

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015



CRDITED de la Montérégie-Est

Siège social
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

Téléphone : 450 679-6511
Télécopieur : 450 928-3315

Site Internet : www.crditedme.ca
Portail de recherche : recherche.crditedme.ca

Ce document est disponible en version électronique sur les sites Internet et intranet de l'établissement.

ISBN 978-2-923811-20-8
ISBN 978-2-923811-21-5 (PDF)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à la condition d'en mentionner la source.



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

de la MONTÉRÉGIE-EST

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président-directeur général	4
Déclaration du président-directeur général	6
Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	6
Code d'éthique pour les usagers et le personnel	7
Liste des sigles et des acronymes	7

1. Présentation de l'établissement

1.1. Mission, mandat et valeurs	9
1.2. Structure de l'organisation	12
1.3. Comité de direction	13
1.4. Profil des ressources humaines	14
1.5. Données démographiques et état de santé de la population.....	15
1.6. Carte du territoire du CRDITED de la Montérégie-Est	16
1.7. Profil de la clientèle	17

2. Activités de l'établissement

Les services

2.1. Offre de services spécialisés	33
2.2. Priorités 2010-2015 et objectifs organisationnels 2014-2015.....	36

Les résultats

2.3. Faits saillants	38
2.4. Démarche d'agrément et plan d'amélioration	44
2.5. Entente de gestion - Fiches de reddition de comptes	46
2.6. Examen des plaintes et promotion des droits des usagers	49

La sécurité des soins et des services

2.7. Gestion des risques	51
2.8. Application des mesures de contrôle	54

3. États financiers résumés

3.1. Rapport de la direction sur les états financiers	57
3.2. Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés	58
3.3. État du suivi des réserves	60
3.4. Analyse des résultats financiers.....	62
3.5. Application de la Loi 15	63
3.6. Rapports financiers résumés	64
3.7. Fondation Butters et les Maisons Butters.....	75

4. Gouvernance - Conseils et comités de l'établissement

4.1. Conseil d'administration	77
4.2. Comité de gouvernance et d'éthique.....	80
4.3. Comité de vérification	80
4.4. Comité de vigilance et de la qualité	81
4.5. Comité des usagers	82
4.6. Comité de gestion des risques	84
4.7. Conseil multidisciplinaire	86

5. Annexe

5.1. Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	89
--	----

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Il me fait plaisir, à titre de président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest, de vous présenter ce rapport annuel qui résume les grands objectifs poursuivis et les principaux résultats atteints au cours de l'année 2014-2015 pour l'une de nos composantes, le CRDITED de la Montérégie-Est.

En effet, l'entrée en vigueur de la loi 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a signifié la création, à compter du 1^{er} avril 2015, des nouveaux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) qui regroupent tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Le CRDITED de la Montérégie-Est fait partie des neuf établissements fusionnés au CISSS de la Montérégie-Ouest. La mission en déficience intellectuelle (DI) et en trouble du spectre de l'autisme (TSA) relève désormais du CISSS de la Montérégie-Ouest et celui-ci a la responsabilité d'offrir des services spécialisés à l'ensemble de la clientèle présentant une DI et un TSA de la région sociosanitaire de la Montérégie et d'une partie de celle de l'Estrie (Haute-Yamaska et La Pommeraiie).

Cette réforme du réseau de la santé et des services sociaux a pris une place importante cette année. Elle marque ainsi la fin de l'entité connue comme le CRDITED de la Montérégie-Est ainsi que de son conseil d'administration. Ce conseil, doté d'une forte gouvernance, a mené de main de maître cet établissement permettant ainsi de réaliser de nombreux projets novateurs en plus d'être en excellente santé financière. Je tiens à remercier M. Pierre Cloutier, président du conseil, ainsi que chacun des membres du conseil pour leur engagement bénévole à défendre les intérêts des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme en proposant une offre de services spécialisés de qualité.

Un autre grand dossier cette année est le renouvellement du certificat d'agrément du CRDITED de la Montérégie-Est par le Conseil québécois d'agrément (CQA). Ce renouvellement fait foi de la qualité des services offerts et souligne l'engagement envers la clientèle.

« Malgré le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, chaque établissement avait comme responsabilité de produire un rapport annuel de gestion. Celui-ci, qui vous est présenté dans les prochaines pages, témoignera des réalisations 2014-2015, avant l'adoption officielle 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. Par ailleurs, depuis le 1^{er} avril, c'est avec fierté que nous vous informons que cet établissement fait désormais partie intégrante du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.

À titre de nouveau président-directeur général, je suis fier de constater l'ensemble des efforts investis dans chacune des composantes du CISSS pour offrir des soins et des services de qualité. Forts de l'engagement de l'ensemble de nos intervenants, soyez assurés que nous poursuivrons notre travail en ce sens au cours des prochaines années ».



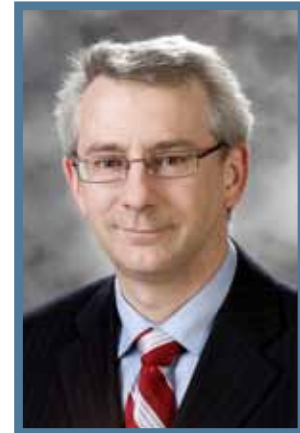
Mentionnons que l'établissement s'inscrit depuis 2007 dans cette démarche continue d'autoévaluation d'un ensemble de pratiques organisationnelles, dans une perspective d'amélioration de la qualité et de la sécurité de ses services. Je tiens à remercier l'ensemble du personnel pour son engagement envers la clientèle dont les besoins d'adaptation et de réadaptation sont de plus en plus complexes. La qualité des services passe inévitablement par l'approche positive et le lien professionnel qui se crée entre l'utilisateur et l'intervenant.

Toujours en lien avec l'amélioration continue, plusieurs projets ont vu le jour dans la dernière année, et ce, afin d'optimiser l'accès aux services, de réduire les délais d'attente et de rendre plus sécuritaire le travail des intervenants. À cet effet, je vous invite à consulter la section sur les faits saillants du présent rapport.

En terminant, soyez assurés de mon engagement à poursuivre l'excellent travail de gestion réalisé notamment par madame Céline Rouleau, qui assumait précédemment les fonctions de directrice générale intérimaire du CRDITED de la Montérégie-Est et nommée à titre de présidente-directrice générale adjointe du CISSS de la Montérégie-Ouest. Cette collègue chevronnée connaît bien les besoins de la clientèle qui présente une DI ou un TSA ainsi que les enjeux et les défis qui attendent la gouvernance. C'est tous ensemble que nous pourrons continuer de répondre aux besoins des usagers et à ceux de leurs proches.

Le président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest,

YVES MASSE



Yves Masse

*Président-directeur
général du Centre
intégré de santé et de
services sociaux de la
Montérégie-Ouest*



DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

À titre de président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, 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 CRDITED de la Montérégie-Est :

- 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'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Le président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest,



YVES MASSE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Elle doit d'abord reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit donc être une préoccupation constante du conseil d'administration de l'établissement afin de garantir à la population une gestion intègre et fiable des fonds publics.

Ainsi, le *Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration du CRDITED de la Montérégie-Est* édicte des obligations éthiques, faisant référence aux valeurs morales des administrateurs, de même que des obligations déontologiques, renvoyant aux règles et normes de conduite attendues.

Vous trouverez le *Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration du CRDITED de la Montérégie-Est* en annexe du présent rapport annuel de gestion.

CODE D'ÉTHIQUE POUR LES USAGERS ET LE PERSONNEL

Le code d'éthique traduit la culture organisationnelle et les valeurs fondamentales qui guident l'engagement quotidien de toutes les personnes oeuvrant au CRDITED de la Montérégie-Est. Il énonce les conduites et les pratiques attendues de ces personnes en lien avec les droits des usagers ainsi que les responsabilités et les comportements attendus de ces derniers. Il s'agit d'une démarche collective visant l'amélioration continue de la qualité des services aux usagers.

Toute personne qui travaille ou dispense des services au sein du CRDITED de la Montérégie-Est s'engage à respecter le code d'éthique. Le code d'éthique s'applique à toutes les personnes qui, dans le cadre des activités du CRDITED de la Montérégie-Est, oeuvrent directement ou indirectement auprès de la clientèle, notamment les intervenants, professionnels, gestionnaires, cadres, administrateurs, responsables des ressources intermédiaires et de type familial, contractuels, bénévoles ou stagiaires.

Note : Des exemplaires du code d'éthique sont fournis sur demande.

Liste des sigles et des acronymes

AEO	Accès, évaluation et orientation	ISQ	Institut de la statistique du Québec
AES	Assistance éducative spécialisée	ITC	Intégration au travail et communautaire
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
ASSSM	Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CJM	Centre jeunesse de la Montérégie	RCR	Réanimation cardiorespiratoire
CPA	Comptables professionnels agréés	RGB	Retard global de développement
CQA	Conseil québécois d'agrément	RI	Ressource intermédiaire
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement	RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	RRQ	Régie des rentes du Québec
DI	Déficience intellectuelle	RTF	Ressource de type familial
EGIPSS	Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé	SDEM SEMO	Service de développement d'employabilité de la Montérégie – Service externe de main-d'œuvre
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement	SMSST	Système de management de la santé et de la sécurité du travail
HPS	Heures de prestation de services	SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
ICI	Intervention comportementale intensive	SRSOR	Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SST	Santé et sécurité du travail
ISI	Intervention structurée individualisée	TED	Trouble envahissant du développement
		TGC	Trouble grave du comportement
		TSA	Trouble du spectre de l'autisme



1.

PRÉSENTATION DE
L'ÉTABLISSEMENT

1.1. MISSION, MANDAT ET VALEURS

MISSION

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2), la mission du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de la Montérégie-Est consiste à offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle (DI) ou de leur trouble du spectre de l'autisme (TSA), requièrent de tels services, de même que des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage. La déficience intellectuelle ou le trouble du spectre de l'autisme peuvent être accompagnés d'une déficience physique, sensorielle, d'un trouble grave du comportement (TGC) ou de toute autre difficulté liée à la situation de vie de la personne.

Trouble du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme est un trouble neurodéveloppemental qui se caractérise par des déficits significatifs dans les domaines de la communication et des interactions sociales et par la présence d'intérêts, de comportements et d'activités restreints et répétitifs. La personne présentant un trouble du spectre de l'autisme voit son développement perturbé dès les premières années de sa vie. Qu'elle ait ou non une déficience intellectuelle ou un trouble de la parole et du langage comme condition associée, elle présente, par rapport à la population en général, une façon différente de traiter l'information neurologique, sensorielle, perceptuelle et cognitive. Le CRDITED de la Montérégie-Est accepte également de desservir les personnes ayant des diagnostics provisoires de retard global de développement et d'hypothèse de TSA.

Déficience intellectuelle

La personne présentant une déficience intellectuelle a des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif. Les limitations de ses capacités d'adaptation se manifestent dans les habiletés conceptuelles (mémoire, langage, aptitudes scolaires, écriture, lecture, raisonnement mathématique, acquisition sur le plan des connaissances pratiques, de la résolution de problème, du jugement dans les situations nouvelles), les habiletés sociales (les relations interpersonnelles, conscience des expériences, des pensées et des sentiments des autres, l'empathie, les habiletés de communication interpersonnelle, les habiletés pour développer des liens d'amitié, le respect des règles, le jugement social), et les habiletés pratiques (l'apprentissage et l'autogestion dans différentes situations de la vie quotidienne, les soins personnels, les responsabilités professionnelles, la gestion de l'argent, les loisirs, l'autogestion de son comportement, l'organisation des tâches à l'école et au travail, les compétences domestiques, etc.). La déficience intellectuelle se manifeste pendant la période développementale. Il s'agit d'un état permanent, mais avec le soutien requis dans différentes dimensions de sa vie quotidienne, la personne peut améliorer son fonctionnement et développer une autonomie et une participation sociale optimales dans l'environnement qui est le sien.

MANDAT

Les services dispensés par le CRDITED de la Montérégie-Est contribuent au développement optimal du potentiel des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, à leur intégration et à leur participation sociales ainsi qu'à l'amélioration de leur qualité de vie. L'ensemble des services offerts s'inscrit dans un réseau intégré de services répondant aux besoins de la population d'un territoire donné, et ces services sont fournis de concert avec différents partenaires de la communauté.

VALEURS **Respect • Collaboration • Communication • Engagement**

Nos valeurs constituent nos assises ; elles sont la plus grande force de notre organisation. Nous sommes des gens de relation d'aide : nous devons être fiers d'affirmer nos valeurs humanistes, particulièrement parce que notre clientèle compte parmi les personnes les plus vulnérables.

L'éthique, qui englobe l'ensemble des valeurs de notre organisation, constitue le point de départ et d'arrivée de toutes nos interventions quotidiennes, que ce soit auprès de l'utilisateur, entre collègues de travail ou entre partenaires.

Nos valeurs sont plus que des vœux pieux : elles guident nos choix et nos décisions et elles servent de référence pour orienter à la fois l'intervention clinique et la gestion du personnel, deux dimensions indissociables de notre organisation.



Le client,

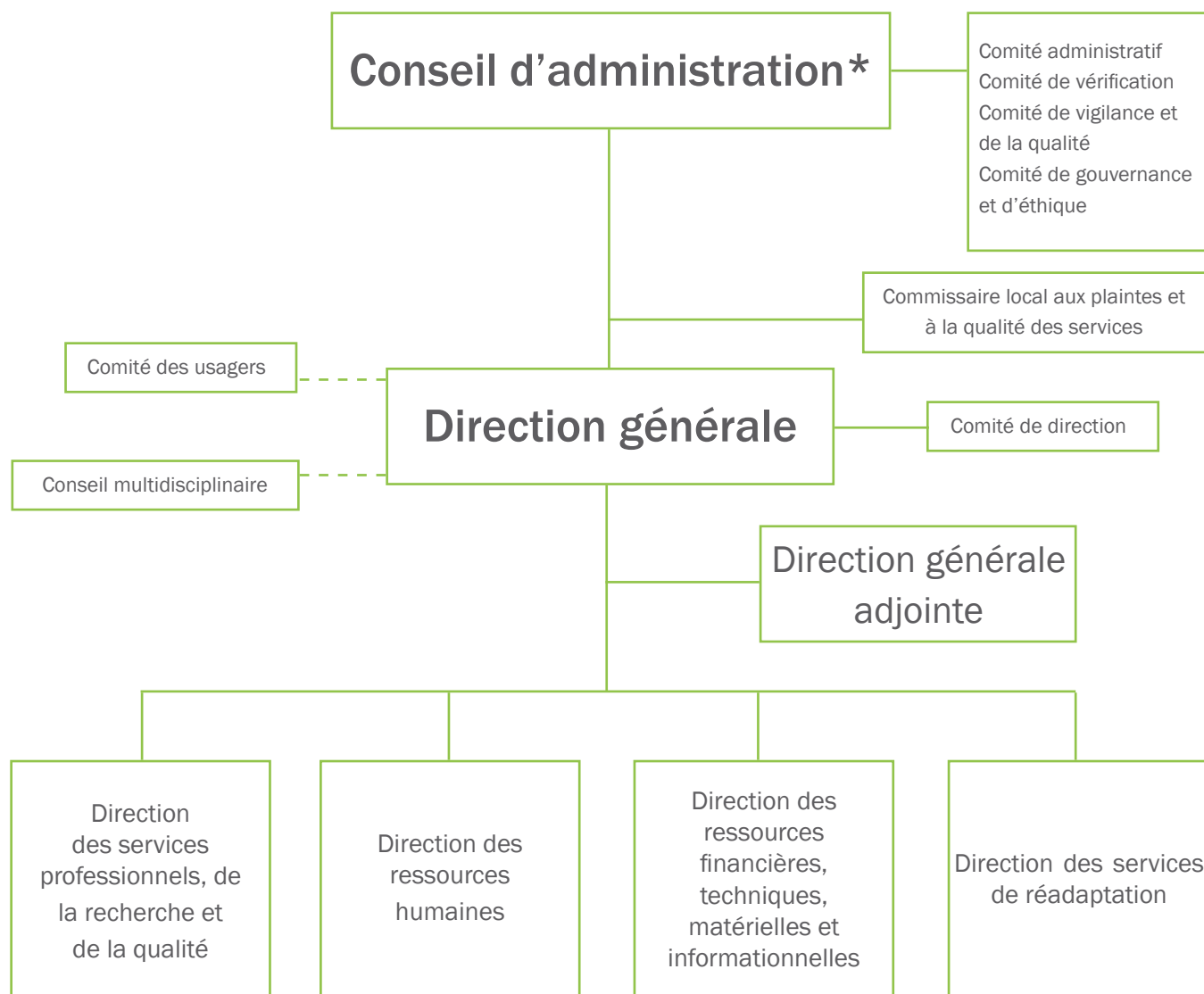
notre raison d'être

L'engagement,

notre façon d'être



1.2. STRUCTURE DE L'ORGANISATION



*Structure de l'organisation jusqu'au 31 mars 2015, date à laquelle le conseil d'administration ainsi que ses sous-comités ont été dissous en vertu de la Loi 10.

