



Rapport annuel de gestion 2014-2015

www.crde.ca

Table des matières

Mot du directeur général et de la présidente du conseil d'administration	04
Mot de la présidente-directrice générale du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	06
Mission, vision et valeurs	07
Caractéristiques de la population desservie	08
Organigramme	10
Services offerts à la clientèle	12
Planification stratégique 2012-2015	14
Données statistiques sur la clientèle	22
Ressources humaines	24
Contrats de services	24
Résultats du sondage de mobilisation du personnel	24
Amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des services	25
Gestion et contrôle des effectifs	27
Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services	28
Rapport d'activités des comités et instances participatives	29
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	34
Déclaration de fiabilité des données	41
Annexe 1 Entente de gestion	42
Annexe 2 États financiers et analyse des résultats des opérations	44
Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés	44
Rapport de la direction	46
État de suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant	47
États financiers	48

Mot du directeur général et de la présidente du conseil d'administration

*À l'aube du 20^e anniversaire de notre
établissement, des changements importants
marqueront encore une fois son histoire*

C'est avec une grande fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2014-2015 du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (CRDE). L'année qui vient de se terminer s'est soldée par de multiples rencontres et réflexions menant à des changements importants pour l'avenir de notre organisation.

Nous avons poursuivi la démarche d'optimisation des ressources visant à identifier les opportunités, les retombées et les impacts d'un projet de regroupement avec le Centre de santé et de services sociaux – institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) et le Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François. Le projet a été suspendu à la suite de l'adoption du projet de loi 10 faisant en sorte de regrouper l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de notre région pour former le CIUSSS de l'Estrie - CHUS à compter du 1^{er} avril 2015.

Nous avons poursuivi nos objectifs de bonification et de consolidation de notre offre de service par l'élaboration d'un programme en réinsertion sociale qui nous permet d'évaluer les besoins de réinsertion sociale de la personne et d'intégrer des objectifs à son plan d'intervention. Nous avons participé aux travaux régionaux pour mettre en place une offre de service en désintoxication externe et à la rédaction du guide sur les troubles concomitants initié par notre Association. Nous continuons à adapter nos pratiques à notre clientèle qui présente de multiples problématiques. La programmation des services à l'entourage a été révisée afin de s'adapter aux besoins croissants de cette clientèle et des actions visant à réajuster nos services infirmiers en hébergement en dépendance ont été réalisées. Du côté de l'hébergement en santé mentale, nous avons implanté la programmation de réadaptation psychosociale intensive en trois phases et la programmation sur la thérapie psychologique intégrée (IPT).

Notre volonté d'humaniser, de personnaliser et de démystifier nos services a soutenu notre décision d'adhérer à l'approche Planetree dont les dix composantes correspondent entièrement à ce que l'on souhaite faire vivre comme expérience à notre clientèle. La démarche de renouvellement de l'agrément a mobilisé de nombreux acteurs qui se sont investis dans cette démarche d'amélioration continue. Cet exercice nous a permis de réaffirmer notre engagement qualité dans le déploiement de notre offre de service. Les résultats du sondage sur l'expérience client ont d'ailleurs démontré un taux élevé de satisfaction. Le rapport final du Conseil québécois de l'agrément (CQA) est attendu en juin 2015.

Nous tenons à remercier sincèrement les membres du conseil d'administration et chacun des membres du personnel du CRDE qui ont démontré qu'un engagement réel envers une clientèle est définitivement une source de passion et de créativité permettant de trouver des solutions novatrices à ses besoins.

Nous sommes très fiers des réalisations du CRDE au cours des vingt dernières années et nous sommes convaincus que l'expertise de notre personnel en dépendance et en santé mentale sera mise à contribution dans la création de notre nouvel établissement régional dont l'objectif ultime est d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et services offerts à la population. Un objectif auquel le CRDE contribue déjà depuis plusieurs années par l'adoption des meilleures pratiques et le développement de partenariats.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. McDonald'.

Murray McDonald
directeur général

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carole Côté'.

Carole Côté
présidente du conseil
d'administration

Mot de la présidente-directrice générale

du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)

À partir du 1^{er} avril 2015, l'entrée en vigueur 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* fait en sorte que la région doit créer un nouvel établissement afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité, l'efficacité et l'efficacités des services aux usagers et aux usagères. Pour nous, cela représente la fusion de quatorze établissements, dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) La Pommeraye et de la Haute-Yamaska qui se sont joints à notre CIUSSS, et l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Quel défi de taille...!

C'est avec beaucoup de fierté et de détermination que j'ai accepté de prendre la tête de cette nouvelle organisation. La transformation du réseau, telle que proposée dans la Loi, s'avère une opportunité pour l'Estrie, voire un levier. En unissant nos forces, en partageant nos pratiques d'excellence et notre vision novatrice, nous irons encore plus loin.

« *En Estrie, ensemble, innovons pour la VIE!* » est la nouvelle vision de l'établissement. Dans l'énoncé, on constate la force de la collaboration, le désir de sortir des sentiers battus pour faire toujours mieux, tout en gardant à l'esprit notre raison d'être : la VIE. La VIE réfère au secteur de la santé et des services sociaux dans lequel nous œuvrons, mais aussi au fait que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS offrira la gamme la plus étendue de services des établissements du Québec, de la prévention aux soins de fin de vie, des soins et services primaires à ceux surspécialisés.

Pour s'imprégner de cette nouvelle vision, une démarche participative a été lancée afin d'établir les nouvelles valeurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. En tout, c'est près de 2500 personnes qui ont participé (membres du personnel, médecins, population, etc.). Les valeurs retenues sont l'**humanisme**, l'**engagement** et l'**adaptabilité**.

En terminant, je tiens à remercier les membres des conseils d'administration des quinze précédentes organisations qui, grâce à leur engagement et à leur dévouement, ont su faire du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie un lieu de soins, d'interventions et de travail rempli de sens, et ce, au service de notre population.



M^{me} Patricia Gauthier

Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Mission, vision et valeurs

Mission

En Estrie, offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes, jeunes et adultes, aux prises avec des problèmes de dépendance (alcool, drogues ou jeux de hasard et d'argent) et de santé mentale ainsi que des services de soutien à l'entourage de ces personnes.

Vision

Ensemble, contribuer au mieux-être des personnes grâce à des services intégrés où l'humanisme et les savoirs spécialisés s'unissent pour soutenir leur processus de réadaptation et de rétablissement, et ce, de concert avec nos partenaires.

Valeurs

Les valeurs qui guident notre offre de service sont :

Solidarité

Nous croyons que c'est avec une équipe unifiée, qui mise sur le potentiel de chacun et qui fait une place importante aux clients et partenaires, que nous parvenons à développer les services les mieux adaptés. Ainsi, nous bâtissons ensemble des ponts entre les dimensions humaine et clinique, et ce, afin de contribuer au mieux-être de la clientèle et de notre personnel.

Passion

Nous croyons que la réalisation d'un travail que nous aimons, valorisons et dans lequel nous nous investissons constitue les fondements qui favorisent le développement des savoirs et permet à chacun de se dépasser. Notre passion, synonyme de force, de vie et de satisfaction est un engagement collectif au service de notre mission.

Innovation/ Créativité

Nous croyons que le développement de notre expertise, axée sur un service personnalisé où l'humain en constante évolution influence la dimension clinique, passe inévitablement par notre créativité et notre capacité d'innovation.

Cohérence

Nous croyons que pour réaliser notre mission, nous devons faire preuve d'ouverture et miser sur la cohérence de nos décisions et de nos actions. Ainsi, nous parvenons à une adéquation entre l'information véhiculée et l'expérience vécue.

Caractéristiques de la population desservie

La région de l'Estrie couvre une superficie de 10 197 km². Elle est composée de six municipalités régionales de comté (MRC) et un territoire équivalent (TE) : Coaticook, des Sources, Granit, Haut-Saint-François, Val-Saint-François, Memphrémagog et Sherbrooke, et regroupe 89 municipalités.

La région de l'Estrie comptait 318 400 habitants au 1^{er} juillet 2013, soit 3,9 % de la population du Québec. En 2013, seule la MRC de Sherbrooke présente un âge médian (39,7 ans) inférieur à celui de l'ensemble du Québec. Bien que globalement sa répartition par grand groupe d'âge ressemble beaucoup à celle du Québec, une surreprésentation des jeunes adultes explique cet écart dans l'âge médian.

