personnel;
- Augmentation importante du niveau de formation 2008-2009 pour l'année 2009-2010 et diffusion de l'information dans le Défi.com.Express :
 - ✓ Support intensifié à la formation SIPAD, PNF-TED, PUF-DI 1^{er} et 2^e cycle ainsi que dans la démarche de Reconnaissance des acquis de compétences (AEC pour les ASSS);
- Planification de la main-d'œuvre sur trois ans par le biais de la production des plans prévisionnels d'effectifs;
- Élaboration de l'outil de suivi de probation pour les spécialistes aux activités cliniques;
- Poursuite de la diffusion de la politique sur le développement des compétences;
- Innovation pour trouver des stratégies de recrutement spécifiques;
- Sollicitation des bons coups et organisation du 2^e Gala reconnaissance. Le concours est lancé, l'activité est prévue à l'automne 2010;
- Poursuite de l'adaptation des conditions de travail et des services en lien avec l'accroissement de la spécialisation. On dénombre 25 ententes conclues avec la partie syndicale : locales et particulières. La majorité des griefs ont fait l'objet de règlement;
- Première rencontre des personnes à temps partiel occasionnel pour les informer du fonctionnement particulier à la liste de rappel et des orientations de l'établissement;
- Élaboration d'un répertoire des titres d'emploi visés par des orientations et identification d'une méthode nous permettant d'évaluer les orientations requises dans les différents postes pour le personnel de bureau;
- Création d'un outil de calendrier des rencontres sur une base électronique accessible aux gestionnaires rassemblant l'ensemble des dates de réunions d'équipes, des orientations et des formations pour assurer un meilleur rendement de la gestion de la liste de rappel;
- Promotion de la présence au travail, de la santé et sécurité et sa gestion :
 - ✓ Formation des représentants des travailleurs en prévention par service afin d'assumer leur rôle de prévention et d'analyse des accidents dans les équipes;
 - ✓ Augmentation des communications de suivi et d'accompagnement des employés absents par le service de l'infirmière SST;

- ✓ Production d'un projet de politique alimentaire en collaboration avec la DSPR/R;
- ✓ Prise de mesures nécessaires pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs en cas de pandémie dont offrir une protection respiratoire par la réalisation notamment des « fit test » à plus de 50 % du personnel.

6.3. Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles

- Révision des politiques de la DRFMI :
 - ✓ Gestion financière ;
 - ✓ Gestion et remboursement des petites caisses ;
 - ✓ Approvisionnement en biens et services incluant le tableau du processus d'approvisionnement ;
 - ✓ Support offert au comité des usagers ;
- Élaboration de nouvelles politiques :
 - ✓ Capitalisation des immobilisations ;
 - ✓ Indemnisation des employés lors du bris d'un effet personnel ;
- Intégration de deux cadres de gestion au système informatisé Actif+ Réseau du MSSS :
 - ✓ Maintien du parc d'équipement non médical et mobilier ;
 - ✓ Maintien du parc d'équipement médical ;
- Élaboration et suivi des cadres de gestion :
 - ✓ Conservation et fonctionnalité immobilières (PCFI) ;
 - ✓ Maintien du parc d'équipement informatique ;
 - ✓ Amélioration et accessibilité aux personnes handicapées ;
- Actifs informationnels :
 - ✓ Suivi et mise en œuvre des plans d'action du Plan directeur informatique incluant ceux du Plan directeur sur la sécurité des actifs informationnels ;
 - ✓ Nouveaux rapports de suivi sur l'utilisation d'Internet (logiciel Webspay) ;

- ✓ Déploiement SIPAD réalisé (deuxième réseau hors RTSS disponible, salle de formation au CDS d'Alma, soutien de l'équipe informatique) ;
 - ✓ Acquisition d'équipements pour la visioconférence ;
- Gestion des ressources matérielles:
 - ✓ Reddition de comptes sur les contrats des organismes publics ;
 - ✓ Reddition de comptes sur les projets d'économie d'énergie ;
 - ✓ Élaboration d'un plan de travail d'entretien ménager des locaux (CDS et PDS) et évaluation pour les CAJ et ateliers ;
 - ✓ Réalisation de la première phase d'aménagement des locaux au CDS d'Alma (bureaux et salles de conférences) ;
 - ✓ Aménagement des locaux au CDS de Chicoutimi (bureaux) ;
- Gestion des ressources financières:
 - ✓ Suivis budgétaires : centres d'activités versus centres de couts (en lien avec la nouvelle offre de services et SIPAD) ;
 - ✓ Reddition de comptes sur les couts reliés à la Pandémie (compilation) ;
 - ✓ Publication des rapports financiers périodiques dans le journal interne et disponibilité sur le site Internet ;
 - ✓ Respect des nouvelles circulaires provenant du MSSS en lien avec les normes et pratiques de gestion financière.

7. RÉSULTATS : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2009-2010

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 2009-2010 :

TABLEAU 1
Résultats entente de gestion et d'imputabilité 2009-2010

	Engagement 2009-2010	SITUATION À LA FIN DE LA PÉRIODE 13	ÉCART	COMMENTAIRES
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,12	7,13	(0,01)	Le ratio est ainsi passé de 7,75 en 2008-2009 à 7,13 pour 2009-2010, ce qui correspond à une réduction de 8,1 % des heures en assurance salaire vs les heures travaillées – augmentation de la présence au travail.

8. SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES LORS DE L'AGRÉMENT

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

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

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

**TABLEAU 2
TAUX DE RÉALISATION DES RECOMMANDATIONS DU CQA**

RECOMMANDATIONS	BILAN DE RÉALISATION
Concernant la gestion des plaintes et des insatisfactions	
Mettre en place des mécanismes lui permettant de collecter et d'analyser les informations pertinentes issues des insatisfactions reçues et traitées dans les services.	Réalisé à 50 %
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 50 %
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 50 %
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 0 %
S'assurer que les infirmières et infirmiers respectent leur champ de pratique et les actes autorisés.	Réalisé à 0 %
Mettre en œuvre des mécanismes de supervision à destination des infirmières et des infirmières auxiliaires.	Réalisé à 25 %

Concernant la gestion de l'utilisation des protocoles et des guides d'intervention clinique	
Définir et clarifier les concepts de protocoles et de guides d'intervention clinique.	Réalisé à 0 %
S'assurer de leur appropriation dans la pratique.	Réalisé à 33 %
Concernant la gestion des risques	
Intégrer le personnel administratif et de support technique aux modules de formation sur la politique de déclaration des incidents/accidents.	Réalisé à 85 %

9. PRIORITÉS D'ACTION 2010-2011

Le virage important amorcé en 2007 vers l'accroissement de la spécialisation porte fruits. Après trois ans de transformation et une deuxième démarche de certification réussie par le Conseil québécois d'agrément, nous constatons un changement de culture à l'interne et une reconnaissance, à l'externe, de nos compétences comme spécialiste de la déficience intellectuelle et du trouble envahissant du développement. Les actions priorisées pour l'année 2010-2011 permettront au CRDI SLSJ de se positionner comme chef de file dans son champ d'expertise et visent le rayonnement de sa mission auprès des différents partenaires. L'amélioration continue de la qualité demeure au cœur de nos préoccupations. L'actualisation du programme « Santé et Mieux-Être au travail » dans une perspective de développement durable sera également mis de l'avant.

- ◇ Poursuite de la démarche de révision en vue de l'adoption des Orientations stratégiques 2010-2015;
- ◇ Développement d'un plan de réussite en relations de travail;
- ◇ Poursuite des travaux visant l'évaluation de la satisfaction de la clientèle;
- ◇ Développement d'entente avec les CSSS suite aux travaux sur la hiérarchisation des services;
- ◇ Suivi du Plan d'amélioration du CRDI SLSJ et des recommandations du Conseil québécois d'agrément;
- ◇ Poursuite des démarches visant l'accroissement de la spécialisation des programmes et des services ainsi que l'implantation graduelle des standards de pratique, notamment :
 - Implantation du processus clinique;
 - Poursuite de la démarche pour le développement des expertises (TGC, polyhandicapée, sexualité, judiciarisation);
 - Développement d'une vision de l'hébergement pour les cinq prochaines années;
 - Implantation des standards de pratique relatifs à l'implantation l'accroissement de la spécialisation en contexte d'intégration au travail et communautaire en lien avec les guides de pratique;
 - Développement de la programmation en TED pour les 6-17 ans;
- ◇ Développer des associations de recherche avec différents CRDI et milieux universitaires;
- ◇ Mobiliser l'organisation par la mise en œuvre du programme de Santé Mieux-Être;
- ◇ Promouvoir la présence au travail;

- ◇ Réviser le processus d'accueil en fonction des nouvelles pratiques et poursuivre l'innovation en matière de recrutement;
- ◇ Suivi de la mise en œuvre des plans directeurs en informatique et sur la sécurité des actifs informationnels;
- ◇ Mise en fonction des salles de visioconférences.

10. ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

10.1 Portrait de la clientèle desservie (usagers inscrits)

Le CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean dessert un total de 1272 usagers différents en déficience intellectuelle.

TABLEAU 3
USAGERS INSCRITS CLIENTÈLE DI
Répartis selon les groupes d'âge
Au 31 mars 2010

USAGERS INSCRITS AU PROGRAMME « DÉFICIENCE INTELLECTUELLE »

Programme/ service	2008-2009							2009-2010						
	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	39	34	217	318	58	667	1	28	23	197	315	81	645

Programme/ service	2008-2009							2009-2010						
	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	3	21	329	301	48	702	0	6	28	321	284	42	681

Programme/ service	2008-2009							2009-2010						
	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	38	202	73	365	366	93	1137	57	206	75	432	411	91	1272

Le CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean dessert un total de 235 usagers différents en troubles envahissants du développement.