1.3. COMITÉ DE DIRECTION

Le comité de direction du CRDITED de la Montérégie-Est est piloté par une directrice générale intérimaire, aussi directrice générale adjointe ainsi que quatre directeurs.



Céline Rouleau
*Directrice générale
intérimaire*



Claude Bouchard
*Directeur des services
de réadaptation*



Martine Gagnon
*Directrice des services
professionnels, de la
recherche et de la qualité*



Michelle Gilbert
*Directrice des ressources
humaines*



Éric Méthot
*Directeur des ressources
financières, techniques,
matérielles et
informationnelles*

1.4. PROFIL DES RESSOURCES HUMAINES

NOMBRE D'EMPLOYÉS RÉGULIERS	2014-2015	2013-2014
Temps complet	635	634
Temps partiel (Équivalent temps complet)	82 (47,7)	75 (42,3)
<i>En sécurité d'emploi</i>	2	2
SOUS-TOTAL	719	711

NOMBRE D'EMPLOYÉS CADRES	2014-2015	2013-2014
Temps complet	48	59
Temps partiel (équivalent temps complet)	1 (0,7)	-
Mesure de stabilité d'emploi	1	1
SOUS-TOTAL	50	60

LES EMPLOYÉS OCCASIONNELS	2014-2015	2013-2014
Nombre d'heures rémunérées	338 003	347 388
Nombre de personnes (Équivalent temps complet)	323 (185)	311 (190)
SOUS-TOTAL	323	311

TOTAL	1092	1082
--------------	-------------	-------------



1.5. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DE LA MONTÉRÉGIE

La Montérégie représente un territoire de plus de 11 000 km² dont plus de la moitié fait partie du territoire du CRDITED de la Montérégie-Est. En 2014, 882 871 personnes résident sur le territoire desservi par le CRDITED, ce qui représente près de 60 % de la population montérégienne.

Le territoire du CRDITED de la Montérégie-Est compte aujourd'hui 91 municipalités et 6 centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Une population en croissance, mais tout de même vieillissante

Selon les estimations de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population desservie par le CRDITED de la Montérégie-Est s'est accrue de 9 % entre 2004 et 2014. Le taux d'accroissement de la population de ce territoire est donc légèrement inférieur à celui de la population montérégienne (12 %).

Le vieillissement de la population est un des défis majeurs auquel la région fait face. Entre 2014 et 2036, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans passera de 18 à 28 %. Ainsi, la population desservie par le CRDITED de la Montérégie-Est sera légèrement plus âgée que la population montérégienne, laquelle comptera 26 % d'aînés en 2036. Toutefois, le rythme du vieillissement sera légèrement moins rapide sur le territoire du CRDITED de la Montérégie-Est qu'en Montérégie: la proportion d'aînés s'accroîtra de 55 % sur le territoire du CRDITED, comparativement à 58 % en Montérégie.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. Sur le territoire du CRDITED, le nombre d'aînés s'accroîtra de 78 % entre 2014 et 2036, passant de 157 054 à 279 939.

LE TERRITOIRE DU CRDITED DE LA MONTÉRÉGIE-EST

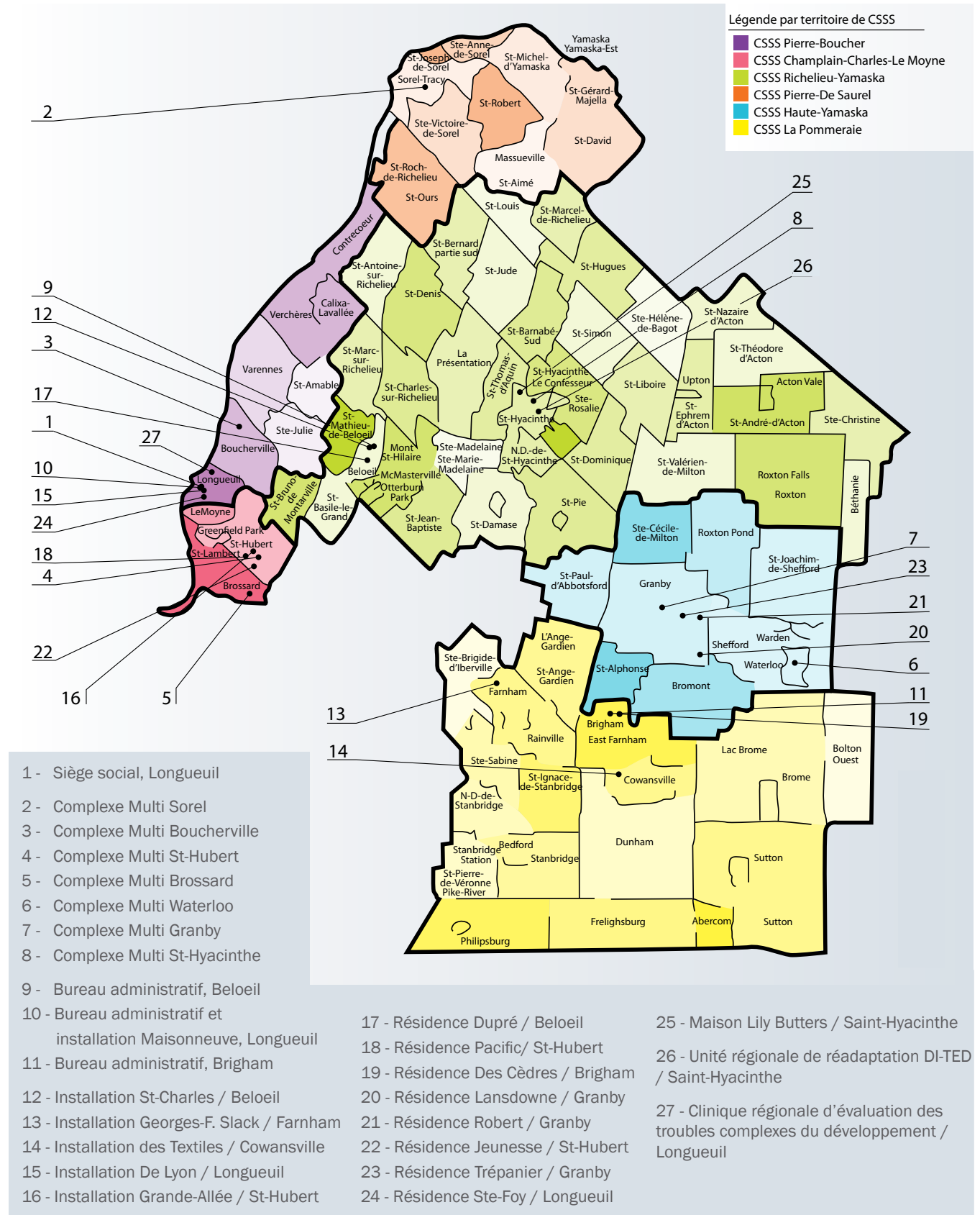
La population de la Montérégie est desservie par deux centres de réadaptation, soit les Services de Réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort, à l'ouest, et le CRDITED de la Montérégie-Est, à l'est. Plus de la moitié de la Montérégie fait partie du territoire du CRDITED de la Montérégie-Est.

PRÉVALENCE DU NOMBRE D'ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

En 2014, la Direction de la santé publique de la Montérégie faisait état, dans son bulletin *Périscope*, de l'augmentation importante du nombre d'enfants avec un TSA. En Montérégie, en 2011-2012, on dénombrait 2 644 enfants de 4 à 17 ans présentant un TSA, soit environ 400 de plus que l'année précédente. Il s'agit d'un enfant sur 72. La prévalence s'établit à 138 pour 10 000 enfants et augmente en moyenne de 25 % par année.

Notons que la prévalence des TSA varie grandement d'une région à l'autre, cependant la Montérégie excède celle de toutes les autres régions du Québec. Ces importantes variations dans la prévalence des TSA pourraient être attribuables, entre autres, aux pratiques diagnostiques propres à chaque région, à la sensibilisation de la population et des professionnels à la problématique des TSA, à la disponibilité des ressources diagnostiques et des services et à la migration d'une région à une autre. Aussi, la contribution des facteurs environnementaux ne peut être négligée.

1.6. CARTE DU TERRITOIRE DU CRDITED DE LA MONTÉRÉGIE-EST



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.7. PROFIL DE LA CLIENTÈLE

Cette section présente le portrait de la clientèle desservie au CRDITED de la Montérégie-Est et des volumes de services offerts. Ces données annuelles permettent d'observer les tendances d'une année à l'autre et d'adapter l'organisation de nos services en conséquence.

RÉPARTITION DES USAGERS DESSERVIS PAR SERVICE DU 1^{ER} AVRIL 2014 AU 31 MARS 2015

ACCUEIL, ÉVALUATION ET ORIENTATION (AEO) - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

ACCUEIL, ÉVALUATION ET ORIENTATION DI-TSA	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	263	271	85	33	32	10	1	0	695
NOMBRE TOTAL DE HPS	1 146	1 217	461	198	206	63	8	0	3 299
NOMBRE DE DEMANDES REÇUES	274	277	102	41	46	15	1	0	756

Commentaires

Ainsi, pour l'année 2014-2015, le service AEO a reçu 756 nouvelles demandes de service provenant d'une référence externe (comparativement à 714 demandes en 2013-2014). Entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015, les demandes pour 695 usagers ont été évaluées par ce service. Au total, 3 299 heures ont été consacrées à l'évaluation et à l'orientation des demandes par les professionnels de l'AEO.



SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE DI-TSA	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DIFFÉRENTS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	380	1 116	493	280	958	725	87	11	4 050
DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	85	314	125	50	106	73	12	0	765
NOMBRE TOTAL DE HPS	75 481	91 049	79 616	42 957	135 096	59 450	2 877	464	486 990

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, l'établissement a desservi 4 050 usagers différents dans ses services d'adaptation et de réadaptation à la personne DI-TSA alors que 765 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. Un total de 486 990 heures de prestations de services ont été données aux usagers par les intervenants (membres du conseil multidisciplinaire ou infirmiers) pour une moyenne annuelle de 120 heures par usager (comparativement à 109 heures par usager en 2013-2014). Ces données incluent les usagers des services d'adaptation et de réadaptation à la personne DI-TSA et du service intervention comportementale intensive (ICI).

De façon plus détaillée, voici la répartition pour les services à la personne DI, TSA et pour le service ICI.

SOUS-SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE DI

SOUS-SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE DI	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DIFFÉRENTS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	33	97	121	162	789	691	86	11	1 990
DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	6	28	26	29	90	69	12	0	260
NOMBRE TOTAL DE HPS	4 732	9 202	18 329	24 320	89 205	52 700	2 832	464	201 784

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, l'établissement a desservi 1 990 usagers différents présentant une déficience intellectuelle dans son sous-service d'adaptation et de réadaptation à la personne DI alors que 260 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. Aussi, 201 784 heures de prestation de services ont été données aux usagers par les intervenants (membres du conseil multidisciplinaire ou infirmiers) pour une moyenne annuelle de 101 heures par usager (comparativement à 94 heures par usager en 2013-2014).

SOUS-SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE TSA

SOUS-SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE TSA	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DIFFÉRENTS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	345	1 019	373	118	171	34	1	0	2 061
DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	115	287	100	21	18	4	0	0	545
NOMBRE TOTAL DE HPS	47 362	76 149	61 287	18 637	45 891	6 749	45	0	256 120

Commentaires

Durant la dernière année, 2 061 usagers différents présentant un trouble du spectre de l'autisme ont été desservis dans le sous-service d'adaptation et de réadaptation à la personne TSA alors que 545 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. Au total, 256 120 heures de prestation de services ont été données aux usagers par les intervenants (membres du conseil multidisciplinaire ou infirmiers) pour une moyenne annuelle de 124 heures par usager (comparativement à 110 heures par usager en 2013-2014).



SOUS-SERVICE D'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE (ICI) TSA

SOUS-SERVICE D'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE TSA	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	TOTAL
ENFANTS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	18	42	23	83
NOMBRES D'HEURES TOTALES D'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE	0	0	7 314	16 074	5 698	29 086
NOMBRES DE SEMAINES TOTALES D'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE	0	0	452	982	382	1 816
DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	1	21	23	45

Commentaires

Ce service a desservi 83 enfants différents cette année. Les données présentées dans ce tableau incluent uniquement les enfants inscrits au service ICI (20 heures par semaine). Au total, 29 086 heures de prestation de services ont été données aux usagers par les intervenants (membres du conseil multidisciplinaire ou infirmiers) pour une moyenne annuelle de 16 heures d'intervention directe par usager par semaine (comparativement à 15,5 heures par usager en 2013-2014). Ces heures peuvent varier en fonction des besoins et des disponibilités de l'usager et de sa famille.

Le nombre d'enfants recevant de l'intervention structurée individualisée (ISI) (4 à 12 heures par semaine) est beaucoup plus important et est compilé dans le sous-service d'adaptation et de réadaptation à la personne TSA (voir le tableau précédent).



SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	3	130	91	0	0	224
DÉPARTS USAGERS DI DURANT L'ANNÉE	0	0	0	1	15	26	0	0	42
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	1	22	3	0	0	26
DÉPARTS USAGERS TSA DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	4	152	94	0	0	250
TOTAL DES DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	1	16	26	0	0	43

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, les services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire DI-TSA ont desservi un total de 250 usagers (312 usagers en 2013-2014) alors que 43 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. Majoritairement, la clientèle de ces services présente une DI dans une proportion de 90 % par rapport au TSA.

SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'INTÉGRATION AU TRAVAIL EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

SERVICE D'INTÉGRATION AU TRAVAIL	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	15	411	250	2	0	678
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	6	47	8	0	0	61
TOTAL USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	21	458	258	2	0	739

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le service d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration au travail DI-TSA a desservi un total de 739 usagers (comparativement à 836 usagers en 2013-2014). Majoritairement, la clientèle de ce service présente une DI dans une proportion de 91 % par rapport au TSA. Le plus grand nombre d'usagers se retrouve dans le groupe d'âge de 22 à 44 ans, soit l'équivalent de 62 %.

De façon plus détaillée, voici la répartition par sous-service.

