

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec

Québec



CENTRE
DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE
DOMRÉMY-DE-LA-MAURICIE
CENTRE-DU-QUÉBEC



Rapport annuel de gestion

2014-2015



*Des services de réadaptation en dépendance
dans la communauté*



*Le courage est cette qualité supérieure qui nous permet
de faire face d'un cœur égal aux multiples désagréments de la vie.
Aller de l'avant, ne jamais reculer devant les difficultés,
voilà le courage véritable.
(Sangaré Oumar)*



CONCEPTION ET MISE EN PAGE
FRANCINE LEBLANC

VERSION ÉLECTRONIQUE DISPONIBLE À L'ADRESSE SUIVANTE :
WWW.CIUSSMCQ.CA (SERVICES RÉGIONAUX/PUBLICATIONS/RAPPORT ANNUEL)



Déclaration de fiabilité



À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec :

- ✓ décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- ✓ présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- ✓ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Martin Beaumont
Président-directeur général



Message du président-directeur général	5
Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale	6
Notre mission et notre vision	8
Nos valeurs	9
Organigramme	10
Équipe de gestion	11
Faits saillants	12
Activités de l'établissement	15
Caractéristiques de la clientèle	19
Services avec hébergement	21
Services externes	22
Données statistiques sur la clientèle	23
Services à la jeunesse	24
Services aux femmes enceintes et parents consommateurs	25
Services de traitement de la dépendance aux opiacés	27
Services aux personnes de l'entourage	28
Jeu pathologique	29
Programme d'évaluation pour les personnes à risque de conduite avec capacités affaiblies	30
Troubles concomitants et services psychologiques	31
Qualité des services	32
Formation et recherche	33
Examen des plaintes et promotion des droits	34
Les ressources humaines de l'établissement	36
Rapport de la direction	40
Rapport de l'auditeur indépendant	41
Rapports financiers	44
Conseil d'administration	49
Comité d'audit	50
Comité sur la gouvernance et l'éthique	51
Comité de vigilance et de la qualité	52
Comité de gestion des risques et de la qualité	53
Conseil multidisciplinaire	54
Conseil des infirmières et infirmiers	56
Comité des usagers	57
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CRD Domrémey MCQ	58
Nos services à votre portée	61

*Dans le but d'alléger le texte, lorsque le contexte de rédaction l'exige,
le genre masculin est utilisé à titre d'épicène.*



À titre de président-directeur général du nouveau Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, je désire souligner l'excellent travail de gestion et de collaboration réalisé par les dirigeants des douze établissements de la région. Je tiens à remercier chaleureusement les membres bénévoles des conseils d'administration dont l'engagement soutenu au fil des ans a permis d'assurer une gouvernance de qualité nous permettant aujourd'hui de compter sur un réseau en santé.

Vous trouverez, dans ce dernier rapport annuel de gestion du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec, un portrait très intéressant de leurs principales réalisations pour l'année 2014-2015 et je vous invite à en prendre connaissance avec attention.

Je profite de cette publication pour remercier également tous les directeurs généraux et leurs équipes de direction, les gestionnaires, les médecins, les bénévoles, les organismes communautaires et les partenaires du réseau pour les efforts consacrés au mieux-être des citoyens de la région. Je tiens à transmettre ma reconnaissance à tous les employés pour leur engagement et leur professionnalisme dans les services et les soins offerts à la population. Votre contribution à la vitalité du réseau de la santé et des services sociaux est méritoire.

Le 7 février dernier, l'adoption de la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » a profondément modifié l'organisation du réseau régional. Afin d'assurer le succès de la mise en place de notre nouvel établissement, nous avons retenu les valeurs qui faisaient consensus au sein des différentes organisations de la région comme fondement de notre action. C'est sur cette base que nous mettrons en œuvre notre vision, soit de *créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.*

Encore merci à tous et poursuivons notre collaboration active dans le nouveau CIUSSS!

Martin Beaumont
Président-directeur général

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale



*Philippe Malchelosse
Président*

Le président du conseil d'administration et la directrice générale sont fiers de vous présenter le dernier bilan sous sa forme actuelle pour le CDR Domrémey MCQ. Ce bilan se veut le reflet d'une organisation où l'assise de ses réalisations et de ses succès n'a été possible qu'avec un travail d'équipe où la synergie trouve sa force dans l'innovation et la créativité. Notre organisation a développé au fil des dernières années une culture de la mesure permettant de suivre l'évolution des progrès en continue et d'adapter l'offre de service aux besoins de notre clientèle. Vous trouverez dans ce



*Nathalie Magnan
Directrice générale*

rapport annuel le niveau de fréquentation de la clientèle en regard de notre offre de service, le suivi du plan d'amélioration du Conseil québécois d'agrément, le suivi des orientations stratégiques de même que nos activités de partenariat.

L'année 2014-2015 a été teintée du projet de loi numéro 10, adopté en février dernier, visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Cette réorganisation se veut la continuité de celle initiée en 2004-2005 avec l'abolition des projets de loi 25 et 83, qui visaient à créer des réseaux locaux de services (RLS) dans chaque région sociosanitaire et à fusionner des établissements en centre de santé et de services sociaux (CSSS) en leur conférant une responsabilité populationnelle.

La réorganisation de notre système de santé va maintenant plus loin en fusionnant tous les établissements de santé et de services sociaux en un seul par région. Nous retrouverons des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Cette réorganisation est l'une des mesures prévues par le gouvernement en matière d'accessibilité aux services et sera une occasion d'harmoniser les pratiques tout en assurant une meilleure fluidité des services offerts à notre population. La Mauricie et le Centre-du-Québec aura, de par sa mission universitaire, un centre intégré universitaire en santé et services sociaux (CIUSSS) (Re : Au fil de la Réorganisation volume 1, numéro 1). Tout le personnel du CRD Domrémey s'inscrit assurément dans cette réorganisation visant l'amélioration des services à la clientèle.

Par ailleurs, c'est au printemps 2014 que s'est amorcée la démarche de planification stratégique 2015-2020 avec le conseil d'administration et le comité de gestion. Ces travaux se sont poursuivis jusqu'à l'automne et ont permis de dégager les cinq grandes orientations stratégiques de l'établissement pour les cinq prochaines années : accessibilité, intensifier les services, assurer une prestation sécuritaire de services, être un employeur recherché et bâtir une culture de la performance pour ainsi appeler notre document « **Se distinguer et innover : un projet de qualité et de performance** ». Sachant que le projet de loi 10 serait fort possiblement adopté à l'hiver, nous avons tout de même poursuivi nos efforts en mobilisant tous les employés de notre organisation à l'atteinte des orientations et des objectifs organisationnels. Forte de leur engagement, chaque équipe a développé son plan d'action avec des pistes d'amélioration et a émis des indicateurs mesurables afin de suivre la progression des actions en continue.

De plus, en regard du maintien de la certification « Entreprise en santé », un deuxième audit a été effectué en mars 2015 par les responsables du bureau de normalisation du Québec (BNQ). Rappelons-nous que l'objectif est de déterminer la conformité des processus de prévention, de promotion et des pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail en regard des exigences de la norme BNQ. Les responsables du BNQ ont une fois de plus souligné l'excellent travail réalisé par les équipes de Domrémy. Il est à noter que nous avons encore cette année sept points forts et une seule opportunité d'amélioration.

Tout au long de cette année nous avons aussi poursuivi notre travail en regard de la nouvelle démarche d'agrément. Le sondage sur la satisfaction de la clientèle a démontré trois zones d'excellence : la relation avec le client, la prestation professionnelle et l'organisation des services. Le sondage sur la mobilisation du personnel a obtenu des résultats satisfaisants. Par contre, le CQA a rencontré certaines difficultés informatiques liées au nouveau portail et au respect des échéanciers en regard des questions « guides », ce qui a entraîné des retards dans notre calendrier de réalisation. Nous avons donc convenu d'un nouveau calendrier avec les responsables du CQA et nous accueillerons l'équipe visiteuse à la fin octobre 2015. Il est à noter que certains processus ne seront pas évalués en regard de la loi 10 qui influence de façon importante cette démarche d'agrément.

En conclusion, tous les membres du personnel et la direction du CRD Domrémy MCQ veulent profondément remercier le fondateur de Domrémy, monsieur Léo Lafrenière qui, en 1958, a entrepris d'aider les personnes aux prises avec des problèmes d'alcool. Sa mission s'est perpétuée et développée au fil des 57 dernières années pour devenir une organisation de qualité, axée sur l'amélioration continue des services. Domrémy compte plus d'une centaine d'employés et gestionnaires très fortement engagés auprès de notre clientèle. Nous poursuivrons assidûment notre mission à l'intérieur du centre intégré universitaire de santé et des services sociaux avec autant d'engagement et d'entraide pour la clientèle dépendante.

Un grand merci à tous !

« C'est avec beaucoup d'émotion que tous les membres du conseil d'administration et la direction générale ont tenu la dernière séance du conseil le 18 mars dernier. Je me dois de souligner, pour tous les membres de ce conseil d'administration, leur dévouement, leur niveau d'engagement remarquable et l'implication constants à l'égard de Domrémy MCQ. Des personnes qui, bénévolement, ont à cœur notre mission en dépendance et qui s'investissent afin de s'assurer que notre organisation soit dirigée dans une philosophie de saine gestion et ce, à tous les niveaux. Ils ont porté une extrême vigilance sur la qualité, l'accessibilité et la continuité des services pour une clientèle vulnérable en si grand besoin. Ce fut pour moi un privilège et un honneur de les côtoyer et c'est avec une grande fierté que j'ai dirigé cet établissement où le désir d'entraide pour cette clientèle vulnérable est de toute première importance dans le cœur de tout un chacun. Soyez assuré que je garderai en mémoire ces précieux souvenirs de cette belle et grande organisation. Je saisis aussi cette opportunité pour remercier chaleureusement monsieur Malchelosse, notre président, pour son grand soutien et sa généreuse collaboration dans les dossiers plus exigeants. Il va sans dire que sa contribution à titre de président a été grandement appréciée de tous les administrateurs. »

Nathalie Magnan, directrice générale



Notre mission

La mission du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec consiste à offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes toxicomanes ou à haut risque de toxicomanie, dans l'ensemble de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, en continuité et en complémentarité avec les partenaires concernés. L'offre de service s'étend à l'entourage des personnes directement touchées.

L'établissement a aussi le mandat de traiter les personnes ayant des problèmes de dépendance au jeu et d'offrir des services à leur entourage.

Mandat spécifique

Par contrat de service, le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec répond aussi à un mandat spécifique qui nous est confié par la Société de l'assurance automobile du Québec, dans le cadre du Code de la sécurité routière. À la demande de la Société et dans le cas d'un conducteur avec capacités affaiblies, une évaluation est produite afin d'établir à la satisfaction de la Société, la compatibilité du comportement relativement à la consommation d'alcool ou de drogue avec la conduite d'un véhicule routier.

Vision

Le Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec est une organisation humaine, performante, offrant des services spécialisés à valeur ajoutée, capable de répondre aux besoins qui se présentent et à mettre son expertise au service des personnes, de leur entourage et des partenaires. Le respect et la bienveillance sont au cœur de ses valeurs et décisions, témoignant d'une réelle considération pour les personnes.

L'organisation compte sur des ressources humaines engagées, possédant un fort sentiment d'appartenance et qui renouvellent constamment leur haut niveau d'expertise. L'établissement assure un leadership clinique. Il est un partenaire de choix, un allié dynamique qui consolide le réseau régional, et un employeur recherché qui investit dans le développement et le mieux-être de ses ressources.



Les valeurs organisationnelles orientent nos choix et guident nos actions.

Elles sont étroitement associées à la mission et à la vision de l'organisation.

Elles constituent des assises qui doivent être incarnées au quotidien par tout le personnel.

Elles s'appliquent autant dans les relations avec les usagers, entre les membres du personnel et avec les cadres, qu'avec les partenaires avec qui nous collaborons.

Elles indiquent ce qu'il faut faire pour bien faire.

Bienveillance

La bienveillance est une disposition positive à aider autrui. Elle exprime un désir de « faire le bien » et de faire preuve d'indulgence. La bienveillance témoigne d'un souci de l'autre et d'une attitude de considération profonde.