TABLEAU 4
USAGERS INSCRITS CLIENTÈLE TED
Répartis selon les groupes d'âge
Au 31 mars 2010

USAGERS INSCRITS AU PROGRAMME « TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT »

Programme/ service	2008-2009							2009-2010						
	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	0	17	6	25	7	0	55	1	13	4	22	7	0	47

Programme/ service	2008-2009							2009-2010						
	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Adaptation ou réadaptation en contexte d'intégration au travail et communautaire	0	0	5	27	3	0	35	0	0	7	23	4	0	34

Programme/ service	2008-2009							2009-2010						
	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	18	133	21	29	7	0	208	24	138	22	42	9	0	235

10.2 Accès aux services

Le tableau 5 illustre les activités reliées à l'accès pour l'exercice 2009-2010 selon le type de clientèle et dans chacun des territoires de CSSS. Toute nouvelle demande de service est analysée en conformité avec la réglementation en vigueur et en respect de la mission et du rôle de chaque partenaire utilisateur des services de l'établissement. Ces données n'incluent

pas les nouvelles demandes d'hébergement d'un usager déjà inscrit ou possédant un diagnostic autre que DI-TED.

TABLEAU 5
NOUVELLES DEMANDES ACCÈS PAR TERRITOIRE DE PROVENANCE
Pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010

Territoire de CSSS	DI							TED						
	2009-2010							2009-2010						
	0-5	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total	0-5	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	Total
Cléophas Claveau	0	3	6	2	0	0	11	1	0	0	0	0	0	1
Chicoutimi	2	10	4	4	0	4	24	4	4	0	0	1	0	9
Jonquière	1	2	3	2	5	0	13	3	4	0	0	0	0	7
Lac-St-Jean-Est	4	6	3	0	0	0	13	2	3	0	0	0	0	5
Domaine-du-Roy	0	3	1	1	0	0	5	0	1	1	0	0	0	2
Maria-Chapdelaine	1	2	0	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0
Autres territoires	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Total	8	26	11	14	9	5	73	10	12	1	0	1	0	24
Grand Total	97													

Note : Pour l'année 2008-2009, nous avons reçu 99 nouvelles demandes en DI et 25 en TED pour un total de 124 nouvelles demandes d'accès.

10.3 Liste d'attente

Les tableaux suivants présentent la situation de la liste d'attente pour un premier service de l'établissement au 31 mars 2010 ainsi que les délais d'accès.

TABLEAU 6
LISTE D'ATTENTE POUR UN PREMIER SERVICE DE L'ÉTABLISSEMENT
Au 31 mars 2010

Territoire	Clientèle		Moyenne (en jours)	
	DI	TED	DI	TED
Maria-Chapdelaine	1		105	
Domaine-du-Roy				
Lac-St-Jean Est		1		27
Jonquière	3	2	177	12,5
Chicoutimi	5		56	
Cléphas-Claveau	2		105	
TOTAL	11	3	110,7	19,75

Établissement : 1104-3585 – CRDI DU SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN Type : Établissement
Année financière : 2009-2010 No période (Date début) : 13 (2010-03-01)
Région : 02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean

TABLEAU 7
DÉLAIS D'ACCÈS TED ET DI
Cumulatif du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010 (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)	(8) = (6) + (7)	% respect délais (9)	Demandes NON admissibles
DI urgent	1	0	1	3	3	1	0	1	100	0
DI élevé - de 6 ans	16	2	18	854	53,4	14	3	17	82	3
DI élevé 6 ans et +	2	9	11	82	41	2	3	5	40	3
DI Total	19	11	30	939	49,4	17	6	23	74	6
TED urgent	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0
TED élevé - de 6 ans	19	1	20	1076	56,6	16	3	19	84	1
TED élevé 6 ans et +	0	2	2	42	21	-	-	-	-	-
TED total	19	3	22	1118	38,8	16	3	19	84	1
DI + TED urgent	1	0	1	3	3	1	0	1	100	0
DI + TED élevé - de 6 ans	35	3	38	1930	55,1	30	6	36	83	4
DI + TED élevé 6 ans et +	2	11	13	124	41	2	3	5	40	3
DI + TED total	38	14	52	2057	44,11	33	9	42	79	7

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 d'attente)

(8) Total des délais respectés et NON respectés (6) + (7)

(9) Taux de respect des délais = 100 x (6) / (8)

11. EFFECTIFS

Les tableaux suivants et le graphique illustrent la répartition des effectifs du personnel de l'établissement au 31 mars 2010 ainsi que les heures travaillées au cours de l'exercice concerné.

TABLEAU 8
Structure des postes

	TC	TP		TOTAL ETC	TOTAL ETC
		Nombre	ETC	2009-2010*	2008-2009*
Éducateur/RUV/Techniciens	142	29	13,84	155,84	152,17
ASSS/Moniteur/Instructeur	104	104	52,52	156,52	165,89
Professionnels	33	6	3,1	36,1	39,9
Personnel soins infirmiers	10	16	8,46	18,46	19,4
Cadres	33	1	0,5	33,5	34,5
Personnel de bureau	38	4	2,3	40,3	36,15
Soutien Technique	15	1	0,65	15,65	13,65
TOTAL	375	161	81,37	456,37	461,66

* conforme au rapport AS-485 de 2008-2009 et 2009-2010

TABLEAU 9
Employés de l'établissement

	H	F	Détenteurs de postes	Non détenteurs de poste	Total
ASSS/Moniteurs/Instructeurs	92,5	157,5	159	91	250
Professionnels	6	42	35	13	48
Personnel soins infirmiers	2,5	34	22,5	14	36,5
Cadres	16	17	33	0	33
Personnel de bureau	5	45	39	16	55
Soutien technique	20	0	14	6	20
TOTAL	193	491	434	250	684

