

Rapport annuel de gestion

1^{er} avril 2014 - 31 mars 2015

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec

Table des matières

1.	Message des autorités	3
2.	Déclarations	
2.1	Déclaration de fiabilité	4
2.2	Rapport de direction	5
3.	Présentation de l'établissement	
3.1	Mission et structure de l'organisation	6
3.2	Services offerts	7
4.	Résultats organisationnels	
4.1	Priorités d'action	9
4.2	Autres résultats spécifiques de 2014-2015 obtenus en fonction des grandes orientations	12
4.3	Résultats de l'entente de gestion et d'imputabilité	19
4.4	Moyens et résultats relatifs à la LSSSS	23
4.5	Gestion et contrôle des effectifs	
5.	Conseil et comités	
5.1	Conseil d'administration	25
5.2	Comités	26
6.	États financiers et analyse des résultats des opérations	
6.1	Contrats de services	34
7.	Tableau de l'état du suivi des réserves	40
8.	Code d'éthique et déontologie des administrateurs	41

1. Message des autorités

C'est dans un esprit de continuité qu'a débuté l'année 2014-2015 au CRDI de Québec; année qui peut assurément être qualifiée de bien remplie. Fermement engagé dans l'actualisation de la Planification stratégique 2013-2018, l'établissement a consacré beaucoup d'énergie à la réalisation des priorités d'action et à l'atteinte des objectifs prévus.

Plusieurs dossiers ont mobilisé tour à tour différents secteurs de l'organisation, et ce, en fonction des trois grandes orientations de notre planification stratégique soit :

1. Améliorer la qualité de tous les services par l'implication de l'ensemble du personnel.
2. Poursuivre la spécialisation des services pour améliorer la qualité de vie des personnes et renforcer leur participation sociale.
3. Offrir un milieu de travail favorisant la mobilisation et le développement des ressources humaines.

Sur l'angle des priorités, la mise en œuvre de l'offre de service aux personnes ayant un trouble grave du comportement (TGC), ciblée comme enjeu majeur par le conseil d'administration, exige que de grands efforts soient déployés annuellement. Ainsi, en fonction du plan d'action touchant différents secteurs (ressources humaines, pratiques cliniques, rénovations des milieux résidentiels, etc.), le CRDI de Québec a poursuivi l'implantation du Programme-clientèle en TGC. En ce qui concerne la gestion financière, le CRDI de Québec a identifié et mis en place de nouvelles mesures d'optimisation pour faire face aux cibles ministérielles.

Au-delà des nombreux projets réalisés pour améliorer les services à la clientèle, l'année 2014-2015 confirme une tendance observée au cours des dernières années concernant un changement marqué du profil de la clientèle desservie. En effet, le CRDI de Québec a noté un accroissement significatif des demandes de services pour la clientèle présentant un trouble du spectre de l'autisme, alors que le nombre d'utilisateurs présentant une déficience intellectuelle est à la baisse. Les nouveaux défis qui découleront de la modification du profil de la clientèle influenceront, sans nul doute, l'organisation des services. La mise en œuvre 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, à partir du 1er avril 2015, sera, sans aucun doute, un levier important pour favoriser l'adaptation de l'offre de service en fonction des profils et des besoins de la clientèle.

La mise en place du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale au 1er avril 2015 annonce le début d'une réorganisation d'envergure pour le réseau de la santé et des services sociaux. Des efforts importants seront déployés pour favoriser l'accès et une meilleure fluidité au niveau notamment des services de réadaptation aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. De ce fait, il est essentiel de souligner et de reconnaître l'engagement important dont ont fait preuve le personnel, les bénévoles, les responsables de ressources non institutionnelles et les partenaires. Ensemble, de près ou de loin, ils ont contribué à l'amélioration de la qualité des services offerts pour le mieux-être des usagers. L'implantation du CIUSSS de la Capitale-Nationale devient alors une belle opportunité de poursuivre en ce sens.



Président-directeur général
CIUSSS de la Capitale-Nationale

2. Déclarations

2.1 Déclaration de fiabilité

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du CRDI de Québec :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport 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



Président-directeur général
CIUSSS de la Capitale-Nationale

2.2 Rapport de direction

Les états financiers du CRDI de Québec 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 CRDI de Québec 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 *LEMIEUX NOLET*, comptables professionnels agréés *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 *LEMIEUX NOLET* peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Président-directeur général
CIUSSS de la Capitale-Nationale

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.

3. Présentation de l'établissement

3.1 *Mission et installations de l'organisation au 31 mars 2015*

En vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSS), le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDI de Québec) a comme mission d'offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes de tout âge présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA), associé parfois à d'autres types de déficiences (physique ou sensorielle) ou à d'autres troubles, tels que les troubles graves du comportement. L'offre de service s'adresse également aux enfants de moins de six ans qui présentent un retard global de développement. Il veille aussi à accompagner et à soutenir l'entourage de ces personnes.

Les installations du CRDI de Québec

Siège social

7843, rue des Santolines
Québec (Québec) G1G 0G3
Téléphone : 418 683-2511
Télécopieur : 418 683-9735

Bureaux satellite du CRDI de Québec

1092, avenue Lapierre, bureau 210

Québec (Québec) G3E 1Z3
Téléphone : 418 683-2511
Télécopieur : 418 843-8940

160, rue du Couvent

Donncona (Québec) G3M 1P5
Téléphone : 418 285-0344

Le territoire

Le CRDI de Québec est un établissement de services spécialisés à vocation régionale, c'est-à-dire qu'il dessert la région de la Capitale-Nationale (incluant le secteur Portneuf) jusqu'aux limites de Charlevoix.

3.2 Services offerts

Conformément à la mission qui lui est confiée de par la LSSS, et ce, jusqu'au 31 mars 2015, le CRDI de Québec offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale selon la nomenclature suivante :

1. Le service accès, évaluation et orientation (AEO)
2. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en milieu naturel
3. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration résidentielle
4. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration au travail
5. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration communautaire
6. Les services d'assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches
7. Les services de soutien spécialisé aux partenaires

3.2.1. Le service accès, évaluation et orientation (AEO)

Le CRDI de Québec reçoit sur référence des établissements partenaires des demandes de service et procède aux évaluations pour :

- Déterminer si la personne est admissible aux services.
- Identifier les besoins de services spécialisés et le niveau de priorité de la demande.
- Orienter la personne vers les services appropriés du CRDI de Québec.
- Référer, s'il y a lieu, vers d'autres ressources.

3.2.2. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en milieu naturel

- Établir le bilan fonctionnel de la personne.
- Identifier les écarts significatifs de fonctionnement et mettre en place les interventions visant à les réduire.
- Rendre disponibles les évaluations professionnelles selon différentes disciplines (psychologie, orthophonie, ergothérapie, sexologie, psychoéducation, travail social, etc.).
- Déterminer le plan d'intervention, le mettre en œuvre et le réviser périodiquement.

3.2.3. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration résidentielle

- Offrir différents milieux de vie substituts selon le niveau d'adaptation, le niveau d'intensité requis et les besoins de la personne (ressource de type familial, ressources intermédiaires, ressources intermédiaires spécialisées, ainsi que les résidences à assistance continue).

3.2.4. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration au travail

- Évaluer les intérêts socioprofessionnels de la personne.
- Évaluer son potentiel d'employabilité.
- Développer ses compétences, ses intérêts et ses habiletés sociales liés au monde du travail ou au maintien de son emploi.

- Développer dans le milieu des attitudes et des stratégies favorisant l'intégration et la participation sociales de la personne.

3.2.5. Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration communautaire

- Développer les intérêts, les compétences et les habitudes sociales des usagers.
- Favoriser le maintien des acquis et de la qualité de vie des personnes dans divers milieux de la communauté ainsi qu'en centre d'activité de jour.

3.2.6. Les services d'assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches

Lorsque la situation le requiert, le CRDI de Québec offre un service spécialisé qui permet de :

- Actualiser les capacités des parents et des proches à intervenir auprès de la personne.
- Soutenir le développement de nouvelles compétences chez les parents et les proches dans le but d'optimiser l'effet des interventions d'adaptation – réadaptation.
- Offrir du soutien spécialisé dans les démarches visant l'intégration de la personne.
- Répondre à leurs besoins de répit spécialisé, de dépannage, de prévention, de placement, de situations de crise et d'urgence.

3.2.7. Les services de soutien spécialisé aux partenaires

Lorsque la situation le requiert, le CRDI de Québec offre un service spécialisé qui permet de :

- Transmettre des connaissances quant aux diagnostics-syndromes et leur impact sur le développement et le fonctionnement des personnes.
- Transmettre des informations concernant l'instrumentation et les techniques d'intervention.
- Soutenir la mise en place d'aménagements, soutenir le développement des compétences des milieux ou des partenaires à stimuler le développement de la personne.

4. Résultats organisationnels

4.1 Priorités d'action

Le conseil d'administration a ciblé cinq objectifs prioritaires pour l'année 2014-2015.