Respect

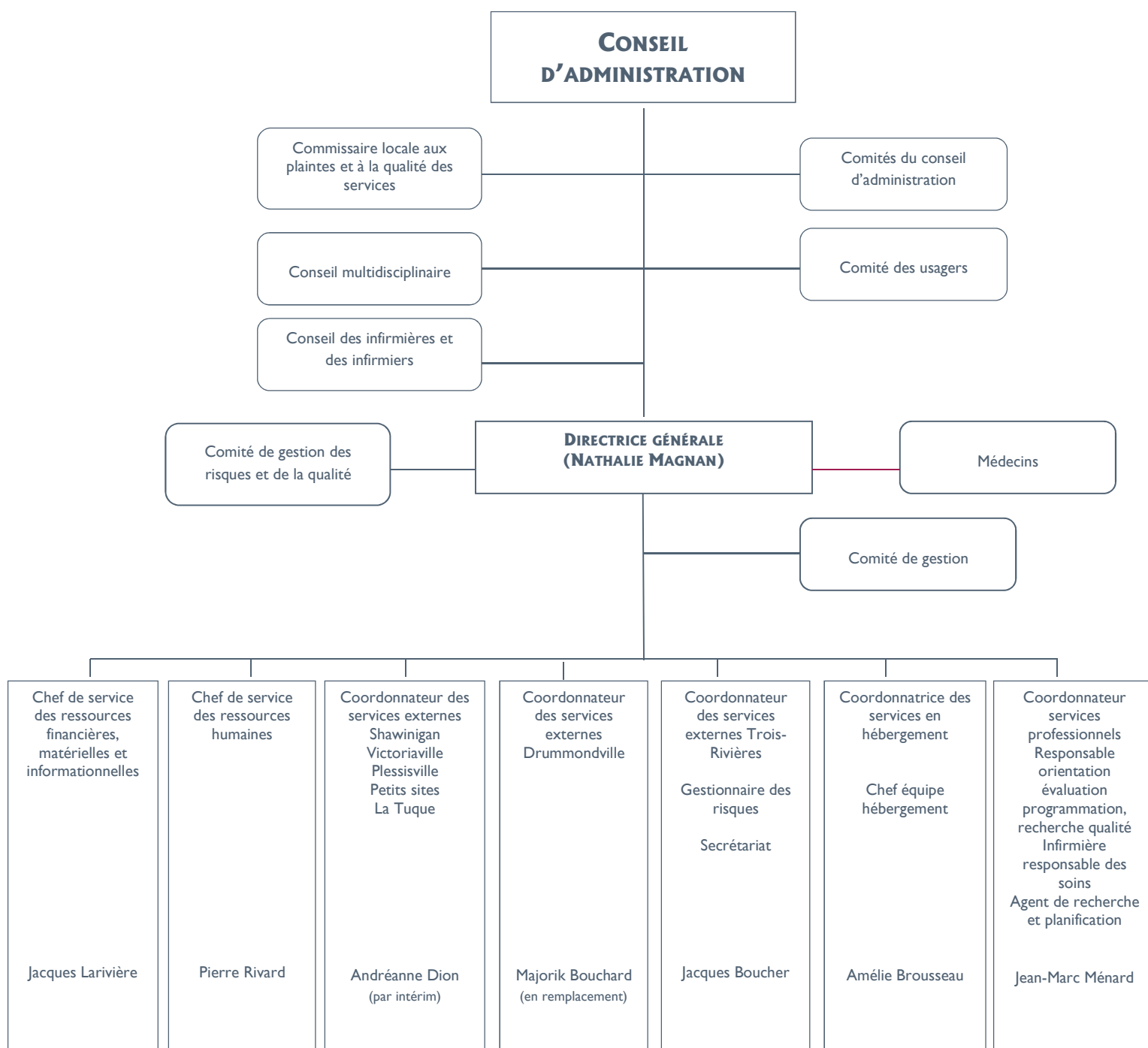
Le respect s'exprime dans notre capacité d'accueillir l'autre avec ouverture, empathie et sans jugement. La personne est considérée sous l'angle de ses forces et capacités. Le respect implique une acceptation de la différence et du rythme de chacun. Il requiert également de porter un second regard sur les situations dans le but d'éviter de heurter inutilement.

Efficience

L'efficience vise la meilleure utilisation possible des ressources mises à la disposition de l'organisation. Elle touche les ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et intellectuelles (la connaissance). L'efficience nécessite de se donner des outils de mesure et des indicateurs de suivi pertinents et utiles à la prise de décision. Elle implique également la recherche de la plus haute valeur ajoutée dans les services aux usagers.

Engagement

L'engagement s'exprime par la contribution de tous à la réalisation de la mission et à l'atteinte des objectifs de l'organisation. L'engagement implique aussi la recherche constante de s'améliorer et vise à assurer la qualité et la performance dans la prestation de services.





*Nathalie Magnan,
directrice générale*



*Amélie Brousseau,
Coordonnatrice hébergement*



*Andréanne Dion, coordonnatrice en
remplacement, Shawinigan, Victoriaville,
Plessisville, La Tuque, Petits sites*



*Jean-Marc Ménard, coordonnateur
services professionnels*



*Jacques Boucher, coordonnateur
Trois-Rivières*



*Majorik Bouchard, coordonnateur
par intérim, Drummondville*



*Pierre Rivard, chef de service des
ressources humaines*



*Jacques Larivière, chef ressources financières,
matérielles et informationnelles*



Nous avons poursuivi et complété la démarche de planification stratégique pour laquelle les employés ont été consultés. Cinq orientations stratégiques ont été retenues à lumière des enjeux et défis identifiés : accessibilité, intensifier les services, assurer une prestation sécuritaire des services, être un employeur recherché et bâtir une culture de la performance. Le document produit se veut le reflet d'une organisation humaine, performante, offrant des services de haute qualité et capable de répondre aux besoins de la personne aux prises avec des problèmes graves de dépendance. « Se distinguer et innover : un projet de qualité et de performance » est le document de travail auquel chaque équipe collabore à l'atteinte des objectifs organisationnels. Celui-ci est basé sur une culture de mesure nous permettant de suivre les progrès attendus.

Planification stratégique

Monsieur Daniel Thibeault a quitté ses fonctions en février dernier et a été remplacé par monsieur Robert Milette à la présidence. Ce dernier se dit fier et très heureux de reprendre le flambeau d'un comité des usagers aussi actif et engagé que celui-ci. Nous tenons à remercier monsieur Thibeault pour son engagement au cours de la dernière année et lui souhaitons bonne continuité comme membre de ce comité.

Comité des usagers : nouveau président

Le 27 mars dernier, monsieur Jacques Larivière, chef des ressources financières, matérielles et informationnelles, a quitté pour une préretraite en regard des modalités reliées à la loi 10. L'abolition de certains postes, dont ceux dans les secteurs administratifs, pouvait permettre aux personnes concernées par ces compressions de choisir le remplacement ou le départ volontaire. Nous souhaitons une heureuse retraite à monsieur Larivière.

Départ du chef des RFMI

Tout au cours de l'année, l'équipe de gestion a poursuivi les travaux en vue de la venue de l'équipe visiteuse prévue pour octobre 2015. Les sondages sur la satisfaction de la clientèle démontrent un taux de satisfaction jamais vu dans l'histoire du CRD Domrémy MCQ. En comparaison à d'autres CRD de la province, nous obtenons des cotes d'excellence (4) sur les trois indicateurs de qualité du CQA soit la relation avec le client, la prestation professionnelle et l'organisation des services.

Démarche d'agrément

En mars dernier, avait lieu notre 2^e audit de maintien. Au terme de cette journée d'observation, l'auditrice a émis des commentaires résultant de son analyse, dont nos points forts tels la grande participation des gestionnaires dans la démarche, la connaissance de l'ensemble des employés de la démarche Entreprise en santé, la composition variée et complète du comité PDRH/SME, la qualité des documents de référence présentés, des canaux de communication efficaces et l'adéquation entre les objectifs inscrits dans le plan de mise en œuvre et les éléments relevés lors des groupes de discussion.

*Entreprise en santé
2^e audit de
maintien*

À la suite de l'expérimentation d'un projet pilote permettant à une intervenante du CRD Domrémy MCQ de se rendre dans la communauté autochtone pour y rencontrer des usagers, et témoin de la progression constante des demandes, le comité de gestion a décidé de revoir son organisation des services afin d'offrir ce service de façon permanente. Le projet périnatalité ayant aussi obtenu de très bons résultats, nous sommes tous d'avis que ce projet de partenariat répond de façon importante aux besoins des personnes là où elles se trouvent.

*Communauté
autochtone*

Un projet pilote a vu le jour grâce à l'octroi d'une subvention de l'Agence de santé et des services sociaux MCQ. Ce projet avait pour but de rejoindre davantage d'usagers aux prises avec des problèmes de jeu pathologique. Une tournée régionale a été réalisée et 81 entreprises ont reçu, en personne, de la documentation sur le jeu et les services du CRD Domrémy. Une mise à jour de l'utilisation de la grille de détection du jeu fut donnée à 65 intervenants de première ligne. Des outils complémentaires ont été remis à tous. 835 personnes (intervenants, étudiants, organismes communautaires, usagers, etc.) ont été rencontrées pour une formation sur le jeu compulsif.

Sur notre site web, les gens ont accès à un onglet « *Des questions sur le jeu compulsif* » à partir duquel ils peuvent poser des questions à un intervenant concernant cette problématique. Toute personne aux prises avec des questionnements peut demander différentes informations et recevoir dans un court délai des réponses à ses questions et ce, dans la plus stricte confidentialité.

Jeu pathologique

À la fin août 2014, le Dr Jean-François Turmel s'est joint à l'équipe médicale pour les sites de Shawinigan et La Tuque. Ce médecin assure les suivis de la clientèle méthadone pour les territoires de Shawinigan et La Tuque et fera également les suivis médicaux pour la clientèle de La Tuque.

*Recrutement
médical*

C'est avec beaucoup d'émotion que tous les membres du conseil d'administration et la direction générale ont tenu leur dernière séance le 18 mars dernier après plus de 57 ans d'existence. Le travail exceptionnel réalisé par les administrateurs mérite d'être souligné. Nous avons eu la chance d'avoir à notre conseil des gens de qualité et de différents talents représentant fièrement la population de notre région. Tout le personnel et les gestionnaires se joignent à moi pour remercier chaleureusement tous ces gens dont le dévouement et l'engagement ont permis à notre organisation de maintenir un haut niveau d'exigence et de saine gestion. Ce fut pour moi un privilège et un honneur de les côtoyer et c'est avec une grande fierté que j'ai dirigé ce bel et grand établissement d'envergure.

*Merci à nos
administrateurs*



Conseil d'administration

1^{ère} rangée, de gauche à droite : Johanne Fortin, Guylaine Gervais, Natacha Brunelle, Nathalie Magnan, Philippe Malchelosse, Francine Leblanc, Annie Bournival. 2^e rangée, de gauche à droite : Christine Laliberté, François Gallant, Marie-Ève Rousseau, Paul Cloutier, Louise Luneau, Robert Levasseur, Marc Fournier, David Laplante et Daniel Thibeault.



Objectifs

Pour l'année 2014-2015, l'établissement a poursuivi ses objectifs en regard de ses orientations stratégiques, de son Plan d'amélioration 2012-2015 et des cibles que l'on retrouve dans l'entente de gestion. Pour chacun, nous présentons les résultats obtenus de ce qui était planifié au présent exercice. Le 1^{er} cycle se termine en septembre 2015.

LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

PRIORITÉ	OBJECTIFS 2014-2015	INDICATEURS 2014-2015	RÉSULTAT
Offrir une rapidité d'accès et une proximité accrue, particulièrement pour les personnes et les communautés vulnérables.	Augmenter la proportion des clientèles prioritaires qui accède au suivi de réadaptation avec son intervenant dans un délai maximal de 45 jours.	30% des usagers jugés prioritaires lors de la prise de décision (adolescents, risque de suicide, risque de sevrage, femmes enceintes et parents d'enfant 0-5 ans) à la demande de services, auront un plan d'intervention produit dans un délai maximal de 45 jours.	42% Résultat atteint
Intensifier les services de façon à obtenir une plus grande rétention en traitement.	Augmenter la proportion d'usagers admis qui terminent leur séjour en hébergement.	71% des usagers qui débutent un stage en hébergement le complèteront (21 jours).	63% En voie d'être atteint
	Augmenter la proportion d'usagers admis qui poursuivent leur traitement au sein des services externes de Domrémy.	86% des usagers qui quittent l'hébergement poursuivent leur démarche en externe en assistant à une rencontre de thérapie ou de révision du plan d'intervention.	73% En voie d'être atteint
	Augmenter le temps travaillé investi en services directs à la clientèle.	51% du temps travaillé au sein des services externes est consacré à des services directs à la clientèle en traitement.	47% En voie d'être atteint
Intégrer la prestation sécuritaire des services à l'ensemble des activités et des secteurs.	Accroître la connaissance du personnel à l'égard des risques et des moyens pour les prévenir, dans le cadre d'une prestation sécuritaire des services.	80% des employés sont en mesure d'identifier les différents risques et les moyens pour les prévenir.	Sondage prévu en mars et septembre 2015
	Diminuer les incidents/accidents en hébergement associés aux chutes et aux erreurs de médicaments, en fonction du taux d'occupation.	Baisse de 15% des accidents/ incidents associés aux chutes et erreurs de médicaments en hébergement en fonction du taux d'occupation.	16 de P6 à P11 en 2014-2015 pour un taux d'occupation de 91%; à taux d'occupation égal, il s'agit d'une baisse de 20% Résultat atteint
Être une organisation recherchée pour ses pratiques novatrices, valorisantes, à dimension humaine.	Accroître la connaissance des innovations et des bons coups au sein de l'établissement.	100% de l'ensemble du personnel connaît les bons coups et les pratiques novatrices réalisés par les équipes au sein de l'établissement.	Sondage prévu en mars et septembre 2015
Bâtir une culture de performance fondée sur l'innovation, un leadership mobilisateur, la mesure, et l'utilisation optimale des ressources.	Formaliser le processus de planification afin de mettre à contribution l'ensemble de l'organisation dans une approche de participation active.	100% des équipes se sont donné un plan d'action pour atteindre les objectifs organisationnels.	100% des équipes se sont donné un plan d'action pour atteindre les objectifs organisationnels Résultat atteint

LE PLAN D'AMÉLIORATION 2012-2015

CIBLE VISÉE	INDICATEURS	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Améliorer la continuité et la complémentarité de nos services offerts par les partenaires.	Augmentation de 5% des PSII et de 5% des références bidirectionnelles.	Croissance de 61% des PSII et croissance de 13% des références bidirectionnelles.	Cibles atteintes.
Rehausser la qualité de la communication au sein de l'organisation et mettre à jour les documents soutenant la réalisation de cet objectif.	Révision complète de la Politique sur la communication au sein de l'établissement.	Politique déposée au comité de gestion en novembre 2014 et diffusée auprès des équipes de novembre 2014 à janvier 2015.	Cible atteinte. De plus, augmentation du nombre de tournées effectuées par la directrice générale. Point statutaire aux rencontres d'équipe (circulation de l'information).
	Plan stratégique interne et externe de communication.	Dépôt du plan de communication.	En voie de réalisation. Sera diffusé avant l'été 2015 auprès des équipes.
Augmentation des activités de groupe au sein des services externes.	Augmentation de 25% pour juin 2015.	30% en mars 2015.	Cible atteinte.
Rehaussement de la présence d'un membre de l'entourage dans le cadre de rencontres avec des personnes de soutien.	Augmentation de 15% des rencontres impliquant un membre de l'entourage.	15% en mars 2015	Cible atteinte.
Déploiement du GAIN (outil d'évaluation).	55 intervenants seront certifiés.	33 intervenants ont été formés.	Cible atteinte à 60%.
Diffusion des mesures identifiées découlant du plan directeur sur la sécurité des actifs informationnels.	80% du personnel connaît les mesures du plan sur la sécurité des actifs informationnels.	Diffusion effectuée auprès des équipes en février 2015.	Résultats des sondages à venir.

ENTENTE DE GESTION 2014-2015

ENGAGEMENTS	RÉSULTATS ET COMMENTAIRES
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation en dépendance dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	La cible était fixée à 80% et nous avons terminé à 93% au 31 mars 2015.
Équilibre budgétaire.	L'équilibre budgétaire a été respecté. Des tableaux de bord de gestion assurent un suivi rigoureux des dépenses de l'organisation.
Respect du ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées et convenues dans l'entente de gestion.	La cible était fixée à 5,5%; nous avons terminé l'année avec un taux de 4,5%.
Obtention de l'accréditation par un programme visant l'amélioration du climat de travail de type « <i>Entreprise en Santé</i> » d'ici le 31 mars 2015.	Obtention de notre certification Entreprise en santé en février 2013. En mars 2015 nous avons complété notre 2 ^e audit de maintien de la certification « <i>Entreprise en Santé</i> ».
Accroître la proportion des employés du réseau bénéficiant d'un processus d'appréciation de leur contribution, inspiré du cadre de référence régional.	La cible était fixée à 75% et nous avons terminé au 31 mars 2015 avec 68%.

PARTENARIAT

Notre projet itinérance, qui consiste à cibler les personnes en rupture sociale afin de leur offrir des services qui sont adaptés à leurs besoins et à leurs capacités, s'est poursuivi pour une autre année. Ce projet regroupe plusieurs partenaires dont un travailleur de rue de Point de Rue, une éducatrice spécialisée de l'hébergement d'urgence Le Havre, un travailleur social du CSSST et un infirmier du CRD Domrémy MCQ. La principale force de cette équipe réside dans son approche interdisciplinaire offrant ainsi un service élargi pour les personnes rejointes.

Dans le cadre de son activité annuelle de la Journée des partenaires, le CRD Domrémy MCQ s'est associé à l'Institut universitaire de santé mentale Douglas, à l'Université de Sherbrooke, au Centre de recherche du CHUM et à COSMO pour y présenter une journée dont le thème était « *Cocaïne, santé mentale et prise de risque : portrait de la situation et pistes pour l'intervention* ». Cet événement visait le transfert de connaissances dans le cadre du projet COSMO, dirigé par les Dres Élise Roy et Julie Bruneau, équipe de recherche émergente sur le développement d'approches novatrices de prévention du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de cocaïne souffrant de problèmes de santé mentale.

Projet de cointervention, en collaboration avec le CSSS de l'Énergie, sur les troubles concomitants et qui consiste à coanimer des groupes d'usagers atteints de troubles concomitants et traités dans les unités de soins de longue durée et du médico-légal.

Poursuite du projet de l'équipe de proximité sur le territoire de Drummondville qui regroupe différents partenaires et dont l'objectif est de rejoindre la clientèle dans son milieu afin de faciliter l'accès aux services pour une clientèle vulnérable.

Notre collaboration avec le Centre jeunesse MCQ se poursuit afin d'offrir une intervention clinique en dépendance auprès des jeunes qui résident aux centres de réadaptation Bourgeois et Laforest.

Poursuite du projet 6-12 ans, en collaboration avec le Centre jeunesse MCQ et le Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières. Ce projet vise à offrir des services aux familles dont au moins un parent présente ou a présenté une problématique de dépendance à l'alcool, aux drogues ou au jeu.

Un projet « Rejoindre les joueurs et joueuses compulsifs en Mauricie et au Centre-du-Québec : une problématique à explorer » a été réalisé du 29 septembre 2014 au 31 mars 2015. Dans le but de rejoindre un plus grand nombre de joueurs et leurs familles, différentes modalités ont été mises en place. De nombreuses sensibilisations et formations ont été offertes à nos partenaires et une tournée régionale a permis de rencontrer des représentants de 81 entreprises pour leur remettre de la documentation sur le jeu et sur les services offerts au CRD Domrémy MCQ.

Consolidation de notre offre de service afin de poursuivre la collaboration avec le Centre de santé de Wemotaci du conseil des Atikamekw qui permet à une intervenante du CRD Domrémy MCQ de se rendre dans la communauté autochtone pour y rencontrer des usagers. On observe une progression constante dans les demandes et une rétention au niveau du traitement. Un projet de périnatalité se poursuit auprès de cette communauté. Ce projet rejoint les gens là où ils se trouvent.



La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec s'étend sur une superficie de 45 000 Km². Elle est composée de 11 municipalités régionales de comté qui regroupent au total 131 municipalités. La région comptait 501 352 habitants en 2013, presque en totalité francophones, vivant en milieu urbain, semi-urbain et rural. La plus grande partie de la population se concentre autour de quatre pôles urbains : Trois-Rivières, Shawinigan, Drummondville et Victoriaville. Près de 15% des personnes vivent seules. C'est près du tiers pour les personnes de 65 ans et plus qui représentent 19,9% de la population en comparaison à 16,7% pour l'ensemble du Québec. À l'exception de la région de Drummond, on note un faible taux d'accroissement de la population. Le taux de chômage est de 9% en comparaison à 8% pour le Québec en juin 2013. Un niveau de détresse psychologique élevé est observé chez 20% de la population de 15 ans et plus en comparaison à 22% pour le reste du Québec (ESPQ, 2008).

La consommation d'alcool est le cinquième facteur de risque de décès prématuré et d'incapacité dans le monde selon l'OMS et le principal facteur de risque de morbidité en Amérique (ISQ 2011). La proportion de buveurs réguliers de 12 ans et plus (consommer au moins une fois par mois au cours de la dernière année) dans la région est estimée à 72% en 2009-2010 (ESCC 2009-2010) en comparaison à 69% pour le Québec. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer régulièrement et de façon excessive (boire 5 consommations ou plus au moins 12 fois au cours de la dernière année) et ce sont les 18 à 24 ans qui présentent la plus grande proportion de consommateurs réguliers (83%) et de consommateurs excessifs (40%) au Québec. La consommation excessive d'alcool s'est accentuée au fil des années. Elle est passée de 15% en 2000-2001 à 18% en 2009-2010. La proportion de buveurs excessifs pour la région est estimée à 19,2% en 2009-2010. En 2005-2006, 29% des enfants de six mois nés dans la région ont été exposés à l'alcool durant la grossesse en comparaison à 34% pour l'ensemble du Québec (EAMQ). Chez les élèves du secondaire, 67% d'entre eux rapportent avoir consommé de l'alcool en comparaison à 59% pour l'ensemble du Québec. Fait encourageant, la consommation excessive et répétitive d'alcool chez les élèves du secondaire dans la région est légèrement en recul entre 2003 et 2007 (24% à 19,5%). Globalement, on estime la prévalence de la dépendance à l'alcool dans la population générale du Québec au cours des 12 derniers mois à 1,8%, ce qui représenterait 8969 personnes en Mauricie et au Centre-du-Québec. C'est 2,7% chez les hommes et 5,4% chez les 15 à 24 ans (ESCC, cycle 1.2, 2002; Kairouz et al. 2008).

La consommation de drogue pour sa part est moins répandue. Elle est néanmoins souvent associée à des problèmes sociaux et des problèmes de santé. En 2008 (EQSP, Pépin, ASSSM, 2012), 16% des hommes et 7% des femmes de 15 ans et plus dans la région disent avoir consommé des drogues au cours de la dernière année en comparaison à 17% des hommes et 9% des femmes au Québec. Le cannabis demeure la substance la plus consommée. Les amphétamines, la cocaïne, l'ecstasy et les hallucinogènes se retrouvent avec une prévalence de consommateurs actuels dans la région similaire (environ 1%) à l'ensemble du Québec. La proportion de consommateurs actuels de drogues dans la région diminue avec l'âge pour passer de 30% à 15-24 ans à moins de 1% pour les 65 ans et plus. Les personnes les moins favorisées économiquement, de même que celles se situant au niveau élevé de détresse psychologique, sont plus nombreuses à consommer des drogues au cours des douze derniers mois que le reste de la population (17% vs 10%). De façon générale, la plupart des réseaux locaux de services ne se démarquent pas de façon significative des autres territoires au plan de la consommation des drogues. Chez les élèves du secondaire, la proportion de consommateurs de drogue est en baisse depuis le début des années 2000. Dans la région, en 2003, 45% des élèves du secondaire avaient révélé avoir consommé une drogue au cours de la dernière année en comparaison à 30% en 2007 et 26% en 2010-2011. Selon l'indice Dep-Ado, près de 6% des élèves du secondaire de la région en 2010-2011 présenteraient un problème important de consommation de substances psychoactives (feux rouges) et à peu près autant (4,5%) ont un problème en émergence (feux jaunes).