Les jeunes du secondaire de l'Estrie se démarquent défavorablement pour la consommation excessive d'alcool. En effet, 46 % des élèves disent avoir bu 5 consommations ou plus au moins une fois dans l'année en Estrie contre 41 % au Québec. La proportion de jeunes de 1 à 17 ans qui ont reçu un diagnostic de troubles de santé mentale est d'environ 10 % et elle est à la hausse en Estrie et au Québec. Les troubles mentaux affectent 1,5 fois plus les garçons que les filles. Parmi les élèves du secondaire, 9 % disent avoir reçu un diagnostic d'anxiété et 4 %, de dépression.¹

Du côté des adultes, 14 % des 18 à 64 ans souffrent d'un trouble mental en Estrie, ce qui est plus élevé qu'au Québec (12 %). Ils sont 1,5 fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les troubles anxio-dépressifs affectent près de 10 % des adultes et la schizophrénie, près de 1 %.

De plus, au cours des dernières années, nous avons assisté à une augmentation de la proportion des familles monoparentales et celles des personnes vivant seules. En 2011, on dénombre dans la région 6 980 familles à faible revenu, dont 3 060 sont monoparentales.

En 2011, 27 % des adultes (25 à 64 ans) n'occupent pas un emploi et 18 % vivent dans un ménage à faible revenu. Plus du quart des personnes vivant dans un ménage où le revenu est inférieur à 30 000 \$ déclarent un état de santé passable ou mauvais. L'accès aux services médicaux demeure un enjeu. Plus d'un adulte sur 5 n'a pas de médecin de famille et on observe de grandes disparités géographiques à cet égard.

En matière de drogues, la prévalence du diagnostic de dépendance est de moins de 1 % (0,8 %) pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus. Environ 12 à 15 % des jeunes adultes dans la tranche des 15-24 ans ont consommé d'autres drogues (avec ou sans utilisation du cannabis). Précisons qu'environ 5 % des consommateurs de cannabis en sont dépendants et qu'un tiers des consommateurs quasi quotidiens de cannabis vont développer une dépendance au produit.

Dans la population jeune, la consommation de cannabis est de loin la substance illicite privilégiée. Près de 41 % des jeunes y ont eu recours au moins une fois au cours des douze derniers mois (1^{re} secondaire = 15,3 % versus 5^e secondaire = 60,6 %). Par ailleurs, une proportion significative de jeunes du secondaire sont des consommateurs quotidiens de cannabis. Il semble qu'environ 4,8 % des filles et 6,8 % des garçons aient une consommation problématique nécessitant une intervention spécialisée. Environ 14 % des garçons et 11 % des filles ont une consommation à risque pour laquelle une intervention de prévention secondaire serait indiquée.

1 Faits saillants concernant la santé de la population de l'Estrie (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) - Mai 2015

Il est important de rappeler que la teneur en THC (molécule contenue dans le cannabis) a fortement augmenté avec l'amélioration des cultures de cannabis. Nous recevons de plus en plus de jeunes parents avec une problématique de dépendance.

Le phénomène d'injection est de plus en plus présent chez les adultes et chez les jeunes, ce qui a pour effet d'augmenter les risques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang dont l'hépatite C; une épidémie silencieuse selon des experts en santé publique². Concernant les maladies infectieuses, certains taux estriens sont supérieurs à ceux du Québec, telle que la chlamydie³. Un point positif : le taux d'incidence de l'hépatite B, parmi la population estrienne, est inférieur à celui de la population québécoise.

La double problématique dépendance et troubles de santé mentale

Au Québec, il est généralement admis que cette double problématique touche de 30 à 50 % de la clientèle en milieu psychiatrique et entre 50 et 70 % de la clientèle en centre de traitement en toxicomanie.

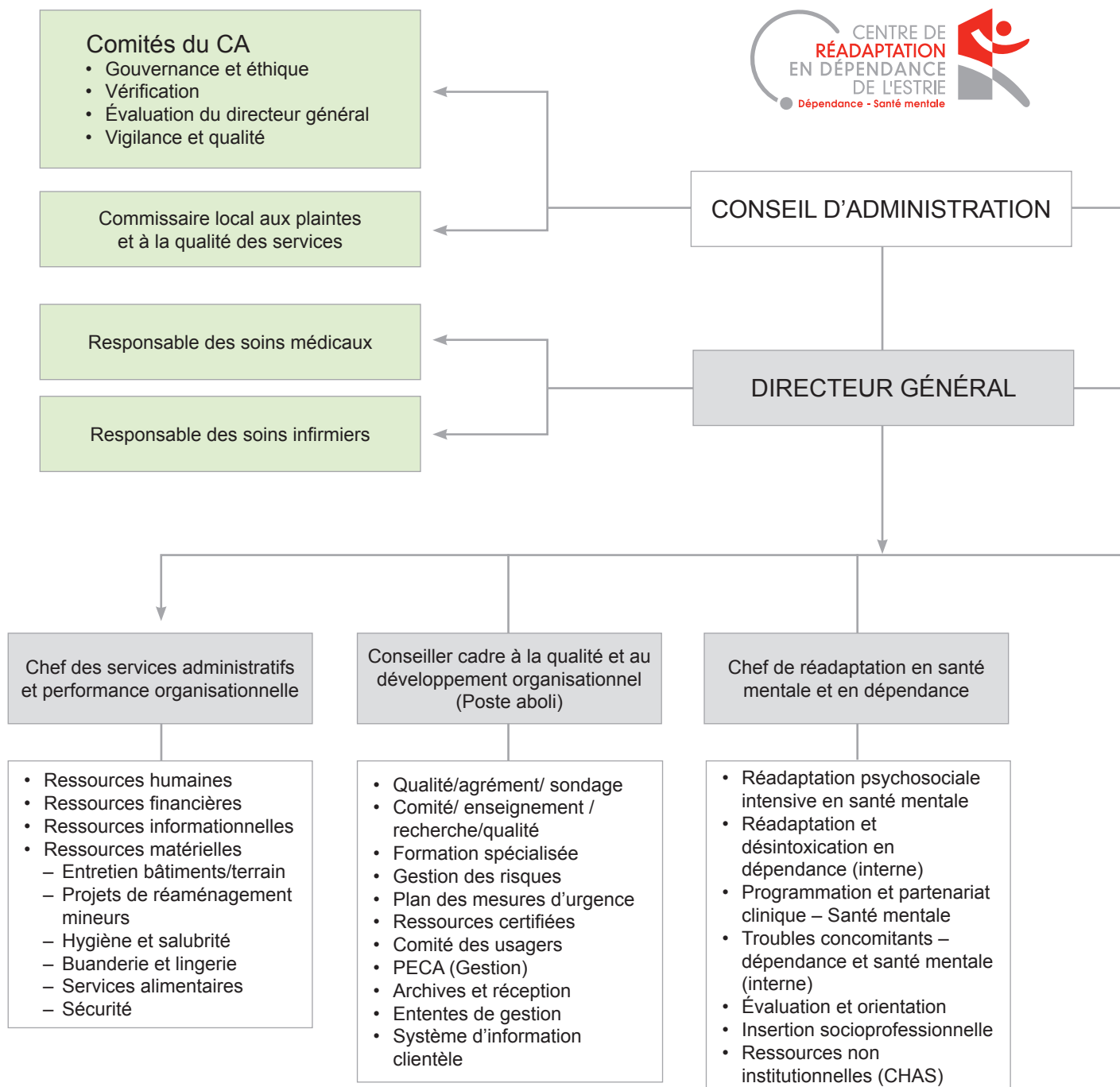
L'important lien qui existe entre les problèmes de dépendance et les troubles de santé mentale fait en sorte que les experts de ces deux domaines doivent collaborer en proposant une approche intégrée de leurs interventions.

Au cours des dernières années, les centres de réadaptation en dépendance ont constaté un alourdissement de la clientèle en traitement de réadaptation. Les intervenants rencontrent plus fréquemment des personnes présentant des problèmes multiples, dont des problèmes de dépendance à plus d'une substance et de concomitance avec des problèmes de santé mentale.