Heures travaillées

- Personnel cadre
- Personnel régulier

2009-2010
48 518
809 969

2008-2009
46 389
806 392

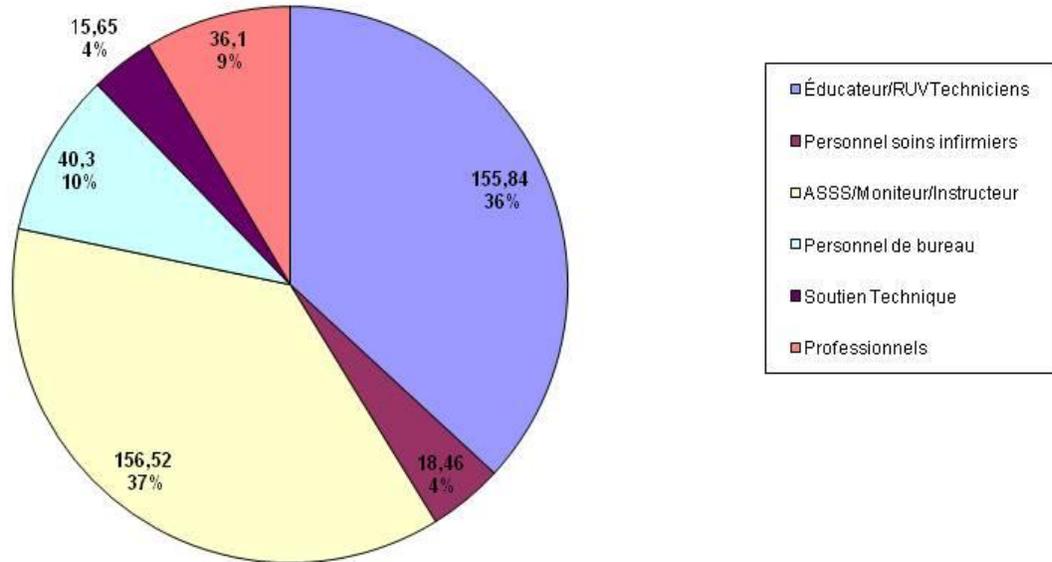
Heures rémunérées totales

1 166 323

1 158 078

TABLEAU 10

Nombre de postes en ETC
au 31 mars 2010

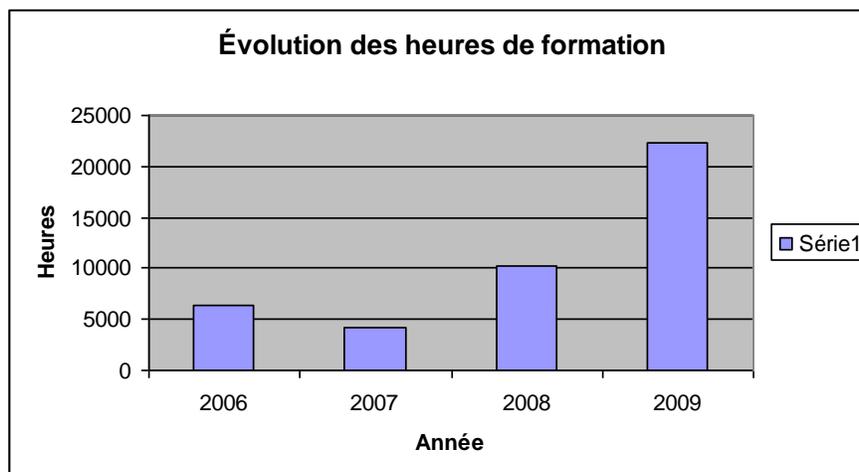


Quelques données concernant la formation

Un total de 811 733\$ a été investi en formation dans l'année 2009-2010, ce qui représente une augmentation de 35 % comparativement à l'année 2008-2009.

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

TABLEAU 11



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

12.1. Conseil d'administration

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

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

Au cours de l'année 2009-2010, le conseil d'administration a tenu six séances régulières et deux séances extraordinaires notamment pour la nomination d'un cadre supérieur. De plus, les membres du conseil se sont impliqués activement tout au long de l'année au sein du comité de vérification, du comité de vigilance et du comité d'évaluation du directeur général.

12.1.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Le conseil d'administration a adopté le 11 mars 1998, conformément à la Loi, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ce document traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts. Il précise les règles visant à identifier les situations de conflit d'intérêts et interdit les pratiques reliées à la rémunération de ces personnes. Le code d'éthique et de déontologie définit les devoirs et obligations de l'après mandat des administrateurs. Il instaure une procédure d'enquête et des modalités d'attribution des sanctions. Il établit les critères visant à assurer le déroulement de toute enquête et l'immunité des personnes chargées d'appliquer de bonne foi ledit code

d'éthique et de déontologie. Enfin, il fixe les formalités relatives à sa publication.

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

Aucun cas n'a été traité en rapport avec le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean au cours de l'exercice 2009-2010.