¹ Selon les données les plus récentes disponibles et fournies par l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Au niveau des conduites de jeux de hasard et d'argent, 2,4% des personnes de 12 ans et plus seraient à risque de dépendance au jeu en 2007-2008 au Québec, en comparaison à 2,5% pour les gens de la région. On retrouverait 1,2% de joueurs à risque faible, 0,9% de joueurs à risque moyen et 0,3% de joueurs pathologiques. En 2009, l'équipe de Kairouz confirme dans son enquête populationnelle une prévalence de 1,3% de joueurs à risque modéré et 0,7% de joueurs pathologiques probables au cours des 12 derniers mois pour le Québec, ce qui représenterait 3490 personnes dans la région. « On retrouve proportionnellement plus d'hommes, de jeunes (25 à 34 ans) et de personnes avec un faible niveau de scolarité ou issues d'un ménage à faible revenu parmi les joueurs à risque modéré et les joueurs pathologiques probables » (p.10). Ces personnes sont aussi plus nombreuses à parier sur les machines à sous et les appareils de loterie vidéo. Chez les élèves du secondaire de la région, 30% de jeunes auraient joué dans le mois précédent l'enquête en 2007, comparativement à 51% en 2003. 6% jouaient régulièrement alors que 24% jouaient occasionnellement. (ESBJSMCQ)

Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec 2007 (ESBJSMCQ).

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2000-2001, 2007-2008, 2009-2010 (ESCC).

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (EQSJS).

Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 (EQSP).

Enquête sur l'allaitement maternel au Québec 2005-2006 (EAMQ).

Enquête Enhjeu Québec 2009 (EEQ).



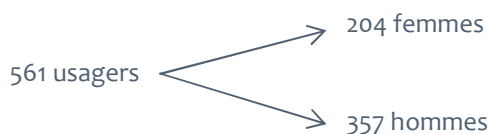
Les services avec hébergement offrent 30 places aux usagers de l'ensemble du territoire desservi par le CRD Domrémy MCQ. Nous pouvons ainsi offrir un traitement plus intensif pour les usagers qui en éprouvent le besoin.

La clientèle desservie est semblable d'une année à l'autre. On y retrouve plus d'hommes que de femmes; l'âge moyen est de 41 ans et la durée moyenne des séjours est de 17 jours.

Une démarche d'optimisation des processus d'admission nous a permis d'atteindre un taux moyen d'occupation de 91 %. La démarche d'optimisation a aussi permis de continuer de diminuer le délai moyen d'attente avant l'admission en stage qui est passé de 20 à 13 jours pour la clientèle jeu et de 17 à 13 jours pour le reste de la clientèle. Cette année, nous souhaitons consolider ces améliorations et optimiser le système de gestion informatisé des dossiers des usagers à l'hébergement. Dans le même sens, certains procédés seront mis en place pour une meilleure organisation des soins de santé.

→ Données sur la clientèle

Admissions du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015



Répartition de la clientèle (hommes et femmes)	
PROBLÉMATIQUE	POURCENTAGE
Dépendance à l'alcool	33%
Dépendance aux drogues	14%
Dépendance aux médicaments	0%
Polytoxicomanie	45%
Dépendance au jeu	7%

Provenance des admissions (hommes et femmes)	
TERRITOIRE	POURCENTAGE
Drummondville	17%
Victoriaville	11%
Plessisville	2%
Gentilly	2%
Nicolet	4%
Trois-Rivières	36%
Louiseville	4%
Sainte-Genève	0%
Saint-Tite	3%
Shawinigan	15%
La Tuque	5%



Les adultes aux prises avec une dépendance et les membres de leur entourage reçoivent des services en groupe ou en individuel, adaptés à leurs besoins dans nos 11 centres de services externes de la Mauricie – Centre-du-Québec. En 2014-2015, 4559 usagers ont pu bénéficier de ces services qui, s'appuyant sur les meilleures pratiques, visent leur réadaptation en étant adaptés au niveau de soins requis par leur profil clinique. Au cours de la dernière année, 92% de la clientèle aux prises avec une dépendance ayant fait une demande de services a pu être accueillie et évaluée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins. Ce pourcentage était de 82% en 2013-2014.

Dès la demande de services, une attention particulière est portée à différentes caractéristiques afin de prioriser les personnes les plus vulnérables ou pour lesquelles la consommation entraîne des impacts majeurs et ce, afin qu'elles soient rencontrées dans un délai maximal de 7 jours. Cette clientèle prioritaire comprend : les femmes enceintes, les parents ayant de jeunes enfants, les personnes vivant une double problématique santé mentale/dépendance, les personnes à risque suicidaire, les adolescents et les personnes en phase de désintoxication qui présentent des risques élevés de complications liées au sevrage

Un projet novateur qui se poursuit :

Stages de formation pour des « coach-toxico »



Marie-Pierre Milot

Depuis près de 9 ans, le CRD Domrémy MCQ travaille en concertation avec le CSSS de Drummondville en ce qui a trait à la clientèle vulnérable. Cette collaboration découle d'une volonté régionale de mettre en place des services intégrés en négligence. Un comité s'est formé et s'est fixé comme objectif « d'appliquer l'ensemble des mécanismes de concertation et de collaboration entre partenaires CSSS, CJ et CRD, afin d'arrimer les services de toxicomanie à une clientèle de femmes enceintes ou de parents étant négligents ou à risque de négligence envers leur enfants ».

En plus de la création de différents outils et de la présentation de ces derniers, Marie-Pierre a assuré des présences dans des réunions d'équipe afin de faire rayonner cette passion qui l'anime pour l'intervention en dépendance, mais aussi pour la concertation et la mobilisation, dans le but d'assurer la continuité de ces partenariats. Les partenaires la connaissent et elle est devenue, en quelque sorte, une référence pour eux en matière de dépendance.

Encore dernièrement, le comité a fait preuve d'innovation en nommant des «**COACH-TOXICO**» à l'intérieur de leurs équipes respectives. À ce sujet, Marie-Pierre a organisé des stages, pour trois intervenantes sous forme de présence, afin de mieux s'approprier la problématique, la gamme de services offerts, ainsi que l'intervention. Le but d'intégrer ces «**COACH-TOXICO**» est qu'ils soient porteurs de la problématique à l'intérieur même de leur équipe et puissent guider leurs collègues sur le terrain et défaire les mythes reliés aux difficultés de dépistage, de détection, de référence et d'intervention auprès d'une clientèle dépendante. »



Usagers ayant bénéficié des services en cours d'année

DISTRIBUTION PAR GROUPES D'ÂGE (ALCOOL/DROGUE)	SERVICES AVEC HÉBERGEMENT		SERVICES SANS HÉBERGEMENT	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
0/17 ans	0	4	713	801
19/24 ans	70	64	575	610
25/39 ans	209	173	1 521	1470
40/64 ans	254	217	1 639	1493
65 ans et plus	20	5	112	106
TOTAL	553	463	4 560	4480
Durée moyenne de séjour	17	18	N/A	N/A
Nombre de jours présence	9 343	7 799	N/A	N/A
Taux d'occupation	91%	76%	N/A	N/A

DISTRIBUTION PAR GROUPES D'ÂGE (JEU)	SERVICES AVEC HÉBERGEMENT		SERVICES SANS HÉBERGEMENT	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
0/17 ans	0	0	2	2
19/24 ans	1	0	7	7
25/39 ans	5	8	49	56
40/64 ans	27	16	111	97
65 ans et plus	2	2	20	17
TOTAL	35	26	189	179
Durée moyenne de séjour	18	16	N/A	N/A
Nombre de jours présence	671	401	N/A	N/A
Taux d'occupation	92%	55%	N/A	N/A

Note :

14 usagers inscrits en 2014-2015 ont demandé à être servis dans une autre langue que le français dont 13 en anglais.



Les adolescents qui vivent des problèmes de dépendance et leurs parents ont accès à des services spécialisés dans tous les territoires de la région.

Pour chacun des centres de services, des intervenants jeunesse réalisent des activités de réadaptation adaptées aux besoins spécifiques des adolescents et de leurs parents.

→ Données sur la clientèle

- ✓ En 2014-2015, 594 adolescents différents ont été suivis en réadaptation en comparaison à 648 l'année précédente.
- ✓ Stratégie Action jeunesse : 114 adolescents ont été suivis par le CRD Domrémy MCQ dans les deux centres de réadaptation du Centre jeunesse, c'est-à-dire les centres Bourgeois et Laforest.
- ✓ 172 parents ont reçu des services du CRD Domrémy MCQ au cours de la dernière année comparativement à 147 l'année précédente.

→ Réalisations

Au cours de la dernière année, des efforts additionnels ont été déployés pour mieux rejoindre les parents d'adolescents qui présentent une problématique de consommation. À cet égard, nous observons une augmentation de 17 % du nombre de parents rejoints. De plus, l'évaluation du mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT) de notre région a révélé un haut niveau de performance en comparaison à 5 autres régions évaluées au Québec. Nous sommes au premier rang en regard du taux de pénétration de nos services de réadaptation auprès des adolescents (27 %), du taux d'adolescents référés vers les services externes (96 %) plutôt que vers les services avec hébergement et de la proportion d'adolescents qui débutent un suivi de réadaptation (90 %).





Services aux femmes enceintes et parents consommateurs



En 2014-2015, nous avons poursuivi nos efforts pour mieux rejoindre la clientèle des femmes enceintes et parents qui présentent une problématique de toxicomanie.

→ Données sur la clientèle

- ✓ Un suivi de réadaptation a été entrepris auprès 19 femmes enceintes et de 532 parents d'enfants de 0 à 12 ans dans nos 11 centres de services externes, soit sensiblement le même nombre qu'en 2013-2014.
- ✓ Parmi les parents rejoints cette année, 26% étaient des mères d'enfants de moins de 6 ans, 11% étaient des mères d'enfants de 6 à 12 ans, 48% étaient des pères d'enfants de moins de 6 ans et 15% étaient des pères d'enfants de 6 à 12 ans.
- ✓ De plus, 38 enfants de 6-12 ans ont été inscrits en cours d'année dans le cadre de nos programmes d'intervention qui visent à réduire les répercussions de la dépendance sur la famille dans nos centres de services de Trois-Rivières et Drummondville.

→ Réalisations

Au cours des cinq dernières années, nos travaux de partenariat et de formation pour mieux rejoindre cette clientèle ont permis de tripler ou presque le nombre de parents de jeunes enfants qui entreprennent une démarche de réadaptation en dépendance, passant de 192 inscriptions en 2009-2010 à 532 inscriptions en 2014-2015. De plus, une recension sur les meilleures pratiques auprès des femmes enceintes et jeunes mères consommatrices de psychotropes a été acceptée pour publication dans la revue *Drogue, santé et société* qui sera disponible sous peu.

Un projet novateur qui se poursuit :

Périnatalité et entente de collaboration avec Wemotaci



Francine Hamel

Depuis l'actualisation du projet en périnatalité FICSA dans le Haut St-Maurice, nous avons constaté qu'un grand nombre des références de parents 0-5 ans provenaient de Wemotaci. De ce constat est né le projet en périnatalité en collaboration avec le Centre de santé de Wemotaci. Le projet consiste avant tout à effectuer un transfert de connaissances et de compétences, à établir une trajectoire de services avec les ressources du milieu, à systématiser le processus de repérage/dépistage de la consommation de psychotropes, à augmenter la connaissance des usagers par rapport aux ressources existantes et à adapter nos outils d'intervention.

Il devenait évident que pour offrir un service de qualité à cette clientèle, on devait élargir nos horizons et être en mesure de s'adapter à sa réalité. Lorsqu'on demandait aux gens d'intégrer le cadre d'intervention habituel, ils avaient l'impression d'être dans un laboratoire; ce qui est très loin de leur culture. En concertation avec les partenaires concernés, il y a eu entente à l'effet que l'intervenante de Domrémy, Francine Hamel, se déplace 1 fois par semaine dans la communauté située à 120 km au nord-ouest de La Tuque. Il est tout nouveau pour Domrémy d'adopter ce genre de pratique. On doit sortir du cadre de travail habituel, s'adapter à une réalité qui est très différente de la nôtre, ainsi qu'à leur culture. Nous avons dû adapter nos interventions et quelques outils afin qu'ils soient davantage accessibles pour la clientèle. On intervient dans différents milieux, là où l'utilisateur se sent le mieux. On doit aussi faire face à la barrière de la langue et se faire aider par un interprète au besoin. La proximité des différentes ressources nous permet de travailler en étroite collaboration.