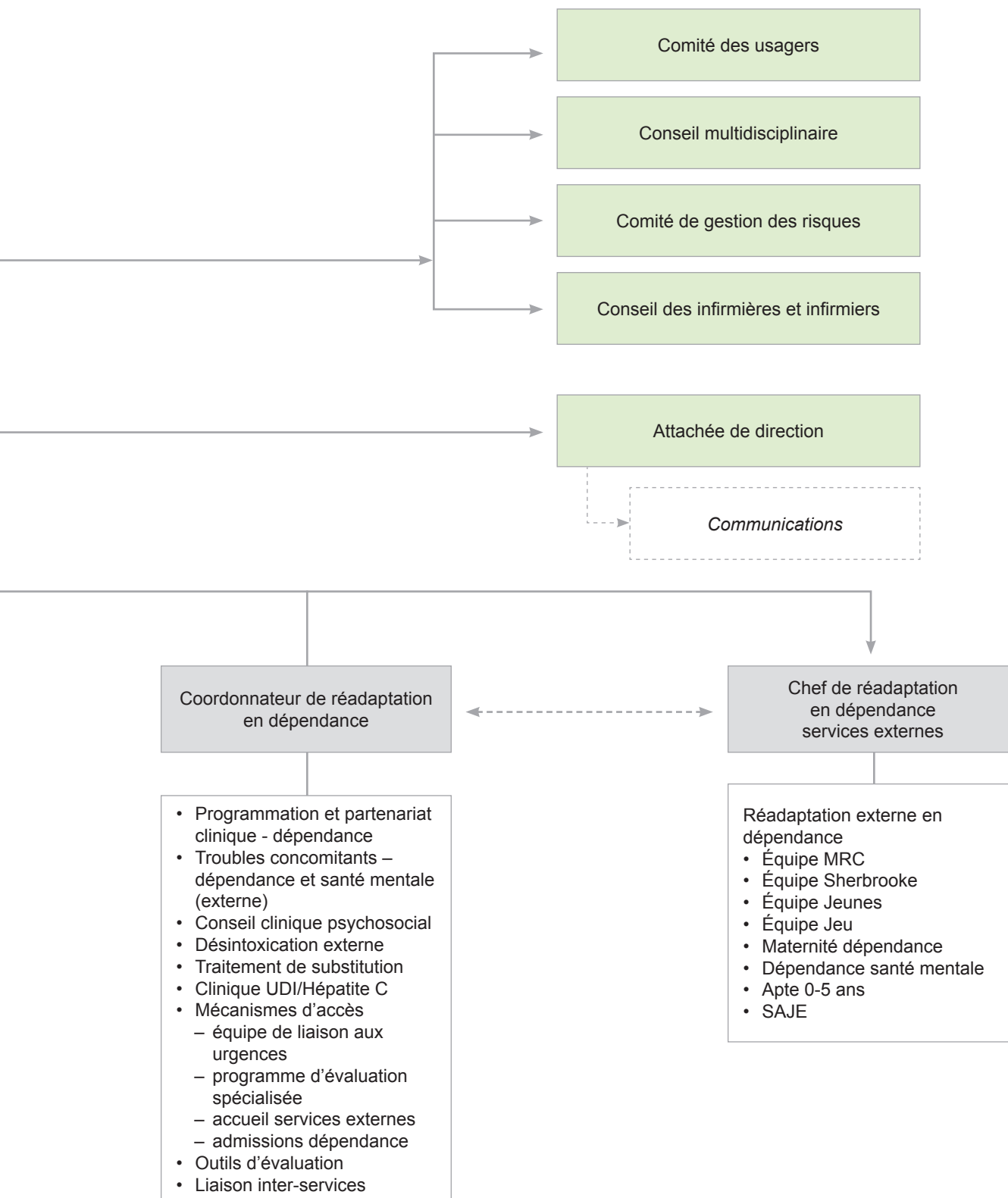
2 Institut de la statistique du Québec

3 Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011

Organigramme



10



Services offerts à la clientèle

Notre établissement a développé des services spécialisés de réadaptation basés sur les meilleures pratiques. Notre philosophie d'intervention repose sur des approches cliniques qui favorisent l'amélioration des conditions de vie de nos clients et le plein pouvoir dans les décisions qui les concernent. L'établissement dispose de 40 places dont 24 en santé mentale pour adultes et 16 en dépendance parmi lesquelles 13 sont dédiées aux adultes et 3 aux jeunes. Également, l'établissement a conclu une entente avec le Centre d'hébergement alternatif de Sherbrooke (CHAS) pour l'utilisation de 7 places d'hébergement de transition pour les jeunes adultes vivant avec un profil de santé mentale avec ou sans trouble concomitant. Les intervenants sont présents dans toutes les MRC de l'Estrie et travaillent en étroite collaboration avec les centres de santé et de services sociaux, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), les autres centres de réadaptation dont le Centre jeunesse de l'Estrie, les commissions scolaires, les ressources certifiées en toxicomanie ainsi que les organismes communautaires.

Services spécialisés du programme en dépendance

12

- Accueil, évaluation et orientation spécialisée

- Programme régional d'évaluation spécialisée (PRÉS)
- Équipe de liaison spécialisée en dépendance basée dans les urgences du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

- Réadaptation

- Programme de réadaptation auprès des adolescents (12-17 ans) avec ou sans hébergement
- Programme de réadaptation pour les adultes avec ou sans hébergement
- Programme de désintoxication avec hébergement
- Programme pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et clinique d'hépatite C (VHC)
- Programme de traitement de la dépendance aux opiacés (méthadone et suboxone)
- Programme d'aide aux parents toxicomanes et à leurs enfants âgés de 0-5 ans (APTE)
- Programme pour les joueurs pathologiques
- Programme Stratégie d'Action Jeunesse Estrie (SAJE)
- Programme Maternité et parentalité

- Aide et soutien aux membres de l'entourage

- Formation, soutien et partage d'expertise spécialisée en dépendance pour les partenaires



Services spécialisés du programme en santé mentale

- Services de réadaptation psychosociale intensive pour les adultes et jeunes adultes
- Services d'hébergement de transition pour les adultes et jeunes adultes nécessitant un encadrement intensif afin de développer l'autonomie fonctionnelle nécessaire à l'actualisation de leur projet de vie
- Services d'hébergement sécuritaire pour les personnes nécessitant un suivi et un encadrement plus intensif de durée déterminée
- Service de dépannage de moins de trente jours pour des personnes ayant des troubles de santé mentale et qui vivent une situation de crise temporaire au niveau du logement
- Accès aux appartements simulés et supervisés visant l'autonomie et la réinsertion sociale
- Programmation clinique de la thérapie psychologique intégrative
- Atelier visant l'apprentissage et l'autonomie des personnes dans leurs activités de vie quotidienne
- Activités visant l'amélioration des habiletés sociales et relationnelles des individus
- Atelier d'intégration professionnelle et communautaire

Services du Programme d'évaluation des conducteurs automobiles (PÉCA)

- Ces services s'adressent aux personnes arrêtées pour conduite d'un véhicule routier avec les facultés affaiblies ou référées par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) parce que celle-ci a des motifs raisonnables de croire à l'existence d'un problème d'alcool ou de drogue. Ces conducteurs sont évalués afin de vérifier s'il y a incompatibilité ou non entre leur comportement face à l'alcool (ou à la drogue) et la conduite sécuritaire d'un véhicule. Finalement, la SAAQ détermine si le conducteur peut conserver ou recouvrer le droit de conduire.

P lanification stratégique 2012-2015

La planification stratégique 2012-2015 soutient la réalisation de quatre grands défis :

- Le positionnement de notre expertise et le rayonnement de notre établissement;
- L'actualisation et l'accès à notre offre de service;
- La qualité des services et la performance;
- Le maintien d'un milieu de travail rassembleur, sain et sécuritaire suscitant l'engagement.