Priorité 1	
Objectif	Résultats
Identifier des mesures d'optimisation pour faire face aux cibles ministérielles	Des mesures d'optimisation ont été identifiées encore cette année par le Comité d'optimisation en collaboration avec l'ensemble des gestionnaires. – La tarification pour les aires de stationnement a été actualisée. – Le CRDI de Québec n'a pu atteindre la cible budgétaire fixée. Une des mesures d'optimisation ciblées pour l'année 2014-2015 consistait à modifier la réglementation concernant le versement des allocations de fréquentation aux usagers. Un moratoire émis par le MSSS au mois d'octobre 2014 à ce sujet a obligé l'établissement à suspendre le plan d'action relatif à cette mesure. – Un projet d'optimisation du processus d'achat des aliments pour les résidences à assistance continue (RAC) est en cours. Le CRDI de Québec a obtenu une subvention de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour réaliser ce projet. L'objectif d'efficience et d'optimisation sera concrétisé dans la prochaine année. – Des rénovations ont été effectuées sur différentes installations pour diminuer les coûts énergétiques (isolation des combles – parties situées sous les versants du toit – de la section Pavillon La Triade de l'installation du siège social; révision du fonctionnement du chauffage de l'installation située au 1092, avenue Lapierre). Le conseil d'administration a autorisé un projet autofinancé de modernisation de la chaufferie et le passage au gaz naturel de la section Pavillon Roger-Morin de l'installation du siège social). – Le CRDI de Québec a intégré un groupe d'approvisionnements en commun pour les achats suivants : acquisition d'équipements informatiques, agence de sécurité, entretien d'ascenseurs, papier d'imprimerie, produits d'incontinence dans les RAC. Différentes mesures d'optimisation des dépenses ont été mises en place : sensibilisation aux impressions couleurs, diminution des frais supplémentaires pour la téléphonie cellulaire, validation des adresses postales des usagers, rappels sur les modalités de remboursement des frais de fonction et l'arrêt de la production d'agendas pour le personnel.

Priorité 2	
Objectif	Résultats
Mettre en œuvre le programme-clientèle en troubles graves du comportement (TGC)	Cet objectif spécifique a été identifié comme une priorité d'action annuelle par le conseil d'administration jusqu'en mars 2017. Bilan 2014-2015 – L'implantation du programme-clientèle s'est poursuivie par l'actualisation du plan d'action. En effet, plusieurs objectifs ont été réalisés en commençant par l'élaboration d'un plan d'affaires, lequel a été présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Ce plan d'affaires a mené à la préparation d'un plan clinique en vue de planifier un projet immobilier. – Au plan des ressources humaines, des améliorations ont été apportées au processus d'accueil et d'intégration des nouveaux employés. La formation nationale en TGC a été donnée à plus de 77 employés. – Le processus de jumelage-pairage est en révision. – Plusieurs travaux d'amélioration fonctionnelle dans les RAC ont été effectués ou le seront au cours de la prochaine année.

Priorité 3	
Objectif	Résultats
Se doter d'une philosophie de gestion participative axée sur l'amélioration continue des services à la clientèle	Un document présentant la philosophie de gestion a été élaboré et présenté au conseil d'administration au mois de décembre 2014. Ce document a été adopté par le conseil d'administration. Un atelier de formation a été offert aux gestionnaires et un plan d'action a été élaboré pour soutenir l'implantation. Pour faire connaître au personnel la philosophie de gestion axée sur l'amélioration continue des services à la clientèle, la direction avait planifiée une tournée d'information dans l'ensemble des équipes à l'hiver 2015. Cette stratégie de communication a été reportée à la lumière de l'entrée en vigueur de la <i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i>. Par ailleurs, il est à noter que les gestionnaires sont très impliqués dans la démarche et sensibilisés à cette pratique de gestion.

Priorité 4	
Objectif	Résultats
Élaborer un plan d'action pour diminuer les erreurs de médication en milieu résidentiel	En plus des efforts déployés pour développer une culture de la gestion des risques, des actions ont été posées pour diminuer les erreurs de médication, notamment : – Visites des milieux résidence intermédiaire spécialisée (RIS) et résidence à assistance continue (RAC) par la gestionnaire de risques. – Amélioration de l'environnement pour la distribution de la médication.

Priorité 4	
	– Inventaire des armoires des pharmacies. – Production et mise en place dans les RAC et RIS d'un aide-mémoire. – En collaboration avec le service infirmier de l'établissement et la pharmacie communautaire, mise en place d'une nouvelle procédure pour la distribution de la médication dans les RAC. Un plateau de distribution de la médication permettra, entre autres, une diminution des omissions de médication et des erreurs d'identité d'utilisateur.

Priorité 5	
Objectif	Résultats
Engager officiellement l'établissement dans la démarche de certification Entreprise en santé	Considérant l'entrée en vigueur annoncée pour le 1 ^{er} avril 2015 de la <i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i> , il a été convenu de reporter l'échéancier de cet objectif.

4.2 Autres résultats spécifiques de 2014-2015 obtenus en fonction des grandes orientations

En fonction de la *Planification stratégique 2013-2018*, le tableau suivant présente les résultats des objectifs spécifiques, ainsi que les résultats relatifs aux recommandations du Conseil québécois d'agrément (CQA) pour l'année 2014-2015.

Orientation 1 : Améliorer la qualité de tous les services par l'implication de l'ensemble du personnel	
OBJECTIF GÉNÉRAL :	Augmenter la qualité et la performance de tous les services
Objectif spécifique	Actualiser le cadre de référence en gestion intégrée de la qualité au niveau de la dispensation des services directs auprès des intervenants impliqués.
Une note de service a été acheminée à l'ensemble du personnel pour rappeler les assises du cadre de référence en gestion intégrée de la qualité et son importance.	
Objectif spécifique	Revoir le système de mesures, tableaux de bord et de monitoring, des objectifs, des stratégies, des résultats et des processus prioritaires (Recommandation du CQA au dernier rapport d'agrément).
À la fin de l'exercice 2013-2014, le CRDI de Québec indiquait que des travaux avaient été amorcés avec les gestionnaires de l'établissement afin d'identifier des indicateurs de gestion qui pourraient faciliter leur travail au quotidien. Des propositions d'indicateurs pour la réalisation du tableau de bord du conseil d'administration, basées sur le modèle EGIPSS, ont été identifiées dans le cadre du chantier Performance de la Fédération québécoise des CRDITED, en fonction de leurs rôles et de leurs responsabilités de gouvernance. En suivi de l'exercice précédent, il est à noter que les nouveaux indicateurs ont été adoptés par le conseil d'administration au mois de mai 2014. Les tableaux de bord sont maintenant déployés selon les calendriers.	
Objectif spécifique	Harmoniser le système de suivi de la performance à celui de la FQCRDITED.
Le CRDI de Québec a participé au chantier <i>Performance</i> de la FQCRDITED, selon les échéanciers déterminés par la Fédération. Rappelons que les CRDITED représentés par la Fédération ont mis en place un chantier portant sur la <i>Performance</i> des organisations de façon à obtenir de manière uniformisée des données indiquant les points forts et les zones qui présentent des défis d'amélioration.	

Orientation 2 : Poursuivre la spécialisation des services pour améliorer la qualité de vie des personnes et renforcer leur participation sociale

OBJECTIF GÉNÉRAL :	Redéfinir l'offre de service en fonction de l'évolution des besoins de la clientèle.
Objectif spécifique	Documenter les profils de la clientèle.
Les profils de la clientèle ont été documentés dans le cadre de trois grands dossiers, soit : — Offre de services, enjeux, perspectives et orientations — Plan clinique pour un projet d'immobilisation — Plan d'action pour l'amélioration du plan d'accès	
OBJECTIF GÉNÉRAL :	Augmenter la spécialisation pour offrir un service axé sur les besoins et les caractéristiques des usagers.
Objectif spécifique	Identifier les clientèles ou problématiques devant faire l'objet d'un rehaussement prioritaire.
De façon à rehausser la spécialisation dans les interventions pour tous les types de clientèles ou problématiques, des consultations ont été tenues dans chaque équipe de coordination clinique. Ces consultations ont permis aux coordinations d'identifier les problématiques prioritaires.	
Objectif spécifique	Identifier les projets permettant la spécialisation dans l'ensemble des services incluant les milieux résidentiels et les centres de jour.
Les projets de spécialisation suivants ont été déposés au comité de direction du 8 avril 2015 et retenus : — Expérimentation de la plateforme web PIALEF développé par des chercheurs de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) comme outil d'intervention auprès des enfants ayant un retard global de développement. — Implantation du plan d'intervention adapté pour la clientèle adulte ayant une déficience intellectuelle. — Implantation du cadre de référence et du guide d'intervention en situation de deuil pour la clientèle personnes âgées et polyhandicapées. — Intervention auprès des usagers en situation problématique et en situation de dépendance en matière d'internet et de nouvelles technologies incluant les jeux vidéo pour la clientèle TSA. — Développement de l'autodétermination des usagers vivant en RI et en RTF par la possibilité de faire des choix alimentaires. Les plans d'action de ces cinq projets ont été déposés à la direction en date du 8 avril 2015.	
Objectif spécifique	Évaluer l'implantation de la trajectoire TGC
La trajectoire est implantée dans toutes les coordinations depuis le mois de février 2014. Un premier bilan de l'implantation a été réalisé en avril 2014 pour la fin du projet d'organisation du travail subventionné par le Ministère. Une rencontre bilan a été réalisée au début du mois de juillet 2014. Un bilan a aussi été réalisé cette année. La collecte de données s'est déroulée en février 2015 et elle couvrait l'année de janvier 2014 à janvier 2015. Ce bilan a été présenté au Comité de validation des orientations cliniques du 23 avril 2015. Les points à améliorer étaient : le trop grand nombre de dossiers transférés entre psychoéducateurs et la connaissance de la trajectoire par les éducateurs.	