Nous rejoignons ainsi une clientèle plus démunie qui n'aurait possiblement pas utilisé les services en milieu urbain. Il est facilitant pour les parents de familles nombreuses d'accéder à nos services, n'ayant pas besoin de s'absenter pendant toute la journée pour se rendre en ville. Les formations et le support offerts aux intervenants du milieu permettent une meilleure compréhension de la dépendance et une détection hâtive. Les services sociaux ont d'ailleurs observé une diminution des retraits d'enfants de leurs familles depuis que Domrémy est actif en communauté. Les usagers disent se sentir respectés du fait qu'on se rende chez-eux leur offrir un service spécialisé. On entend fréquemment de la bouche des différents intervenants qu'il est rassurant de savoir que Domrémy est présent 1 fois par semaine.



Les services de substitution en Mauricie/Centre-du-Québec demeurent peu accessibles compte tenu du nombre restreint de médecins qui offrent ces services. L'équipe médicale de Domrémy regroupe actuellement 6 médecins qui consacrent entre deux et huit heures par semaine aux services TDO, en collaboration avec les soins infirmiers et les intervenants psychosociaux de l'établissement et plus de 45 pharmaciens dans la région.

→ Données sur la clientèle

- ✓ En 2014-2015, 171 usagers ont été suivis par l'un des médecins de Domrémy dans le cadre des services TDO, comparativement à 145 l'année précédente. 31% d'entre eux sont suivis depuis plus de cinq ans.
- ✓ 96 personnes ont été inscrites sur la liste d'attente pour obtenir un traitement de substitution, dont 57 se sont ajoutées en cours d'année.
- ✓ 75 personnes ont quitté la liste d'attente après y avoir passé entre 0 et 49 mois au total, avec une moyenne de 10 mois sur la liste d'attente.
- ✓ 29 personnes ont débuté un traitement de substitution à Domrémy comparativement à 11 l'année précédente.
- ✓ À la fin de la dernière année, 27 usagers se trouvaient toujours sur la liste d'attente. Plusieurs insatisfactions ont été enregistrées en cours d'année à l'égard de cette attente jugée beaucoup trop longue par plusieurs.

→ Réalisations

Des efforts visant le recrutement de médecins prescripteurs se sont poursuivis en 2014-2015. Un médecin est venu s'ajouter pour les territoires du Haut Saint-Maurice et du Centre de la Mauricie. Une formation s'adressant à la fois aux médecins, infirmières, pharmaciens et intervenants psychosociaux a été organisée pour le début de l'année 2015-2016. Au 31 mars, nous avons 49 inscriptions dont 13 médecins et 8 pharmaciens.

D'autres démarches se sont poursuivies avec les unités de médecines familiales de la région pour stimuler l'intérêt des médecins à s'investir dans le suivi médical des personnes aux prises avec une problématique en dépendance.



Compte tenu des impacts des problématiques en dépendance sur l'entourage des personnes toxicomanes ou joueurs pathologiques et de l'importance d'intervenir auprès de l'ensemble du système familial des personnes aux prises avec une problématique en dépendance, Domrémy MCQ offre des services spécifiques d'aide et de soutien à l'entourage.

→ Données sur la clientèle

- ✓ 438 personnes différentes de l'entourage ont reçu des services en cours d'année, comparativement à 394 l'année précédente, soit une augmentation de 11%.
- ✓ De ces 438 personnes, 252 ont été suivies dans le cadre des services offerts aux personnes de l'entourage d'adultes toxicomanes, 14 dans le cadre des services offerts aux personnes de l'entourage de joueurs pathologiques adultes et 172 auprès des services pour parents d'adolescents surconsommateurs de psychotropes.
- ✓ Enfin, 38 enfants âgés entre 6 et 12 ans ont été suivis dans le cadre des programmes 6-12 et PIAF (Programme d'intervention et d'aide aux familles).





Le CRD Domrémy MCQ poursuit ses efforts afin de promouvoir le dépistage de la problématique du jeu pathologique sur son territoire. L'organisation contribue, entre autres, à la formation des intervenants des services de première ligne des Centres de santé et services sociaux (CSSS) œuvrant sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec concernant la problématique du jeu pathologique, l'utilisation de la grille de détection DÉBA-JEU et l'intervention précoce par l'entretien motivationnel auprès de cette clientèle. De plus, quelques formations ont été données sur ces grilles de dépistage afin de sensibiliser les partenaires des organismes communautaires à cette problématique. Cette année, ce mandat de formation s'est actualisé dans un projet ayant pour objectifs de former et de faire connaître l'offre de service en jeu pathologique du territoire MCQ. Au total, 720 personnes (intervenants et utilisateurs de services) ont bénéficié d'une présentation de sensibilisation ou une formation plus approfondie sur la problématique de jeu. De plus, un cartable d'information et de sensibilisation de l'impact de la dépendance sur la productivité a été remis à 81 entreprises de la région.

Pour l'année 2014-2015, le CRD Domrémy MCQ a reçu 202 demandes de services en lien avec la problématique de jeu pathologique. Concernant les dossiers actifs pour 2014-2015, les services externes du programme jeu pathologique comptent 189 dossiers actifs différents. De ces personnes, 37 ont bénéficié d'un stage à l'hébergement.

En cohérence avec les recommandations de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) découlant du Guide des bonnes pratiques et services de base, *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance*, le CRD Domrémy MCQ poursuit l'application de sa programmation jeu pathologique. La collaboration avec le Salon de jeux de Trois-Rivières et Loto-Québec se maintient, plus particulièrement en ce qui a trait au programme d'auto-exclusion offert par le CRD Domrémy MCQ et accessible au centre de services externe de Trois-Rivières. L'atelier abordant exclusivement la dimension du jeu pathologique se continue au centre de services avec hébergement. Cet atelier est offert mensuellement, à tour de rôle, par des intervenants des centres de services externes de Trois-Rivières et Shawinigan.

L'élaboration d'un nouveau Guide du Changement pour le jeu pathologique est en cours et sera disponible pour tous les intervenants prochainement.



Programme d'évaluation pour les personnes à risque de conduite avec capacités affaiblies



Le Code de la sécurité routière du Québec prévoit que les conducteurs présentant un risque ou pris en faute pour conduite avec capacités affaiblies se soumettent à une évaluation par un centre de réadaptation en dépendance dans le cadre d'un programme d'évaluation spécifique conçu à cette fin.



Données sur la clientèle

- ✓ En 2014-2015, 1 502 évaluations ont été réalisées en comparaison à 1 367 l'année précédente, soit une augmentation de 10%.



L'équipe des services spécialisés pour les personnes souffrant de troubles concomitants en santé mentale et dépendance comprend cinq psychologues. Au cours de la dernière année, les psychologues de l'établissement ont réalisé 203 évaluations psychologiques, nombre qui est sensiblement le même que l'année dernière. Conséquemment à la réalisation de ces évaluations, les psychologues de l'établissement ont entrepris 118 traitements psychologiques de courte durée comparativement à 105 en 2013-2014.

Le tableau suivant illustre ces données :

2014-2015	2013-2014
203 évaluations psychologiques	133 évaluations psychologiques
118 traitements psychologiques	105 traitements psychologiques

La présence d'un psychologue au centre de services avec hébergement a été poursuivie afin de soutenir, superviser et former le personnel clinique en lien avec des problématiques en santé mentale présentes chez la clientèle hébergée. Au cours de l'année, des groupes de traitement psychologique ayant pour base les techniques du Mindfulness (pleine conscience) ont été poursuivis. Notons enfin qu'un psychologue de l'établissement fait partie de l'équipe du CEF-TC (Centre d'expertise et de formation sur les troubles de comportement).



L'année 2014-2015 a été marquée par le renouvellement d'une démarche d'agrément auprès du Conseil québécois d'agrément (CQA). Les résultats du sondage réalisé auprès des 350 usagers de l'établissement ont révélé un niveau de satisfaction très élevé chez ces derniers à l'égard de nos services. En comparaison à d'autres CRD du Québec, nous obtenons des cotes d'excellence (4) sur les trois indicateurs de qualité du CQA.

**Comparaison entre le niveau de satisfaction des usagers à Domrémey MCQ
et celui observé dans d'autres centres de réadaptation en dépendance (CRD) au Québec**

INDICATEURS	CR Domrémry MCQ n = 350			Autres établissements N = 968				COTE ET COULEUR
	RÉSULTAT	LIMITES DU RÉSULTAT		RÉSULTAT	LIMITES DU COMPARATIF			
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Point milieu	Supérieure	
Relation avec le client	94,52	93,66	95,38	91,61	90,30	91,46	92,63	4
Prestation professionnelle	91,57	90,39	92,75	85,88	83,98	85,90	87,82	4
Organisation des services	91,30	90,24	92,36	86,76	85,53	87,16	88,79	4

Des analyses fines de ces résultats nous incitent à poursuivre nos efforts pour améliorer la fiabilité et la continuité des services, tout en assurant le soutien et la mise à contribution des membres de l'entourage des personnes aux prises avec une problématique en dépendance.

**Comparaison entre le degré de mobilisation du personnel du CRD Domrémey MCQ et celui
observé dans d'autres établissements de taille similaire**

INDICATEURS	CR Domrémy MCQ n = 101			Autres établissements N = 4049				COTE ET COULEUR
	RÉSULTAT	LIMITES DU RÉSULTAT		RÉSULTAT	LIMITES DU COMPARATIF			
		Inférieure	Supérieure		Inférieure	Point milieu	Supérieure	
Réalisation	80,77	77,90	83,64	78,79	75,32	79,19	83,06	3
Implication	82,96	80,40	85,52	75,45	71,16	76,11	81,06	3
Collaboration	82,54	79,49	85,58	77,99	74,67	78,10	81,53	3
Soutien	75,27	71,54	79,00	71,28	67,60	72,59	77,58	3
Communication	76,14	72,63	79,65	68,97	63,84	69,49	75,13	3
Leadership	74,63	70,96	78,31	72,31	67,62	73,19	78,76	2

En ce qui a trait à la mobilisation de notre personnel, 68% des employés de l'établissement se sont prononcés et ont manifesté un haut niveau de réalisation, d'implication et de collaboration. Ils considèrent le soutien reçu et la communication au sein de l'établissement comme étant bons, en comparaison à des établissements de taille similaire. Nos résultats au plan du leadership organisationnel sont de niveau passable et nécessiteront des actions concrètes pour mieux actualiser cette dimension importante du climat organisationnel.



→ Formation

Le personnel de l'établissement a bénéficié de 2804 heures de formation, soit 1,35 % des heures rémunérées. Les formations couvrent de multiples champs de compétences : l'évaluation GAIN, la programmation des services de réadaptation, l'entretien motivationnel, la prévention du passage à l'acte suicidaire, les troubles concomitants, les troubles graves du comportement, la cyberdépendance, la prévention des ITSS, secourisme et réanimation cardio-respiratoire, la relève des cadres, l'utilisation de différents logiciels, etc.

→ Recherche

TITRE DU PROJET	CHERCHEUR PRINCIPAL	ÉTABLISSEMENT	ÉQUIPE DE RECHERCHE
Évaluation d'impact du programme appui aux familles (PIAF)	Dre Myriam Laventure	Université de Sherbrooke	RISQ
Traumatisés crâniens et problématiques en dépendance	Dre Nadia L'Espérance	Domrémy MCQ UQTR	RISQ
Collaboration intégrée pour répondre aux besoins actuels et futurs des personnes consommatrices de drogues - Canadian Initiative in Substance Misuse	Dre Julie Bruneau	Université de Montréal	CHUM
Modèles d'offre de service pour les personnes présentant un trouble d'addiction chronique	Dre Marie-Josée Fleury	Université McGill	CRDM-IUD
Estimation des besoins populationnels des services jeunesse en dépendance au Québec	Dr Joël Tremblay	UQTR	RISQ
Virtuado : L'évaluation des adolescents cyberdépendants dans les CRD	Dre Magalie Dufour	Université de Sherbrooke	CRDM-IUD
Accessibilité aux services de traitement spécialisés en dépendance	Dre Karine Bertrand	Université de Sherbrooke	RISQ
Les trajectoires addictives des personnes âgées en lien avec les trajectoires de recherche d'aide	Dre Karine Bertrand	Université de Sherbrooke	RISQ
Évaluation du groupe de « pleine conscience »	Dre Nadia L'Espérance Dr Frédérick Dionne	Domrémy MCQ UQTR	RISQ
Sur la corde raide : Cartographie des stratégies d'adaptation face aux dettes de jeu	Dr Michael Cantinotti Dre Nadia L'Espérance	UQTR	



En 2014-2015, neuf plaintes ont été déposées à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services comparativement à huit l'année précédente. Aucune plainte n'a été traitée par le médecin examinateur.