En voici les résultats sommaires :

Positionnement de l'expertise et rayonnement

Positionner l'expertise de l'organisation en tant qu'établissement spécialisé et élargir son rayonnement

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Augmenter la visibilité et le niveau de connaissance de l'offre de service	• Présentation des services jeunesse aux intervenants scolaires et aux directions de maisons d'enseignement • Présentation des services jeunesse et adultes dans plusieurs équipes de travail du Centre jeunesse de l'Estrie (CJE) • Remise de pochettes informatives et de fiches signalétiques de l'offre de service en dépendance aux CSSS, CJE et écoles • Participation à l'activité régionale en santé mentale (150 participants) • Trois portes ouvertes pour présenter nos services aux maisons d'enseignement, aux ressources certifiées, aux partenaires et aux stagiaires • Interventions médiatiques réalisées par nos porte-paroles

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Contribuer au développement des expertises et connaissances en s'associant à la recherche	• Participation au projet de recherche provincial en cyberdépendance pour la clientèle adolescente • Participation à une communauté de pratique innovante pour le choix des meilleures interventions des programmes d'intervention d'appui aux familles (Piaf) et 6-12 ans • Participation à un projet de recherche sur la formation et la supervision d'intervenants en traitement conjugal intégratif en jeu pathologique • Responsable en collaboration avec la Direction de santé publique du projet de recherche afin de mieux prévenir, dépister et traiter l'hépatite C • Participation à un groupe d'experts pour l'estimation des services jeunesse en dépendance
Consolider les services d'expertise-conseil et de soutien aux partenaires	• Participation de plusieurs partenaires aux formations spécialisées offertes par notre établissement • Supervision de deux ressources privées certifiées par nos intervenants • Collaboration à l'élaboration d'un cadre de référence portant sur les interventions en matière de consommation au centre de réadaptation du Centre jeunesse de l'Estrie • Participation aux équipes intervention jeunesse • Formation offerte aux médecins de l'urgence du CHUS





Actualisation et accès à une offre de service spécialisée

Assurer le déploiement d'une offre de service spécialisée basée sur les meilleures pratiques et en cohérence avec les besoins de la clientèle sur l'ensemble de notre territoire

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Compléter la formalisation de l'offre de service et la programmation en y intégrant les meilleures pratiques	• Formalisation des offres de service en dépendance et en santé mentale • Formalisation de la programmation en réinsertion sociale • Formalisation de la programmation ITSS • Implantation de la formation sur la thérapie psychologique intégrative offerte auprès de la clientèle en externe, références en provenance des équipes de suivi intensif (SI) et soutien d'intensité variable (SIV) en première ligne • Implantation de la nouvelle programmation de réadaptation psychosociale intensive en trois phases (stabilisation, expérimentation, exploration/réinsertion - consolidation) • Révision et bonification de l'offre de service en soins infirmiers à l'hébergement santé mentale • Mise en place d'un atelier de groupe psychoéducatif «Bon trip, Bad trip» en lien avec les stratégies de la réduction des méfaits et des effets sur la santé mentale • Présence d'une psychoéducatrice de 13 h à 21 h aux hébergements pour interventions auprès de la clientèle et pour soutien conseil auprès des éducateurs • Consolidation de la clinique d'hépatite C (VHC) et amélioration de l'accès au traitement avec l'arrivée de nouvelles molécules • Mise en place d'une offre de services conjugaux pour la clientèle • Consolidation du groupe de traitement pour les joueurs pathologiques • Ajout d'un deuxième groupe « soutien et maintien » au point de service de Magog
Concrétiser l'intégration des services pour la clientèle présentant des troubles concomitants en dépendance et en santé mentale	• Projet de collaboration en troubles concomitants avec l'équipe de suivi intensif du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Accroître et maintenir l'accessibilité des services en dépendance et en santé mentale conformément aux cibles du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, notamment pour les clientèles prioritaires

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Assurer aux personnes aux prises avec une problématique de dépendance, un accès aux services d'évaluation et d'orientation à l'intérieur des délais prescrits, notamment pour la clientèle prioritaire	• Cible : 80 % de la clientèle a accès à une évaluation spécialisée à l'intérieur de 15 jours ouvrables. Notre résultat cette année se situe à 81 % • L'implantation de l'outil d'évaluation des besoins individuels (GAIN) se poursuit
Élaborer et mettre en place des mécanismes permettant une gestion optimale des listes d'attente	• Mise en place d'une fonction pré-admission • Mise en place d'une fonction accueil centralisé (adultes et jeunes) à Sherbrooke et Magog • Mise en place d'une fonction de gestion des références et admissions pour l'hébergement en dépendance
Bonifier et faciliter les mécanismes d'accès à l'hébergement sur notre territoire, en concertation avec nos partenaires	• Élaboration d'une procédure de référence entre le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et le Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie • Participation active au sein du comité de travail régional sur le continuum en santé mentale en lien avec la trajectoire de service
Participer aux travaux régionaux en lien avec la consolidation des services en désintoxication, la hiérarchisation des services en santé mentale et l'organisation des services de crise	• Participation de l'établissement au comité directeur en dépendance et en santé mentale sous la responsabilité de l'Agence • Participation au sous-comité crise et dégrisement • Arrimage avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour les services de désintoxication de niveau 4 • Participation au comité de suivi étroit prévention du suicide

Poursuivre et consolider nos partenariats afin d'assurer la continuité de l'offre de service en dépendance et en santé mentale

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Évaluer et consolider en continu, nos ententes existantes avec nos principaux partenaires	• Suivi des ententes de collaboration et bilan annuel réalisé avec les partenaires pour les programmes Stratégie d'Action Jeunesse Estrie (SAJE), Aide aux parents toxicomanes et à leurs jeunes enfants âgés de 0-5 ans (APTE), protocoles de collaboration avec le Centre jeunesse de l'Estrie • Participation aux comités de suivi des Réseaux locaux de services • Sondage réalisé en février auprès de nos partenaires démontrant un taux de satisfaction de 85 %

La qualité des services et la performance dans un contexte de ressources limitées

Promouvoir une culture de qualité, de sécurité et d'innovation dans la prestation des services

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Élaborer et mettre en place des modalités permettant l'intégration des meilleures pratiques ainsi que des pratiques novatrices dans la prestation de nos services	• Actualisation de l'approche TCC au niveau des interventions et plans de traitement, tant en individuel qu'en groupe • Formation TCC « ACT 1 » un premier bloc : « Compassion, pleine conscience et valeurs » pour l'ensemble des éducateurs et professionnels et un deuxième bloc pour l'ensemble des professionnels, formation ACT 2 : « Focalise sur la relation thérapeutique » • Formation JEVI • Séminaires d'intégration à l'entretien motivationnel • Mise en place d'un comité de vie scientifique avec la collaboration du conseil multidisciplinaire
Élaborer et mettre en œuvre des guides et des protocoles d'intervention afin de soutenir la pratique clinique	• Révision des procédures de vérifications et saisies pour la clientèle hébergée • Révision des procédures pour la clientèle à risque
Assurer l'évaluation en continu des besoins et de la satisfaction de la clientèle	• Évaluation en janvier 2015 par le Conseil québécois d'agrément de la satisfaction de l'expérience client. Le taux de satisfaction se situe à 89,70 % • Évaluation systématique de la satisfaction de la clientèle • Clientèle externe et hébergée services en dépendance : 95 % • Clientèle hébergée services en santé mentale : 89 %

Assurer le maintien, le développement et le transfert de connaissances axés sur les meilleures pratiques

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Assurer la disponibilité et une diversité d'expertises et de connaissances au sein de notre organisation	- Élaboration d'un plan de formation visant le développement des compétences et réalisation de la majorité des activités au cours de l'année - Mise en place de stratégies particulières identifiées dans le plan de main-d'œuvre visant l'attraction et la rétention de certains titres d'emploi vulnérables
Déployer le PDRH-PMO	- Développement et mise en application d'un guide d'accueil et d'orientation pour le personnel infirmier - Taux de rétention après 12 mois et 24 mois à la hausse depuis 2012 - Réalisation d'un projet d'organisation du travail en soins infirmiers visant à améliorer l'accessibilité aux services et le partage des expertises en santé mentale et dépendance - Recrutement et intégration de nouveaux médecins

Améliorer notre performance par l'optimisation de nos ressources

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Contribuer aux projets régionaux d'optimisation en lien avec le partage des ressources	- Contribution au projet d'optimisation des archives avec les trois autres centres de réadaptation de la région - Processus d'étude réalisé visant la possibilité d'un regroupement avec le CSSS-IUGS et le CSSS du Val-Saint-François

Un milieu de travail rassembleur, sain et sécuritaire suscitant l'engagement

Consolider notre culture organisationnelle et harmoniser nos pratiques de gestion

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Assurer l'intégration de nos valeurs organisationnelles au quotidien	• Adhésion à l'approche Planetree • Humanisation des locaux dédiés à la clientèle afin de favoriser l'aspect d'un milieu de vie « comme à la maison » • Échanges et appropriation des valeurs lors des rencontres d'équipe et retour lors des bilans annuels • Organisations d'événements avec l'objectif de créer de nouveaux rituels organisationnels • Réalisation de l'activité reconnaissance pour souligner les 10, 15 et 20 ans de service, les personnes retraitées ainsi que les nouveaux diplômés • Mise en place d'une pratique reconnaissant l'implication de nos employés lors de l'accueil de stagiaires
Élaborer un plan d'organisation et formaliser la philosophie de gestion en cohérence avec notre planification stratégique	• Élaboration et adoption du plan d'organisation 2013-2016 par le conseil d'administration le 11 juin 2014