SOUS-SERVICE ATELIER DE TRAVAIL

ATELIER DE TRAVAIL	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	1	143	111	0	0	255
DÉPARTS USAGERS DI DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	50	38	0	0	88
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	23	3	0	0	26
DÉPARTS USAGERS TSA DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	7	0	0	0	7
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	1	166	114	0	0	281
TOTAL DES DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	57	38	0	0	95

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le sous-service d'atelier de travail a desservi un total de 281 usagers alors que 95 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. Majoritairement, la clientèle de ces services présente une déficience intellectuelle dans une proportion de 91 % par rapport au trouble du spectre de l'autisme.

Notons qu'en 2013-2014, le sous-service d'atelier de travail avait desservi 416 usagers. Cette baisse du nombre d'usagers pour 2014-2015 s'explique par la fin de la sous-traitance dans nos ateliers depuis quelques années déjà. La révision des programmes d'intégration travail et communautaire, et ce, en fonction des meilleures pratiques, démontrent l'importance de placer l'usager en milieu réel de travail et non dans des milieux ségrégués.

SOUS-SERVICE SOUTIEN AUX STAGES INDIVIDUELS

SOUTIEN AUX STAGES INDIVIDUELS	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	8	174	89	2	0	273
DÉPARTS USAGERS DI DURANT L'ANNÉE	0	0	0	3	53	41	1	0	98
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	2	15	5	0	0	22
DÉPARTS USAGERS TSA DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	7	2	0	0	9
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	10	189	94	2	0	295
TOTAL DES DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	3	60	43	1	0	107

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le sous-service de soutien aux stages individuels a desservi un total de 295 usagers (299 usagers en 2013-2014) alors que 107 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. Majoritairement, la clientèle de ces services présente une déficience intellectuelle dans une proportion de 93 % par rapport au trouble du spectre de l'autisme.



SOUS-SERVICE SOUTIEN DES PLATEAUX DE TRAVAIL

SOUTIEN DES PLATEAUX DE TRAVAIL	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	10	154	63	0	0	227
DÉPARTS USAGERS DI DURANT L'ANNÉE	0	0	0	5	31	10	0	0	46
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	4	12	2	0	0	18
DÉPARTS USAGERS TSA DURANT L'ANNÉE	0	0	0	1	3	0	0	0	4
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	14	166	65	0	0	245
TOTAL DES DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	6	34	10	0	0	50

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le sous-service de soutien des plateaux de travail a desservi un total de 245 usagers (268 usagers en 2013-2014) alors que 50 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. Majoritairement, la clientèle de ces services présente une déficience intellectuelle dans une proportion 93 % par rapport au trouble du spectre de l'autisme.



SOUS-SERVICE INTÉGRATION À L'EMPLOI

INTÉGRATION À L'EMPLOI	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	2	25	16	0	0	43
DÉPARTS USAGERS DI DURANT L'ANNÉE	0	0	0	2	17	10	0	0	29
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	2	7	0	0	0	9
DÉPARTS USAGERS TSA DURANT L'ANNÉE	0	0	0	1	5	0	0	0	6
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	4	32	16	0	0	52
TOTAL DES DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	3	22	10	0	0	35

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le sous-service d'intégration à l'emploi a desservi un total de 52 usagers alors que 35 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. La proportion de la clientèle de ces services qui présente une déficience intellectuelle est de 83 % par rapport à la clientèle qui présente un trouble du spectre de l'autisme. Notons que pour l'année 2013-2014, 10 usagers avaient intégré ce sous-service, ce qui représente une augmentation de 81 % par rapport à l'an dernier. Cette augmentation est en lien avec le programme d'intégration au travail qui a été révisé durant l'année financière du présent rapport.

SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN ASSISTANCE RÉSIDENIELLE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

ASSISTANCE RÉSIDENIELLE	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	1	37	41	252	453	15	68	8	875
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	3	53	22	66	20	24	0	0	188
TOTAL USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	4	90	63	318	473	39	38	8	1 063

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le service d'adaptation et de réadaptation en assistance résidentielle DI-TSA a desservi un total de 1 063 usagers (1 123 usagers en 2013-2014). La proportion de la clientèle de ces services présentant une déficience intellectuelle est de 82 % par rapport au trouble du spectre de l'autisme.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

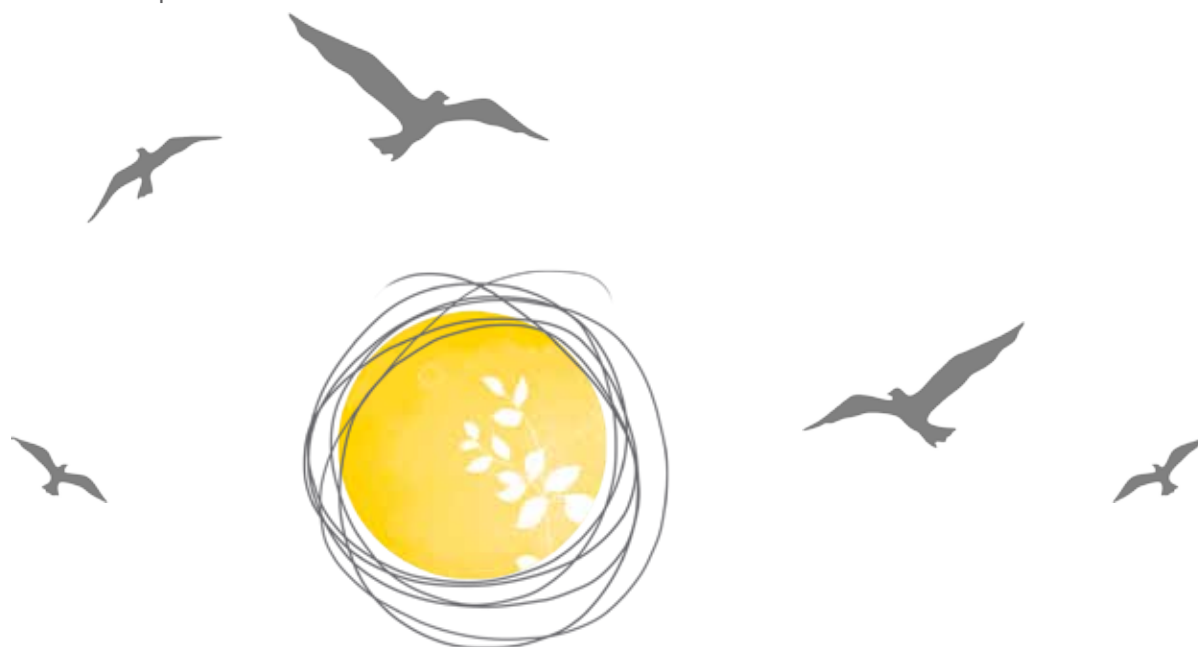
De façon plus détaillée, voici la répartition par sous-service.

SOUS-SERVICE INTERNAT

USAGERS ADMIS EN INTERNAT DI-TSA	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	4	7	2	0	0	13
DÉPARTS USAGERS DI DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	1	1	0	0	2
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	1	2	5	1	0	0	9
DÉPARTS USAGERS TSA DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	0	1	6	12	3	0	0	22
TOTAL DES DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	0	0	1	1	0	0	2

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le sous-service internat a desservi un total de 22 usagers alors que 2 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service (ce sont les mêmes chiffres pour 2013-2014). La proportion de la clientèle de ces services présentant une déficience intellectuelle est de 59 % par rapport au trouble du spectre de l'autisme.



SOUS-SERVICE ASSISTANCE RÉSIDENIELLE CONTINUE

ASSISTANCE RÉSIDENTIELLE CONTINUE	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	1	11	6	9	3	0	0	30
DÉPARTS USAGERS DI DURANT L'ANNÉE	0	0	2	2	2	0	0	0	6
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	3	23	5	13	3	0	0	47
DÉPARTS USAGERS TSA DURANT L'ANNÉE	0	0	5	1	3	1	0	0	10
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	0	4	34	11	22	6	0	0	77
TOTAL DES DÉPARTS DURANT L'ANNÉE	0	0	7	3	5	1	0	0	16

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le sous-service assistance résidentielle continue a desservi un total de 77 usagers (97 usagers en 2013-2014) alors que 16 dossiers d'usagers ont fait l'objet d'une fin d'épisode de service. La proportion de la clientèle de ces services qui présente une déficience intellectuelle est de 39 % par rapport au trouble du spectre de l'autisme.

SOUS-SERVICE RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

RI-RTF	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
USAGERS DI DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	1	28	33	238	451	15	68	8	842
USAGERS TSA DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	3	33	16	52	17	21	0	0	142
TOTAL DES USAGERS DESSERVIS DURANT L'ANNÉE	4	61	49	290	468	36	68	8	984

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, le sous-service ressources intermédiaires et de type familial a desservi un total de 984 usagers (1 038 usagers en 2013-2014). La proportion de la clientèle de ces services qui présente une déficience intellectuelle est de 86 % par rapport au trouble du spectre de l'autisme.

SERVICES DE SOUTIEN SPÉCIALISÉ AUX PARTENAIRES EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

SERVICES DE SOUTIEN SPÉCIALISÉ AUX PARTENAIRES DI, TSA	TOTAL
DOSSIERS DURANT L'ANNÉE	24
DISTRIBUTION DES HEURES DE PRESTATIONS DE SERVICES (HPS)	517

Commentaires

Pour l'année 2014-2015, 24 partenaires différents ont reçu une formation pour un total de 517 heures de prestation de services. Des activités de sensibilisation à la DI et au TSA ont principalement été offertes par le personnel de l'établissement.

RÉPARTITION DES USAGERS EN ATTENTE D'UN SERVICE AU 31 MARS 2015

SERVICES D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME AU 31 MARS 2015

SERVICES D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION À LA PERSONNE	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
NOMBRE DE PERSONNES DI	17	18	20	14	10	11	3	0	93
NOMBRE DE PERSONNES TSA	181	314	60	13	10	4	0	0	582
TOTAL DI-TSA	198	332	80	27	20	15	3	0	675

Commentaires

Au 31 mars 2015, 675 personnes étaient en attente d'un premier service comparativement à 775 au 31 mars 2014, soit 100 personnes de moins. Les demandes de service réparties par groupe d'âge et par diagnostic montrent une prédominance des usagers présentant un trouble du spectre de l'autisme âgés de moins de 17 ans. Cette clientèle est nettement majoritaire en ce qui concerne les nouvelles demandes à notre établissement. Elle représente 82 % de l'ensemble des demandes.

SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

SERVICES D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
NOMBRE DE PERSONNES DI	0	0	0	6	3	1	0	0	10
NOMBRE DE PERSONNES TSA	0	0	0	3	1	0	0	0	4
TOTAL DI-TSA	0	0	0	9	4	1	0	0	14

Commentaires

Au 31 mars 2015, 14 personnes étaient en attente d'un service d'intégration communautaire (comparativement à 35 au 31 mars 2014). Les demandes de service réparties par groupe d'âge et par diagnostic montrent une prédominance des usagers présentant une déficience intellectuelle pour le groupe d'âge de 18 à 44 ans. Elles représentent 64 % de l'ensemble des demandes.

SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN CONTEXTE D'INTÉGRATION AU TRAVAIL EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

SERVICE D'INTÉGRATION AU TRAVAIL	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
NOMBRE DE PERSONNES DI	0	0	0	18	14	2	0	0	34
NOMBRE DE PERSONNES TSA	0	0	2	3	4	0	0	0	9
TOTAL DI-TSA	0	0	2	21	18	2	0	0	43

Commentaires

Au 31 mars 2015, 43 personnes étaient en attente d'un service d'intégration au travail (comparativement à 24 usagers au 31 mars 2014). Cette augmentation s'explique par les changements effectués dans ce secteur au cours des dernières années et par la révision du programme d'intégration au travail au cours du présent exercice financier. Les demandes de service réparties par groupe d'âge et par diagnostic démontrent une prédominance des usagers présentant une déficience intellectuelle pour le groupe d'âge de 18 à 44 ans. Elles représentent 74 % de l'ensemble des demandes.

SERVICE D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION EN ASSISTANCE RÉSIDENIELLE EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

SERVICES D'INTÉGRATION RÉSIDENIELLE	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
NOMBRE DE PERSONNES DI	0	1	3	6	36	21	3	0	70
NOMBRE DE PERSONNES TSA	0	3	5	1	10	3	0	0	22
TOTAL DI-TSA	0	4	8	7	46	24	3	0	92

Commentaires

Au 31 mars 2015, 92 personnes étaient en attente d'un service d'intégration résidentielle (comparativement à 118 usagers au 31 mars 2014). Les demandes de service réparties par groupe d'âge et par diagnostic démontrent une prédominance des usagers présentant une déficience intellectuelle pour le groupe d'âge de 18 à 64 ans. Elles représentent 68 % de l'ensemble des demandes.





2.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Les services

2.1. OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS

En tant qu'établissement spécialisé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, le CRDITED de la Montérégie-Est a pour mandat d'offrir des services en adaptation et en réadaptation à la personne présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Les services publics spécialisés se caractérisent par le fait qu'ils sont habituellement intensifs, définis en fonction des besoins d'adaptation et de réadaptation des personnes et nécessaires pour la réalisation de leurs projets personnels. Ils sont généralement limités dans le temps, mais dans certaines situations, ils peuvent être requis à plus long terme.

L'offre de services spécialisés du CRDITED de la Montérégie-Est se base sur les orientations ministérielles et sur le cadre proposé par la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). Ces services visent à favoriser l'autonomie et le développement du pouvoir d'agir des personnes, des familles et des partenaires, et ce, dans un esprit d'intégration et de participation sociales.

LES QUATRE SPHÈRES D'APPLICATION DE SERVICES

1 - ADAPTATION

L'adaptation renvoie à l'ensemble des interventions permettant d'actualiser le potentiel d'autonomie de la personne en agissant à la fois sur le développement de ses habiletés et sur l'aménagement de son environnement physique et humain, en vue de son intégration et de sa participation sociales optimales. Les interventions sont liées aux besoins pour lesquels la personne est dirigée vers le CRDITED.

2 - RÉADAPTATION

La réadaptation couvre l'ensemble des interventions effectuées à l'intérieur d'un processus personnalisé et intensif visant le retour à des conditions favorables à l'intégration et à la participation sociales de la personne lorsqu'elle se trouve en situation d'exclusion, que ce soit en raison de ses caractéristiques propres, des caractéristiques de son environnement ou de l'interaction entre ces deux composantes. Les interventions visent le retour à l'équilibre ou l'atteinte d'un nouvel équilibre.

3 - INTÉGRATION SOCIALE

L'intégration sociale correspond à l'ensemble des actions exercées afin de permettre la participation sociale des personnes au sein de la communauté, ce qui correspond à la finalité de nos actions d'adaptation ou de réadaptation.

4 - PARTICIPATION SOCIALE

La participation sociale est un vocable qui remplace de plus en plus celui d'intégration sociale : « *La participation sociale implique un échange réciproque entre l'individu et la collectivité. Elle met en cause, d'une part, la responsabilité collective de permettre à tous de participer activement à la vie en société et, d'autre part, la responsabilité individuelle d'agir en citoyen responsable¹.* »

¹ Denis BOURQUE et autres (dir.), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2007, p. 165.

NOS SEPT SERVICES

1 - LE SERVICE ACCÈS, ÉVALUATION ET ORIENTATION

Le *Service d'accès, évaluation et orientation (AEO)* correspond à l'ensemble des actions visant à :

- déterminer l'admissibilité des personnes dirigées vers le CRDITED (présence d'un diagnostic, territoire et besoins de services spécialisés);
- orienter les personnes vers les services appropriés dispensés par le CRDITED de la Montérégie-Est;
- diriger, s'il y a lieu, les personnes vers d'autres dispensateurs de services, selon les besoins déterminés.