Bilan des dossiers de plainte et d'intervention conclus au cours de l'année

	EN VOIE DE TRAITEMENT AU DÉBUT DE L'EXERCICE	REÇUS DURANT L'EXERCICE	TOTAL	CONCLUS DURANT L'EXERCICE	EN VOIE DE TRAITEMENT EN FIN D'EXERCICE	RECOURS AU PROTECTEUR DU CITOYEN
Commissaire local	0	9	9	7	2	0
Médecin examineur	0	0	0	0	0	0

Bilan des motifs de plainte et leur niveau de traitement

CATÉGORIE	REJETÉ (NOMBRE)	ABANDONNÉ (NOMBRE)	TRAITEMENT REFUSÉ OU INTERROMPU (NOMBRE)	TRAITEMENT COMPLÉTÉ		TOTAL
				AVEC MESURE (NOMBRE)	SANS MESURE (NOMBRE)	
Accessibilité	0	0	0	0	0	0
Soins et services dispensés	0	0	0	0	2	2
Relations interpersonnelles	0	1	1	1	2	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	3	1	4
Aspect financier	0	0	0	0	0	0
Droits particuliers et autres objets	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	1	1	4	5	10

L'examen de ces motifs a permis d'identifier des mesures visant à corriger ou à améliorer une situation pour 56 % des motifs analysés. Ces mesures ont notamment porté sur :

- ✓ les moyens à prendre pour assurer la confidentialité des appels effectués par les usagers du centre d'hébergement;
- ✓ la sensibilisation du personnel relativement à la tranquillité des lieux et au bruit;
- ✓ les moyens à prendre pour assurer la sécurité de l'accès principal à un point de service.

➔ Autres fonctions exercées par la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Outre les activités relatives au traitement des plaintes au sein de l'établissement, la loi prévoit que la commissaire locale doit exercer un certain nombre de fonctions en lien avec la promotion du régime d'examen des plaintes, l'information sur les droits et obligations des usagers, et le respect des droits.

- ✓ Fonctions et responsabilités envers le conseil d'administration :
 - présentation du rapport annuel de plaintes pour adoption par le CA;
 - participation aux rencontres du comité de vigilance et de la qualité (3 rencontres régulières);
- ✓ Mécanisme de collaboration au fonctionnement du régime d'examen des plaintes :
 - participation à une rencontre du comité de gestion de l'établissement;
 - participation aux rencontres régulières du regroupement régional des commissaires aux plaintes;
 - participation à la journée régionale des comités des usagers.

Geneviève Blain
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Le rapport 2014-2015 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect des droits est accessible à l'adresse internet www.domremymcq.ca dans la section Publications / Rapports annuels.



	2014-2015	2013-2014
Effectifs de l'établissement	151	142
Cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	7	7
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	67	67
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	12,40	12,20
Nombre d'employés en stabilité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	54 594	52 254
Équivalents temps complet (b)	30	29

- a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.
- b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures.

→ Planification de la main-d'œuvre

La planification de la main-d'œuvre permet d'estimer nos besoins éventuels en ressources humaines afin de mieux planifier les actions à prendre pour favoriser l'attraction d'une main-d'œuvre qualifiée et en assurer la rétention. Une mise à jour annuelle du plan local de la main-d'œuvre a été réalisée en septembre 2014, afin de dresser un portrait de la situation en termes de main-d'œuvre, pour ainsi déterminer les actions à prioriser.

Nous avons maintenu les simulations régulières de besoins en main-d'œuvre, afin de prévoir ceux-ci à court terme et avons instauré un processus d'entrevues de départ auprès de nos employés démissionnaires. Nous avons également participé au Salon des Carrières et Professions en santé et services sociaux et au Carrefour Stage-Emploi du département de psychoéducation de l'UQTR. Afin de participer à l'émergence de la relève et de favoriser le recrutement de la main-d'œuvre, nous continuons également à accueillir des stagiaires provenant des domaines psychosocial et des soins de santé. Nous réalisons différentes actions afin de maintenir un contact avec eux et de favoriser un sentiment d'appartenance dans notre organisation.

Dans le but d'échanger sur les bonnes pratiques et de trouver des pistes de solutions aux problèmes rencontrés régionalement, nous participons aussi à des comités régionaux (*Comité régional de la planification de la main-d'œuvre, Comité stratégique des stages, Comité local de coordination des stages en soins infirmiers de la Mauricie et Comité local de coordination des stages en réadaptation et services sociaux*).

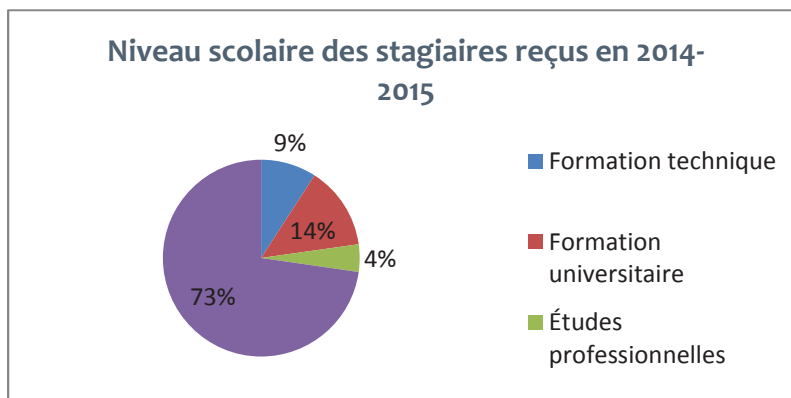
→ Démarche Entreprise en santé

À la suite de l'obtention de la certification Entreprise en santé en février 2013 visant la santé et le mieux-être des employés, le Comité PDRH/Santé mieux-être a poursuivi les actions prévues au plan de mise en œuvre 2012-2015, qui a d'ailleurs été mis à jour le 26 février 2015. Des actions ont été mises de l'avant suite aux besoins exprimés par les employés lors de sondages, groupes de discussions et évaluations. Ces actions visant la reconnaissance du personnel, la participation aux différentes réunions d'équipes, la conciliation travail-vie personnelle et la promotion de l'activité physique se sont poursuivies. Ces activités sont toutes évaluées en termes de satisfaction des participants dans un objectif d'amélioration continue.

En mars 2015 s'est tenu le deuxième audit de maintien suite à la certification. Le rapport fait état de nombreux points forts dont la grande participation des gestionnaires dans la démarche, le souci du comité PDRH/Santé mieux-être de vouloir adapter ses actions à l'ensemble des employés, des canaux de communication efficaces et l'adéquation entre les objectifs inscrits dans le plan de mise en œuvre et les éléments relevés lors des groupes de discussion. Il importe d'être fiers de ce qui a été accompli jusqu'à présent et de poursuivre cet engagement pour le mieux-être de notre personnel car cette démarche a un impact positif sur la qualité des services offerts à notre clientèle.

→ Stages

Domaine	Provenance	Nombre de stagiaires reçus
Techniques travail social	Cégep de Trois-Rivières	2
BACC. en psychoéducation	UQTR	1
BACC. sciences infirmières	UQTR	1
Doctorat en psychologie	UQTR	1
DEP secrétariat	CFP Paul Rousseau	1
Médecine communautaire	Université de Montréal	16
TOTAL		22



→ Contrats de services

Le tableau suivant fait état des contrats de services comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015.

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique ¹	8	N/A
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	N/A	N/A
Total des contrats de services	8	N/A

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

Au CRD Domrémy MCQ, dans le cadre de son mandat spécifique confié par la Société de l'assurance automobile du Québec, nous avons recours à des évaluateurs, formés spécifiquement pour répondre à ce mandat, avec lesquels nous établissons des contrats de service.

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

➔ Gestion et contrôle des effectifs

Conformément à ce qui est demandé, la comparaison des heures rémunérées de janvier à mars 2015 par rapport à la même période l'année précédente, soit de janvier à mars 2014, nous amène au constat suivant : nous avons connu une augmentation de 2 925 heures, soit un dépassement de 5,6% des heures par rapport à la cible.

Détail des heures rémunérées par catégorie

Total 2014	51 547	271	51 818	105	128
Total 2015	54 384	359	54 743	111	139
Variation	5,5%	32,6%	5,6%	5,4%	8,6%
Encadrement					
2014	3 672	3	3 675	7	7
2015	3 318	0	3 318	7	7
Variation	(9,6%)	(100%)	(9,7%)	(9,6%)	0%
Professionnel					
2014	17 193	5	17 198	36	46
2015	18 313	5	18 318	38	49
Variation	6,5%	3,6%	6,5%	6%	6,5%
Infirmier					
2014	7 958	133	8 091	16	22
2015	8 254	184	8 439	16	26
Variation	3,7%	38,3%	4,3%	3,1%	18,2%
Bureau, technicien					
2014	18 476	66	18 541	38	48
2015	20 388	96	20 484	42	57
Variation	10,4%	46,6%	10,5%	10,8%	18,8%
Ouvriers, entretien					
2014	4 248	65	4 313	8	11
2015	4 110	74	4 184	8	12
Variation	(3,3%)	14,7%	(3%)	(3,8%)	9,1%

L'augmentation des heures rémunérées s'explique comme suit :

- ① Projet de 6 mois sur le jeu pathologique couvrant entre autres, la période de janvier à mars 2015; ressources additionnelles requises, projet financé par l'Agence MCQ.
- ② Projet Wemotaci, ressources additionnelles requises; projet également financé par l'Agence MCQ.
- ③ Augmentation des demandes de services au centre de services externe de Trois-Rivières; ajout de ressources temporaires afin de diminuer les délais d'attente d'accès aux services.
- ④ Ajout de ressources temporaires afin de procéder à l'archivage de dossiers.

Un suivi et une vigilance seront apportés afin d'assurer le contrôle des heures rémunérées pour les périodes à venir.



Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CR en dépend. Donatemy-de-la-Mauricie-Centre du Québec	1104-4963	100-00 /

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. 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.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que le timbre valideur (1) à gauche du pied de page au présent rapport de la direction est identique à celui figurant aux pieds de page du rapport financier annuel. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'établissement (2).

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement 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 non 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, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté 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. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Des commentaires au présent rapport de la direction sont présentés à la page 101-00 le cas échéant.

2015-06-10 Date	Marcel Beaumont Nom	 Signature du (de la) président(e)-directeur(trice) général(e)
10 juin 2015 Date	Nancy Lemay Nom	 Signature de la personne désignée
	Directrice des ressources financières Fonction	

(1) Le timbre valideur indique la date/heure/minute/seconde où le statut "en production" du rapport a été modifié pour celui de "en approbation". Il demeure identique jusqu'à la version finale transmise électroniquement au Ministère.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explicatives du rapport financier annuel. Le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas lesquelles doivent être justifiées par l'établissement.



MALLETTE

Mallette S.E.C.U.L.L.

200-25 rue des Forges
CP 1356
Trois-Rivières QC G9A 5L2
Téléphone 819 379-9153
Télécopieur 819 379-4207
Courriel info.trois-rivieres@mallette.ca

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aux membres du conseil d'administration du CIUSSS
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT (suite)

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit avec réserve.