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

12.2. Comité de vigilance et de la qualité

Sonia Tremblay, Présidente

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

Résumé des réalisations de l'année 2009-2010

Le comité de vigilance s'est réuni à cinq reprises durant l'année 2009-2010. Lors de chacune des rencontres, un suivi rigoureux a été effectué sur les plaintes formulées, sur les interventions du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'aux signalements traités en vertu du règlement sur les normes minimales de qualité.

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

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

12.3. Rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Dans son rapport annuel, le commissaire fait état des actions entreprises et à poursuivre dans le cadre de la promotion du régime de traitement des plaintes et des droits des usagers. M. Fortier rend compte ensuite du suivi apporté aux deux recommandations définies en 2008-2009. Spécifions que les recommandations annuelles du commissaire sont intégrées dans la planification annuelle de l'établissement.

Suivi des recommandations 2008-2009 :

Recommandation no 1 : Que le CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean repense son offre de services en orthophonie, en tenant compte des orthophonistes à son emploi ainsi que des opportunités pour les autres intervenants à interagir, afin de soutenir plus efficacement les enfants 0-17 ans dans ce domaine.

En fonction des ressources limitées en orthophonie et des besoins toujours grandissants dans ce champ de spécialité, une emphase a été déployée au cours de l'année 2009-2010 afin d'outiller les intervenants œuvrant directement auprès de la clientèle. À ce titre, plus d'une trentaine d'éducateurs impliqués activement auprès de la clientèle 0-5 ans DI ou TED ont bénéficié d'une formation d'appoint de six jours visant le développement de bonnes attitudes communicatives, la stimulation du langage des enfants en fonction des recommandations émises par les orthophonistes et l'implication active des parents dans le développement du langage et de la communication à l'intérieur des activités quotidiennes de l'enfant.

En lien avec le succès obtenu suite à la dispensation de telles activités de formation, l'expérience sera reconduite en 2010-2011 auprès des intervenants œuvrant auprès de la clientèle 6-17 ans.

Recommandation no 2 : Que le CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean mette en place des critères de priorité pour les services en orthophonie, en ergothérapie ainsi que pour les demandes d'évaluation en psychologie. De plus, que l'utilisateur puisse savoir de façon simple (exemple : de la part du porteur de son dossier) où en est rendu sa demande de service.

Plusieurs travaux ont été réalisés afin de se doter de critères de priorisation en lien avec la liste d'attente pour les demandes d'évaluation en psychologie, qui est de loin le service où les délais apparaissent démesurés compte tenu de l'impact possible au niveau de l'admissibilité des clientèles et du début des services. À cet égard, le premier exercice fut de valider la pertinence et le besoin actuel en lien avec chacune des demandes colligées pour ensuite répertorier le tout sur une liste unique accessible par informatique sur le logiciel SIPAD. Un tel système d'information clientèle devrait permettre dans un proche avenir à tout intervenant assigné au dossier de l'utilisateur de suivre l'évolution de la demande en fonction des critères de priorisation établis.

Les mêmes travaux devraient se poursuivre sous peu en lien avec les services en orthophonie et en ergothérapie, et ce, tout en intensifiant nos efforts au niveau de la rétention et du recrutement de tels spécialistes en vue de parfaire notre offre de services spécialisés.

Nombre de plaintes reçues en 2009-2010 : **9 plaintes**

*De ce nombre, deux plaintes n'ont pas été retenues.

TABLEAU 12
Tableau comparatif des plaintes reçues

	2008-2009	2009-2010
Plaintes reçues DI-TED	15	9

Recommandation pour l'année 2010-2011 :

Recommandation no 1 : Que la direction des services professionnels, de la réadaptation et de la recherche amorce une réflexion sur l'approche transdisciplinaire. Que cette réflexion puisse déboucher sur un pré-projet pour une équipe de travail qui serait volontaire à une telle expérience. De plus, l'établissement pourrait se faire accompagner pour mener à bien cette expérience par des experts en cette matière.

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

12.4. Comité des usagers

Luc Imbeault, Président

Liste des membres : Serge Léveillé, 1^{er} vice-président, Lise Gagnon, 2^{ième} vice-présidente, Denyse Côté-Dupéré, trésorière, Louissette Couture, secrétaire, Stéphane Brassard, Carold Gaudreault, Hélène Larouche, Serge Laprise

Résumé des réalisations de l'année 2009-2010

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

Depuis un an, le groupe constitué d'usagers de 15 à 25 ans est sondé afin que nous puissions connaître son niveau de satisfaction à l'égard des services reçus par le CRDI SLSJ. La tranche d'âge des 0-14 ans reçoit également son sondage depuis novembre 2009. Un questionnaire visant la catégorie d'âge des 26 ans et plus est en cours d'élaboration. Le comité des usagers compile les résultats et les transmettra régulièrement au conseil d'administration et au directeur général. En lien avec l'implantation de ce système d'évaluation continue, une ressource a été embauchée afin de supporter l'évaluation continue et le développement d'outils dans le cadre d'un projet de recherche.