Le CRDITED de la Montérégie-Est reçoit en grande majorité, mais non exclusivement, sa clientèle sur référence des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Pour plus d'information concernant le service AEO, nous vous invitons à consulter la trajectoire locale de services au CRDITED de la Montérégie-Est, qui est disponible au www.crditedme.ca.

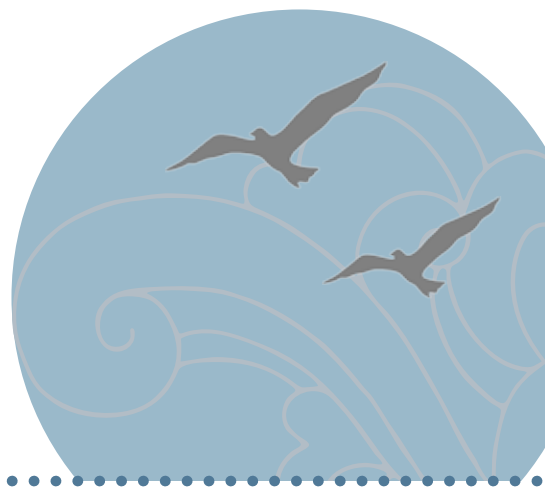
2 - ADAPTATION ET RÉADAPTATION À LA PERSONNE

Le *Service d'adaptation et de réadaptation à la personne* a pour objectif de réduire les situations de handicap pour permettre l'intégration et la participation sociales optimales. Il correspond à l'ensemble des actions spécialisées et personnalisées visant le développement du potentiel de la personne et de son autonomie et l'amélioration de sa qualité de vie, selon les besoins pour lesquels elle nécessite un service spécialisé. L'intensité des services est ajustée en fonction des besoins individuels de l'utilisateur.

3 - ADAPTATION ET RÉADAPTATION À LA PERSONNE EN CONTEXTE D'INTÉGRATION RÉSIDENTIELLE

Le *Service d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration résidentielle* s'inscrit dans les milieux substituts à la famille naturelle des usagers. Différents types de milieux sont disponibles, selon les caractéristiques de la personne et l'intensité du soutien requis. Le continuum de services résidentiels comprend notamment des ressources de type familial (RTF), des ressources intermédiaires (RI) et des résidences spécialisées.

Le choix du type d'hébergement est fait en fonction des besoins de l'utilisateur et de critères d'accès propres à chaque résidence. Il se fait toujours dans le but d'offrir le type d'hébergement le plus léger et intégré possible. Il peut y avoir des situations d'hébergement temporaire où l'objectif est, par exemple, de comprendre et d'intervenir lors d'une situation de crise. Dans d'autres situations comme la protection sociale, l'hébergement est envisagé à plus long terme. Dans tous les cas, l'hébergement doit toujours se faire dans un environnement sécuritaire. Il doit également représenter un chez-soi pour l'utilisateur.



4 - ADAPTATION ET RÉADAPTATION À LA PERSONNE EN CONTEXTE D'INTÉGRATION AU TRAVAIL

Le *Service d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration au travail* vise à permettre aux personnes présentant une DI ou un TSA de vivre une intégration positive et valorisante dans des milieux de travail, en utilisant leurs forces personnelles de façon optimale afin de répondre aux exigences et tout en respectant leurs capacités. Il a pour objectif de privilégier l'intégration directe des personnes dans un milieu de travail, rémunéré ou bénévole, tout en personnalisant les mesures de soutien requises pour l'y maintenir, en fonction des ressources disponibles.

Travail rémunéré (temps plein ou temps partiel) : La personne désire occuper un travail rémunéré. Elle devient à l'emploi d'une entreprise, fait partie de la liste des employés et est salariée au sens des normes du travail.

Travail non rémunéré : Travail bénévole (ou bénévolat) - pas de nombre d'heures prédéterminé d'avance : La personne souhaite contribuer en assumant les responsabilités liées à un travail bénévole. Il s'agit d'un travail non rémunéré qui n'a pas pour but de remplacer un travail rémunéré dans l'organisme, mais bien d'améliorer la qualité de vie des personnes recevant des services.

5 - ADAPTATION ET RÉADAPTATION À LA PERSONNE EN CONTEXTE D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

Le *Service d'adaptation et de réadaptation à la personne en contexte d'intégration communautaire* privilégie la participation sociale des personnes, en personnalisant les mesures de soutien requises en fonction des ressources disponibles. Les interventions peuvent se réaliser en installation selon la programmation en place. L'utilisateur sera ainsi invité à participer à une variété d'activités de type loisir, entraînement, tâches ménagères, ateliers de groupe ou individuels. Ces activités permettent le maintien ou le développement d'aptitudes comme la communication, la gestion des émotions, etc.

6 - SOUTIEN SPÉCIALISÉ AUX PARTENAIRES (SANS USAGERS)

Le *Service de soutien spécialisé aux partenaires* vise à soutenir nos partenaires dans l'adaptation de leurs services afin de faciliter l'intégration de leur clientèle présentant une DI ou un TSA. Il n'inclut pas les services que nous offrons aux usagers, à la famille et aux proches, puisque ceux-ci sont déjà soutenus par nos services d'adaptation et de réadaptation à la personne.

Le *Service de soutien spécialisé aux partenaires* a été conçu afin de favoriser la participation sociale des personnes présentant une DI ou un TSA dans un contexte où l'intégration de ces personnes dans les milieux non ségrégués prend de l'ampleur.

Les activités (sensibilisation, formation, coaching, etc.) peuvent avoir lieu dans divers milieux, en soutien aux organisations.

7 - ASSISTANCE ÉDUCATIVE SPÉCIALISÉE (AES) À LA FAMILLE ET AUX PROCHES (SANS USAGERS)

Ce service vise à faciliter les interactions entre la famille, les proches et la personne présentant une DI ou un TSA lorsque cette dernière ne reçoit pas de services de l'établissement.

2.2. PRIORITÉS 2010-2015 ET OBJECTIFS ORGANISATIONNELS 2014-2015

PRIORITÉ 1 : NOS SERVICES SPÉCIALISÉS

Orientation : Poursuivre le développement de notre expertise et la spécialisation de nos services

La spécialisation des services

- Poursuivre les travaux pour l'implantation de l'offre de service structurée par programmes.
- Actualiser l'interdisciplinarité afin de poursuivre la spécialisation des services.
- Améliorer les modalités de soutien et de supervision cliniques afin de poursuivre le développement de l'expertise des intervenants et des équipes.
- Poursuivre le développement d'ententes de collaboration avec les partenaires afin de favoriser la continuité dans le cadre du réseau intégré de services.

L'accessibilité aux services

- Déployer des stratégies pour réduire les délais d'attente des usagers dont le niveau de priorité est modéré.

L'offre de service d'hébergement

- Diversifier le type et le profil des ressources disponibles.
- Accentuer le suivi des usagers afin de maintenir la qualité des services d'hébergement offerts en RI-RTF.

PRIORITÉ 2 : NOS STANDARDS DE QUALITÉ

Orientation : Implanter un système intégré d'amélioration continue de la qualité

La performance

- Améliorer les processus de gestion de la performance organisationnelle.

Les exigences légales

- Répondre à l'ensemble des recommandations adressées par le CQA afin de satisfaire aux exigences légales ou au cadre normatif pour se conformer aux normes d'agrément et aux objectifs reliés à la qualité des services.

PRIORITÉ 3 : NOS RESSOURCES HUMAINES

Orientation : Devenir un employeur de choix

La mobilisation du personnel

- Réviser les stratégies déployées afin d'améliorer la reconnaissance de la contribution du personnel.

La gestion intégrée des risques

- Assurer la prestation de services sécuritaires pour les usagers et le personnel.

**PRIORITÉ 4 :
NOS ALLIÉS**

Orientation : Être un bon partenaire et un bon communicateur

Protocole de collaboration entre le Centre Jeunesse de la Moontérégie (CJM) et les CRDITED : SRSOR et Montérégie-Est

- Présenter conjointement aux équipes du CJM et du CRDITEDME le protocole de collaboration.

**PRIORITÉ 5 :
NOS RESSOURCES ADMINISTRATIVES**

Orientation : Optimiser les ressources financières, matérielles, immobilières et informatiques

Sécurité des actifs informationnels

- Assurer le suivi du plan d'action 2013-2016 en matière de sécurité des actifs informationnels et apporter les ajustements requis dans une perspective de disponibilité, d'accès, de sécurité et de promotion de la sécurité de l'information.



LES OBJECTIFS ORGANISATIONNELS POUR L'EXERCICE 2014-2015 :

Poursuivre la mise en place du plan d'organisation stratégique 2010-2015, privilégiant comme priorité la spécialisation de l'offre de service de l'établissement. Cette priorité vise notamment pour 2014-2015 à :

- Compléter l'exercice de dotation en main-d'œuvre professionnelle (psycho-éducateurs et spécialistes en réadaptation psychosociale) de manière à assurer le déploiement sur l'ensemble du territoire de l'offre de services spécialisés en contexte d'adaptation et de réadaptation à la personne;
- Poursuivre le déploiement des différents programmes clientèles et favoriser les actions permettant leur implantation;
- Travailler étroitement avec les CSSS afin de favoriser la poursuite de la mise en place des services de 1^{re} ligne, permettant au CRDITEDME de consolider son offre de services spécialisés de 2^e ligne,
- Développer une structure d'encadrement clinique adaptée aux besoins d'une organisation reposant sur des professionnels devant conjuguer avec des problématiques complexes relevant d'un établissement de 2^e ligne.

Promouvoir, encourager et développer à l'intérieur de l'organisation la gestion de la performance par l'implantation de différents modèles et outils, notamment l'approche Lean et l'utilisation du modèle EGIPSS.

Réduire de façon significative les délais d'accès et le nombre d'usagers en attente d'un premier service par l'implantation de nouvelles approches cliniques novatrices et par la mise en application progressive des conclusions et des recommandations découlant des divers travaux et chantiers associés à la gestion de la performance.

Assurer le maintien de services de soutien clinique et administratif de qualité et répondant aux besoins d'une organisation en pleine transformation. Offrir des infrastructures et des équipements sécuritaires ajustés aux nouvelles réalités de dispensation de services spécialisés.

Les résultats

2.3. FAITS SAILLANTS

Notons que plusieurs projets organisationnels sont en cours au CRDITED de la Montérégie-Est, tous en lien avec nos grandes priorités organisationnelles. Ces projets permettent au CRDITED de la Montérégie-Est de poursuivre la spécialisation des services, la gestion de la performance et des processus d'amélioration continue ainsi que la mise en place d'un réseau intégré de services.

SPÉCIALISATION DES SERVICES

L'OFFRE DE SERVICE STRUCTURÉE PAR PROGRAMMES

Le projet de loi 10 déposé en septembre est venu teinter les travaux en cours pour actualiser l'offre de service structurée par programmes. Sans déployer la structure par programmes, nous avons poursuivi le développement des programmes, évalué et révisé certains de ceux déjà en place dans l'organisation. Rappelons que les programmes ont été développés en tenant compte des meilleures pratiques et des données probantes issues de la recherche.

Élaboration du Programme DI

Ce programme a été adopté et sera implanté au courant de la prochaine année. L'objectif général du programme est de diminuer ou d'éliminer les situations de handicap qui limitent la participation sociale de la personne et la réalisation de son projet de vie. Le programme vise les objectifs spécifiques suivants :

- Soutenir la personne dans le développement de ses habiletés;
- Soutenir l'environnement en l'adaptant aux caractéristiques de la personne;
- Soutenir l'ajustement mutuel entre la personne, sa famille et ses proches.

Évaluation et révision de programmes ou de processus en tenant compte des données probantes issues de la recherche et des commentaires des intervenants après leur implantation.

- Programme d'adaptation et de réadaptation pour les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme 6 ans et plus;
- Bilan des programmes d'adaptation et de réadaptation pour les personnes présentant des troubles du comportement et des troubles graves de comportement;
- Processus clinique.

Programme Nexus (comportements antisociaux)

Ce programme vise à favoriser chez le jeune l'apprentissage de comportements pro-sociaux qui remplaceront les comportements antisociaux émis et en préviendront l'aggravation. Un projet d'expérimentation du programme associé à un projet de recherche est en développement avec des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Programme Logement à soutien gradué

Ce programme, révisé suite à l'évaluation de son expérimentation, vise à permettre à l'utilisateur de développer une autonomie optimale afin de vivre de façon autonome dans un logement en recevant l'intensité de services adaptée à ses besoins. Il est actuellement en implantation sur l'ensemble du territoire.

Programme d'intégration au travail

Ce programme révisé et intégré, suite à l'évaluation des programmes d'intégration au travail et d'intégration communautaire, a pour objectif général d'intégrer la personne dans un milieu de travail, rémunéré ou bénévole, en conformité avec ses goûts, forces et capacités, tout en l'aidant à consolider son autonomie afin de répondre aux exigences.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

OPTIMISATION DES INSTALLATIONS - PROJET PILOTE OPIA

L'établissement possède une dizaine d'installations réparties sur l'ensemble de son territoire. L'évaluation des programmes travail et communautaire au printemps 2014 et la transformation du secteur socioprofessionnel ont obligé l'établissement à se positionner sur l'utilisation de ses installations. Un projet pilote est actuellement en cours à l'installation de Beloeil et son expérimentation est prévue à l'été 2015. Ce projet se nomme OPIA puisqu'il vise l'optimisation, la professionnalisation, l'intensité et l'accessibilité aux services. L'établissement souhaite ainsi que ses installations puissent être utilisées pour plusieurs programmes, c'est-à-dire : un lieu adapté permettant de mettre en application des interventions spécialisées balisées par les programmes de l'établissement. Il s'agit d'un moyen pour travailler des objectifs précis en lien avec le besoin ciblé au plan d'intervention de l'utilisateur lorsque ceux-ci ne peuvent se réaliser dans la communauté.

LA LOI SUR LA REPRÉSENTATIVITÉ DES RESSOURCES ET IMPLANTATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE RI-RTF

L'arrivée de la Loi sur la représentation des ressources amène l'établissement à revoir bon nombre de pratiques cliniques et administratives et déjà, plusieurs actions ont été mises en place. Faisant partie de son plan d'amélioration CQA 2014-2018, le CRDITEDME a donc priorisé l'implantation du cadre de référence RI-RTF et mis sur pied une gestion de projet pour assurer une démarche structurée et coordonnée. Un plan d'action a été élaboré et un comité de pilotage ainsi que cinq comités de travail ont été mis en place. Ces comités travaillent sur l'instrument de classification, la rétribution des ressources, le suivi professionnel de l'utilisateur, le contrôle-qualité de même que sur l'optimisation du système SIRTF.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

Plusieurs projets ou comités ont vu le jour cette année afin de réduire les délais d'attente et assurer un meilleur accès à nos services.