Maintenir notre taux de rétention et notre caractère attractif

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Identifier et prioriser les caractéristiques d'un employeur de choix	• Plusieurs formes de soutien clinique sont offertes au personnel (conseiller clinique, supervision, midi-clinique par les médecins) • Offre de formation soutenant nos approches cliniques • Consultation du personnel à plusieurs reprises • Conférence-atelier : méditation pleine conscience offerte à l'ensemble du personnel • Selon le sondage réalisé sur le degré de mobilisation du personnel en décembre 2014, 84,05 % des employés recommanderaient l'organisation comme milieu de travail
Promouvoir un environnement de travail sain et sécuritaire	• Réalisation d'activités organisationnelles de type rituel et introduction de nouvelles activités visant les saines habitudes de vie (yoga, stretching, méditation pleine conscience organisées par nos employés et sur les lieux de travail) • Inspection de lieux de travail du personnel en MRC (Magog et Val-du-Lac) et suivi des recommandations • Formation d'un employé à l'ergonomie visant à évaluer les postes de travail des employés et ainsi prévenir des problèmes ergonomiques • Déploiement et formation sur l'utilisation du formulaire de déclaration incidents-accidents de même que sur l'utilisation du formulaire visant la déclaration des « échappées belles ».

Améliorer notre gestion de l'information

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Doter notre établissement de mécanismes favorisant une meilleure circulation et appropriation de l'information	• Rencontre du directeur général avec tout le personnel et par la suite, tournée des équipes pour connaître leurs préoccupations • Tournée des gestionnaires dans les équipes pour appropriation des nouvelles politiques et procédures • Plan de communication annuel

Statistiques sur la clientèle

Nombre de personnes ayant reçu des services	2013-2014	2014-2015
Nombre d'adultes (18 ans et plus) (excluant les membres de l'entourage)	1 215 Hommes : 768 Femmes : 447	1 187 Hommes : 734 Femmes : 453
Nombre de personnes de l'entourage des adultes	169 Hommes : 34 Femmes : 135	147 Hommes : 33 Femmes : 114
Nombre de jeunes de 0 à 17 ans (excluant les membres de l'entourage)	298 Hommes : 204 Femmes : 94	318 Hommes : 214 Femmes : 104
Nombre de personnes de l'entourage des jeunes de 0 à 17 ans	93 Hommes : 25 Femmes : 68	54 Hommes : 20 Femmes : 34
Nombre d'adultes de la communauté anglophone	48 Hommes : 28 Femmes : 20	36 Hommes : 12 Femmes : 24
Nombre de personnes évaluées par l'équipe spécialisée en dépendance basée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	293 Hommes : 186 Femmes : 107	304 Hommes : 184 Femmes : 120
Délai moyen d'attente pour un premier rendez-vous	9 jours	12 jours
Nombre de personnes ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés	79 Hommes : 51 Femmes : 28	85 Hommes : 54 Femmes : 31
Nombre de personnes ayant reçu des services en jeu pathologique	114 Hommes : 78 Femmes : 36	108 Hommes : 76 Femmes : 32
Nombre d'usagers ayant reçu des services en troubles concomitants (dépendance et santé mentale)	42 Hommes : 27 Femmes : 15	47 Hommes : 33 Femmes : 14
Nombre d'usagers ayant reçu des services en troubles concomitants (dépendance et santé mentale)	49 Hommes : 36 Femmes : 13	42 Hommes : 27 Femmes : 15

22

Hébergement au programme en dépendance

Type de services	Admissions		Taux d'occupation	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Désintoxication (quatre places)	193 Hommes : 115 Femmes : 78	190 Hommes : 112 Femmes : 78	94,4 %	81,6 %
Réadaptation (neuf places)	58 Hommes : 30 Femmes : 28	59 Hommes : 34 Femmes : 25	69,9 %	64,9 %
Jeunes (trois places)	27 Hommes : 17 Femmes : 10	22 Hommes : 10 Femmes : 12	51,3 %	33,2 %

Moyenne d'âge de la clientèle	2013-2014	2014-2015
Adultes	44 ans	44 ans
Jeunes	15 ans	15 ans

Hébergement au programme en santé mentale

Type de services	Admissions		Taux d'occupation	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Réadaptation (vingt-deux places)	36 Hommes : 25 Femmes : 11	34 Hommes : 23 Femmes : 11	83 %	89,6 %
Dépannage (deux places)	36 Hommes : 22 Femmes : 14	23 Hommes : 13 Femmes : 10	60 %	63,7 %

	2013-2014	2014-2015
Moyenne d'âge de la clientèle	38	34

Programme d'évaluation des conducteurs automobiles (PÉCA)

	2013-2014	2014-2015
Nombre de demandes d'évaluation	1 061	1 050

Ressources humaines

	2013 2014	2014 2015
Nombre total d'employés		
Équivalent temps complet (ETC)	67,40	76,25
Cadres		
À temps complet	6	5
À temps partiel	0	0
Employés réguliers		
À temps complet	42	48
À temps partiel	19,40	23,25
En sécurité d'emploi	0	0
Employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées	27 282	27 575
Équivalents à temps complet	15	15,09

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015

En vertu de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE), voici les informations concernant les contrats de services.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	—	—
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	1	31 999,85 \$
Total des contrats de services	1	31 999,85 \$

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

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

24

Sondage de mobilisation du personnel

Le niveau de satisfaction générale des membres du personnel est de 77,6 % alors qu'il était de 79,4 % lors du sondage en 2011 comparé à 72,4 % pour l'ensemble des autres établissements. Le sondage sur la mobilisation du personnel effectué en décembre 2014, par le Conseil québécois d'agrément, a permis de dégager des pistes d'amélioration.

	Résultats 2015	Résultats 2011	Autres établissements 2014-15
Réalisation	80 %	81 %	77 %
Implication	83 %	81 %	77 %
Collaboration	82 %	82 %	78 %
Soutien	76 %	80 %	70 %
Communication	76 %	75 %	68 %
Leadership organisationnel	71 %	N/D	63 %
Leadership du gestionnaire	82 %	N/D	77 %
Sécurité et environnement de travail	73 %	N/D	69 %

Note : L'indicateur « leadership » a été scindé en deux indicateurs par le Conseil québécois d'agrément en 2014 soit : « leadership organisationnel » et « leadership du gestionnaire ».

A amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des services

L'année 2014-2015 a été marquée par les procédures de renouvellement de notre certification auprès du Conseil québécois d'agrément (CQA). Beaucoup d'énergie a été investie afin de mener à bien cette opération qui, bien qu'elle soit exigeante, est reconnue par tous comme étant un outil efficace d'amélioration de la qualité des services. Cette démarche a nécessité la contribution des membres du conseil d'administration, de la Direction générale, des gestionnaires, de l'équipe d'évaluation et des instances consultatives qui ont mis la rigueur et le professionnalisme nécessaires pour en faire une réussite.

Le rapport du Conseil québécois d'agrément est attendu à la fin juin 2015.

Résultats du sondage sur l'expérience client

Les résultats du sondage réalisé auprès de 389 usagers en février 2015 ont révélé un taux de satisfaction globale de 89,70 %, soit légèrement inférieur au résultat obtenu au sondage de 2011 (91,00 %). Un tel résultat dénote une satisfaction très élevée de la part de la clientèle. Ce résultat s'avère légèrement supérieur au degré de satisfaction exprimé par la clientèle d'établissements comparables (88,33 %).

De façon plus détaillée, le tableau suivant présente les niveaux de satisfaction sur chacun des indicateurs de qualité du Conseil québécois d'agrément.