Fondement de l'opinion avec réserve

Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception de l'incidence du problème décrit dans le paragraphe « Fondement de l'opinion avec réserve », les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de réadaptation en dépendance Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette), des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT (suite)

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, 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 charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Mallette S.E.N.C.R.L.¹

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Trois-Rivières, Canada
Le 10 juin 2015



ÉTAT DES RÉSULTATS RÉSUMÉS AU 31 MARS 2015	BUDGET	EXPLOITATION 2014-2015	IMMOBILISATIONS 2014-2015	TOTAL	
				2014-2015	2013-2014
REVENUS	\$	\$	\$	\$	\$
SUBVENTIONS AGENCE ET MSSS	8 423 375	8 380 077	309 789	8 689 866	8 375 687
Ventes de services et recouvrements	20 000	149 193		149 193	92 295
Donations	4 000	3 231		3 231	4 495
Revenus de placement	12 000	13 456		13 456	10 662
Autres revenus	471 000	556 107		556 107	589 862
TOTAL	8 930 375	9 102 064	309 789	9 411 853	9 073 001
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	7 092 082	7 387 919		7 387 919	6 833 314
Médicaments	11 216	10 553		10 553	9 225
Fournitures médicales et chirurgicales	3 530	2 805		2 805	1 128
Denrées alimentaires	84 520	106 457		106 457	86 246
Frais financiers	36 000		32 387	32 387	35 700
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	72 440	83 092	37 824	120 916	46 876
Loyer	398 657	392 880		392 880	386 475
Amortissement des immobilisations	264 000		249 524	249 524	261 371
Autres charges	967 930	931 049		931 049	923 742
TOTAL	8 930 375	8 914 755	319 735	9 234 490	8 584 077
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	0	187 309	-9 946	177 363	488 924

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS RÉSUMÉS	EXPLOITATION 2014-2015	IMMOBILISATIONS 2014-2015	TOTAL	
			2014-2015	2013-2014
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	829 979	82 667	912 646	423 722
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	187 309	-9 946	177 363	488 924
Transferts interfonds	-322 358	322 358	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	694 930	395 079	1 090 009	912 646

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE RÉSUMÉ	EXPLOITATION 2014-2015	IMMOBILISATIONS 2014-2015	TOTAL	
			2014-2015	2013-2014
ACTIFS FINANCIERS	\$	\$		\$
Encaisse	1 525 340		1 525 340	1 081 913
Débiteurs – Agences et MSSS	306 435	9 993	316 428	351 730
Autres débiteurs	116 563		116 563	160 155
Créances interfonds (dettes interfonds)	-309 746	309 746	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	726 374	-379 917	346 457	207 123
Frais reportés liés aux dettes		1 007	1 007	2 020
Autres éléments (congelés à traitement différé)	87 951		87 951	114 996
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	2 452 917	-59 171	2 393 746	1 917 937
PASSIFS				
Autres créditeurs et autres charges à payer	746 211		746 211	617 918
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées		42 204	42 204	
Intérêts courus à payer		9 993	9 993	10 447
Revenus reportés	115 167	451 109	566 276	646 704
Dettes à long terme		886 833	886 833	927 144
Passif au titre des avantages sociaux futurs	922 323		922 323	890 779
Autres éléments (congelés à traitement différé)	16 215		16 215	3 127
TOTAL DES PASSIFS	1 799 916	1 390 139	3 190 055	3 096 119
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	653 001	-1 449 310	-796 309	-1 178 182
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		1 844 389	1 844 389	2 072 673
Frais payés d'avance	41 929		41 929	18 155
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	41 929	1 844 389	1 866 318	2 090 828
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	694 930	395 079	1 090 009	912 646

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS RÉSUMÉS (DETTE NETTE)	BUDGET	EXPLOITATION 2014-2015	IMMOBILISATIONS 2014-2015	TOTAL	
				2014-2015	2013-2014
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	\$ -1 925 425	\$ 811 824	\$ -1 990 006	\$ -1 178 182	\$ -1 939 834
Surplus (déficit) de l'exercice		187 309	-9 946	177 363	488 924
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions			-21 240	-21 240	-3 052
Amortissement de l'exercice			249 524	249 524	261 371
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	0	0	228 284	228 284	258 319
VARIATIONS DUES AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de frais payés d'avance		-30 216		-30 216	-11 871
Utilisation de frais payés d'avance		6 442		6 442	26 280
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	0	-23 774	0	-23 774	14 409
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		-322 358	322 358	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	0	-158 823	540 696	381 873	761 652
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	-1 925 425	653 001	-1 449 310	-796 309	-1 178 182

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE RÉSUMÉ	2014-2015	2013-2014
	\$	\$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	177 363	488 924
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE :		
Stocks de fourniture et frais payés d'avance	-23 774	14 409
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	-70 595	-70 595
Amortissement des immobilisations	249 524	261 371
Subvention à recevoir – réforme comptable – immobilisations	-167 647	45 976
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	-12 492	251 161
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT		
Débiteurs – Agence et MSSS	35 302	-17 166
Autres débiteurs	43 592	11 485
Subvention à recevoir – réforme comptable – avantages sociaux futurs	28 313	9 873
Frais reportés liés aux dettes	1 013	1 005
Autres éléments d'actifs	27 045	-21 234
Autres créditeurs et autres charges à payer	128 293	-118 982
Avances en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées	42 204	-196 876
Intérêts courus à payer	-454	-454
Revenus reportés	-9 833	63 054
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	31 544	-30 236
Autres éléments de passifs	13 088	-30 103
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT	340 107	-329 634
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	-21 240	-3 052
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	-21 240	-3 052
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	-40 311	-40 311
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations		196 876
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations		-196 876
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	-40 311	-40 311
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	443 427	367 088
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	1 081 913	714 825
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	1 525 340	1 081 913
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	1 525 340	1 081 913

**ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS
FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT**

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2014-2015	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 : nature		R : pour réserve	O : pour observation	C : pour commentaire		
Colonnes 5, 6 et 7 : état de la problématique		R : pour réglé	PR : pour partiellement réglé	NR : pour non réglé		

<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410-Paiement de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote de crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2013-2014	R	En attente d'une directive du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec			NR

<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						

<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats</i>						

<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						

<i>Rapport à la gouvernance</i>						



*Philippe Malchelosse, président
Membre coopté*



*David Laplante, vice-président
Représentant de l'Agence*



*Nathalie Magnan, secrétaire
Directrice générale*



*Annie Bournival
Désignée par le CII*



*Natacha Brunelle
Membre cooptée*



*Paul Cloutier
Représentant comité usagers*



*Johanne Fortin
Membre cooptée*



*Marc Fournier
Collège électoral population*



*François Gallant
Désigné par CM*



*Guylaine Gervais
Personnel non-clinique*



*Christine Laliberté
Membre cooptée*



*Robert Levasseur
Membre coopté*



*Louise Luneau
Membre cooptée*



*Marie-Ève Rousseau
Désignée par CM*



*Daniel Thibeault
Représentant comité usagers*

2 poste vacants :

Représentant de l'Agence
Représentant population



Comité d'audit

Membres du comité d'audit

M. Philippe Malchelosse, président
M. David Laplante, vice-président
Mme Louise Luneau, administratrice
Mme Nathalie Magnan, directrice générale

Les membres du comité d'audit se sont rencontrés à cinq reprises au cours de la dernière année. Ces rencontres ont permis l'analyse des tableaux de bord et des états financiers 2014-2015, la planification budgétaire 2014-2015, le relevé des frais de représentation de la directrice générale. De plus le comité d'audit assure un suivi rigoureux des activités inhérentes aux ressources financières et matérielles de l'établissement.

Ce comité a aussi été impliqué dans toutes les démarches entourant les travaux d'immobilisation à notre centre de services avec hébergement.

Il formule, lorsque requis, des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement.



Comité sur la gouvernance et l'éthique

*Membres du comité sur la gouvernance
et l'éthique et du comité d'évaluation
de la directrice générale*

M. Philippe Malchelosse, président
Mme Christine Laliberté, administratrice
M. Robert Levasseur, administrateur
Mme Nathalie Magnan, directrice générale

Le comité sur la gouvernance et l'éthique s'est réuni à quatre occasions entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015. Ses travaux ont porté principalement sur :

- ✓ le recrutement d'un membre du conseil d'administration;
- ✓ l'analyse des résultats des autoévaluations effectuées auprès des administrateurs et des membres de chaque comité du conseil d'administration et recommandations;
- ✓ la politique sur la gestion des risques;
- ✓ la planification d'une formation dédiée aux administrateurs sur la gestion des risques;
- ✓ la planification d'une demi-journée de travail du conseil d'administration sur la planification stratégique;
- ✓ à l'intérieur d'une de ses rencontres, le comité d'évaluation a procédé à l'appréciation de la directrice générale.

Au cours de l'année 2014-2015, le comité sur la gouvernance et l'éthique n'a rapporté aucun manquement aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la LSSSS et par le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.



Comité de vigilance et de la qualité

Membres du comité de vigilance et de la qualité

Mme Natacha Brunelle, administratrice
M. Marc Fournier, administrateur
M. Daniel Thibeault, représentant des usagers
Mme Geneviève Blain, commissaire locale aux plaintes et à la
qualité des services
Mme Nathalie Magnan, directrice générale

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2014-2015. Lors de sa première rencontre, ce comité a procédé à l'analyse de certains rapports et a formulé des recommandations à l'établissement.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS ÉMISES EN 2014-2015

RECOMMANDATIONS	SUIVI
Que le coordonnateur des services professionnels invite la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, madame Geneviève Blain, à la journée annuelle d'intégration du personnel de la liste de rappel qui se tiendra au cours de l'année 2014-2015.	La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a été invitée à participer à la journée annuelle d'intégration de la liste de rappel.
Inviter la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services à une rencontre du comité de gestion, à l'automne 2014, afin de réaliser un échange et d'identifier des pistes d'amélioration quant aux insatisfactions des usagers.	La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a participé au comité de gestion du 14 janvier 2015.
Prévoir la visite du comité des usagers lors d'une prochaine assemblée du conseil d'administration afin qu'il puisse présenter son rôle et ainsi mieux se faire connaître auprès des administrateurs. Tournée des centres de services externes par le comité des usagers.	Cette activité a été reportée.
Se doter d'une politique sur la prévention des chutes.	Politique à venir.
Lorsque requis, inviter le gestionnaire des risques aux rencontres du comité de vigilance et de la qualité.	Le gestionnaire des risques a participé à deux rencontres du comité vigilance et de la qualité.

Lors des rencontres, les membres du comité de vigilance et de la qualité ont pris connaissance des insatisfactions formulées par les usagers, fait le suivi du plan de formation et des activités de recherche ainsi que des différentes plaintes déposées à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Ils ont aussi rencontré le gestionnaire des risques pour échanger sur des préoccupations en lien avec la sécurité. Enfin, dans le cadre de la démarche d'agrément, ils ont pris connaissance des résultats de sondages effectués auprès de la clientèle et du personnel.



Comité de gestion des risques et de la qualité

Comité de gestion des risques et de la qualité

Jacques Boucher, gestionnaires des risques
Majorik Bouchard, coordonnateur en remplacement (avril
2014 à janvier 2015)
Amélie Brousseau, coordonnatrice (janvier à mars 2015)
Michel Courteau, assistant réadaptation
Martine Lépine, infirmière
Yvon Fontaine, représentant du comité des usagers
Nathalie Magnan, directrice générale

Le comité de gestion des risques se préoccupe d'une prestation sécuritaire des services et agit de manière à prendre les mesures pour contrer ou prévenir la récurrence des situations pouvant occasionner des incidents ou des accidents.

Entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015, 77 événements ont été déclarés (60 accidents et 17 incidents) dont 5 ont nécessité des soins spécialisés supplémentaires. Les principaux événements déclarés étaient des erreurs de médicaments et des chutes. On note une forte hausse des déclarations qui s'explique par l'augmentation de 16% du taux d'occupation dans les services avec hébergement et par une augmentation des déclarations dans les services externes à la suite d'interventions concernant l'importance de la déclaration de certains événements.

Pour l'année 2014-2015 le comité avait retenu l'objectif suivant : Réduire le nombre de chutes et leur gravité.

Les activités à réaliser étaient les suivantes :

1. Identifier un outil d'évaluation du risque de chute.
2. Définir les procédures entourant cette évaluation.
3. Définir les interventions à adresser aux usagers suite aux résultats de cette évaluation.
4. Produire un document de procédures.

Le comité de gestion des risques a mandaté un groupe de travail afin de réaliser ces activités. Les membres de ce groupe se sont inspirés d'une directive du Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches. Avec leur accord, ils ont retenu leur grille d'évaluation du risque de chute et ils ont produit un document sur les procédures d'évaluation du risque de chute. Le document est présentement à l'étape d'approbation et la procédure sera implantée sous peu.