Volet organisationnel

- Comité interne sur l'accessibilité
- Analyse des besoins des usagers en liste d'attente
- Offre de service structurée par programmes

Déploiement de la modalité de groupe

- Gestion des émotions
- Groupe d'éducation sociosexuelle

Modification du service 0-5 ans à 0-6 ans

- Plan de transition scolaire
- Ajustement de l'intensité de service
- Ateliers groupes parents/enfants TSA associés à un projet de recherche

Implantation de l'épisode de service

- Application de la notion d'épisode de service
- Implantation de l'outil de mesure des habitudes de vie (MHAVIE) associé au processus de production du handicap (PPH)
- Ajustement de l'intensité de service DI (projet sur le territoire Richelieu-Yamaska)

Collaboration et partenariat

- Tables de continuité CSSS/CRDITEDME
- Projet pilote CRDITEDME - CSSS Pierre-De Saurel
- Présentation conjointe aux équipes du CJM et du CRDITEDME du protocole de collaboration entre le CJM et les CRDITED

PERFORMANCE AMÉLIORATION CONTINUE

RENOUVELLEMENT DE NOTRE ACCRÉDITATION - CQA (DÉMARCHE D'AGRÉMENT)

Cette année a constitué un point culminant avec l'obtention du renouvellement de notre accréditation pour les quatre prochaines années (2014-2018). Cette démarche nous a amenés à revoir bon nombre de pratiques en remettant en question nos façons de faire pour améliorer nos méthodes, et ce, au bénéfice de nos usagers et des employés. Cette reconnaissance est très importante puisqu'elle nous permet de certifier publiquement que nous offrons des services de qualité. C'est en quelque sorte un gage de notre excellence, un sceau de qualité hautement reconnu. Un suivi serré de chacune des activités prévues au plan d'amélioration est effectué afin de mesurer l'état d'avancement des travaux prévus, de répondre aux exigences légales et à celles du CQA.

APPROCHE LEAN : 5 PROJETS

Cinq projets d'amélioration de la performance se sont déployés au cours de l'année 2014-2015. Les résultats de ces projets nous permettent déjà d'être plus efficaces en apportant plusieurs améliorations à nos méthodes de travail.

- Projet d'amélioration du traitement de la première demande de service à l'AEO;
- Projet d'amélioration du processus de validation de la demande en adaptation - réadaptation 6 ans et + pour un dossier P3;
- Projet d'amélioration du processus de déplacement de la clientèle en hébergement;
- Projet d'optimisation du processus d'accès aux systèmes et supports électroniques de données cliniques et administratives des usagers;
- Projet d'optimisation du processus d'ouverture du dossier employé lors des nouvelles embauches;

RÉAMÉNAGEMENT DU COMPLEXE MULTIPROGRAMME DE ST-HYACINTHE

Cette installation a fait l'objet d'une rénovation fonctionnelle qui visait deux objectifs précis :

- Revoir les aménagements du secteur adaptation et réadaptation en contexte d'intégration au travail ou d'intégration communautaire, afin de tenir compte des nouveaux besoins de la clientèle, de ses services en lien avec la transformation et de l'implantation des nouveaux programmes.
- Doter l'installation de bureaux supplémentaires afin de répondre à la croissance actuelle et future de la demande de service sur ce territoire et également à aménager les locaux de support nécessaires au bon fonctionnement des équipes.

Les travaux ont été complétés en octobre 2014.

CHANTIER PERFORMANCE

Ce projet découle de l'orientation prise par l'ensemble des CRDITED du Québec de positionner la performance comme un élément central entourant la dispensation de services auprès de la clientèle présentant une DI ou un TSA. Ainsi, à partir d'un chantier fédératif, les établissements en DI-TSA, dont le CRDITED de la Montérégie-Est, ont développé un modèle de performance basé sur le modèle EGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé) et ont reçu en janvier 2015 un rapport final présentant leur performance en regard de ce modèle.

Pour le CRDITEDME, ce projet est venu supporter l'orientation prise par l'établissement de promouvoir et d'encourager la performance et de mettre en place un système d'évaluation de la performance clinique, administrative et de gestion. Le principal objectif de ce projet était de mesurer de façon continue le degré d'atteinte des objectifs organisationnels, permettant non seulement de s'assurer de la réalisation de ces derniers, mais aussi des effets de leur atteinte sur, entre autres, la quantité et la qualité des services rendus à la clientèle. L'année 2014-2015 aura

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

permis d'officialiser le projet, de mettre sur pied les comités de travail et d'identifier, à partir du rapport d'évaluation de la performance de la FQCRDITED, du plan stratégique et du plan d'amélioration CQA, les enjeux et facteurs de risques nécessitant un suivi régulier de la direction pour la prochaine année. Les travaux de ce comité se complèteront au cours de l'été 2015 pour une production périodique du rapport à partir de l'automne 2015.

GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES

SMSST (SYSTÈME DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL)

Le SMSST du CRDITED de la Montérégie-Est vise l'amélioration de la performance en matière de santé et de sécurité au travail, et ce, pour le plus grand bénéfice des travailleurs. C'est ainsi que tous les employés sont mis à contribution pour signaler les problèmes de sécurité, identifier les risques dans leur milieu de travail et proposer à l'établissement des moyens de prévention portant sur leurs tâches de travail ou l'aménagement des lieux. La démarche organisationnelle SMSST est divisée en 5 phases, soit :

- L'engagement
- La planification
- La mise en oeuvre
- L'évaluation
- La revue

Étant rendu à la phase de la mise en œuvre, plusieurs procédures ont été revues ou adoptées. Aussi, un Guide de prévention et de gestion lors de manifestations de comportements agressifs en milieu de travail de la part des usagers a également été élaboré. Ce guide, fruit du travail d'une équipe regroupant les secteurs de la santé et sécurité au travail, de la gestion des risques, des milieux résidentiels spécialisés et des professionnels intervenant dans ces milieux, aborde les stratégies de prévention, d'intervention et de gestion des comportements agressifs et l'intervention post-événement critique (IPEC).

L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL POUR LES INTERVENANTS ET LES USAGERS EN MILIEU RÉSIDENTIEL TGC (RÉSIDENCE ROBERT ET UNITÉ SAINT-CHARLES)

Ces projets visaient à développer des processus d'intervention plus sécuritaires pour les usagers qui présentent des troubles graves de comportement et pour les employés. Ils ont permis, entre autres, la mise sur pied de processus d'intervention sécuritaires et de qualité pour la clientèle et d'activités d'appropriation de ces processus et de soutien clinique inspirées des meilleures pratiques.

Un bilan et un plan de pérennité ont été présentés devant un comité du ministère de la Santé et des Services sociaux. En effet, le MSSS était partenaire dans le projet, tout comme le syndicat des employés. Le plan de pérennité vise à s'assurer que les modifications perdurent dans le temps dans les deux milieux. Une deuxième phase du déploiement est présentement en cours dans les autres résidences spécialisées en TC et TGC.

RÉAMÉNAGEMENT DE LA RÉSIDENCE ROBERT À GRANBY

Dans le cadre d'un projet d'organisation du travail visant les milieux spécialisés où de la clientèle présentant des troubles graves du comportement est hébergée, la résidence Robert a fait l'objet d'un réaménagement majeur afin de l'adapter aux besoins de ce type de clientèle. Conçue spécialement pour une intervention spécialisée auprès des jeunes, la résidence offre maintenant des locaux adaptés et sécuritaires tant pour le personnel que la clientèle. Les travaux ont été complétés en juin 2014.

PLAN DE SÉCURITÉ CIVILE

Dans le cadre de la démarche d'agrément, le Conseil québécois d'agrément (CQA) demandait à l'établissement d'assurer la mise à jour et le suivi du plan de sécurité civile. Le plan de sécurité civile est un document qui contient des informations importantes en matière de planification de situations d'urgences organisationnelles telles que :

- la description des services essentiels;
- le partage des rôles et responsabilités;
- la description des différents comités et leurs mandats respectifs;
- les mécanismes de communication et de mobilisation en situation d'urgence.

OFFRE DE SERVICE D'HÉBERGEMENT

COMITÉ SUR LES SOLUTIONS RÉSIDENTIELLES PERSONNALISÉES

Il s'agit d'un projet de recherche élaboré par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). L'expérimentation se fera sur deux ans dans trois établissements, dont le CRDITED de la Montérégie-Est.

La prémisse repose sur l'idée qu'un milieu d'hébergement adapté sur mesure aux besoins d'un usager permet de diminuer les troubles graves du comportement (TGC), puisque le milieu n'expose la personne à aucune des causes connues de son TGC. Le milieu d'hébergement n'aura qu'un petit nombre d'usagers et sera conçu comme une solution à long terme et non transitoire afin d'offrir une stabilité à l'usager, tant pour son milieu de vie qu'au niveau des intervenants qui l'assistent. L'expérimentation permettra de vérifier si cette approche personnalisée aura pour effet de réduire les TGC, les accidents et les incidents de travail et les coûts inhérents aux déplacements de la clientèle et à leur hébergement.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

RÉAMÉNAGEMENT DE LA RÉSIDENCE PACIFIC À ST-HUBERT

Pour faire suite aux orientations de l'établissement de se doter de milieux adaptés à une intervention spécialisée, la résidence Pacific, qui accueille une clientèle présentant des TGC a aussi fait l'objet d'un réaménagement majeur. Des travaux de maintien d'actifs étant devenus nécessaires, l'établissement a profité de cette opportunité afin d'améliorer le volet fonctionnel des lieux. Ainsi, les nouveaux aménagements de la résidence correspondent maintenant aux standards de l'établissement pour ce type de clientèle. Les travaux ont été complétés en décembre 2014.

RECHERCHE

PROJET DE RECHERCHE SUR LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES

Ce projet de recherche initié par l'établissement s'adresse à « L'évaluation et l'intervention sur les comportements problématiques chez les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou un retard global de développement (RGD) ».

Il a pour but de valider un outil de dépistage des comportements problématiques chez les jeunes enfants de 2 à 7 ans ayant un TSA ou un RGD. La validation francophone de cet outil est très importante, puisqu'elle permettra de mieux planifier les interventions qui seront offertes aux enfants et à leur famille et ainsi, éviter que des comportements perturbateurs persistent ou même s'accroissent avec le temps. Une fois validé, cet outil pourra être utilisé dans l'ensemble des CRDITED du Québec pour dépister ces comportements et intervenir.

AUTRES PROJETS DE RECHERCHE

L'établissement participe par ailleurs à neuf (9) autres projets de recherche, à l'élaboration de deux nouveaux protocoles de recherche et collabore avec l'équipe de recherche vulnérabilité, intégration sociale et violence (VISEV).

MOBILISATION DU PERSONNEL

LE SOUTIEN CLINIQUE

Un modèle de soutien clinique a été développé et sera expérimenté au programme d'intégration au travail. Ce modèle met à contribution plusieurs disciplines en proposant du « coaching », des activités de développement professionnel, d'appropriation des programmes et d'accompagnement.

ENTREPRISE EN SANTÉ

Le CRDITED de la Montérégie-Est s'engageait au printemps 2013 à soutenir et à développer un programme de santé mieux-être, une pratique de gestion globale efficace et intégrée de la santé et sécurité au travail via l'adoption d'une politique par le conseil d'administration et par l'implantation de la norme « Entreprise en santé ». Dans le but d'obtenir sa certification, le CRDITEDME a choisi de travailler sur les deux axes suivants soit les habitudes de vie volet « activités physiques » et pratique de gestion volet « leadership organisationnel ». Plusieurs actions ont été réalisées au cours de l'exercice 2014-2015, et ce, afin de maintenir et d'améliorer l'état de santé global des personnes en milieu de travail.

PROGRAMME RECONNAISSANCE DU PERSONNEL

Le programme de reconnaissance du personnel a été adopté par le comité de direction le 18 novembre 2014. Un plan d'action a été élaboré et tenu à jour. À la suite d'un sondage sur la satisfaction du personnel, plusieurs éléments ont vu le jour ou alors la formule a été revue : journée bilan, reconnaissance des années de service, célébration des nouveaux retraités, réunions d'équipe formalisées et activités de reconnaissance du personnel pour le passage du CRDITED de la Montérégie-Est au CISSS de la Montérégie-Ouest.

PARTENARIAT

CHANTIER SUR L'IMPLANTATION DES GUIDES DE PRATIQUE DE LA FQCRDITED

Une évaluation de l'implantation des composantes essentielles des guides de pratique TSA 0-5ans, TSA 6-17 ans, TSA 18 ans et plus et TGC a été réalisée par la FQCRDITED à partir des données fournies par chacun des CRDITED. À la suite de l'analyse des résultats de l'établissement, le comité d'implantation des guides de pratique a priorisé l'identification et l'utilisation des outils d'évaluation parmi ceux recommandés par les guides de pratique. Des activités de formation sur ces outils ont été dispensées au personnel ayant la responsabilité de les utiliser. Le suivi de ce chantier sera dorénavant assumé par l'INESSS.

ÉVALUATION DU GUIDE DE PRATIQUE DU SERVICE DE SOUTIEN SPÉCIALISÉ AUX PARTENAIRES

Le Guide de pratique du Service de soutien spécialisé aux partenaires a été adopté au printemps 2013 et implanté à l'automne de la même année. Un an après son implantation, l'établissement a procédé à son évaluation. Voici les principaux constats :

- Les activités sur mesure offertes aux partenaires portaient majoritairement sur la sensibilisation à la DI et au TSA.
- Le taux de satisfaction moyen aux activités offertes était de 94 %.
- Les partenaires ont souligné à quel point ils appréciaient la nouvelle modalité de soutien spécialisé par le biais d'un calendrier d'activités.
- Beaucoup de commentaires positifs portaient sur le dynamisme et le professionnalisme des formateurs.

2.4. DÉMARCHE D'AGRÈMENT ET PLAN D'AMÉLIORATION

En juin 2014, le Conseil québécois d'agrément a octroyé à l'établissement un agrément d'une durée de quatre ans. Cette certification fait foi de la qualité des services offerts par le CRDITED de la Montérégie-Est. Il marque également notre engagement envers notre clientèle et envers la poursuite de l'amélioration continue de nos services.

Les principales forces sur lesquelles le CRDITED de la Montérégie-Est peut compter pour poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité ainsi que les principaux défis auxquels il devra faire face sont les suivants :

Les principales forces

- Du personnel mobilisé à offrir des services de qualité.
- Le développement de programmes inspirés de données probantes et leur évaluation.
- La mise en place de plusieurs projets novateurs dans le but d'améliorer la qualité des services offerts à la clientèle.
- La mise en place de projets LEAN dans un but d'optimiser les services.
- Un comité de gestion des risques axé sur une gestion préventive.
- Un programme d'accueil et d'intégration du nouveau personnel axé sur le développement des compétences.

Les principaux défis

- Mettre en place une philosophie de gestion intégrative et de proximité.
- Diffuser en continu l'information pertinente en lien avec les orientations de l'établissement en l'adaptant à chaque public cible.
- Assurer une collaboration et une communication fluide à tous les niveaux dans une perspective d'amélioration de la qualité des services.
- Consolider l'offre de services spécialisés appuyée par une programmation complète.
- Poursuivre la spécialisation des services en maintenant et en soutenant l'ensemble des équipes dans un contexte de transformation.
- Poursuivre la définition des rôles des différents acteurs impliqués directement dans l'offre de service ainsi que le soutien clinique.

Un plan d'amélioration a été élaboré précisant les actions et mécanismes à mettre en place pour poursuivre et accentuer la qualité des services de notre organisation. De juin 2014 à juin 2018, le CRDITED de la Montérégie-Est poursuivra la réalisation des objectifs figurant à ce plan d'amélioration par le biais des processus désignés comme étant à améliorer. Ces objectifs sont regroupés sous trois catégories, soit la mobilisation et la responsabilisation, la spécialisation des services, ainsi que la participation sociale et le continuum de services.

Considérant l'adoption de la Loi 10 et en vertu de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux actuellement en cours, le CRDITED de la Montérégie-Est a cependant dû réviser, en novembre 2014, la planification des activités prévues à son plan d'amélioration 2014-2018. Dans le contexte où certaines responsabilités pourraient être dévolues à un autre niveau de gouvernance, il paraissait opportun de suspendre temporairement la réalisation de certains objectifs. Environ 15 % des actions prévues initialement ont donc été reportées.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

La première année d'actualisation du plan d'amélioration a permis de mettre en place plusieurs stratégies et de réaliser de nombreuses actions pour atteindre nos objectifs.