	Résultats 2015	Résultats 2011	Autres établissements 2014-15
Relation avec le client	93,11	94,46	92,00
Respect	94,00	95,20	
Confidentialité	94,01	94,79	
Empathie	92,14	93,95	
Accessibilité	93,23	94,25	
Prestation professionnelle	88,06	89,98	86,00
Fiabilité	88,12	90,85	
Responsabilisation	88,90	89,13	
Apaisement	89,99	92,18	
Solidarisation	80,58	83,06	
Organisation des services	89,18	90,45	87,00
Simplicité	89,11	89,75	
Continuité	88,74	89,02	
Rapidité	86,50	86,99	
Confort	91,83	92,92	

25

Gestion des risques

Afin de poursuivre le développement d'une culture de pratiques sécuritaires et de consolider les mécanismes de la gestion des risques, les actions suivantes ont été posées :

- Élaboration d'un guide de pratique sur le traitement des incidents et accidents;
- Formation des intervenants en hébergement en dépendance et en santé mentale sur le règlement concernant la déclaration d'un incident ou accident;
- Tournée auprès des équipes externes et en hébergement pour les informer sur les améliorations apportées à la suite de l'analyse des incidents et accidents;
- Deux exercices d'évacuation, dont un en soirée, ont été réalisés. Ils ont été observés et analysés. Les consignes ont été très bien suivies dans des délais très courts, certaines bonifications ont été apportées.

Nombre de rapports d'incidents et accidents

	2013-2014			2014-2015		
	Santé mentale	Dépendance	Total	Santé mentale	Dépendance	Total
Chutes	6	5	11	2	10	12
Médication	41	9	50	13	6	19
Environnement/ ressources matérielles	3	8	11	1	2	3
Possibilité d'abus/agression	2	–	2	2	–	2
Autres (fugues)	15	13	28	4	5	9
TOTAL	67	35	102	22	23	45

La diminution du nombre d'incidents et d'accidents pour la médication correspond à l'arrivée d'infirmières auxiliaires la nuit qui préparent et vérifient la médication dans les hébergements.

L'élaboration d'un guide de déclaration des incidents et accidents pour les situations qui nécessitent une déclaration sur le formulaire AH-223-1 a eu également pour effet de diminuer le nombre d'événements.

Application des mesures de contrôle

Aucune mesure n'a été utilisée en 2014-2015 en lien avec le règlement sur les mesures de contrôle.



Réalisations du comité santé et sécurité au travail

Les membres du comité paritaire se sont rencontrés à cinq reprises au cours de la dernière année.

- Adoption du protocole : exposition accidentelle par voie percutanée ou muqueuse au sang;
- Tournée des équipes pour promouvoir une culture de prévention : politiques et formulaires de déclaration d'événements accidentels et de facteurs de risque, carte d'identification du personnel;
- Collaboration avec le comité de gestion des risques;
- Offre de vaccination contre l'influenza à tous les employés (taux de vaccination : 45 %);
- Quarante employés ont complété la formation dispensée par JEVI sur la prévention du suicide;
- Dans le cadre du volet *Saines Habitudes de vie*, près de cinquante employés ont participé à une activité expérientielle sur la méditation pleine conscience.

Gestion et contrôle des effectifs

27

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie
Rapport annuel de gestion 2014-2015

		Janvier	Février	Mars	Total du nombre d'heures travaillées janvier à mars
Personnel d'encadrement	2014	913	840	1 260	3 013
	2015	840	840	1 029	2 709
	Variation	- 8,0 %	0 %	- 18,3 %	- 10,1 %
Personnel professionnel	2014	3 542	3 782	5 444	12 768
	2015	4 068	4 305	6 323	14 696
	Variation	+ 14,8 %	+ 13,8 %	+ 16,2 %	+ 15,1 %
Personnel infirmier	2014	1 185	1 321	1 886	4 392
	2015	1 217	1 260	1 803	4 280
	Variation	+ 2,7 %	- 4,6 %	+ 4,4 %	- 2,5 %
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	4 665	4 656	7 467	16 789
	2015	4 839	5 032	7 552	17 423
	Variation	+ 3,7 %	+ 8,1 %	+ 1,1 %	+ 3,8 %
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	1 502	1 278	1 898	4 678
	2015	1 380	1 425	2 112	4 917
	Variation	- 8,2 %	+ 11,4 %	+ 11,3 %	+ 5,1 %
TOTAL	2014	—	—	—	41 640
	2015	—	—	—	44 025
	Variation	—	—	—	+ 5,7 %

Dépassement total de 5,7 % des heures travaillées directement en lien avec l'offre clinique et la confirmation de nouveaux budgets pour les programmes en dépendance et en santé mentale.

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

Traitement des plaintes

Deux plaintes ont été reçues et traitées par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'année 2014-2015. Le motif de plaintes est en lien avec les droits particuliers. Le commissaire a aussi assisté deux usagers ou représentants dans la formulation de leur plainte.

Aucune mesure n'est en cours à la fin de la période couverte par le présent rapport. Le délai moyen de traitement des plaintes se situe pour 2014-2015 à cinq jours. Aucun dossier n'a excédé le délai de 45 jours prévu par la Loi. Aucune intervention ni assistance n'a été ouverte par le commissaire durant cette période.

Concernant les autres objectifs du rôle du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dans l'établissement, différentes activités ont eu lieu telles la préparation d'une tournée sur le droit de participer, l'organisation des activités régionales dans le cadre de la Semaine de promotion des droits des usagers (en plus de la distribution d'affiches et de dépliants), la participation aux rencontres du comité régional sur la promotion des droits des usagers, le développement d'outils régionaux promotionnels, la participation à titre de paneliste à un colloque sur l'éthique et les droits des usagers à l'Université de Sherbrooke, la participation à une activité de promotion auprès des étudiants du baccalauréat en service social de l'Université de Sherbrooke, ainsi qu'une participation aux activités du CRDE.

Note : Le rapport annuel 2014-2015 détaillé est disponible sur le site WEB www.crde.ca

Rapport d'activités des comités et instances participatives

Membres du conseil d'administration

M ^{me} Carole Côté, présidente	Population
M. Louis Rosa, vice-président	Cooptation
M. Murray McDonald, secrétaire	Directeur général
M ^{me} Diane Auger	Personnel non clinique
M ^{me} Sandra Brassard	Cooptation
M ^{me} Camille Chénard	Cooptation
M. Denys Chenard	Comité des usagers
M ^{me} France Duquette	Conseil multidisciplinaire
M. Michel Fortin	Cooptation
M. Sylvain Gobeil	Cooptation
M. Claude Moreau	Comité des usagers
M. Mario J. Proulx	Cooptation
M. Jacques Nadeau	Conseil multidisciplinaire
M. Carl Tourigny	Nomination par l'Agence
M. Jean Tremblay	Nomination par l'Agence

Membres du comité de direction

Murray McDonald	Directeur général
Louise Dufour	Chef de réadaptation en dépendance, services externes
Marie-Josée Giraud	Coordonnatrice de réadaptation en dépendance
Myrienne Lareau	Chef des services administratifs et de la performance organisationnelle
Pierre Noël	Chef de réadaptation en santé mentale et en dépendance

Comité de gouvernance et d'éthique

Les membres

Camille Chénard

Carole Côté, présidente

Michel Fortin

Claude Moreau

Murray McDonald,
directeur général

Le comité de gouvernance et d'éthique a tenu deux rencontres au cours de l'année. Les principaux travaux exécutés ont été les suivants :

- Révision des critères d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et ses comités
- Analyse des résultats de l'évaluation du conseil d'administration
- Plan de communication 2014-2015

Comité de vérification

Les membres du comité se sont rencontrés à six reprises au cours de l'année pour faire l'analyse et des recommandations au conseil d'administration notamment concernant :

- Les rapports périodiques et les états financiers
- Le suivi des ententes de gestion
- La planification budgétaire 2014-2015
- Le plan de conservation pour les équipements non médicaux et la programmation triennale et annuelle des projets et des activités en ressources informationnelles
- Révision des politiques :
 - Sécurité des actifs informationnels
 - Achat de biens et services
 - Politique sur la budgétisation

Les membres

Michel Fortin

Louis Rosa, président

Jean Tremblay

30

Comité de vigilance et de la qualité

Les membres

Sandra Brassard,
présidente

Camille Chénard,
administrateur

Denys Chenard,
administrateur et
représentant du comité
des usagers

Jean-Luc Gosselin,
commissaire local aux
plaintes et à la qualité des
services

Murray McDonald,
directeur général

Les membres se sont rencontrés à deux reprises au cours de l'année. Les travaux ont porté sur :

- L'analyse des plaintes et des insatisfactions reçues de la clientèle
- L'analyse des résultats de l'évaluation de la satisfaction des usagers
- L'analyse des incidents/accidents
- Le guide de déclaration des accidents/incidents
- Le bilan du plan d'amélioration 2011-2014
- La démarche de renouvellement de l'agrément

Comité de gestion des risques

Les membres se sont rencontrés à six reprises cette année. Le comité a assuré un suivi régulier des déclarations des incidents et accidents ainsi que des actions prises en conséquence. L'élaboration d'un guide de pratique sur le traitement et l'analyse des incidents et accidents a été diffusé dans toutes les équipes de l'établissement afin de sensibiliser et d'améliorer les connaissances de tout le personnel sur l'obligation de divulgation sur le nouveau formulaire AH-223-1. De plus, toutes les équipes ont été rencontrées afin de les informer sur les améliorations apportées à la suite de l'analyse des incidents ou des accidents.