Orientation 2 : Poursuivre la spécialisation des services pour améliorer la qualité de vie des personnes et renforcer leur participation sociale

Objectif spécifique	Harmoniser l'application des règles reliées à la gestion des listes d'attente. (Recommandation du CQA au dernier rapport d'agrément).
Les travaux visant l'harmonisation des listes d'attente, amorcés dans l'exercice précédent, se sont poursuivis activement en 2014-2015. Concernant les services socioprofessionnels, la liste d'attente est maintenant gérée au plan organisationnel. Pour ce qui est des services adaptation-réadaptation à la personne, des travaux d'harmonisation sont en cours.	
Objectif spécifique	Assurer le suivi de la procédure de fermeture de dossiers des usagers.
Dans son rapport d'agrément, le CQA recommandait de formaliser une procédure de fermeture de dossiers des usagers. Les travaux débutés en 2014 ont permis de présenter et d'adopter au conseil d'administration, au mois de décembre de la même année, un règlement sur la détermination des critères de fermeture de services aux usagers du CRDI de Québec. Cela dit, afin d'identifier ces critères de fermeture, une analyse des dossiers fermés en 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013 a été réalisée. Le suivi du nombre de dossiers fermés se fait par les tableaux de bord. Un suivi de l'application du règlement sera également fait annuellement.	
Objectif spécifique	Diffuser le protocole concernant la prévention des infections à tout le personnel.
Le CQA recommandait dans son dernier rapport d'agrément de se doter d'un protocole concernant la prévention des infections. En suivi de cet objectif réalisé dans l'exercice précédent, ce protocole a été mise à jour en cours d'année relativement aux procédures à suivre en cas d'exposition au sang et aux liquides biologiques. Le protocole sera présenté aux gestionnaires-clientèle le 7 mai 2015. Il sera diffusé par la suite aux responsables de ressources résidentielles. Les gestionnaires des RAC, des RIS, des points de services socioprofessionnels et de la Coordination RNI auront la responsabilité de le diffuser à leurs équipes de travail respectives	
Objectif spécifique	Assurer le suivi de l'application du protocole sur la prévention des actes suicidaires et faire rapport au CQA.
À la suite d'une recommandation du CQA au dernier rapport d'agrément, le CRDI de Québec se dotait et diffusait le protocole sur la prévention des actes suicidaires en 2013. Le 19 janvier 2015, une lettre démontrant les actions du CRDI de Québec dans le suivi du protocole concernant la prévention des actes suicidaires a été envoyée au CQA. La lettre présentait les actions suivantes : – Le «<i>Protocole concernant la prévention des actes suicidaires</i>» est bien connu des intervenants de l'établissement. En un peu plus d'un an, 14 situations d'intervention en contexte suicidaire ont été officiellement rapportées à la Direction des services professionnels, de la recherche et de la programmation, par les spécialistes en activités cliniques. – La grande majorité de ces situations concernaient des usagers présentant un trouble du spectre de l'autisme, enfants et adultes. – Découlant d'une discussion entre les spécialistes en activités cliniques en janvier 2015, et considérant que le protocole est désormais bien connu, il a été convenu que les interventions en contexte suicidaire ne seront plus rapportées à la Direction des services professionnels, de la recherche et de la programmation. – Le rapport faisant état de travaux conjoints entre le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et	

Orientation 2 : Poursuivre la spécialisation des services pour améliorer la qualité de vie des personnes et renforcer leur participation sociale

l'euthanasie (CRISE-UQAM) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal sur la prévention et la compréhension du risque suicidaire chez notre clientèle a été présenté aux spécialistes en activités cliniques de l'établissement et discuté dans une de leurs rencontres cliniques.

- L'établissement s'est engagé dans le projet de recherche Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) mené par le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE-UQAM).

Objectif spécifique	Harmoniser l'implantation des guides de pratique aux travaux de la FQCRDITED.
----------------------------	--

Les travaux sont en cours selon le calendrier proposé par la FQCRDITED. Les principales activités ont été :

- Collecte de données sur l'implantation des guides à l'été 2014.
- Travail sur la composante essentielle de l'évaluation en TSA qui a résulté en la production d'un tableau des évaluations disponibles au CRDI. Ce travail a permis au CRDI de s'impliquer activement au niveau provincial sur ce sujet.
- Participation des gestionnaires de la Coordination enfance-jeunesse à une activité de transfert de connaissances sur le 20 heures en ICI.
- Présentation du *Guide de pratique sur le retard global de développement 0 – 5 ans* à l'ensemble de la Coordination enfance-jeunesse.
- Implantation du *Guide de pratique en troubles graves du comportement* en fonction de la trajectoire TGC de l'établissement.
- Participation de la chargée de projets à toutes les rencontres mensuelles et conférences téléphoniques mensuelles du Chantier Guides de pratique provincial.

OBJECTIF GÉNÉRAL :	Développer les compétences du personnel, particulièrement en lien avec la spécialisation des services.
---------------------------	---

Objectif spécifique	Élaborer et dispenser un programme de formation de base en fonction des catégories d'emploi.
----------------------------	---

Un programme d'orientation générale et spécifique dispensé à toutes les catégories d'emploi. Plus spécifiquement :

- Programme complet rédigé pour les auxiliaires en santé et en services sociaux et pour les éducateurs spécialisés.
- Politique d'accueil et d'intégration pour les nouveaux employés.
- Rédaction d'un guide pour les agents d'immersion.

De plus, le Plan de formation est disponible sur l'extranet du personnel. Le calendrier du programme de formation est diffusé deux fois par année.

Objectif spécifique	Déterminer les besoins de formations spécifiques des différents services.
----------------------------	--

Des besoins de formations spécifiques ont été déterminés pour quelques équipes (Intervention comportementale intensive, équipe mobile d'intervention, équipes dédiées RAC-RIS).

Orientation 2 : Poursuivre la spécialisation des services pour améliorer la qualité de vie des personnes et renforcer leur participation sociale

Une formation de base harmonisée est offerte à l'arrivée des nouveaux employés.

Le processus d'accueil a été révisé et bonifié en fonction des différents services. L'analyse a été réalisée pour les équipes travaillant auprès de la clientèle TGC dans le cadre du plan d'action.

OBJECTIF GÉNÉRAL :	Augmenter les pratiques novatrices.
---------------------------	--

Objectif spécifique	Élaborer une politique sur l'innovation.
----------------------------	---

La *Politique relative à l'innovation* a été présentée et acceptée au comité de direction le 8 avril 2015. Elle sera présentée aux gestionnaires du 5 juin 2015.

Objectif spécifique	Poursuivre les activités entourant la recherche.
----------------------------	---

Le CRDI de Québec a accepté de participer à 8 projets de recherche en 2014-2015 :

- *Habiter en maison de chambres dans la ville de Québec : Portrait, expérience et enjeux* par Michèle Clément (avril 2014)
- *Évaluation de la fidélité d'implantation et des effets du programme «Au-delà du TED : des compétences parentales à ma portée»* - Étude pilote par Annie Stipanivic (juin 2014)
- *Résultats de l'implantation du «SAC d'outils ergo» dans la pratique des ergothérapeutes* par Claire Dumont (mémoire de Geneviève Pinard) (septembre 2014)
- *Évaluation psychoéducative et pratique professionnelle* par Suzanne Manningham (septembre 2014)
- *Évaluation de la mise à l'essai de la plateforme PIALEF* par Hubert Gascon (octobre 2014)
- *Perspectives intersectorielles sur la judiciarisation des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement* par Emmanuelle Bernheim (novembre 2014)
- *Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme* par Cécile Bardon (décembre 2014)
- *Troubles du comportement chez les personnes âgées présentant une déficience intellectuelle* par Jean Vézina (mémoire doctoral de Sophie Bergeron) (janvier 2015)

Par ailleurs, les activités du Comité recherche se sont maintenues tout au long de l'année. Les membres se sont rencontrés à quatre reprises.

Le Comité a également organisé deux midis-conférences sur des résultats de recherche :

- *Explorer et consolider la communication non verbale chez les enfants qui ont un retard global de développement* de Marie-Pier Legendre supervisée par Francine Julien-Gauthier, Chantal Desmarais et Sylvie Tétreault (novembre 2014). Ce Midi-conférence a été donné en collaboration avec Julie Galarneau et Caroline Martin, orthophonistes.
- *Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme* par Cécile Bardon (février 2015).

Et a poursuivi les activités de diffusion du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).

Orientation 2 : Poursuivre la spécialisation des services pour améliorer la qualité de vie des personnes et renforcer leur participation sociale

OBJECTIF GÉNÉRAL :	Améliorer la sécurité de la dispensation des services pour le personnel et les usagers présentant un profil TGC, multi ou polyhandicapés ainsi qu'en perte d'autonomie.
Objectif spécifique	S'assurer de la conformité et documenter les plans des mesures d'urgence en cas de sinistre la nuit pour la clientèle à mobilité réduite ou polyhandicapée, spécifique à chaque milieu RAC.

Les travaux amorcés dans l'exercice financier précédent ont été exécutés afin de s'assurer de la conformité des plans des mesures d'urgence dans l'ensemble des RAC.

Tel que planifié, un document présentant le processus d'évacuation spécifique à chaque milieu RAC a été élaboré et affiché.

Orientation 3 : Offrir un milieu de travail favorisant la mobilisation et le développement des ressources humaines

OBJECTIF GÉNÉRAL :	Améliorer la mobilisation du personnel
Objectif spécifique	Harmoniser la réflexion entourant le «Positionnement employeur» aux travaux amorcés par la FQCRDITED.

Les travaux de ce chantier se sont déroulés selon le calendrier proposé par la FQCRDITED. La campagne promotionnelle visant le «Positionnement employeur» s'est déroulée du 17 mars au 4 mai 2014.

OBJECTIF GÉNÉRAL :	Améliorer les conditions favorables à la santé et au mieux-être des employés en milieu de travail
Objectif spécifique	Élaborer un plan d'action découlant du rapport d'analyse du climat de travail à la Direction des ressources humaines.

Pour améliorer le travail d'équipe et les mécanismes de communication au sein de l'équipe des ressources humaines, un plan d'action a été rédigé et actualisé.

OBJECTIF GÉNÉRAL :	Améliorer les communications entre les divers paliers de l'organisation ainsi qu'entre les équipes
Objectif spécifique	Identifier et mettre en place des mesures permettant aux directions de rencontrer les équipes de travail et le personnel dans les différents milieux d'intervention.