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

12.5. Conseil multidisciplinaire

Julie Denis, Présidente

Liste des membres du comité exécutif : André Lamontagne, vice-président, Gaétant St-Pierre, Chantale Rivard, Nathalie Simard, Édith Tremblay, Nadine Simard, Jacques Labrèche, Alain Côté

Résumé des réalisations de l'année 2009-2010

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

Le conseil multidisciplinaire a poursuivi son rayonnement en désignant des représentants à divers comités internes et externes tout en favorisant la participation de ses membres à différents colloques ou conférences.

Le conseil multidisciplinaire a été consulté et a émis divers avis en lien notamment avec la consultation sur les orientations stratégiques 2010-2015 ainsi qu'en lien avec le cadre de référence sur les normes de qualité dans les ressources non institutionnelles. Plusieurs sujets ont également attiré l'attention du conseil multidisciplinaire et ont fait l'objet de diffusion auprès des membres.

Le conseil multidisciplinaire a poursuivi l'actualisation de son plan d'action. Ce plan d'action a d'ailleurs été diffusé au sein des différentes équipes et comités et plusieurs articles ont été publiés dans le bulletin d'information *Défi.Com* pour assurer une meilleure visibilité. En lien avec l'évolution de la pratique et l'accroissement de la spécialisation, le conseil multidisciplinaire s'est impliqué et a participé de façon active aux travaux concernant les chantiers sur les rôles et fonctions de l'éducateur et des travailleurs sociaux au sein de l'établissement.

12.6. Conseil des infirmières et infirmiers

Myrtha Martel, Présidente

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

Résumé des réalisations de l'année 2009-2010

En lien avec la nouvelle offre de services, le conseil des infirmières et infirmiers a complété l'élaboration des nouveaux rôles et fonctions du personnel infirmier au sein de l'organisation. Le conseil des infirmières et infirmiers a également participé à la consultation sur la planification stratégique 2010-2015.

La pandémie a également été un dossier prioritaire où la participation du personnel infirmier a été significative : essai de masques, vaccination, suivi des mesures d'urgence, plan de lutte à la pandémie.

Plusieurs activités ont été réalisées en lien avec la Loi 90 dont l'élaboration d'un outil de référence ainsi que la dispensation de la formation aux nouveaux employés. La procédure de l'administration des médicaments a aussi été revue.

12.7. Comité de gestion des risques

Line Rousseau, Présidente

Liste des membres du : Huguette Landry, Denise Côté-Dupéré, Ruth Lavoir, Nadine Simard, Hélène Desbiens, France Mimeault, André Carbonneau.

Résumé des réalisations de l'année 2009-2010

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

Pour sa quatrième année d'existence, le comité constate une diminution graduelle mais constante des incidents/accidents. Ceux-ci ont diminué de 19,7 % par rapport à l'année 2008-2009.

Promotion de la déclaration des incidents/accidents

L'implantation du logiciel SISSS permettant de contribuer au registre national des incidents et accidents en novembre 2009 a nécessité la formation de différentes personnes impliquées dans le processus de gestion des risques. Également, onze formations sur la gestion des risques ont été dispensées au personnel de l'établissement et six formations ont été offertes pour les ressources non institutionnelles. À cet effet, soulignons qu'en lien avec une des recommandations du CQA, nous avons procédé à la formation du personnel technique et administratif :

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

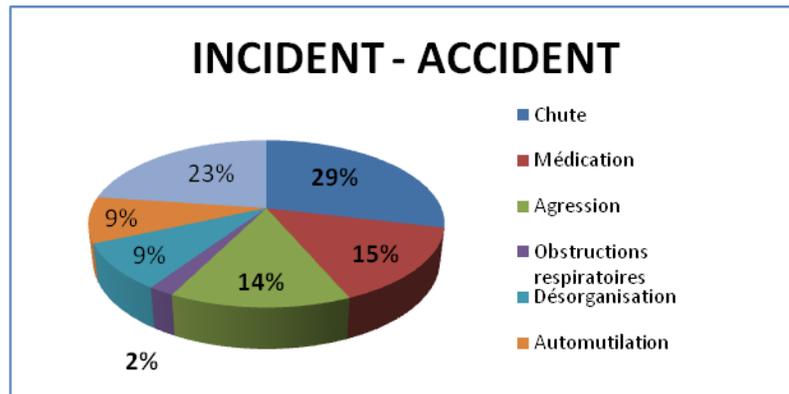
Suivi apporté aux recommandations 2008-2009

En lien avec les événements sentinelles, plusieurs activités ont été réalisées dont notamment la sensibilisation du personnel sur les actions à poser afin d'éviter les risques de chutes. Nous avons également procédé à une mise à niveau de l'application de la manœuvre de désobstruction (*Heimlich*) et au rappel de l'obligation de la consultation médicale après l'application de la manœuvre.

Pour l'année 2010-2011, les principaux risques mis en évidence sont les chutes. Nous poursuivrons donc la sensibilisation auprès du personnel en plus de procéder

à la visite des milieux et à la production d'outil. Nous poursuivons également nos démarches afin de réduire les événements reliés à la médication.

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



12.7.1. Mesures de contrôle des usagers

Le CRDI 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.

En 2009-2010, 2,54% des usagers ont eu une mesure de contrôle. Ce pourcentage représente le plus faible taux observé au cours des quatre dernières années où de telles données ont été colligées.