Le comité a rencontré les équipes concernées pour les informer de la procédure pour assurer la sécurité du traitement des déchets bio-médicaux et il a procédé à la révision de certaines actions du plan des mesures d'urgence.

Les membres

Denis Breton

Karine Lauzier

Marie-Michèle Lecours

Claude Moreau,
comité des usagers

Pierre Noël,
responsable des soins
infirmiers et désigné par le
directeur général
(arrivée en janvier 2015)

Catherine Pouliot

Jacques Reinbold,
conseiller cadre à la qualité et au
développement organisationnel
(départ en décembre 2014)

31

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie
Rapport annuel de gestion 2014-2015

Conseil multidisciplinaire

Les membres

Sophie Brisebois

Anne-Marie Fournelle

Danielle Pinsonneault

Christian Proulx,
président

Marie-Josée Giraud,
déléguée par le directeur
général

Murray McDonald,
directeur général

Le conseil s'est réuni à sept reprises. Le comité a mis en place un sous-comité « vie scientifique » dont le mandat porte sur le développement d'une programmation visant à instaurer des demi-journées scientifiques dont deux se sont tenues au cours de 2014-2015. Ce comité joue également un rôle clé dans la diffusion des résultats de recherches existantes, jugées prioritaires pour nous soutenir dans le maintien et le développement des compétences et des meilleures pratiques.

Le comité a collaboré à l'élaboration du guide de pratique de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec sur la programmation en troubles concomitants et il a élaboré une formation sur le traitement intégré des troubles concomitants dédié au personnel. Le conseil a favorisé la réflexion éthique dans la pratique des intervenants et plusieurs membres ont été impliqués dans l'actualisation des formations transversales offertes par l'établissement. Enfin, le comité a émis un avis sur le plan d'organisation.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le comité a tenu sept rencontres au cours de 2014-2015. Les membres de l'exécutif ont travaillé sur plusieurs mandats. Ils ont consulté les membres pour valider le protocole d'accueil et d'intégration pour le nouveau personnel infirmier. Ils ont participé à la rédaction du guide d'orientation pour infirmier et infirmier auxiliaire à l'hébergement. Des travaux ont été effectués afin de valider les ordonnances collectives et les règles de soins en lien avec les nouvelles réalités de l'hébergement. Des travaux ont été initiés pour élaborer une offre de service en soins infirmiers, une matrice d'orientation pour différents postes.

Les membres

Michel Beaudoin

Josée Bernard

Stéphanie Boisvert

Aline Côté,
présidente

Brigitte Dionne

Pierre Noël,
responsable des soins
infirmiers et désigné par le
directeur général

32

Comité PMO-PDRH

Les membres

Lyne Brien
Brigitte Dionne
Marc Fournier
Myrienne Lareau

Le comité s'est réuni quatre fois au cours de l'année. Ces rencontres ont permis de faire le suivi des trois axes du plan d'action soit la dotation des postes, le maintien et le développement des compétences et la mobilisation. Le comité est fier des réalisations 2014-2015 notamment concernant la révision de plusieurs processus, ententes et outils de ressources humaines, le plan de formation soutenant les approches cliniques et offrant des possibilités de développement de l'expertise du personnel et finalement, le positionnement comme un milieu de choix pour l'accueil de stagiaires.

Les occasions d'échanges entre les membres du personnel et de la direction ont permis de consolider le sentiment d'appartenance corroboré par le fort taux de rétention des trois dernières années.

Le site Web renouvelé et la présence de l'équipe de direction dans différentes activités professionnelles ont également contribué à accroître la visibilité et la reconnaissance de l'expertise de l'établissement.

Comité des usagers

Les membres du comité se sont réunis à huit reprises. Le comité a tenu son assemblée générale et des membres ont été délégués pour assister au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers, à la Table de concertation des comités d'usagers en dépendance du Québec, en plus de participer à deux rencontres régionales des comités des usagers. Parmi les réalisations issues du plan d'action 2014-2015, mentionnons la révision des règlements de régie interne, l'augmentation de la visibilité du comité et l'organisation d'activités pour les usagers. Les membres ont également souligné la *Semaine régionale de promotion des droits des usagers* par une rencontre avec les usagers de l'hébergement en dépendance et de l'hébergement en santé mentale pour offrir de l'information et faire la promotion des droits des usagers. Au cours de l'année, le comité a organisé un dîner hot-dogs et une épluchette de blé d'inde pour les usagers et le personnel ainsi qu'un brunch de Noël pour les usagers externes à Magog et au Centre.

Les membres

Denys Chenard,
vice-président
Fernand Delage
Vanessa Henriquez
Marcel Lafrenière
Claude Moreau,
président
Lucie Roberge
Jacques Reinbold,
désigné par le directeur général
(départ en décembre 2014)
Pierre Noël,
désigné par le directeur général
(arrivée en janvier 2015)
Murray McDonald,
directeur général

33

C Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Préambule

En vertu du paragraphe 2 de l'article 181.0.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), le comité de gouvernance et d'éthique d'un établissement de santé et de services sociaux doit élaborer un Code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30) applicable aux membres du conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

Ce Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie édicte des obligations éthiques et déontologiques. Par éthique, il faut entendre des valeurs morales tandis que la déontologie fait référence à un ensemble de règles et de normes de conduite.

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration met l'emphasis sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

Principes d'éthique

L'administrateur :

Agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

Doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

Est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévus au présent Code.

Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

Souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

Exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.

Participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

Contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

Règles de déontologie

Disponibilité et participation active

Se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

Dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

Agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

Doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

Doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

Doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

Exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

Partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

36

Discretion et confidentialité

Fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

S'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

Respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias.

Charge publique

Informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.

Doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

Utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

Ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

Ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

S'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Administrateurs indépendants

L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

Conflit d'intérêts

L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

1. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
2. Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
3. Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
4. Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
5. Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).

L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Fin du mandat

Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.

L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

Application du code

Adhésion au Code

Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

1. Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
2. Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
3. Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
4. Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
5. Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
6. Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
7. Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

Comité de discipline

Le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

Le Comité de discipline a pour fonctions de :

1. Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
2. Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
3. Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

Tout manquement aux dispositions de ce code peut entraîner l'imposition d'une sanction en conformité avec les mécanismes prévus à cet effet. Aucun manquement de la part des membres n'a été constaté au cours de l'année 2014-2015.

Déclaration sur la fiabilité des données

À titre de présidente-directrice générale du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, 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 de l'Estrie :

- 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 annuel 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.



Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS



Services sociaux et de réadaptation

Objectifs de résultats

- Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateur	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
1.07.04 - Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80,8 %	80 %	81,5 %

Disponibilité et utilisation optimale de la main d'œuvre du réseau

Objectifs de résultats

- Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
- Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
3.08 - Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.09 - Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	Réalisé	Réalisé

* Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

Rétention et mieux-être au travail

Objectifs de résultats

- Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type *Entreprise en santé*
- Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	Résultats* 2013-2014	Engagements 2014-2015	Résultats** 2014-2015
3.14 - Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.13 - Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	Réalisé
3.01 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,69 % (P12)	4 %	5,36 % (P12)

Commentaires

- Adhésion à l'approche Planetree le 25 mars 2015
- Un suivi régulier est réalisé auprès des employés en invalidité par notre conseillère de Solutions Prestass : soutien, rappel du PAE et validation du traitement prescrit. RAS dûment complété par le médecin traitant exigé par l'employeur. Expertises demandées lorsque nécessaire. Promotion du projet ISO-SANTÉ. Des mesures de retour au travail sont envisagées lors de chaque absence.

* Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

** Résultats en date du 31 mars 2015, sauf si indiqué autrement

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits), de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et de flux de trésorerie cumulés pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre de Réadaptation en dépendance de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Ni ces états financiers, ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers. Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne pourrait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de Centre de Réadaptation en dépendance de l'Estrie.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre de Réadaptation en dépendance de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Centre de Réadaptation en dépendance de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comporte les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, l'établissement a encouru un excédent des charges sur les revenus à l'égard du fonds d'exploitation. Ce résultat va à l'encontre de l'article 3 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'un établissement doit maintenir un équilibre entre les dépenses et les revenus.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de Réadaptation en dépendance de l'Estrie au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 11 juin 2015, contient un paragraphe dans lequel nous attirons l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de Réadaptation en dépendance de l'Estrie et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.