Au mois de janvier 2014, la direction a planifié des visites pour que chacune des équipes de travail et le personnel de l'ensemble des milieux d'intervention soit rencontré par l'un ou l'autre des directeurs. Chaque membre du comité de direction a été mis à contribution pour réaliser cet important exercice. Pour les différents milieux d'intervention, une grille d'observation a été élaborée afin de recueillir et de partager l'appréciation des milieux visités. La grille permettait d'attribuer une cote et de recueillir des commentaires à partir des quatre thèmes suivants : Environnement physique, Relation avec les usagers, Mobilisation du personnel et Aspects à améliorer. Pour les rencontres avec les équipes d'intervenants, il s'agissait d'une discussion plus ouverte portant sur la mobilisation, les préoccupations, les réalisations actuelles ou à venir.

L'exercice s'est déroulé entre les mois de janvier 2014 et juin 2014 et 100% des équipes et des différents milieux d'intervention ont été rencontrés. Le bilan des visites a été partagé lors d'une rencontre du comité de direction. Un bilan très positif de cette démarche a été constaté.

Objectif spécifique	Harmoniser les pratiques de communication de l'ensemble des
----------------------------	--

Orientation 3 : Offrir un milieu de travail favorisant la mobilisation et le développement des ressources humaines

gestionnaires.

Les services d'un psychologue organisationnel ont été retenus pour offrir une formation aux gestionnaires de l'établissement. Cette formation s'est déroulée sur deux journées, soit en mars et en avril 2015. Les objectifs étaient d'évaluer certaines préférences en tant que communicateur et de développer des habiletés favorables à l'amélioration de leurs communications organisationnelles. Le contenu portait sur les positionnements dans la communication organisationnelle et sur l'identification de ce qui rend possible l'amélioration des communications organisationnelles.

Tous les gestionnaires ont grandement apprécié la formation et à partir d'exercices pratiques, chacun a pu identifier des zones d'amélioration et des stratégies à mettre en place autant sur le plan de la gestion des employés que sur les communications avec les gestionnaires et les communications organisationnelles. Le niveau d'appréciation de ces deux journées de formation est très élevé.

4.3 Résultats de l'entente de gestion et d'imputabilité

Chaque année, le CRDI de Québec convient d'une entente de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous vous présentons le suivi de l'entente 2014-2015.

Axe d'intervention : services sociaux et de réadaptation

Objectif 3.1.1 :	Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR • pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an	
Indicateur 1.45 (DI-TED) :	Taux des demandes de services traitées selon les délais définis comme standards du <i>Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – déficience intellectuelle et TED</i>	
Résultat attendu		Résultats 2014-2015
Tous : 90% Urgent : 90% Élevé : 90% Modéré : 90%		Tous : 45,75% Urgent : 75% Élevé : 47,97% Modéré : 41,09%
Explication :		
URGENT : Depuis le début de l'application du Plan d'accès, deux dossiers urgents n'ont pas été traités dans les délais prescrits. Le premier de ces dossiers a été mal coté au SIPAD, à l'admission de la personne. La cote de priorité aurait dû être modérée pour un service d'intégration résidentielle et élevée pour une demande de service d'adaptation et réadaptation à la personne. La cote enregistrée a été «urgent» pour la demande de service résidentielle. Le deuxième dossier a été admis et coté urgent. La personne a été desservie dans les 96 heures suivant la demande d'admission au lieu des 72 heures prescrites. Après analyse de cette situation, nous avons convenu que celle-ci ne correspondait pas à un niveau de priorité urgent, mais élevé. Mesures prises : Aucune mesure particulière n'a été prise. Les demandes urgentes représentent un très faible volume des demandes de services reçues. L'établissement est en constant ajustement afin de traiter ces demandes dans les délais prescrits dans le Plan d'accès. ÉLEVÉ ET MODÉRÉ : Le nombre de demandes de services acceptées en 2014-2015 par rapport à l'année précédente a augmenté de près de 76 %. Il est passé de 238 demandes acceptées en 2013-2014 à 418 (+180) cette année. Cette importante augmentation du nombre de demandes acceptées a fait en sorte qu'il a été impossible de répondre aux normes du Plan d'accès. De plus, la majorité de ces demandes concernaient des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (312 sur 418, soit 75 % des demandes). Cette représentation importante des personnes ayant un TSA dans les nouveaux dossiers acceptés (elles représentent 32 % des personnes desservies en 2014-2015) a fait en sorte que la réponse aux demandes de services élevées, selon les critères du Plan d'accès et de l'entente de gestion, a été		

impossible à atteindre, notamment pour celles-ci. Enfin, il faut signaler que 57 % de toutes les demandes de services acceptées en 2014-2015 étaient des demandes élevées.

Mesures prises : Plusieurs mesures sont mises en place, principalement à la Coordination TSA, pour corriger la situation :

- La supervision des charges de cas des intervenants est faite rigoureusement afin de permettre l'ouverture de nouveaux dossiers des personnes en attente.
- Des mesures d'appoint sont régulièrement utilisées afin de desservir les personnes en attente.
- Une réorganisation du travail est en cours (transferts d'intervenants des autres coordinations vers la Coordination TSA) afin d'améliorer l'accès aux services pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme : à la fin de cette réorganisation, six postes d'éducateurs spécialisés auront été transférés.
- Également, l'établissement a été actif dans la dispensation de services à de nouvelles personnes. Ainsi, 2663 différentes personnes ont reçu des services en 2014-2015 comparativement à 2557 (+106) l'année précédente. Plus précisément, en 2013-2014, 779 personnes ayant un TSA ont été desservies comparativement à 861 (+82) en 2014-2015.

Axe d'intervention : disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Objectif 5.1.3 :	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	
Indicateur 3.08 :	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	
Résultat attendu		Résultats 2014-2015
Action réalisée		En totalité
Objectif 5.1.4 :	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	
Indicateur 3.09 :	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	
Résultat attendu		Résultats 2014-2015
Action réalisée		Réalisée en totalité en 2013-2014

Axe d'intervention : rétention et mieux-être au travail

Objectif 5.2.1 :	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	
Indicateur 3.01 :	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	
Résultat attendu		Résultats 2014-2015
5,33		4,89
Indicateur 3.13 :	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	
Résultat attendu		Résultats 2014-2015
Action engagée		En totalité
Indicateur 3.14 :	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	
Résultat attendu		Résultats 2014-2015
Action réalisée		En totalité

Objectif régional 2.6

Clarifier les rôles et responsabilités entre la première ligne et les services spécialisés et préciser la contribution des partenaires intersectoriels en DI-TED et déficience physique dans le but de revoir la trajectoire de services et d'appliquer le plan d'accès et assurer la coordination des services dispensés par les établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille.

Action R-2.6.1 :	Revoir les rôles et responsabilités des partenaires ainsi que les trajectoires de services (DI-TED)	
Indicateur de résultat :	Mise en œuvre du guichet d'accès aux services DI-TED complétée	
Résultat attendu		Résultats 2014-2015
Action réalisée		En totalité

Objectif régional 5.4

Maintenir et développer le partenariat avec l'Éducation sous les dimensions enseignement, stages, emplois étudiants, utilisation des nouvelles technologies et promotion des carrières.

Action R-5.4.1 :	Mettre à jour et poursuivre la campagne <i>Sauve des vies</i>
Indicateur de résultat :	Une campagne révisée annuellement
Résultat attendu	Résultats 2014-2015
Participation attendue	En totalité
Action R-5.4.2 :	Poursuivre le développement de l'emploi étudiant et des programmes d'externat pour les étudiants inscrits dans les programmes de santé et de services sociaux
Indicateur de résultat :	Nombre d'étudiants inscrits dans les programmes santé et services sociaux employés dans le réseau : accroître de 10 % d'ici 2015 (hausse de 2% annuellement, pour répondre à la cible révisée en fonction de l'impact de la Loi 100)
Résultat attendu	Résultats 2014-2015
15	20
Action R-5.4.3b :	Soutenir l'inscription dans les programmes prioritaires
Indicateur de résultat :	Augmentation du nombre de places de stage - dans un premier temps participation – deuxième temps : cible Dégager les marges de manœuvre nécessaires au développement de places de stages
Résultat attendu	Résultats 2014-2015
Action engagée	91 en 2012-2013 106 en 2013-2014 116 en 2014-2015

4.4 Moyens et résultats relatifs à la LSSSS

4.4.1 Agrément

Le CRDI de Québec a obtenu sa quatrième accréditation du Conseil québécois d'agrément (CQA) au mois de juin 2013, et ce, pour la période 2013-2017. Au terme de son évaluation, le CQA a formulé certaines recommandations à l'établissement. Pour favoriser la cohérence des actions, des objectifs spécifiques ont été formulés pour répondre à ces recommandations et ont été inclus dans la planification stratégique 2013-2018. Les résultats relatifs aux cibles de travail prévues pour l'année 2014-2015 sont présentés plus avant à même les suivis attendus pour le plan stratégique.

4.4.2 Sécurité des soins et services

La déclaration des incidents et des accidents

En 2014-2015, 2008 incidents et accidents ont été déclarés. Comparativement à l'année 2013-2014, le nombre d'événements déclarés est en baisse. Cette baisse pourrait être attribuable aux efforts consacrés pour implanter une culture de gestion des risques : moyens de sensibilisation mis en place, formations et actions de prévention. Devant ces résultats, il s'avère important de poursuivre activement en ce sens et d'encourager la déclaration d'événements.

Comme lors des dernières années, le nombre de déclarations relatives aux chutes et aux erreurs de médication dans le nombre total de déclarations reste important. Bien que ces résultats soient similaires dans l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ils demeurent cependant préoccupants et doivent faire l'objet de vigilance de manière constante.