13. ÉTATS FINANCIERS ET RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Rapport du vérificateur externe

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

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-St-Jean de l'exercice terminé le 31 mars 2010, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de Santé et des Services sociaux du Québec, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

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

À notre avis,

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

- ✓ les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;
- ✓ les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;
- ✓ l'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean;
- ✓ le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2010 ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 3.

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

Nom de l'associé responsable : Jacques Chouinard, CA # 10 104
Nom du Vérificateur : Raymond Chabot Grant Thornton, SENCRL, comptables agréés
Adresse : 775, boul. Saint-Joseph
Roberval, Québec, G8H 2L4
Date: 10 juin 2010

TABLEAU 14
Fonds d'exploitation
Résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIVITÉS PRINCIPALES	2009-2010	2008-2009
Revenus		
Agence et MSSS	41 167 397 \$	40 382 962 \$
Usagers	3 791 354 \$	3 753 690 \$
Ventes de services (RTF-RI facturations autres établissements)	1 777 426 \$	4 928 454 \$
Recouvrements	409 547 \$	356 722 \$
Contributions provenant du fonds d'immobilisation	-	434 775 \$
Autres	193 227 \$	207 164 \$
	47 338 951 \$	50 063 767 \$
Charges		
Salaires	21 537 596 \$	21 328 147 \$
Avantages sociaux	7 082 067 \$	6 642 829 \$
Charges sociales	3 583 623 \$	3 603 086 \$
Services achetés	10 442 404 \$	13 484 761 \$
Fournitures et autres charges	5 240 774 \$	5 595 819 \$
	47 886 464 \$	50 654 642 \$
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION	(547 513) \$	(590 875) \$
Notes: L'Agence régionale a autorisé une cible maximale de déficit de 600 000 \$ pour l'année financière 2009-2010. L'établissement a donc réalisé un écart positif de 52 487 \$ par rapport à son budget initial. La diminution importante de revenus et des charges en 2009-2010 par rapport à 2008-2009 fait suite aux directives du MSSS et de l'Agence régionale à l'effet d'enlever de nos activités principales les revenus et ventes de services des autres établissements (CSSS) en ce qui a trait aux transferts budgétaires antérieurs.		

TABLEAU 15
Fonds d'exploitation
Bilan au 31 mars 2010

	Exercice courant	Exercice précédant
ACTIF	2009-2010	2008-2009
Actif à court terme		
Encaisse	163 322 \$	948 427 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	71 041 \$	26 993 \$
Autres débiteurs	757 531 \$	530 496 \$
Charges payées d'avance	55 396 \$	39 611 \$
Stocks	115 039 \$	314 700 \$
Total de l'actif à court terme	1 162 329 \$	1 860 227 \$
Subvention à recevoir – réforme comptable	3 742 779 \$	3 719 816 \$
TOTAL DE L'ACTIF	4 905 108 \$	5 580 043 \$
PASSIF		
Passif à court terme		
Autres créditeurs	7 047 900 \$	7 194 777 \$
Dette interfonds	238 205 \$	5 186 \$
Revenus reportés:		
Agence	125 920 \$	337 479 \$
Autres	2 022 \$	4 752 \$
Total du passif à court terme	7 414 047 \$	7 542 194 \$
Autres éléments du passif	12 800 \$	12 075 \$
TOTAL DU PASSIF	7 426 847 \$	7 554 269 \$
SOLDE DE FONDS	(2 521 739) \$	(1 974 226) \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	4 905 108 \$	5 580 043 \$

14. FONDATION

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, Frédéric Larouche, Martine Bouchard, Jacques St-Onge et Sonia Tremblay.

Résumé des réalisations de l'année 2009-2010

L'exercice 2009-2010 a permis d'amasser un montant de 15 000\$ avec la principale activité de financement, soit le tournoi de golf, sous la présidence d'honneur de M. Jean-François Abraham des restaurants Coq Rôti.

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

- ✓ Le tournoi de golf (11^e édition) – première édition sous la nouvelle formule d'alternance Saguenay / Lac-Saint-Jean;
- ✓ La participation à la vente de billets pour le Salon des vins;
- ✓ Tournée régionale de sensibilisation avec le comité de direction auprès des membres du personnel visant l'augmentation des contributions à la source;
- ✓ Différents dons reçus.

Avec ces différentes contributions, la Fondation a soutenu financièrement la réalisation de plusieurs projets en lien avec sa mission pour un montant correspondant à 6 015\$:

- ✓ Cours d'équitation (équi-thérapie);
- ✓ Journée de golf;
- ✓ Camp de jour;
- ✓ Voyage de pêche;
- ✓ Association jeannoise pour l'intégration sociale (AJIS);
- ✓ Gardiennage;
- ✓ Achat d'équipements spécialisés;
- ✓ Recherche en lien avec le stress et la santé mentale des parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle;
- ✓ Cuisine collective.

Depuis 2001, la Fondation a redistribué dans la région un montant équivalant à 85 967,47\$.

15. RECONNAISSANCE ET REMERCIEMENTS

Suite au renouvellement de notre certification, il nous apparaît important de souligner à nouveau la contribution de l'ensemble des personnes ayant contribué au quotidien à l'amélioration continue de la qualité des services.