Roy Desrochers Lambert SENCRL ¹
Société de comptables professionnels agréés

Victoriaville,
le 12 juin 2015

¹ Joël Minville, CPA auditeur, CA

Roy Desrochers Lambert SENCRL est une entité juridique distincte et indépendante qui n'est pas associée ni mandataire des autres entités membres du Groupe RDL.

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur 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. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration¹ surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

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

La présidente-directrice générale,



Patricia Gauthier

**Le directeur des ressources financières
et de la logistique,**



Pierre-Albert Coubat

¹ En vertu de l'article 195 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 (chapitre O-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première de deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommé.

États financiers et analyse des résultats des opérations

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Dérogation article 3 de l'équilibre budgétaire	2014-2015	R	Équilibre en 2015 -2016 après contribution du solde de fonds			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucune réserve	2014-2015					
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Aucune réserve	2013-2014					
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Aucune réserve	2014-2015					
Rapport à la gouvernance						
Aucun élément particulier	2014-2015					

Annexe 2

États financiers et analyse des résultats des opérations

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	6 720 578	6 496 439	406 885	6 903 324	6 598 762
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	155 000	168 327	XXXX	168 327	156 420
Ventes de services et recouvrements	4	212 928	278 332	XXXX	278 332	228 352
Donations (FI:P294)	5		10 000		10 000	
Revenus de placement (FI:P302)	6	8 000	11 113		11 113	11 177
Revenus de type commercial	7			XXXX		
Gain sur disposition (FI:P302)	8			627 000	627 000	
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	440 222	409 743		409 743	383 668
TOTAL (L.01 à L.11)	12	7 536 728	7 373 954	1 033 885	8 407 839	7 378 379
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	6 277 508	6 261 766	XXXX	6 261 766	5 767 216
Médicaments	14	3 550	2 992	XXXX	2 992	1 588
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	4 589	7 227	XXXX	7 227	2 657
Denrées alimentaires	17	90 000	94 826	XXXX	94 826	86 283
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	188 915	186 398	XXXX	186 398	186 398
Frais financiers (FI:P325)	19	120 000		132 914	132 914	123 482
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	50 000	91 513	114 590	206 103	135 098
Créances douteuses	21		3 323	XXXX	3 323	3 372
Loyers	22			XXXX		1 305
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	215 000	XXXX	215 329	215 329	212 273
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	722 166	742 985		742 985	721 958
TOTAL (L.13 à L.27)	28	7 671 728	7 391 030	462 833	7 853 863	7 241 630
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(135 000)	(17 076)	571 052	553 976	136 749

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

États financiers et analyse des résultats des opérations

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	498 667	1 274 797	1 773 464	1 636 715
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	498 667	1 274 797	1 773 464	1 636 715
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(17 076)	571 052	553 976	136 749
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	6				
Transferts interfonds (préciser)	7				
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX		
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	481 591	1 845 849	2 327 440	1 773 464
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	2 327 440	1 773 464
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	2 327 440	1 773 464

Notes

Annexe 2

États financiers et analyse des résultats des opérations

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	335 877		335 877	776 924
Placements temporaires	2	1 000 000		1 000 000	203 754
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	72 250	28 727	100 977	177 733
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	127 148		127 148	126 500
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(68 310)	68 310	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	474 372	(676 473)	(202 101)	(56 997)
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	10 496	10 496	10 358
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12				
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	1 941 337	(568 940)	1 372 397	1 238 272
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		721	721	675 794
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	661 120		661 120	984 539
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	84 947	84 947	119 740
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		28 727	28 727	28 917
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	117 010		117 010	136 294
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	4 693 981	4 693 981	4 310 395
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	687 683	XXXX	687 683	625 218
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	25 106		25 106	17 499
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	1 490 919	4 808 376	6 299 295	6 898 396
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	450 418	(5 377 316)	(4 926 898)	(5 660 124)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	7 223 165	7 223 165	7 391 937
Stocks de fournitures (FE: P360)	29		XXXX		
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	31 173		31 173	41 651
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	31 173	7 223 165	7 254 338	7 433 588
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	481 591	1 845 849	2 327 440	1 773 464

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

États financiers et analyse des résultats des opérations

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(4 358 543)	457 016	(6 117 140)	(5 660 124)	(4 496 632)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(4 358 543)	457 016	(6 117 140)	(5 660 124)	(4 496 632)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(135 000)	(17 076)	571 052	553 976	136 749
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(46 557)	(46 557)	(1 477 680)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	215 000	XXXX	215 329	215 329	212 273
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	(627 000)	(627 000)	
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	627 000	627 000	
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	215 000	XXXX	168 772	168 772	(1 265 407)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	16					
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18	36 651	10 478		10 478	(34 834)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	36 651	10 478		10 478	(34 834)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	116 651	(6 598)	739 824	733 226	(1 163 492)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(4 241 892)	450 418	(5 377 316)	(4 926 898)	(5 660 124)

Annexe 2

États financiers et analyse des résultats des opérations

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	553 976	136 749
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	10 478	(34 834)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(627 000)	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		
Amortissement des immobilisations	8	215 329	212 273
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	3 271	2 589
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	137 840	(145 900)
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	(260 082)	34 128
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	(227 651)	(2 372 102)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	66 243	(2 201 225)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(46 557)	(1 477 680)
Produits de disposition d'immobilisations	18	627 000	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	580 443	(1 477 680)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20	(1 000 000)	
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	(1 000 000)	

États financiers et analyse des résultats des opérations

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	792 626	3 010 991
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(194 774)	
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(214 266)	(87 271)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	321 403	3 210 157
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(792 626)	(3 010 991)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(203 850)	(8 427)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(291 487)	3 114 459
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	(644 801)	(564 446)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	980 678	1 545 124
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	335 877	980 678
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	335 877	776 924
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		203 754
TOTAL (L.17 + L.18)	19	335 877	980 678

Annexe 2

États financiers et analyse des résultats des opérations

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	76 756	(25 857)
Autres débiteurs	2	(648)	181 279
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	7 264	
Frais reportés liés aux dettes	4	(3 409)	(12 947)
Autres éléments d'actifs	5		
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(323 419)	(199 689)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	(34 793)	(2 390 383)
Intérêts courus à payer	9	(190)	4 424
Revenus reportés	10	(19 284)	62 779
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	62 465	32 110
Autres éléments de passifs	13	7 607	(23 818)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(227 651)	(2 372 102)
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19	11 113	11 177
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22	203 754	861 401
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		203 754
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25	1 000 000	
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27	1 000 000	

Publié par la Direction générale du
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie

Production : Ginette Lacroix, Marie-Josée Loiseleur et
Marie-France Thibault

Conception graphique et impression : Imacom Communications

Photographies : banque de photos

Merci à toutes les personnes qui ont collaboré à la réalisation
de ce document. Le masculin est utilisé sans discrimination
dans le seul but d'alléger le texte.

Juin 2015

Nos coordonnées

Siège social

1930, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec) J1J 2E2
Téléphone : 819 821-2500
Télécopieur : 819 563-8322
www.crde.ca

Services en santé mentale

Téléphone : 819 821-2500

Services en dépendance

Services aux jeunes de Sherbrooke
et des MRC de Coaticook,
du Haut-Saint-François,
des Sources et
du Val-Saint-François
819 821-2500

Services aux adultes de Sherbrooke
819 821-2500

MRC DE COATICOOK
Coaticook / services aux adultes
819 849-9102, poste 57365

MRC DU GRANIT
Lac-Mégantic / services aux jeunes
819 583-1873, poste 2558

Lac-Mégantic / services aux adultes
819 583-1873, poste 2247

MRC DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS
East Angus / services aux adultes
819 832-4961, poste 1309

MRC MEMPHRÉMAGOG
Magog / services aux jeunes
819 843-2292, poste 1423

Magog / services aux adultes
819 843-2292, poste 1422

MRC DES SOURCES
Asbestos / services aux adultes
819 879-7158, poste 534

MRC DU VAL-SAINT-FRANÇOIS
Richmond, Valcourt et Windsor /
services aux adultes
819 542-2777, poste 55139