Promotion de la gestion des risques

Au cours de la dernière année, différentes actions ont été entreprises non seulement pour promouvoir l'importance de la gestion des risques auprès du personnel et des responsables de ressources RI-RTF, mais également pour prévenir la récurrence des incidents et des accidents :

- Information et sensibilisation sur la gestion des risques données en continu aux intervenants, aux intervenants ressources, aux responsables de ressources RI-RTF et aux gestionnaires.
- Diffusion de capsules d'information dans le bulletin d'information transmis aux RI-RTF.
- Visite des milieux RIS/RAC en vue d'améliorer l'environnement pour la distribution de la médication.
- Production et diffusion dans les résidences d'un aide-mémoire sur la distribution de la médication.
- En ce qui concerne les chutes, l'implantation de grilles de dépistage pour les principaux facteurs de risque touchant la clientèle aînée ou polyhandicapées ont porté fruit. Ces grilles seront graduellement implantées dans les autres équipes au cours de la prochaine année.

Les mesures de contrôle des usagers

Afin qu'une mesure de contrôle puisse être appliquée, elle doit être autorisée par le directeur des services professionnels, de la recherche et de la programmation, suite à une démarche d'analyse réalisée par l'équipe qui dessert l'utilisateur. Les mesures sont autorisées pour une durée d'un an.

Au cours de l'année 2014-2015, 55 usagers ont fait l'objet d'une autorisation à l'utilisation d'une mesure de contrôle comparativement à 52 usagers en 2013-2014. Cette année, 46 usagers ont eu au moins une application de mesure de contrôle non planifiée uniquement. En tout, 101 usagers ont eu au moins une application d'une mesure de contrôle.

Recommandations du coroner

Le CRDI de Québec n'a pas reçu de recommandation du coroner au cours de la dernière année.

4.4.3 Examen des plaintes et promotion des droits

Au cours de l'exercice 2014-2015, 81 nouvelles situations ont été examinées, soit 38 plaintes, 10 interventions, 32 assistances et 1 consultation. Le nombre de nouvelles situations examinées est en augmentation au cours des dernières années : il a doublé depuis l'exercice 2011-2012.

Aussi pour cette même période, 38 nouvelles plaintes ont été reçues et 33 plaintes ont été conclues. Au 31 mars 2015, cinq plaintes étaient en voie de traitement. Les plaintes transmises au deuxième palier, soit au Protecteur du citoyen, ont augmenté significativement comparativement aux quatre dernières années. Aucune plainte n'a fait l'objet d'une étude à des fins disciplinaires.

Type de situations	Exercice 2010-2011	Exercice 2011-2012	Exercice 2012-2013	Exercice 2013-2014	Exercice 2014-2015
PLAINTES	14	14	21	26	38
INTERVENTIONS	11	9	18	14	10
DEMANDES D'ASSISTANCE	13	16	27	30	32
CONSULTATIONS	1	0	2	1	1
TOTAL	39	39	68	71	81

Le rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est accessible au grand public sur le site internet de l'établissement.

4.5 Gestion et contrôle des effectifs

De janvier à mars 2015, l'établissement a rémunéré 340 708 heures, soit 15 342 heures de plus qu'à la même période en 2014. La cible de 325 366 heures rémunérées n'est donc pas respectée. Le dépassement est dû à des besoins temporaires en lien avec les services directs aux usagers. La non-réurrence de ces besoins ainsi que la diminution du nombre d'heures prévues pour les services administratifs représentent les mesures mises en œuvre pour respecter la cible pour l'exercice 2015-2016.

5. Conseils et comités

5.1 Conseil d'administration

En vertu de la LSSS, le conseil d'administration a notamment pour responsabilités de :

- Adopter le plan stratégique et le rapport annuel de gestion.
- Approuver l'entente de gestion et d'imputabilité.
- Approuver les états financiers.
- S'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.
- S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.
- S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.
- S'assurer du suivi de la performance et de la reddition de compte des résultats.

Le conseil d'administration s'est réuni à dix reprises au courant de l'année 2014-2015.

Le conseil est composé de :

Président
M. Jean-Marie Bouchard
Population

Vice-président
M. Michel Langlais
Cooptation

Secrétaire
Mme Suzanne Côté
Comité des usagers

Désignation par l'Agence
Mme Christiane Dion

Comité des usagers
Poste vacant*

Cooptation
Mme Michèle Beaulieu
Cooptation
M. Louis McClish

Conseil multidisciplinaire
Mme Isabelle Chouinard

Cooptation
M. Marc Côté

Désignation par l'Agence
M. Guy Fiset

Conseil multidisciplinaire
M. Martin Levesque

Population
M. François Allard

Cooptation
Mme Francine Julien-
Gauthier

Fondation
M. Gilles Raymond

Cooptation
Mme Marie-Josée Landry

Population
M. René Martineau

Personnel non clinique
Mme Sandrine Gallic

Directeur général
M. René Falardeau

***Note :** M. Richard Tessier a quitté le poste à titre de représentant du Comité des usagers à la mi-décembre 2014.

5.1.1 Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement.
- 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.
- des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui ont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques.
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, conformément aux critères approuvés par le conseil.
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.
- à la demande du conseil d'administration, tout autre sujet.

Le Comité s'est réuni à six reprises au courant de l'année 2014-2015.

Le comité est composé de :

- M. Jean-Marie Bouchard, président
- M. Michel Langlais, vice-président
- Mme Suzanne Côté, secrétaire
- M. Louis McClish, membre
- M. René Falardeau, directeur général

5.2 Comités

5.2.1 Comité de gestion des risques et de la qualité

Le Comité a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

- Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers.
- S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches.
- Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents.
- Recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.
- S'assurer que l'information soit diffusée et que la formation soit donnée aux personnes concernées de l'établissement.

Le Comité s'est rencontré à quatre reprises au courant de l'année 2014-2015, avec un taux de participation de 90 %.

Le comité est composé de :

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| • Mme Catherine Cimon | • Mme Julie Croteau | • Mme Émilie Houde-Gravel |
| • M. Patrice Labeau | • M. Claude Pelletier | • Mme Myriam Tremblay |
| • M. Roger Gravel | • Mme Sophie Nadeau | • M. Éric Lachance |
| • Mme Nadine Proulx | • M. Denis Gauthier | |

Note : Pour la période de janvier 2015 au 31 mars 2015, quelques modifications ont été faites au sein des membres du comité.

- M. Patrice Labeau a été remplacé par Mme Paule Lavoie à titre de représentant du directeur général; Mme Myriam Tremblay a été remplacée par Mme Josée Bisson et Mme Émilie Houle-Gravel est remplacée par Mme Pascale Bouchard.

Réalisations

- Le registre local de la gestion des risques : le CRDI a respecté les dates butoirs ciblées par le MSSS dans le but de saisir toutes les données des rapports d'accidents/incidents au SISSS selon les périodes visées.
- Dans le cadre de la refonte par le MSSS du rapport incidents-accidents (AH 223) le 1^{er} avril 2014, un plan d'action (incluant la promotion, la prévention et la formation) favorisant l'implantation de ce nouveau formulaire a été élaboré et mis en œuvre par la gestionnaire de risques de l'établissement. Plus particulièrement, un aide-mémoire/guide a été produit pour soutenir les déclarants; chaque résidence à assistance continue (RAC) et résidence intermédiaire spécialisée (RIS) a reçu une formation sur le nouveau rapport d'incident/accident, de même que tous les gestionnaires; des capsules d'information ont été offertes dans les rencontres d'équipes; finalement, un guide a été rédigé et transmis à l'ensemble des ressources intermédiaires et de type familial.
- Production de rapports statistiques sur les déclarations d'incidents et d'accidents pour le pour les gestionnaires.
- Pour faciliter l'accès aux renseignements en lien avec les incidents/accidents qui surviennent dans les différentes équipes, une application informatique permettant la production de tableaux plus complets a été développée pour le système SISSS de la gestion des risques. L'application sera accessible au printemps 2015 et permettra aux gestionnaires de consulter selon leurs besoins les statistiques des milieux dont ils ont la responsabilité.
- Soutien offert aux gestionnaires pour toute question relative à la gestion des risques.

5.2.2 Comité de vérification

Le comité de vérification exerce les fonctions suivantes :

- S'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement est mis en place et d'en assurer le suivi.
- S'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance.
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration.
- Recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers.

- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

Le Comité s'est rencontré à six reprises au courant de l'année 2014-2015.

Le comité est composé de :

M. Guy Fiset, coordonnateur, M. Gilles Raymond et M. Marc Côté

5.2.3 Comité d'application du règlement sur l'exclusivité de fonction des cadres supérieurs et Comité d'application du règlement sur les conflits d'intérêts des cadres supérieurs, intermédiaires, du personnel et des professionnels de l'établissement

Le comité d'application du règlement sur l'exclusivité de fonctions des cadres supérieurs voit à l'application du règlement sur l'exclusivité de fonctions des cadres supérieurs. Il recommande au conseil d'administration des actions à poser par ce dernier. Le comité d'application du règlement sur les conflits d'intérêts exerce les fonctions suivantes :

- Est saisi de tout conflit d'intérêts potentiel et de toute déclaration d'employé à cet effet.
- Procède à l'analyse de la situation en s'adjoignant si nécessaire les personnes compétentes en la matière.
- Recommande les actions à poser au conseil d'administration.

Les deux comités sont composés de :

M. Louis McClish, coordonnateur, Mme Michèle Beaulieu, membre régulier, et Mme Isabelle Chouinard, membre régulier.

5.2.4 Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire est responsable envers le :

Conseil d'administration :

- De constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre.
- De faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par leurs membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tout centre.
- D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.
- De produire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent. Ce rapport porte sur une période de douze mois se terminant le 31 mars précédent.

Directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- L'organisation scientifique et technique du centre.
- Les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres.

- Toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Le conseil est composé de :

Membres élus :

- Mme Laurie Chevalier
- Mme Emmanuelle Couture, présidente
- Mme Karine Dupont
- Mme Marie-Andrée Harvey
- Mme Nathalie Gagnon, vice-présidente
- M. Roger Gravel
- M. Claude Harvey
- Mme Marie-Noëlle Julien-Denis
- Mme Nancy Létourneau
- Martin Lévesque
- Mme Caroline Martin
- Mme Mélanie Pilote, secrétaire
- Mme Marie-Élen Sénéchal

Membres nommés :

- M. Patrice Labeau, DSP et M. René Falardeau, DG

Membre invité :

- Mme Angela Fragasso

Réalisations

Travaux : En suivi d'un colloque, organisé par la Fédération québécoise des CRDITED en 2010, portant sur l'identité professionnelle, le conseil multidisciplinaire a participé à une journée de réflexion traitant des impacts positifs de la compétence interprofessionnelle, plus particulièrement sous l'angle des retombées de l'interdisciplinarité sur l'utilisateur.

Promotion : Pour mieux faire connaître les fonctions du conseil multidisciplinaire, un jeu questionnaire intitulé «Mythes et réalités» a été réalisé sous forme d'activité dans les équipes par un membre de l'exécutif. Par la suite, le concours d'illustration «Le conseil multidisciplinaire, au cœur de la spécialisation» a été organisé pour amener le personnel clinique à partager leur représentation du conseil multidisciplinaire. Une vidéo promotionnelle soulignant les réalisations de l'année 2013-2014 a été réalisée et diffusée au personnel.

Organisation de dîners thématiques :

- D^r Chantal Couturier, psychologue, pour la conférence «*Ces familles qui nous rappellent pourquoi on est là*». Madame Couturier a partagé ses réflexions sur le fait de travailler avec des parents présentant des défis au plan relationnel. Les enjeux à comprendre, les pièges et les stratégies à privilégier.
- Mesdames Julie Galarneau et Caroline Martin, orthophonistes au CRDI de Québec, en collaboration avec Marie-Pier Legendre, étudiante à la maîtrise en orthophonie, ont présenté la conférence «*Reconnaître les moyens et les fonctions de communication*».

- En collaboration avec le Comité recherche, et dans le cadre de la Semaine nationale de prévention du suicide, mesdames Cécile Bardon, PhD et Xénia Halmov, M.T.S. ont présenté une conférence sur «*Les comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA*». Leur projet de recherche ciblait spécifiquement la clientèle DI et TSA dans un but de mieux comprendre le portrait de cette population en contexte de comportement suicidaire.

5.2.6 Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité des services est principalement responsable d'assurer, auprès du conseil d'administration, dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts par l'établissement dans le respect des droits individuels et collectifs, le suivi des recommandations du commissaire local ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, conformément aux dispositions de la Loi ou de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1).

Ce comité est aussi responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités relatives à l'un ou l'autre des éléments mentionnés.

Le comité est composé de :

- M. Michel Langlais, président
- M. René Falardeau, directeur général
- M. René Cloutier, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
- Mme Suzanne Côté (Comité des usagers)
- M. François Allard

Le comité s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2014-2015.

Réalisations

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2014-2015. Les principales actions menées par le comité de vigilance au cours de l'année sont :

- **Suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services :** Le comité a fait le suivi des requêtes de services, du traitement des plaintes et des suivis de recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.
- **Suivi des recommandations formulées par le comité de vigilance et découlant de l'analyse des rapports 2013-2014** présentés par les divers instances : au mois de mai 2014, le comité a reçu et analysé, tel que le stipule son règlement, les rapports et recommandations émanant des diverses instances du CRDI de Québec, notamment :

Le Comité d'orientation des services aux adultes (COSA)

Le Comité des usagers

Le comité de réflexion éthique

Le rapport de l'agente de liaison auprès des usagers et des partenaires

Le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Le rapport annuel du conseil multidisciplinaire

Le comité de gestion des risques

Le bilan annuel du suivi du protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

Par la suite, le comité de vigilance établit les priorités et fait les recommandations qui en découlent au conseil d'administration. Cette année, quatorze recommandations ont été suivies par le comité de vigilance dans le cadre de ses rencontres.

5.2.7 Comité des usagers

Le comité des usagers exerce les fonctions prévues à la Loi, il doit notamment :

- Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations.
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement.
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente.
- Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la Loi ou en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1).

Le comité est composé de :

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| • Mme Julie Bergeron | • Mme Christiane Dion |
| • M. Richard McLaughlin | • Mme Marie-Josée Dutil, présidente |
| • M. Pierre Dechêne | • M. Rénald Godin |
| • M. Serge Plamondon, secrétaire | • M. Claude Pelletier |
| • M. Pokou-Désiré Kanhan, trésorier | • Mme Lise Turgeon |
| • Mme Denise Lafleur | • M. André Vallerand |
| • Mme Suzanne Côté, vice-présidente | • M. Alexandre Matte |

Réalisations

Le comité s'est réuni à sept reprises cette année dans le cadre de rencontres régulières et à une reprise pour une rencontre spéciale, en plus de tenir un souper de Noël avec les membres de ses deux sous-comités : le COSA et le comité des résidents.

Parmi les principales réalisations :

- Production et diffusion de la quatrième fiche d'information à l'intention des parents ayant pour thème «*Chérir... et protéger*».
- Organisation d'une soirée d'information : conférence de M^e Jean-Pierre Ménard.
- Préparation de capsules de sensibilisation au vécu des parents
- Rencontre d'échange avec le Comité consultatif des ressources non institutionnelles.
- Visite des équipes cliniques pour présenter les mandats du Comité des usagers.
- Rencontre d'information concernant le projet de loi 10.
- Récipiendaire d'un Prix RPCU de l'excellence en 2014. Le comité des usagers du CRDI de Québec est l'heureux gagnant du Prix spécial du jury dans la catégorie accompagnement grâce à la réalisation du «*Guide de l'utilisateur et des trois fiches d'information à l'intention des parents*».

5.2.8 Comité d'orientation des services aux adultes (COSA)

À la demande du comité des usagers, le comité d'orientation exprime des avis sur toute problématique ou orientation touchant :

- Les droits et obligations des usagers.
- Les modalités de distribution de services.
- La qualité de vie et des services.

Le comité peut aussi exprimer son avis sur tout autre sujet qu'il juge d'intérêt.

Le comité est composé de :

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| • Mme Audrey Villeneuve | • M. Rémi Rousseau |
| • M. Dave Lachance | • M. Daniel Blouin |
| • Mme Julie Tétreault | • Mme Anne Coulombe |
| • M. André Vallerand | • M. Pierre Dechêne |
| • M. Carl Morneau | • M. Simon Laliberté |
| • Mme Jocelyn Poitras | • M. Jean-Pierre Boucher |

Réalisations

- Le COSA s'est rencontré à six reprises en 2014-2015 et les membres ont participé au souper de Noël du Comité des usagers.
- Certains membres ont fait la tournée des différentes équipes cliniques pour présenter les mandats du COSA.
- Les membres ont transmis leurs recommandations à la direction concernant les inconvénients vécus par les usagers lors du départ à la retraite des éducateurs, afin qu'il soit bien préparé à ce moment.

5.2.9 Comité d'éthique clinique

Le comité d'éthique clinique a pour fonction de :

- Soutenir l'application du code d'éthique au sein de l'établissement.
- S'assurer de sa diffusion et de son appropriation auprès du personnel, des usagers et de leurs proches.

Le Comité s'est rencontré à quatre reprises en 2014-2015.

Le comité est composé de :

- Mme Francine Julien Gauthier, désignée par le conseil d'administration
- Mme Thérèse Loyer, désignée par le conseil d'administration et issue du domaine des services sociaux
- Mme Anne Morrissette, désignée par le conseil d'administration et issue de la pratique pastorale
- Mme Johanne de Senneville, nommée par le comité des usagers et présidente du comité d'éthique clinique
- Mme Christiane Varin, nommée par le comité des usagers
- Mme Denise Fournier, nommée par le comité des usagers

- M. Bruno Laflamme nommé par le comité d'éthique clinique pour son expertise en éthique
- Mme Denise Juneau, personne-ressource
- Mme Line Boivin, désignée par le conseil d'administration et issue de la pratique juridique
- M. Patrice Labeau, représentant des services professionnels, recherche et programmation
- Mme Diane Gagné, membre participant issue du Comité consultatif des ressources non institutionnelles
- Mme Karine Dupont, représentante du conseil multidisciplinaire

Réalisations

- Mise à jour du code d'éthique, diffusion et promotion.
- Activité de sensibilisation auprès du personnel lors de la Journée internationale des droits de l'homme en décembre 2014.
- Formation des nouveaux employés.
- Activité de sensibilisation par la tenue d'un quiz éthique sur le thème «Intervenir ou non lorsqu'un usager met sa santé en danger par ses comportements».
- Formulation d'un avis à la demande de la direction à la suite de la réception d'un avis légal relatif au *Guide de détermination des niveaux de soins*.

6. États financiers et analyse des résultats des opérations

6.1 Contrat de services

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	Aucun	Aucun
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	Aucun	Aucun
Total des contrats de services		

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

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

États financiers résumés

**CENTRE DE READAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
DE QUÉBEC**

Exercice terminé le 31 mars 2015

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC

Table des matières

Exercice terminé le 31 mars 2015

Rapport de l'auditeur indépendant

États financiers résumés

État des résultats

État des surplus cumulés

État de la situation financière

État de la variation de la dette nette

État des flux de trésorerie

Notes afférentes aux états financiers résumés



RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aux membres du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Les états financiers résumés ci-joints du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015, ainsi que les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec 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.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

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 relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec 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 relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent 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, tel qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.