Concernant la gestion des médicaments, notons que des travaux sont en cours afin que le personnel de l'infirmier limite la transcription de notes à un seul endroit et en une seule étape, ce qui diminuera les possibilités d'erreurs de notation/transcription. De plus, lors de la distribution des médicaments, l'utilisation future d'un poste informatique directement relié au fichier unique de gestion de médicaments limitera aussi les possibilités d'erreurs.



Conseil multidisciplinaire

Membres du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire

Chantal Turgeon, agente relations humaines et présidente
Jacquelin D. Roy, psychologue et vice-président
Daniel Forget, éducateur et secrétaire
Annie Bournival, représentante du CII
Jean-Marc Ménard, coordonnateur des services
professionnels
Nathalie Magnan, directrice générale

Les membres de l'exécutif se sont réunis à trois reprises durant la période allant du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015. Les sujets suivants ont été traités :

- ✓ Mise à jour des dossiers prioritaires du CM :
 - l'organisation de la journée des Conseils professionnels
 - l'éthique en lien avec les conflits de rôles potentiels auprès des usagers et la gestion des frontières interpersonnelles
 - la qualité des plan d'intervention
 - l'utilisation optimale des réunions de programme
 - la supervision
 - mise en valeur, mobilisation et mise à contribution du personnel clinique« sénior » au sein de l'établissement
 - le déploiement du GAIN
 - la démarche d'agrément.
- ✓ Suivi des activités du Conseil des infirmières/infirmiers et de la Commission Multidisciplinaire Régionale.
- ✓ Réflexion sur les travaux du comité de travail sur l'éthique dans les relations professionnelles.
- ✓ Organisation de la démarche du prix reconnaissance.
- ✓ Organisation et tenue de la Journée des Conseils professionnels le 13 juin 2014.
- ✓ Désignation d'un membre, Mme Annie Milot, pour représenter le CM dans le processus d'agrément du CQA.

Chaque année, le Conseil multidisciplinaire tient une journée professionnelle.

Lors de cette journée, on procède au dévoilement du récipiendaire du Prix Reconnaissance.

Cette année, un nouveau prix s'est ajouté : le Prix Rayonnement. Celui-ci est destiné au personnel administratif et de soutien. Il vise à reconnaître un employé qui s'est démarqué au sein de l'organisation, de ses collègues ou de la clientèle par son engagement et son dépassement.

Madame Nathalie Magnan, directrice générale et monsieur Daniel Forget, représentant du Conseil multi ont remis les prix.

*Marie-Ève Rousseau, ARH,
s'est méritée le
Prix reconnaissance 2014*



*Pierre Provencher, chef de l'équipe à
l'entretien, s'est mérité le
Prix Rayonnement 2014*



*Francine Leblanc, adjointe à la direction,
s'est méritée le Prix Rayonnement 2014.*





Conseil des infirmières et des infirmiers

Membres du comité exécutif du Conseil des infirmières et des infirmiers

Annie Bournival, présidente
Guylaine Beaudoin, vice-présidente
Josianne Baril-Monfette, secrétaire
Julie Côté, infirmière
Éric Bergeron, infirmier
Andrée Lupien, représentante du CIIA
Nathalie Magnan, directrice générale

Les membres du CII se sont réunis à une occasion et les membres de l'exécutif du CII ont eu une rencontre au cours de la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015. Voici les sujets traités :

- ✓ Suivis des mandats et dossiers prioritaires de la dernière année : cartable des tâches infirmières, défibrillateur à l'hébergement, remplacement des vacances infirmières, rétention du personnel.
- ✓ Annonce de la fusion du CIIA et du CII.
- ✓ Suivi des discussions et pistes de solution face aux départs prévus des médecins : présentation des deux médecins qui s'impliqueront dans le traitement de la dépendance aux opiacés.
- ✓ Planification de la création d'un aide-mémoire pour les orientations.
- ✓ Planification d'une journée de formation sur les notes évolutives et le Plan de traitement individuel. À noter que cette formation n'a pas eu lieu en raison de circonstances reliées à la disponibilité de la formatrice.
- ✓ Discussion sur les objectifs du CII pour la prochaine année.



Comité des usagers

Membres du comité exécutif du Comité des usagers

Daniel Thibeault, président
Éric Laramée, vice-président
Suzanne Coderre, trésorière

Membres réguliers

Luc Bistodeau, administrateur
Danielle Collins, administratrice
Paul Cloutier, administrateur
Robert Milette, administrateur
Steve Ouellet, administrateur

Le comité des usagers a tenu cinq rencontres régulières au cours de l'année 2014-2015. Les membres se sont également présentés à l'assemblée générale annuelle en mars au cours de laquelle l'exécutif a été élu. Les réunions tenues au cours de l'année ont permis au comité des usagers de travailler sur un certain nombre de dossiers et sur la préparation des deux activités principales présentées aux usagers, soit *Les Retrouvailles* et le *Souper de Noël* à l'hébergement.

- ✓ En cours d'année, le comité s'est présenté à dix rencontres de l'*Activité mensuelle du comité des usagers*. Ces rencontres se tiennent dans le cadre de la programmation donnée aux usagers en stage au centre de services avec hébergement. Le comité renseigne les usagers sur leurs droits et leurs obligations. Par la même occasion, il veille à l'amélioration de la qualité des conditions de vie et évalue le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services reçus.
- ✓ Tout au long de l'année, les membres ont recueilli les insatisfactions et les commentaires des usagers et ont aussi été disponibles pour accompagner ou pour assister les usagers dans toute démarche, y compris lorsqu'ils désiraient porter plainte.
- ✓ La plupart des membres ont participé à la formation de base du *Regroupement provincial des comités des usagers – RPCU* offerte en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux.
- ✓ Les membres délèguent des représentants du comité des usagers notamment au conseil d'administration et au jury du comité de sélection des prix Reconnaissance et Rayonnement.



Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CRD Domrémy MCQ



Buts

Identifier les valeurs, principes et règlements qui guident les administrateurs dans leurs responsabilités et leurs devoirs.

Favoriser et s'assurer de l'intégrité des administrateurs de fonds et de services publics.

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public représente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

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

1. LES BUTS

Le «Code d'éthique et de déontologie» est un ensemble de valeurs, principes et règles qui guident les administrateurs dans leurs responsabilités et leurs devoirs. Il est également un outil pour favoriser et s'assurer de l'intégrité d'administrateurs de fonds et de services publics.

2. LES VALEURS

Respect des droits et des personnes

Privilégie la prise en compte des droits fondamentaux des individus qui doivent être respectés dans toutes les décisions et les gestes posés.

Équité dans les décisions

Réfère à un comportement impartial et juste dans les prises de décisions basé sur les éléments similaires et sur les différences, incluant la répartition équitable des ressources en fonction des besoins.

Efficacité et efficience

Propose de juger des projets et des actions en fonction des résultats attendus et de viser une utilisation optimale des ressources.

Transparence et discrétion

Réfère à communiquer clairement les informations, questions et opinions et à faire preuve de discrétion concernant certains faits et données qui ont été communiqués.

3. LES DEVOIRS

Agir dans les limites de ses pouvoirs

Ne pas dépasser les pouvoirs conférés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et ne pas s'immiscer dans la gestion interne et quotidienne de l'établissement.

Agir avec soin, prudence, diligence et compétence

S'informer, s'ouvrir aux divers points de vue, demander conseil et prendre les moyens pour assumer avec compétence ses responsabilités et devoirs.

Honnêteté et loyauté

Agir dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie, en toute bonne foi, sans abus de confiance ou de droit et en évitant les conflits d'intérêts.

4. CONFLITS D'INTÉRÊTS POSSIBLES

- ✓ Avantage personnel qu'apporte une décision à laquelle prend part un administrateur. Pour qu'il y ait acte répréhensible, la personne doit, sciemment, poser une action qui la place dans un conflit d'intérêts.
- ✓ Participation de l'administrateur au processus décisionnel lorsque ses intérêts ou ceux de ses proches sont concernés. Il doit s'agir d'intérêt particulier et non d'intérêt de groupe, tel le personnel ou les usagers.
- ✓ La sollicitation et l'acceptation d'un avantage en lien avec sa fonction d'administrateur. Un avantage significatif peut entacher l'impartialité de l'administrateur et influencer ses décisions.
- ✓ L'utilisation ou la communication d'informations privilégiées considérées comme confidentielles.
- ✓ L'utilisation, autrement que selon les modalités applicables à tous, des liens, des ressources ou des services de l'établissement.
- ✓ Intervention dans le processus d'embauche du personnel et ingérence indue dans le fonctionnement interne de l'établissement.

5. MESURES PRÉVENTIVES

- ✓ L'administrateur doit déclarer l'existence d'un intérêt dans une entreprise commerciale en relation contractuelle avec l'établissement ou qui est susceptible de le devenir. Le lien d'employé ou d'administrateur d'une entreprise ou d'un organisme susceptible de contracter avec l'établissement doit aussi être déclaré par l'administrateur de l'établissement.
- ✓ Le cas échéant, chaque administrateur doit remplir « une déclaration d'existence d'un intérêt dans une entreprise » dans les soixante (60) jours suivant son élection ou sa nomination.
- ✓ L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêt doit dénoncer son intérêt au conseil et s'abstenir de siéger et de participer au processus décisionnel relatif à toute question où cet intérêt est en cause.

6. RÉMUNÉRATION DES ADMINISTRATEURS

- ✓ Les membres du Conseil d'administration ne peuvent recevoir de rémunération à ce titre, tel que déjà stipulé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

- ✓ Les dépenses inhérentes à la fonction d'administrateur peuvent faire l'objet d'un remboursement selon les règles édictées par le gouvernement.

7. L'ADMINISTRATEUR APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

- ✓ Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- ✓ Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
- ✓ Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

8. COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

- ✓ Un comité d'éthique et de déontologie est constitué afin de veiller à l'application du code. Le comité est formé de trois (3) administrateurs nommés par le Conseil d'administration et au besoin, peut s'adjoindre une personne ressource externe.
- ✓ Le mandat du comité est de promouvoir l'application du code d'éthique et de déontologie, d'enquêter sur toute situation de manquement aux règles et de proposer les mesures appropriées.

9. ENGAGEMENTS

- ✓ Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu en annexe du présent Code.
- ✓ Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

Le présent règlement abroge et remplace tout règlement, résolution ou disposition adoptés antérieurement par le conseil d'administration concernant le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.

Adopté par le conseil d'administration le 9 mars 2002, révisé le 8 novembre 2011.



DRUMMONDVILLE
350, rue Saint-Jean, Suite 170
Drummondville Qc J2B 5L4
819 475-0242

BÉCANCOUR
3689, boul. Bécancour
Ville de Bécancour Qc G9H 3W7
819 298-2144

LA TUQUE
445, rue Lacroix, bureau 500
La Tuque Qc G9X 1V8
819 523-6113

LOUISEVILLE
41, boul. Comtois, 1^{er} étage
Louiseville Qc J5V 2H8
819 228-2731

NICOLET
675, rue St-Jean-Baptiste
Nicolet Qc J3T 1S4
819 293-2071

PLESSISVILLE
1331, rue St-Calixte
Plessisville Qc G6L 1P4
819 362-6301

TROIS-RIVIÈRES (HÉBERGEMENT)
11931, rue Notre-Dame ouest
Trois-Rivières Qc G9B 6W9
819 377-2441

ST-TITE
750, rue du Couvent
St-Tite Qc G0X 3H0
418 365-7555

STE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN
90, Chemin Rivière-à-Veillet
Ste-Geneviève-de-Batiscan Qc G0X 2R0
418 362-2728

SHAWINIGAN
750, Promenade Saint-Maurice
Shawinigan Qc G9N 1L6
819 536-0004

TROIS-RIVIÈRES
440, rue des Forges
Trois-Rivières Qc G9A 2H5
819 374-4744

VICTORIAVILLE
353, boul. Bois-Francs Nord
Victoriaville Qc G6P 7B7
819 752-5668

SERVICES ADMINISTRATIFS
440, RUE DES FORGES
TROIS-RIVIÈRES QC G9A 2H5
819 374-7711

...des **services publics***
près de
chez-vous.