SUIVI DU PLAN D'AMÉLIORATION CQA

TAUX DE RÉALISATION DES OBJECTIFS AU TERME DE LA PREMIÈRE ANNÉE DU PLAN D'AMÉLIORATION

CATÉGORIES	OBJECTIFS	TAUX DE RÉALISATION (An 1)
MOBILISATION ET RESPONSABILISATION	Faire vivre une philosophie de gestion intégrative et de proximité*	40 %
	Réviser les stratégies déployées afin d'améliorer la reconnaissance de la contribution du personnel	40 %
	Accentuer le suivi des usagers afin de maintenir la qualité des services d'hébergement en RI/RTF	22 %
	Assurer la prestation d'interventions sécuritaires de services pour les usagers et le personnel	50 %
SPÉCIALISATION DES SERVICES	Poursuivre de l'implantation de l'offre de service structurée par programmes*	24 %
	Actualiser l'interdisciplinarité afin de poursuivre la spécialisation des services	10 %
	Améliorer les modalités de soutien et de supervision cliniques	18 %
	Optimiser les processus clinico-administratif	25 %
PARTICIPATION SOCIALE ET CONTINUUM DE SERVICES	Poursuivre le développement d'ententes de collaboration avec les partenaires afin de favoriser la continuité dans le cadre du réseau intégré de services*	100 %
	Exigences légales ou découlant du cadre normatif jugées importantes et nécessaires pour se conformer aux normes d'agrément et aux objectifs liés à la qualité des services*	42 %
Taux de réalisation global du plan :		32 %

* Certaines actions en lien avec ces objectifs ont été exclues du calcul du taux de réalisation en raison de leur mise en suspens.

2.5. ENTENTE DE GESTION

- FICHES DE REDDITION DE COMPTES

CIBLE : MAINTIEN DES NIVEAUX DE SERVICES SPÉCIALISÉS D'ADAPTATION ET DE RÉADAPTATION POUR LA CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

INDICATEURS RÉGIONAUX	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
Nombre de personnes présentant une DI recevant un service spécialisé d'adaptation et de réadaptation	2 169	s.o.	2 004
Nombre de HPS réalisé	207 417	s.o.	205 010
Nombre moyen d'heures d'intervention reçues annuellement par personne présentant une DI	95,63	Maintien du niveau de service	102,30
Nombre de personnes présentant un TSA recevant un service spécialisé d'adaptation et de réadaptation	2 091	s.o.	2 089
Nombre de HPS réalisé	273 863	s.o.	302 221
Nombre moyen d'heures d'intervention reçues annuellement par personne ayant un TSA	130,97	Maintien du niveau de service	144,67
Nombre total d'usagers recevant un service spécialisé d'adaptation et de réadaptation	4 242	s.o.	4 086
Nombre de HPS réalisé	481 279	s.o.	507 231
Nombre moyen d'heures d'intervention reçues annuellement par personne présentant une DI ou un TSA	113,46	Maintien du niveau de service	124,14

Commentaires

Cet indicateur permet d'observer la progression du nombre moyen d'heures d'intervention reçues annuellement par un usager présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et recevant des services spécialisés d'adaptation/réadaptation. Notons que les services dispensés auprès des usagers de moins de 6 ans bénéficiant d'une intervention comportementale intensive (ICI) sont exclus des présentes données.

Aucune cible précise n'est fixée dans l'entente de gestion concernant l'évolution de cet indicateur, mais ces données sont suivies tout au long de l'année par le MSSS, puisqu'un maintien du niveau de service est attendu au regard du nombre moyen d'heures de prestation de services (HPS) dispensées annuellement.

Au cours de l'exercice 2014-2015, 4 086 usagers différents ont reçu des services, alors qu'en 2013-2014, ce sont 4 242 personnes qui étaient desservies. Cette diminution du nombre d'usagers desservis de 3,7 %, provient presque exclusivement de la clientèle DI alors que le nombre d'usagers TSA ayant reçu des services en 2014-2015 s'est maintenu comparativement à l'année précédente. En

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

contrepartie, on constate que le nombre d'heures de prestations de services a connu au cours de la dernière année une hausse de 5,4 %, soit 25 952 heures de plus qu'en 2013-2014, et ce, malgré la diminution de la clientèle desservie. L'offre de service 2014-2015 s'est donc traduite principalement par une intensification de services faisant passer le nombre moyen de HPS par usager de 113,46 à 124,14 pour une hausse de 9,4 %. Cette augmentation a été plus marquée du côté de la clientèle TSA, soit 10,5 %, alors que du côté de la clientèle DI, la hausse a été de 7,0 %. Les usagers, tous diagnostics confondus, ont reçu en moyenne 2,38 heures de services par semaine.

CIBLE : RESPECT DES DÉLAIS D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE DE TOUT ÂGE PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

NIVEAU DE PRIORITÉ	INDICATEURS RÉGIONAUX	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
URGENT	Nombre de demandes traitées	1 demande	s.o.	1 demande
	Délai moyen pour commencer le service	0 jour	3 jours	0 jour
	Taux de respect du délai d'accès	100 %	90 %	100 %
ÉLEVÉ	Nombre de demandes traitées	172 demandes	s.o.	231 demandes
	Délai moyen pour commencer le service	48 jours	97 jours	47 jours
	Taux de respect du délai d'accès	96 %	90 %	97 %
MODÉRÉ	Nombre de demandes traitées	1 539 demandes	s.o.	2 384 demandes
	Délai moyen pour commencer le service	346 jours	360 jours	361 jours
	Taux de respect du délai d'accès	46 %	90 %	48 %

Commentaires

Le nombre de demandes traitées correspond aux demandes admissibles reçues depuis l'implantation du plan d'accès en novembre 2010 et pour lesquelles un service a été offert par l'établissement au cours de l'exercice, à l'intérieur ou non des délais d'accès. Les cibles fixées dans l'entente de gestion de l'établissement correspondent aux délais moyens pour commencer un service selon le niveau de priorité de la demande, et ce, conformément au plan d'accès ministériel pour la clientèle DI-TSA. De plus, une cible a été fixée afin d'établir le taux de respect des délais d'accès attendus, selon le niveau de priorité des demandes de service. Les résultats de l'exercice 2014-2015 s'expliquent comme suit :

- **Niveau de priorité URGENT** : Une seule demande de niveau de priorité urgent a été traitée, et ce, de façon immédiate. Il n'y a eu aucun délai d'attente pour accéder aux services du CRDITED de la Montérégie-Est, puisque les demandes urgentes sont traitées immédiatement. Le taux de respect du délai d'accès est donc de 100 % pour 2014-2015.
- **Niveau de priorité ÉLEVÉ** : Nous avons traité 231 demandes dans un délai moyen de 47 jours comparativement à 172 demandes dans un délai de 48 jours l'an dernier. On observe donc une diminution de 1 jour du délai moyen pour débiter un service de niveau de priorité élevé. Le délai a été respecté pour le traitement de 223 demandes, alors que pour les 8 autres, il a été dépassé (traitement de plus de 90 jours). Le taux de respect du délai d'accès pour les demandes de niveau de priorité élevé en 2014-2015 est donc de 97 %.

- Niveau de priorité MODÉRÉ** : Depuis l'implantation du plan d'accès en novembre 2010, nous avons traité 2 384 demandes dans un délai moyen de 361 jours comparativement à 1 539 demandes traitées dans un délai de 346 jours l'an dernier. On constate donc une augmentation de 15 jours du délai moyen pour commencer un service alors qu'il y a eu 845 nouvelles demandes admissibles reçues, pour lesquelles un service a été offert. Depuis 2010, le délai a été respecté dans le traitement de 1 253 demandes et pour 1 347 demandes, les délais ont été dépassés (traitement de plus de 360 jours ou toujours en attente). Le taux de respect du délai d'accès pour les demandes de niveau de priorité modéré en 2014-2015 est de 48 % comparativement à 46 % à la même période l'an dernier.

Notons que l'accroissement de la clientèle TSA (diagnostiquée ou en hypothèse) de près de 25 % par année en Montérégie crée une pression importante sur nos listes d'attente et complexifie l'atteinte des cibles concernant le taux de respect des délais fixés dans le plan d'accès ministériel, particulièrement pour les usagers dont le niveau de priorité est modéré.

CIBLES ADMINISTRATIVES

INDICATEURS RÉGIONAUX	RÉSULTATS 2013-2014	CIBLES 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,93	6,00	6,12
Évolution de la situation financière de l'établissement par rapport à l'année précédente	Équilibre atteint	Équilibre budgétaire	Équilibre atteint

Commentaires

Pour l'exercice financier 2014-2015, le CRDITED de la Montérégie-Est a atteint un ratio de 6,12 entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées. Il faut noter que cet indicateur ne tient pas compte de recouvrements que l'établissement reçoit d'autres organismes comme la Régie des rentes du Québec (RRQ), par exemple pour une invalidité permanente. En prenant en compte ces remboursements, le ratio ajusté se situerait à 6,08 pour l'exercice 2014-2015.

Afin d'agir sur ce ratio, en croissance au cours de la dernière année, l'établissement a mis en place un plan d'action basé sur les meilleures pratiques selon le comité régional « Lean assurance salaire ». De plus, l'implantation de l'intervention post-événement critique (IPEC), afin de donner un soutien adéquat aux différents intervenants œuvrant auprès de personnes présentant des épisodes de troubles graves du comportement, se poursuit. Finalement, l'organisation étudie la possibilité de s'associer à ses nouveaux partenaires du CISSS de la Montérégie-Ouest pour combler son besoin de représentant médical, notamment pour partager les services d'un médecin.

Concernant la situation financière, le processus budgétaire déployé prévoyait l'élaboration d'un budget initial détaillé en début d'exercice et une révision des enveloppes à la mi-année, afin d'ajuster les prévisions en fonction de nouveaux défis organisationnels. Aussi, des analyses et des projections financières périodiques ont permis d'évaluer si l'équilibre budgétaire était maintenu tout au long de l'exercice et de redresser la situation rapidement au besoin. Encore une fois, la cible visant le maintien de l'équilibre budgétaire a été atteinte, puisque le CRDITED de la Montérégie-Est a terminé l'exercice financier 2014-2015 avec un surplus de 267 738 \$ à son fonds d'exploitation.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

2.6. EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

BILAN DU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, aussi membre du comité de vigilance et de la qualité, souligne qu'au cours de l'exercice 2014-2015, le CRDITED de la Montérégie-Est a reçu 51 demandes dont 32 plaintes portant sur 40 motifs d'insatisfaction, comparativement à 56 demandes et 42 plaintes l'an dernier. Le premier motif de plainte est en lien avec la dispensation des soins et des services.

Des 40 motifs de plaintes, 14 (comparativement à 30 l'année dernière) ont donné lieu à des recommandations de mesures correctives auxquelles le CRDITED de la Montérégie-Est a donné suite. Dans 49 % des cas (27 demandes), les personnes demandaient des clarifications, de l'information ou de l'aide à la formulation d'une plainte par exemple. Le délai moyen de traitement des plaintes a été de 33 jours, alors que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) fixe le délai d'examen d'une plainte à 45 jours. La coopération de toutes les instances de l'établissement a permis la mise en place de solutions satisfaisantes pour la majorité des plaignants, selon le commissaire.

Au cours de la dernière année, quatre (4) plaignants ont fait appel au Protecteur du citoyen comparativement à deux (2) l'an dernier. Lorsqu'il est insatisfait du traitement de sa plainte ou en désaccord avec les recommandations du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, le plaignant, comme recours en deuxième instance, peut s'adresser au Protecteur du citoyen. Le Protecteur du citoyen a également exercé son pouvoir d'intervention à une reprise au courant de la dernière année. L'établissement est en attente de ses conclusions et recommandations.

Au cours de la dernière année, le commissaire a participé au comité de vigilance et de la qualité et a présenté les données relatives aux plaintes reçues. Il a également pris part à la table régionale et à la table provinciale des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, ainsi qu'au comité provincial des commissaires des CRDITED animé par la Fédération québécoise des CRDITED (FQCRDITED).

Finalement, le commissaire tient à souligner le soutien constant de la direction dans l'exercice de son mandat et l'excellente collaboration de tous les gestionnaires et employés dans la résolution des insatisfactions exprimées.



TYPES DE DEMANDES*

	2013-2014		2014-2015	
	NOMBRE DE DEMANDES	%	NOMBRE DE DEMANDES	%
Plaintes en première instance	42	75 %	32	63 %
Assistances	13	23 %	12	23 %
Interventions	0	0 %	4	8 %
Consultations	1	2 %	3	6 %
TOTAL	56	100 %	51	100 %

Commentaires :

Seules les demandes exprimées par l'utilisateur ou son représentant sont recevables selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec. Cependant, nous traitons également les plaintes déposées par des tiers et les inscrivons sous la rubrique « Interventions ».

Lorsqu'un avis est demandé au commissaire concernant le régime d'examen des plaintes ou les droits des usagers, ceux-ci sont enregistrés sous le thème consultations.

*Voici quelques définitions provinciales des termes utilisés dans le système d'information et de gestion des plaintes :

Plaintes : Insatisfaction exprimée auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ou du protecteur du citoyen, par un usager ou son représentant, sur les services qu'il a reçus, aurait dû recevoir, reçoit ou requiert.

Assistance : Demande d'aide et assistance formulée par un usager ou son représentant en vue d'obtenir aide, service ou information ou en vue de porter plainte auprès d'une autre instance.

Intervention : Action effectuée par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services pouvant comprendre une recommandation à toute direction ou responsable d'un service visant l'amélioration de la qualité des services dispensés ainsi que la satisfaction de la clientèle et le respect de ses droits.

Consultation : Demande d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes et les droits des usagers.

ACTIONS PRISES SUITE AU TRAITEMENT DES PLAINTES

	PLAINTES	INTERVENTIONS	ASSISTANCES ou CONSULTATIONS	TOTAL	%
Avis, information, clarification, démarche d'amélioration	20	2	5	27	49 %
Conseil, conciliation, intercession, liaison	3	-	3	6	11 %
Mesures correctives	11	3	-	14	25 %
Référence	1	-	7	8	15 %
TOTAL	35	5	15	55	100 %

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

La sécurité des soins et des services

2.7. GESTION DES RISQUES

Au cours de la dernière année, nous avons su encore une fois intensifier nos actions dans le processus de gestion de risques pour une prestation sécuritaire de nos services, et ce, par :

- l'analyse de 3 241 déclarations d'événements au registre. Trente-trois (33) rapports ont été « statué non-couverts »;
- la réalisation de rencontres auprès de l'adjointe, des chefs ainsi que des équipes des secteurs résidentiels; rencontre avec la coordonnatrice, les chefs ainsi que les équipes du programme intégration au travail et communautaire; rencontre avec les chefs et les équipes du secteur RIRG et maintien des acquis; rencontre avec l'agente de gestion du service de la SST. Plusieurs rencontres informelles ont également eu lieu;
- la participation à des rencontres post-situationnelles en lien avec des problématiques comportementales, ainsi que des situations à risque;
- plusieurs visites de résidences spécialisées, RI-RTF et installations ITC, en lien avec la sécurité des milieux;
- la diffusion aux personnes concernées de rapports du coroner et d'avis de Santé Canada en lien avec des événements survenus dans d'autres établissements dont les recommandations ou facteurs de risque peuvent s'appliquer à notre clientèle, aux installations ou aux équipements du CRDITEDME;
- la participation aux comités suivants : milieux de stages externes au secteur ITC, APS, gestion des risques, salles d'isolement;
- la dispensation de formations dans différents contextes : mise à niveau des connaissances de la gestion des risques, nouveaux formulaires et formation à l'accueil;
- la participation à la formation des formateurs Équilibre en situation de TGC;
- le suivi de l'application des mesures de contrôle en contexte non planifié et non conforme, et sensibilisation auprès des gestionnaires et du personnel au niveau du caractère exceptionnel de ce type de mesures en fonction des orientations de l'établissement;
- le suivi de l'application de la politique et de la procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement, et ce, dans le respect des droits de l'utilisateur.
- des rencontres avec l'agente de gestion des SRSOR pour l'harmonisation des pratiques entre nos CRDITED;
- le développement de formulaires informatisés pour la déclaration des incidents et accidents concernant un usager ainsi que pour l'analyse sommaire. Début de l'implantation du formulaire dans les équipes résidentielles et de la formation sur l'analyse sommaire auprès des chefs résidentiels.