Aussi, face à la pandémie et en lien avec l'ensemble des actions ayant dû être réalisées de façon urgentes et prioritaires, en plus de la planification annuelle établie, nous soulignons les efforts déployés par les membres du personnel afin d'assurer la santé et la sécurité tant des travailleurs que des usagers.

Également, nous remercions les membres du personnel ainsi que les divers conseils ou comités en vigueur dans l'établissement qui participent, de façon active, aux diverses consultations et travaux visant à faire évoluer les pratiques et qui assurent, par le fait même, la pérennité de l'organisation.

Finalement, à tous ceux et celles qui ont vu souligner leurs nombreuses années de service dans l'organisation ainsi qu'aux personnes qui ont pris leur retraite :
MILLE MERCI!

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

TABLE DES MATIÈRES

ARTICLE 1	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	500
ARTICLE 2	DEVOIRS ET OBLIGATIONS.....	500
ARTICLE 3	IDENTIFICATION DES SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS	51
ARTICLE 4	CADEAUX, RÉCOMPENSES, RÉMUNÉRATION DES PERSONNES.....	52
ARTICLE 5	DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT.....	52
ARTICLE 6	PROCÉDURE D'ENQUÊTE ET SANCTIONS.....	54
ARTICLE 7	ENQUÊTE ET IMMUNITÉ	55
ARTICLE 8	PUBLICITÉ DU CODE	55
ARTICLE 9	ENTRÉE EN VIGUEUR.....	55
ANNEXE 1	56
ANNEXE 2	57
ANNEXE 3	58

ARTICLE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

ARTICLE 2 DEVOIRS ET OBLIGATIONS

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

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

ARTICLE 3 IDENTIFICATION DES SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 3.1** Le membre du conseil d'administration évite toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.
- 3.2** Lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son intégrité ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, le membre de conseil déclare cette situation et s'abstient de participer aux délibérations et aux décisions sur l'objet en cause.

- 3.3** 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 pour le bénéfice de l'établissement.

- 4.2** Le membre de conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne, pour son intérêt directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- 4.3** De même, il ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à un autre membre du conseil, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- 4.4** Le membre de conseil d'administration ne peut recevoir aucune rémunération ou avantage direct ou indirect pour l'exercice de sa charge à l'exclusion de celle déterminée par la loi et les règlements.
- 4.5** Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi et les règlements.
- 4.6** Le membre de conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu. Par ailleurs, le legs ou la donation faite par une personne, au moment où elle reçoit des services de l'établissement, à un membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche parent du donateur est nulle et sans effet.

ARTICLE 5 DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

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

ARTICLE 6 PROCÉDURE D'ENQUÊTE ET SANCTIONS

- 6.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévus dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une sanction.
- 6.2** Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration. Il précise alors le ou les motifs de sa dénonciation, par écrit.
- 6.3** Le président ou le vice-président désigne alors trois administrateurs chargés de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportement susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie et en informe le membre concerné.
- 6.4** Les règles de fonctionnement applicables à ce comité, sont celles prévues à la section VIII du règlement #1 sur la régie interne du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean.
- 6.5** Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas tenter de communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 6.6** Le comité doit faire enquête et soumettre son rapport au président ou au vice-président dans les trente jours de la demande.
- 6.7** Dans le cadre de son enquête, le comité avise l'administrateur des manquements reprochés et le réfère aux dispositions législatives ou réglementaires ou celles du présent code d'éthique et de déontologie alléguées.
- 6.8** Le comité informe l'administrateur qu'il peut, dans les vingt jours, fournir par écrit ses informations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
- 6.9** Cette sanction peut être une réprimande, une suspension, une révocation, un recours en déchéance de charges ou toute autre sanction jugée appropriée selon la gravité et la nature de la dérogation.

6.10 L'administrateur peut se faire entendre et faire des représentations avant que le conseil d'administration ne prenne sa décision. Cependant, il ne peut assister à la séance lorsque le conseil d'administration discute ou décide des mesures à prendre. Tout recours en déchéance de charges ne peut être intenté que par l'Agence régionale intéressée, par l'établissement, ou par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

6.11 Toute sanction prise par le conseil d'administration doit être communiquée par écrit aux membres du conseil d'administration concernés.

ARTICLE 7 ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

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

ARTICLE 8 PUBLICITÉ DU CODE

8.1 L'établissement remet à chaque administrateur un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

8.2 Chaque membre confirme par écrit qu'il a pris connaissance du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration et s'engage à s'y conformer.

8.3 L'établissement publie, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et le remet à toute personne qui en fait la demande.

8.4 Le rapport annuel doit, en outre, faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leurs décisions et des sanctions imposées ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

ARTICLE 9 ENTRÉE EN VIGUEUR

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

ANNEXE 1

ENGAGEMENT PERSONNEL

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

Signature

Date

ANNEXE 2

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS D'UN ADMINISTRATEUR

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

déclare les intérêts suivants :

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

nommez les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées

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

nommez les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernées

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, quoique ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge à titre de membre d'un comité constitué en vue d'étudier une allégation de non respect du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Signature

Date