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 du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.



LEMIEUX NOLET
comptables professionnels agréés
S.E.N.C.R.L.

Québec (Québec)
Le 11 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis no A104301

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

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	67 202 985	67 554 300	596 259	68 150 559	66 109 799
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294) 2					
Contributions des usagers 3	8 294 220	8 402 184	XXXX	8 402 184	8 220 238
Ventes de services et recouvrements 4	1 264 039	1 376 929	XXXX	1 376 929	1 135 627
Donations (FI:P294) 5			8 639	8 639	29 631
Revenus de placement (FI:P302) 6	64 600	85 828	3 458	89 286	69 895
Revenus de type commercial 7			XXXX		
Gain sur disposition (FI:P302) 8					
9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302) 11	438 743	166 133		166 133	480 940
TOTAL (L.01 à L.11) 12	77 264 587	77 585 374	608 356	78 193 730	76 046 130
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales 13	42 243 809	43 510 537	XXXX	43 510 537	41 467 938
Médicaments 14	2 300	3 376	XXXX	3 376	2 080
Produits sanguins 15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales 16	6 350	604	XXXX	604	1 702
Denrées alimentaires 17	286 939	272 955	XXXX	272 955	272 809
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles 18	29 231 525	29 365 197	XXXX	29 365 197	28 475 389
Frais financiers (FI:P325) 19	119 000		117 328	117 328	120 150
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations 20	521 937	209 401	80 483	289 884	343 751
Créances douteuses 21			XXXX		
Loyers 22	1 155 081	1 159 727	XXXX	1 159 727	1 215 271
Amortissement des immobilisations (FI:P422) 23	415 000	XXXX	404 290	404 290	305 543
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	3 676 646	3 876 137		3 876 137	4 125 464
TOTAL (L. 13 à L.27) 28	77 658 587	78 397 934	602 101	79 000 035	76 330 097
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) 29	(394 000)	(812 560)	6 255	(806 305)	(283 967)

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

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	Notes
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	866 015	398 318	1 264 333	1 548 300	
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	866 015	398 318	1 264 333	1 548 300	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(812 560)	6 255	(806 305)	(283 967)	
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	53 455	404 573	458 028	1 264 333	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	13 439		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	444 589	1 264 333	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	458 028	1 264 333	

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	2 318 950	1 095 547	3 414 497	1 948 623
Placements temporaires	2	3 670 438		3 670 438	3 241 616
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	638 215	62 372	700 587	705 471
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	474 054		474 054	480 153
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	489 551	(489 551)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	4 880 872	(954 068)	3 926 804	3 579 418
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX			
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	572 422	464	572 886	770 418
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	13 044 502	(285 236)	12 759 266	10 725 699
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		954 108	954 108	665 563
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	6 793 785		6 793 785	6 272 059
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	1 460 443	1 460 443	345 002
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		62 372	62 372	47 885
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	130 225		130 225	82 077
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	3 723 655	3 723 655	2 852 801
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	5 623 158	XXXX	5 623 158	5 477 585
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	490 764		490 764	598 543
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	13 037 932	6 200 578	19 238 510	16 341 515
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	6 570	(6 485 814)	(6 479 244)	(5 615 816)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	6 890 387	6 890 387	6 831 841
Stocks de fournitures (FE: P360)	29		XXXX		
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	46 885		46 885	48 308
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	46 885	6 890 387	6 937 272	6 880 149
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	53 455	404 573	458 028	1 264 333

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

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	(5 615 816)	817 707	(6 433 523)	(5 615 816)	(3 782 322)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(5 615 816)	817 707	(6 433 523)	(5 615 816)	(3 782 322)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(394 000)	(812 560)	6 255	(806 305)	(283 967)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(745 000)	XXXX	(462 836)	(462 836)	(1 850 375)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	415 000	XXXX	404 290	404 290	305 543
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
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	(330 000)	XXXX	(58 546)	(58 546)	(1 544 832)
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	(45 000)	(46 885)		(46 885)	(48 308)
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18	41 000	48 308		48 308	43 613
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	(4 000)	1 423		1 423	(4 695)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(728 000)	(811 137)	(52 291)	(863 428)	(1 833 494)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(6 343 816)	6 570	(6 485 814)	(6 479 244)	(5 615 816)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(806 305)	(283 967)

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	1 423	(4 695)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
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	404 290	305 543
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(353 990)	
Autres	13		(231 516)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	51 723	69 332
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	1 952 715	780 106
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 198 133	565 471

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(462 836)	(1 850 375)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(462 836)	(1 850 375)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires	20	(428 822)	
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	(428 822)	

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	1 015 853	102 382
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		1 012 987
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(144 999)	(140 904)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		(1 012 987)
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	1 308 754	666 325
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(1 015 853)	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(4 356)	(102 381)
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	1 159 399	525 422
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	1 465 874	(759 482)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	1 948 623	3 217 874
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	3 414 497	2 458 392
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	3 414 497	2 458 392
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	3 414 497	2 458 392

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	4 884	(153 790)
Autres débiteurs	2	6 099	485 791
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	6 604	
Frais reportés liés aux dettes	4		
Autres éléments d'actifs	5	197 532	271 500
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	667 299	(274 122)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	1 115 441	345 002
Intérêts courus à payer	9	14 490	(1 673)
Revenus reportés	10	48 148	72 935
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12		
Autres éléments de passifs	13	(107 782)	34 463
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	1 952 715	780 106

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		
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		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		

Échéance supérieure à 3 mois:

-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24	3 670 438	3 524 626
-Placements effectués	25		(283 010)
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27	3 670 438	3 241 616

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC

Notes afférentes aux états financiers résumés

Exercice terminé le 31 mars 2015

1 - États financiers résumés

1.1 - Critères d'établissement des états financiers résumés

Les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités complets préparés selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

La préparation de ces états financiers résumés exige de la direction qu'elle détermine les renseignements qui doivent figurer dans les états financiers résumés pour faire en sorte qu'ils concordent, dans tous leurs aspects significatifs, avec les états financiers audités ou qu'ils constituent un résumé fidèle des états financiers audités.

Ces états financiers résumés ont été préparés par la direction d'après les critères suivants :

- a) Les renseignements contenus dans les états financiers résumés concordent avec les renseignements correspondants contenus dans les états financiers audités complets.
- b) Dans tous leurs aspects significatifs, les états financiers résumés contiennent les renseignements qu'il est nécessaire de communiquer pour éviter de fausser ou dissimuler des points communiqués dans les états financiers audités complets correspondants, y compris les notes afférentes.

1.2 - Méthodes comptables

Les méthodes comptables utilisées par l'établissement pour dresser les états financiers sont divulguées dans le rapport financier annuel (formulaire AS-471, section auditée) de l'exercice terminé le 31 mars 2015. On peut obtenir le rapport financier annuel sur le site Web du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec.



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 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la SIQ sont comptabilisés à titre de location-exploitation au lieu de contrat de location-acquisition	2015-03	R	L'établissement n'a aucune mesure, car il s'agit d'une directive du MSSS.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
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						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Des erreurs ont été décelées au niveau de la compilation des engagements afférents aux RI-RTF	2015-03	O	Un processus de révision sera renforcé par l'établissement	R		



CENTRE DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

de QUÉBEC

***CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE
AUX ADMINISTRATEURS
DU CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE DE QUÉBEC***

RÈGLEMENT NUMÉRO 20

Adopté par le conseil d'administration et entré en vigueur le 15 juin 2010

PRÉAMBULE

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

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

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

ARTICLE 1.00 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.01 OBJET

Le présent *Code* n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur. Ce *Code* porte entre autres sur les sujets suivants :

- Il traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts.
- Il traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts.
- Il régit les pratiques reliées à la rémunération des personnes visées.
- Il traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions.
- Il prévoit des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Loi sur le Ministère du Conseil exécutif, article 3.0.4.

1.02 DÉFINITIONS

Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes et les expressions suivants signifient :

- a) **Administrateur**
Désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé.
- b) **Agence**
L'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Capitale-Nationale.
- c) **Conflit d'intérêts**
S'entend de toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de ses obligations d'administrateur en raison du fait que son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.
- d) **Entreprise**
Désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement.
- e) **Établissement**
Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec.
- f) **Intérêt indirect**
S'entend de l'intérêt du conjoint légal ou de fait, de l'enfant, du père, de la mère, du frère et de la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant de ces personnes, de même que l'associé de l'administrateur.

S'entend également de celui d'un organisme sans but lucratif sur le conseil d'administration duquel siège l'administrateur.

1.03 DÉSIGNATION

Le présent règlement est désigné sous le nom de « Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs du CRDI de Québec » et porte le numéro 20.

1.05 CHAMP D'APPLICATION

Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la Loi et le présent *Code*. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

- En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.
- L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise.

ARTICLE 2.00 – DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

2.01 L'ADMINISTRATEUR AGIT DANS L'INTÉRÊT DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA POPULATION DESSERVIE

- L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- L'administrateur s'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés par l'établissement.
- L'administrateur s'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières par l'établissement.
- L'administrateur s'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines de l'établissement

2.02 L'ADMINISTRATEUR AGIT AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE

- L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.
- L'administrateur s'assure de bien connaître et de suivre l'évolution de l'établissement. Il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.
- L'administrateur exerce son droit de vote de la manière la plus objective possible. Il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
- L'administrateur doit respecter le caractère confidentiel de l'information qui peut lui être soumise à ce titre dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
- L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement.
- L'administrateur s'efforce de procurer au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir dans les meilleurs délais. S'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
- L'administrateur adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions et évite d'y associer l'établissement.
- L'administrateur évite par des écarts de conduite et des propos immodérés de porter atteinte à la réputation de l'établissement.