Ainsi, tout au long de l'année, une attention particulière a été portée par l'établissement à la prestation sécuritaire des services afin de réduire les conséquences vécues par les usagers en s'assurant d'une prise en charge rapide et par la mise en place de mesures préventives.

STATISTIQUES - GESTION DES RISQUES

PORTRAIT GÉNÉRAL DES DÉCLARATIONS

TYPES DE DÉCLARATIONS	2014-2015		2013-2014	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
Incident	143	4,46 %	105	2,5 %
Accident sans conséquences	2 020	62,97 %	2 884	68,6 %
Accident avec conséquences	1 045	32,57%	1 214	28,9 %
TOTAL	3 208	100 %	4 203	100 %

Commentaires

Cette année, on note une diminution de 995 déclarations comparativement à l'année dernière. Durant l'année financière, l'accent a porté sur la mise en place d'interventions et de grilles de suivi pour les comportements connus, ce qui pourrait expliquer en partie cette diminution.

PORTRAIT DES DÉCLARATIONS SELON LE NIVEAU DE GRAVITÉ DE L'ÉVÉNEMENT

Le niveau de gravité est établi dans le cadre de l'analyse des déclarations d'événements en fonction d'une échelle de gravité élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette échelle permet de normaliser la classification des événements au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Elle propose une lecture plus représentative des statistiques que celle basée sur la seule distinction incident/accident.

En 2014-2015, 3 208 déclarations d'incidents et d'accidents ont été déposées. Lorsque nous analysons ces déclarations en fonction de l'échelle de gravité, nous constatons que :

- 73,7 % des événements n'ont eu aucune conséquence ou des conséquences mineures, ce qui représente une diminution de 3 % comparativement à l'année dernière.
- 25,4 % des événements ont nécessité une intervention professionnelle spécialisée incluant l'application de mesures de contrôle non planifiées ou non conformes, des consultations médicales, l'appel à des services d'urgence, une augmentation de plus de 3 %.
- 0,9 % des événements ont conduit à une hospitalisation, ont nécessité une intervention de maintien en vie (RCR), ont eu des conséquences permanentes ou étaient liés à un constat de décès en lien avec une situation de santé.

FACTEURS CONTRIBUTIFS

Les données du tableau ci-dessous présentent un portrait sommaire des facteurs directs et indirects dégagés lors de l'analyse des déclarations d'événements pour 2014-2015. Les facteurs contribuant à un événement sont multiples, plus d'un facteur contributif ont pu être détectés pour une seule déclaration d'événement, toutefois, seulement le facteur principal est présenté dans ce tableau. Au total, ce sont 3 208 facteurs contributifs qui ont été relevés dans le cadre des démarches d'analyse.

ENVIRONNEMENT	ORGANISATION DU TRAVAIL	INTERVENTION	USAGER	AUTRES	TOTAL
133	32	506	1 685	852	3 208

MESURES PRISES

Les données du tableau ci-dessous présentent un portrait sommaire des mesures de soutien à l'utilisateur et de prévention de la récurrence découlant de la démarche d'analyse.

TYPES DE MESURES PRISES	2014-2015	2013-2014
Mesures de soutien à l'utilisateur	54	109
Mesures de prévention de la récurrence	958	1 569
TOTAL	1 012	1 678

Commentaires

À la suite des déclarations, 958 mesures de prévention de la récurrence ont été prises pour rectifier une situation ou pour prévenir d'éventuels incidents/accidents. Il s'agit d'une diminution de 7 % des mesures prises comparativement à l'année dernière. Au cours de l'année 2014-2015, 65 analyses détaillées ont été complétées pour lesquelles 54 mesures de soutien à l'utilisateur ont été mises en place par les différentes personnes qui participent au processus de gestion des risques.

PORTRAIT DES DIVULGATIONS

Le tableau présenté propose un portrait des divulgations d'accidents avec conséquences, en vertu de l'obligation légale qui s'applique à cette catégorie d'événements.

	2014-2015	2013-2014
Accidents avec conséquences	1 045	1 214
Divulgations	1 034	1 096
POURCENTAGE	99 %	90 %

Commentaires

En 2014-2015, on constate une augmentation de 9 % des divulgations d'accidents. Dans certains cas, il arrive qu'un accident ne puisse pas être divulgué en raison de l'isolement social de la personne.

2.8. APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

L'application des mesures de contrôle est encadrée par une politique ainsi que des procédures adoptées par le conseil d'administration. Les mesures de contrôle sont la contention physique humaine, la contention instrumentale et l'isolement.

MILIEUX D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

La presque totalité des mesures de contrôle planifiées sont appliquées dans les résidences spécialisées où séjournent des usagers ayant des troubles graves du comportement, des troubles du comportement ou des comportements antisociaux nécessitant ce type d'encadrement.

MILIEUX	USAGERS		MESURES	
	NOMBRE	%	NOMBRE	%
RI-RTF	21	28,4 %	3 153	16,39 %
Résidences spécialisées	53	71,6 %	16 089	83,61 %
TOTAL	74	100 %	19 242	100 %

TYPES DE MESURES DE CONTRÔLE

TYPES	%
Contention physique humaine	15,28 %
Contention instrumentale	31,05 %
Isolement	52,67 %
TOTAL	100 %

Commentaires

Au cours du dernier exercice financier, 74 usagers ont fait l'objet de l'application de mesures de contrôle planifiées comparativement à 60 en 2013-2014. Ainsi, 7 usagers ne font plus l'objet de mesures planifiées, alors que des mesures de contrôle ont dû être planifiées pour 21 nouveaux usagers. L'augmentation du nombre d'usagers pour lesquels une mesure de contrôle est appliquée s'explique essentiellement par l'utilisation de ridelles de lit en RI-RTF considérées comme des mesures de contrôle. Une vérification de l'application de ridelles de lit en RI-RTF a permis d'identifier tous les usagers pour lesquels cette mesure est requise et de les enregistrer.

Dans le but de réduire voire d'éliminer l'utilisation des mesures de contrôle, la direction, a mandaté un groupe de travail du comité de gestion des risques pour en faire l'analyse et proposer des pistes de solution visant à réduire l'utilisation de mesures de contrôle.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Le comité s'est d'abord penché sur la notion d'isolement qui représente plus de 50 % des mesures appliquées. Rappelons que « **l'isolement consiste à confiner une personne dans un lieu pour un temps déterminé d'où elle ne peut sortir librement** ». Certaines interventions visent à favoriser le développement d'habiletés particulières et, pour diverses raisons, l'usager ne peut sortir librement d'un lieu déterminé. Le comité a recommandé que ces interventions ne soient plus considérées comme des isolements, mais plutôt comme des stratégies d'intervention bien documentées au dossier de l'usager, soit les raisons pour lesquelles la personne ne peut sortir de la pièce librement et définir les modalités d'application (temps, lieu, interventions, etc.) ainsi que la planification du retrait de cette mesure dans un temps établi. La direction a entériné cette recommandation.

L'établissement a également décidé de procéder à l'embauche d'un ergothérapeute dont le mandat sera de fournir des recommandations quant à la nécessité d'utiliser les ridelles de lit ou autres contentions instrumentales ou encore de proposer des alternatives sécuritaires. L'ergothérapeute sera responsable du suivi de l'application de ces mesures. Son expertise sera également mise à contribution auprès de la clientèle présentant des TC ou des TGC.





3.

ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

3.1. RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS

Les états financiers du CRDITED de la Montérégie-Est ont été établis par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris des estimations et des 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 comme nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CRDITED de la Montérégie-Est reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

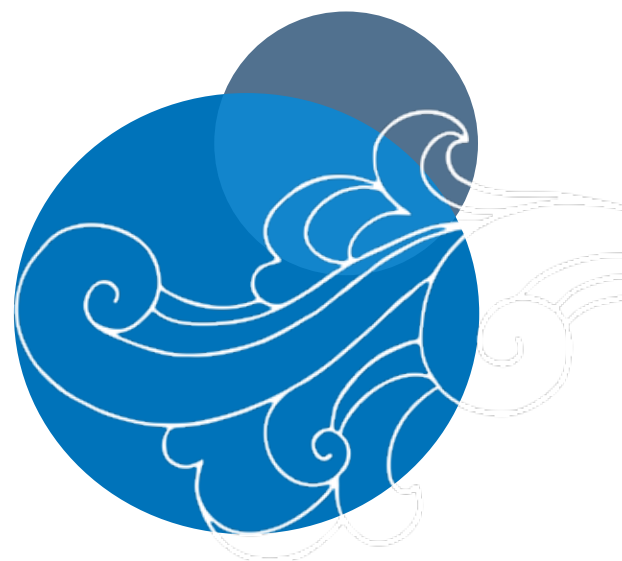
Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Celui-ci a cependant terminé ses activités le 31 mars 2015 suite à l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette, dûment mandatée pour ce 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.

Le président-directeur général,



YVES MASSE



3.2. RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015, et les états des résultats et de la variation des actifs financiers nets (dette nette) pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en oeuvre

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 et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent deux anomalies équivalentes à celle des états financiers audités du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme 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 » du Manuel de CPA Canada, 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 au prix d'un effort raisonnable.

ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP3410 « Paiements de transferts » et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide contenant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves 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 et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette), gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date.

MALLETTE

*Mallette S.E.N.C.R.L.*¹

Mallette S.E.N.C.R.L.

Société de comptables professionnels agréés

Trois-Rivières, Canada

Le 18 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A111750.



3.3. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES

**FORMULÉ PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT
ET EXTRAIT DU RAPPORT FINANCIER 2014-2015**

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition.	2010-2011	R	Cette situation s'applique à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Le correctif ne peut être établi au prix d'un effort raisonnable.			X
Comme l'exige le MSSS, lors de l'application initiale de la nouvelle norme CPA Canada SP 3410-Paiement de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des années antérieures. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité, mais non assortis de stipulations, doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints.	2013-2014	R	Cette situation s'applique à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Le correctif ne peut être établi au prix d'un effort raisonnable.			X

ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les 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 de gouvernance						

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :	Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
• R : Réserve	R : Régulé
• O : Observation	PR : Partiellement Régulé
• C : Commentaire	NR : Non Régulé

3.4. ANALYSE DES RÉSULTATS FINANCIERS

Pour l'exercice financier 2014-2015, l'état des résultats du fonds d'exploitation du CRDITED de la Montérégie-Est affiche un surplus de 267 738 \$. Ce surplus tient compte d'une charge exceptionnelle de 613 315 \$ relative à des indemnités de départ découlant de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, adoptée par le ministère de la Santé et des services sociaux en février 2015. Les activités principales ont généré des excédents de 267 075 \$ alors que les activités accessoires, consistant majoritairement en des activités de recherche, se sont soldées par un surplus de 663 \$.

Au cours de l'exercice 2014-2015, les revenus des activités principales du fonds d'exploitation ont connu une diminution de 1,2 million de dollars comparativement à l'année précédente, pour un total de 104,2 millions de dollars. Cette baisse des revenus s'explique principalement par l'ajustement de la base de financement des coûts associés à la rétribution des ressources intermédiaires et de type familial qui s'est traduit par une diminution des revenus de 2,6 millions de dollars. En 2013-2014, l'établissement avait reçu un financement non récurrent de 3,8 millions de dollars visant à couvrir les coûts associés à l'application rétroactive des nouvelles ententes convenues entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et certaines associations représentatives de ressources intermédiaires et de type familial. On note également parmi les autres éléments ayant influencé la variation des revenus, les compressions financières additionnelles demandées à l'établissement, au montant de 0,7 million de dollars, ainsi que l'indexation du budget de fonctionnement 2014-2015, totalisant 2,0 millions de dollars.

Concernant les charges de l'exercice 2014-2015, les activités principales du fonds d'exploitation présentent une diminution de 0,1 million de dollars. On retrouve parmi les variations une hausse des charges salariales, soit 2,4 millions de dollars et une diminution des coûts d'hébergement en ressources intermédiaires et de type familial de 2,3 millions de dollars. Il est à noter qu'en 2013-2014, une portion des coûts d'hébergement en ressources intermédiaires et de type familial, soit un montant de

rétroactivité de 3,8 millions de dollars, est présentée sous la rubrique « autres charges » à l'état des résultats.

Du côté salarial, l'augmentation des charges de 2,4 millions de dollars s'explique principalement par l'indexation annuelle des salaires de 2 % accordée au 1er avril 2014, représentant 1,2 million de dollars, ainsi que par l'enregistrement d'une provision de 0,6 million de dollars à titre d'indemnités de départ payables à des cadres en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Une partie de la hausse s'explique également par la poursuite du plan visant la spécialisation des services par lequel 14 postes de psychoéducateurs et spécialistes en réadaptation psychosociale ont été ajoutés. Du côté des charges non salariales, excluant les coûts liés à l'hébergement d'usagers en ressources intermédiaires et de type familial, on note une légère diminution de 0,2 million de dollars faisant passer les coûts à 10,3 millions de dollars pour 2014-2015.

Globalement au cours de la dernière année, des variations appréciables ont été notées quant au poids relatif de chacun des programmes destinés à la clientèle. La transformation du programme intégration au travail et communautaire, qui s'est poursuivie en 2014-2015, s'est traduite par une diminution des coûts de 1,0 million de dollars, soit 1 % en termes de poids relatif. Cette diminution reflète les besoins changeants de la clientèle relativement aux services requis dans les installations de l'établissement ainsi que les impacts de la mise en place du réseau intégré de services en collaboration avec les CSSS. En contrepartie, le poids du programme adaptation et réadaptation à la personne a connu une hausse de 0,9 %, reflet de la spécialisation et de la professionnalisation des services qui s'est continuée en 2014-2015. Les dépenses de nature administrative, incluant les coûts d'entretien et de fonctionnement des bâtiments, se sont sensiblement maintenues comparativement au niveau de l'année précédente, soit en hausse de 0,1 million de dollars ou 0,1 % en termes de poids relatif, pour atteindre 13,1 millions de dollars, soit 12,6 % du budget total de l'établissement.

3.5. APPLICATION DE LA LOI 15 SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

Pour faire suite à l'adoption de la Loi 15 en décembre 2014, visant à renforcer la gestion et le contrôle des effectifs des organismes publics, l'établissement a mis en place des mécanismes de suivis et de validation entourant la signature des contrats de service et le suivi des heures rémunérées.

Suivi des heures travaillées

Pour la période de référence du 1^{er} janvier au 31 mars 2015, l'établissement présente l'équivalent de 479 784 heures travaillées alors que pour la même période en 2014, les heures travaillées s'élevaient à 471 671. On note donc une hausse de 8 113 heures travaillées de plus effectuées pour les trois premiers mois de 2015 comparativement à 2014, soit 1,7 %.

Cette hausse des heures en 2015 s'explique principalement par la réorganisation majeure des services cliniques qui étaient en cours au début de l'année 2014 où un nombre important de postes étaient temporairement dépourvus de titulaires. La dotation des postes devait être réalisée ultérieurement dans des secteurs d'activités et des titres d'emplois permettant de répondre aux besoins de la structure par programmes que l'établissement prévoyait déployer.