2.03 L'ADMINISTRATEUR AGIT AVEC HONNÊTETÉ ET LOYAUTÉ

- L'administrateur agit de bonne foi et au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie, sans tenir compte de ses intérêts personnels ou de ceux d'aucune autre personne, groupe ou entité.
- L'administrateur lutte contre et dénonce au comité d'éthique et de déontologie toute forme d'abus de pouvoir, tels : les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage d'erreurs ou la tromperie de la population.

2.04 CONFLITS DE DEVOIRS OU D'INTÉRÊTS

- Tout administrateur évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.
- Tout administrateur, autre que le directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V - 1.11.).

- Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

Le fait pour le directeur général d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si le directeur général ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V-1.1.).

- Le directeur général doit, dans les soixante (60) jours qui suivent sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
- Le directeur général doit également déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de ce contrat.

2.05 EXCLUSIVITÉ DE FONCTIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

- Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement ou sous réserve des exceptions prévues à la Loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.
- Le directeur général peut, avec l'autorisation du conseil d'administration, occuper hors du domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé.
- Il peut aussi, avec l'autorisation de l'agence et du conseil d'administration, occuper dans le domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé. Toutefois, seule l'autorisation du conseil d'administration est requise, s'il s'agit d'une charge ou d'une fonction occupée au sein d'une association regroupant la majorité des établissements exerçant des activités propres à la mission de centres de même nature ou au sein d'une association de directeurs généraux des services de santé et des services sociaux reconnue par décret à des fins de relations de travail ou au sein d'un organisme d'agrément des établissements.
- Le directeur général peut aussi, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, exercer tout mandat que celui-ci lui confie.
- Le directeur général peut également occuper une charge publique élective.

2.06 BIENS DE L'ÉTABLISSEMENT

L'administrateur ne peut utiliser les biens, les ressources ou les services de l'établissement que selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

2.07 AVANTAGES OU BÉNÉFICES INDUS

- L'administrateur doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
- L'administrateur ne peut accepter ni solliciter, directement ou indirectement, aucun avantage ou bénéfice d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.
- Est notamment considéré comme un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou qui est susceptible de compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
- L'administrateur autre que le directeur général ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions, et ce, aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.
- Le directeur général doit s'interdire, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui

sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

2.08 TRANSPARENCE

L'administrateur doit révéler tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait peut avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

2.09 INTERVENTIONS ABUSIVES

- L'administrateur s'abstient de se substituer aux personnes en autorité de l'établissement en s'ingérant dans le processus de gestion du personnel qui ne relève pas de ses prérogatives.
- L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but non lucratif ou non et l'établissement.
- Après la fin de son mandat, l'administrateur agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.
- L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus pour lui ou le compte d'autrui de ses fonctions antérieures au service de l'établissement.
- Dans l'année suivant la cessation de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

ARTICLE 3.00 – MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

3.01 INTRODUCTION D'UNE DEMANDE D'EXAMEN

Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la Loi ou au présent *Code* visant un administrateur doit être soumise au président du *comité d'éthique et de déontologie* ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, de sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

3.02 TENUE DE L'ENQUÊTE

Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

3.03 INFORMATION DE L'ADMINISTRATEUR CONCERNÉ

Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la Loi ou du *Code*. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave, qu'il s'agisse d'un manquement à une norme de déontologie, ou d'une infraction criminelle ou pénale, l'administrateur peut être relevé provisoirement de ses fonctions par le président du conseil d'administration.

Dans le cadre d'une enquête menée par le comité, le président du conseil d'administration peut relever provisoirement l'administrateur de ses fonctions.

3.04 TRANSMISSION DU RAPPORT AU CONSEIL

Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la Loi ou le présent *Code* ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

3.05 DÉCISION

Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

3.06 SANCTIONS

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge.

L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

ARTICLE 4.00 – ENGAGEMENTS

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent *code* par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu aux annexes I et II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe I lors d'un changement quant à sa situation, dans les soixante (60) jours suivant le dit changement.

Enfin, tout membre du comité doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe III du présent Code.

ARTICLE 5.00 - DISPOSITIONS DIVERSES

5.01 APPLICATION DU PRÉSENT CODE

Le directeur général est chargé de veiller à l'application du présent règlement.

5.02 AMENDEMENT ET ABROGATION

Le présent code peut être amendé, remplacé ou abrogé par le conseil d'administration lors d'une de ses séances ordinaires.

5.03 ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent code entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration ou à toute autre date fixée par le conseil d'administration.

Annexe 1 - Déclaration des intérêts

- **D'un administrateur autre que le directeur général**
- **Du directeur général**

Déclaration des intérêts d'un administrateur autre que le directeur général

Je, _____ administrateur du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, déclare :

- ☐ 1. Je ne détiens aucun intérêt pécuniaire dans les personnes morales, sociétés, organismes ou entreprises qui font affaires avec l'établissement mentionné ci-haut.
- ☐ 2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés et entreprises commerciale identifiées ci-après et qui font affaires avec l'établissement mentionné ci-haut.

Nommer les personnes morales, sociétés organismes ou entreprises concernés :

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

Nommer les personnes morales, sociétés, organismes ou entreprises concernés :

4. J'occupe les emplois suivants :

Préciser l'emploi et nommer l'employeur :

Emplois	Employeurs

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____.

Signature de l'administrateur

Déclaration des intérêts du directeur général

Je, _____, directeur général du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, déclare les intérêts suivants :

- ☐ 1. Je ne détiens aucun intérêt pécuniaire dans une personne morale, une société un organisme ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
- ☐ 2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Nommer les personnes morales, sociétés, organismes ou entreprises concernés :

3. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Nommer les personnes morales, sociétés, organismes ou entreprises concernés :

4. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

Nommer les personnes morales, sociétés, organismes ou entreprises concernés :

5. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

Préciser l'emploi et nommer l'employeur :

Emplois	Employeurs

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____.

Signature du directeur général

Annexe 1I - Serment ou affirmation

- De l'administrateur
- Du directeur général

Serment ou affirmation de l'administrateur

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec

Serment ou affirmation d'office et de discrétion de l'administrateur

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration de l'établissement ci-haut mentionné, déclare avoir pris connaissance du *Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs* adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré. Il en est de même lorsque j'exerce, à la demande de l'établissement, des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

Dans cet esprit, je m'engage solennellement à remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et à exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je m'engage solennellement à n'accepter aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être dûment autorisé, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____ (ville), le _____ (date).

Signature de l'administrateur autre que le directeur
général

Serment ou affirmation du directeur général

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec

Serment ou affirmation d'office et de discrétion du directeur général

Je soussigné, _____, membre du conseil d'administration de l'établissement ci-haut mentionné, déclare avoir pris connaissance du *Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs* adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré. Il en est de même lorsque j'exerce, à la demande de l'établissement, des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

Dans cet esprit, je m'engage à remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je m'engage à n'accepter aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que mon salaire et le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____ (ville), le _____ (date).

Signature du directeur général

**Annexe III - Serment ou affirmation
du membre du comité d'éthique et de déontologie**

Serment ou affirmation du membre du comité d'éthique et de déontologie

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec

Serment ou affirmation d'office et de confidentialité du membre du Comité d'éthique et de déontologie

Je, soussigné, _____, membre du *Comité d'éthique et de déontologie*, déclare avoir pris connaissance du *Code applicable aux administrateurs* adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré.

Dans cet esprit, je m'engage à remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je m'engage à n'accepter aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé, aucun enseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____ (ville), le _____ (date).

Signature du responsable

**Annexe IV - Règlement de régie interne sur la création
d'un comité d'éthique et de déontologie**

Règlement de régie interne sur la création d'un comité d'éthique et de déontologie

Comité d'éthique et de déontologie

Création et composition

1. Le présent règlement institue Un *comité d'éthique et de déontologie*. Il est composé de trois (3) membres permanents et d'un (1) membre substitut nommés par et parmi les administrateurs de l'établissement.

Perte de qualité

2. Une personne cesse de faire partie du comité dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

Durée du mandat

3. Sous réserve de l'article 2, les membres du comité demeurent en fonction tant qu'ils ne sont pas destitués ou remplacés par résolution du conseil d'administration.

Vacance

4. Toute vacance, en raison notamment d'une démission, d'un décès ou d'une perte de qualité d'un membre, est comblée par résolution du conseil d'administration.

Fonctions

5. Le *comité d'éthique et de déontologie* exerce les fonctions suivantes :

Enquêter sur toute allégation ou de sa propre initiative, sur toute situation de manquement, de la part d'un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la Loi ou par le *Code d'éthique et de déontologie*;

Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non à ces règles;

Faire des recommandations sur les sanctions que le conseil d'administration devrait imposer à un administrateur fautif;

Faire des recommandations sur les modifications que le conseil d'administration devrait apporter au *Code d'éthique et de déontologie*;

Aviser le conseil d'administration, ou l'un de ses membres, sur toute question reliée à l'éthique et à la déontologie;

Produire un rapport annuel de ses activités s'il y a lieu.

Règles de fonctionnement

7. Sous réserve des dispositions du présent règlement, le comité établit ses propres règles de fonctionnement;

Convocation des réunions

8. Les réunions du comité peuvent être convoquées par l'un ou l'autre des membres du comité, selon la fréquence et les modalités déterminées par le comité.

Abstention d'un membre concerné

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

De plus, le membre substitut ne peut siéger qu'en remplacement d'un membre permanent visé au premier alinéa.

Quorum

10. Le quorum aux réunions du comité est constitué de deux (2) membres ayant droit de siéger dont, le cas échéant, le président.

Décisions

11. Les décisions du comité sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Lorsque le comité ne peut en arriver à une décision sur une question de sa compétence, un rapport à cet effet est transmis au conseil d'administration qui peut alors rendre cette décision en lieu et place du comité.