En raison de l'annonce de la réorganisation du réseau de la santé, l'établissement a suspendu temporairement sa réorganisation et a procédé à la dotation des postes sur la base de sa structure historique se traduisant par une hausse des heures rémunérées pour les trois premiers mois de 2015.

L'établissement prévoit que la situation de dépassement apparaissant pour la période de janvier à mars 2015 devrait se résorber d'ici la fin de l'année en raison de l'ajustement progressif de la base comparable 2014 et de la stratégie de réduction des effectifs découlant des mesures de compressions exigées et de la réorganisation du réseau de la santé.

Signature de contrats de service de plus de 25 000 \$

Au cours de la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2015, l'établissement a conclu les contrats de service suivants, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus :

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique ¹	1	27 890
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique ²	2	2 049 160
Total des contrats de service	3	2 077 050

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.

3.6. RAPPORTS FINANCIERS RÉSUMÉS

ÉTATS DES RÉSULTATS

	EXERCICE COURANT (2014-2015)				EXERCICE PRÉCÉDENT (2013-2014)
	BUDGET	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
REVENUS					
Subventions ASSSM et MSSS	95 430 346 \$	94 050 635 \$	2 146 266 \$	96 196 901 \$	97 335 998 \$
Contributions des usagers	7 921 867 \$	7 967 215 \$	-	7 967 215 \$	7 803 394 \$
Vente de services et recouvrements	2 037 661 \$	2 250 782 \$	-	2 250 782 \$	2 102 633 \$
Donations	-	12 703 \$	-	12 703 \$	-
Revenus de placement	90 000 \$	125 555 \$	22 \$	125 577 \$	108 302 \$
Autres revenus	455 254 \$	89 163 \$	12 203 \$	101 366 \$	260 111 \$
TOTAL	105 935 128 \$	104 496 053 \$	2 158 491 \$	106 654 544 \$	107 610 438 \$

ÉTATS DES RÉSULTATS (suite)

	EXERCICE COURANT (2014-2015)				EXERCICE PRÉCÉDENT (2013-2014)
	BUDGET	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	61 805 708 \$	61 768 048 \$	-	61 768 048 \$	59 325 696 \$
Médicaments	60 000 \$	49 750 \$	-	49 750 \$	53 590 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	18 000 \$	14 016 \$	-	14 016 \$	17 537 \$
Rétributions versées aux RI-RTF	31 989 167 \$	31 905 057 \$	-	31 905 057 \$	30 444 777 \$
Frais financiers	155 000 \$	-	173 319 \$	173 319 \$	146 838 \$
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	673 270 \$	642 346 \$	61 120 \$	703 466 \$	680 186 \$
Créances douteuses	99 375 \$	7 975 \$	-	7 975 \$	72 126 \$
Loyer	2 647 656 \$	2 639 135 \$	-	2 639 135 \$	2 682 507 \$
Amortissement des immobilisations	2 100 000 \$	-	2 044 076 \$	2 044 076 \$	1 795 280 \$
Autres charges	7 066 883 \$	7 201 988 \$	-	7 201 988 \$	11 065 028 \$
TOTAL	106 615 059 \$	104 228 315 \$	2 278 515 \$	106 506 830 \$	106 283 565 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(679 931) \$	267 738 \$	(120 024) \$	147 714 \$	1 326 873 \$

ÉTAT DES SURPLUS CUMULÉS

	EXERCICE COURANT 2014-2015			EXERCICE PRÉCÉDENT 2013-2014
	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
Surplus (déficits) cumulés au début déjà établis	2 503 128 \$	1 012 287 \$	3 515 415 \$	2 188 542 \$
Surplus (déficit) de l'exercice	267 738 \$	(120 024) \$	147 714 \$	1 326 873 \$
Transferts interfonds - acquisition d'immobilisations	(801 632) \$	801 632 \$	-	-
SURPLUS CUMULÉS ET NON AFFECTÉS À LA FIN	1 969 234 \$	1 693 895 \$	3 663 129 \$	3 515 415 \$



ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

	EXERCICE COURANT 2014-2015				EXERCICE PRÉCÉDENT 2013-2014
	BUDGET	ACTIVITÉS PRINCIPALES	ACTIVITÉS ACCESSOIRES	TOTAL	
REVENUS					
Subventions ASSSM et MSSS	93 189 929 \$	93 720 409 \$	330 226 \$	94 050 635 \$	95 340 877 \$
Contributions des usagers	7 921 867 \$	7 967 215 \$	-	7 967 215 \$	7 803 394 \$
Vente de services et recouvrements	2 037 661 \$	2 250 782 \$	-	2 250 782 \$	2 102 633 \$
Donations	-	-	12 703 \$	12 703 \$	-
Revenus de placement	90 000 \$	124 892 \$	663 \$	125 555 \$	108 279 \$
Autres revenus	455 254 \$	89 163 \$	-	89 163 \$	260 111 \$
TOTAL	103 694 711 \$	104 152 461 \$	343 592 \$	104 496 053 \$	105 615 294 \$
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	61 805 708 \$	61 701 280 \$	66 768 \$	61 768 048 \$	59 325 696 \$
Médicaments	60 000 \$	49 750 \$	-	49 750 \$	53 590 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	18 000 \$	14 016 \$	-	14 016 \$	17 537 \$
Rétributions versées aux RI-RTF	31 989 167 \$	31 905 057 \$	-	31 905 057 \$	30 444 777 \$
Entretien et réparations	573 270 \$	642 346 \$	-	642 346 \$	527 638 \$
Créances douteuses	99 375 \$	7 975 \$	-	7 975 \$	72 126 \$
Loyers	2 647 656 \$	2 639 135 \$	-	2 639 135 \$	2 682 507 \$
Autres charges	7 066 883 \$	6 925 827 \$	276 161 \$	7 201 988 \$	11 065 028 \$
TOTAL	104 260 059 \$	103 885 386 \$	342 929 \$	104 228 315 \$	104 188 899 \$
SURPLUS DE L'EXERCICE	(565 348) \$	267 075 \$	663 \$	267 738 \$	1 426 395 \$

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	EXERCICE COURANT 2014-2015			EXERCICE PRÉCÉDENT 2013-2014
	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	6 081 153 \$	2 899 \$	6 084 052 \$	4 966 810 \$
Placements temporaires	5 003 335 \$	-	5 003 335 \$	4 000 000 \$
Débiteurs – ASSSM et MSSS	477 836 \$	70 048 \$	547 884 \$	2 274 925 \$
Autres débiteurs	1 020 374 \$	-	1 020 374 \$	1 170 206 \$
Créances interfonds (dettes interfonds)	(74 720) \$	74 720 \$	-	-
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	6 100 034 \$	4 199 623 \$	10 299 657 \$	8 127 003 \$
Frais reportés liés aux dettes	-	21 963 \$	21 963 \$	8 787 \$
Autres éléments	298 484 \$	-	298 484 \$	302 495 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	18 906 496 \$	4 369 253 \$	23 275 749 \$	20 850 226 \$
PASSIFS				
Emprunts temporaires	-	269 747 \$	269 747 \$	1 132 186 \$
Autres créditeurs et autres charges à payer	9 819 058 \$	-	9 819 058 \$	8 534 384 \$
Avances de fonds en provenance de l'ASSSM - enveloppes décentralisées	-	181 288 \$	181 288 \$	1 477 059 \$
Intérêts courus à payer	-	70 253 \$	70 253 \$	38 206 \$
Revenus reportés	160 708 \$	-	160 708 \$	584 551 \$
Dettes à long terme	-	5 786 754 \$	5 786 754 \$	3 394 378 \$
Passifs environnementaux	-	276 000 \$	276 000 \$	264 000 \$
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	7 069 430 \$	-	7 069 430 \$	7 047 930 \$
Autres éléments	63 909 \$	-	63 909 \$	79 544 \$
TOTAL DES PASSIFS	17 113 105 \$	6 584 042 \$	23 697 147 \$	22 552 238 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	1 793 391 \$	(2 214 789) \$	(421 398) \$	(1 702 012) \$
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	-	3 908 684 \$	3 908 684 \$	5 000 741 \$
Frais payés d'avance	175 843 \$	-	175 843 \$	216 686 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	175 843 \$	3 908 684 \$	4 084 527 \$	5 217 427 \$
SURPLUS CUMULÉS	1 969 234 \$	1 693 895 \$	3 663 129 \$	3 515 415 \$

ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

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

	EXERCICE COURANT 2014-2015				EXERCICE PRÉCÉDENT 2013-2014
	BUDGET	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT	(1 702 012)\$	2 286 436 \$	(3 988 448) \$	(1 702 012) \$	(3 222 967) \$
VARIATIONS DE L'EXERCICE					
Surplus (déficit) de l'exercice	(679 931) \$	267 738 \$	(120 024) \$	147 714 \$	1 326 873 \$
Variations dues aux immobilisations					
- Acquisitions d'immobilisations	(997 117) \$	-	(952 019) \$	(952 019) \$	(1 592 787) \$
- Amortissement de l'exercice	2 100 000 \$	-	2 044 076 \$	2 044 076 \$	1 795 280 \$
- Réduction de valeurs	-	-	-	-	-
Total des variations dues aux immobilisations	1 102 883 \$	-	1 092 057 \$	1 092 057 \$	202 493 \$
Variations dues aux frais payés d'avance	(8 134) \$	40 843 \$	-	40 843 \$	(8 411) \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	-	(801 632) \$	801 632 \$	-	-
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	414 818 \$	(493 051) \$	1 773 665 \$	1 280 614 \$	1 520 955 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(1 287 194) \$	1 793 385 \$	(2 214 783) \$	(421 398) \$	(1 702 012) \$

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	2014-2015	2013-2014
Surplus	147 714 \$	1 326 873 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
- Stocks et frais payés d'avance	40 843 \$	(8 411) \$
- Amortissement des immobilisations	2 044 076 \$	1 795 280 \$
- Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	3 802 \$	3 210 \$
- Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	(1 779 806) \$	(1 847 516) \$
- Autres	(572 301) \$	72 128 \$
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	(263 386) \$	14 691 \$
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	1 658 331 \$	(35 434) \$
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	1 542 659 \$	1 306 130 \$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	(952 019) \$	(1 592 787) \$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements temporaires	(1 003 335) \$	2 500 000 \$
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Emprunts effectués - Dette à long terme	2 611 997 \$	-
Emprunts remboursés - Dette à long terme	(219 621) \$	(321 483) \$
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	1 751 621 \$	1 666 196 \$
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(2 614 060) \$	(906 292) \$
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	1 529 937 \$	438 421 \$
TOTAL : AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE LA TRÉSORERIE	1 117 242 \$	2 651 764 \$
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	4 966 810 \$	2 315 046 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	6 084 052 \$	4 966 810 \$
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprenant encaisse	6 084 052 \$	4 966 810 \$
TOTAL	6 084 052 \$	4 966 810 \$
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
PLACEMENTS TEMPORAIRES - Échéance supérieure à 3 mois		
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	4 000 000 \$	6 500 000 \$
Placements effectués	5 003 335 \$	-
Placements réalisés	4 000 000 \$	2 500 000 \$
SOLDE AU 31 MARS DE L'EXERCICE COURANT	5 003 335 \$	4 000 000 \$

ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015**1. CONVENTIONS COMPTABLES**

Les états financiers de l'établissement ont été préparés en conformité avec les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et dans le respect des normes et définitions contenues au Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. L'établissement utilise la méthode de la comptabilité d'exercice et applique les principes de la comptabilité par fonds.

Les états financiers de l'établissement ont été préparés conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception du mode de comptabilisation des immeubles loués auprès de la société québécoise des infrastructures (autrefois la société immobilière du Québec), qui sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition.

2. DÉBITEURS

	2014-2015	2013-2014
ASSSM	547 884 \$	2 274 925 \$
Taxes à la consommation	351 380 \$	363 949 \$
Organismes apparentés	295 389 \$	258 845 \$
Autres	373 605 \$	547 412 \$
TOTAL	1 568 258 \$	3 445 131 \$

3. CRÉDITEURS

	2014-2015	2013-2014
Comptes à payer et frais courus	3 374 916 \$	3 515 675 \$
Salaires à payer	3 610 960 \$	2 590 007 \$
Déductions sur salaires à remettre	1 931 261 \$	1 780 179 \$
Organismes apparentés	901 921 \$	648 523 \$
TOTAL	9 819 058 \$	8 534 384 \$

4. OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'établissement effectue des transactions avec des organismes apparentés autres que des entités apparentées du réseau de la santé et des services sociaux dans le cours normal de ses activités, soit avec la Fondation Butters, les Maisons Butters inc. et les Services Opus inc. Le CRDITED de la Montérégie-Est participe entre autres, aux coûts de rénovation, d'aménagement, de même qu'aux frais de fonctionnement des résidences appartenant à Les Maisons Butters inc. dans le but d'améliorer la qualité de vie de sa clientèle. Ces coûts, nets des recouvrements, ont totalisé 573 526 \$ en 2014-2015 (637 593 \$ en 2013-2014).

Les soldes de postes de bilan relatifs aux apparentés se détaillent comme suit :

AUTRES DÉBITEURS	2014-2015	2013-2014
Les Services Opus	580 \$	-
Les Maisons Butters inc.	17 202 \$	-
Fondation Butters	15 253 \$	10 791 \$

AUTRES CRÉDITEURS	2014-2015	2013-2014
Fondation Butters	4 081 \$	-
Les Maisons Butters inc.	-	78 000 \$

5. ENGAGEMENT

L'établissement s'est engagé d'après des contrats de services auprès des ressources intermédiaires et des ressources de type familial, échéant jusqu'en octobre 2024, à verser un montant de 170 489 757 \$. À moins de modifications aux ententes actuelles ou encore de nouvelles ententes, celles-ci se renouvelleront de façon automatique à l'échéance à moins d'avis contraire de l'une ou l'autre des parties, selon les termes prévus.

Des contrats visant l'approvisionnement en biens et services ont également été conclus par l'établissement auprès de divers fournisseurs dans le cadre normal de ses activités. Ces contrats dont le montant totalise 6 690 218 \$ s'échelonnent sur cinq ans, soit jusqu'en 2020.

Finalement, l'établissement s'est engagé d'après des contrats de location-exploitation échéant jusqu'en mars 2026, à verser 12 776 839 \$ pour des locaux.

L'ensemble des engagement financiers de l'établissement se traduit par des paiements minimums exigibles pour les cinq prochains exercices s'élevant à 35 700 019 \$ pour 2016, 31 213 161 \$ pour 2017, 30 139 633 \$ pour 2018, 30 238 108 \$ pour 2019 et 29 493 049 \$ pour 2020.

6. PASSIF ENVIRONNEMENTAL

L'établissement est locataire d'une propriété auprès de la Société québécoise des infrastructures. En vertu de l'entente de location, l'établissement est responsable de décontaminer un terrain ne faisant pas l'objet d'un usage productif et qui nécessite des travaux de réhabilitation à la suite d'une fuite d'un réservoir de mazout d'origine enfoui qui n'avait pas fait l'objet d'une mise hors service ou d'une décontamination. À cet égard, un montant de 276 000 \$ a été comptabilisé à titre de passifs environnementaux dans les états financiers au 31 mars 2015. Ce montant est basé sur des études de caractérisations. Aucun coût n'a été engagé au cours de l'exercice 2014-2015 (33 460 \$ en 2013-2014). L'établissement ne prévoit pas réaliser de travaux de réhabilitation au cours du prochain exercice.

7. ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS

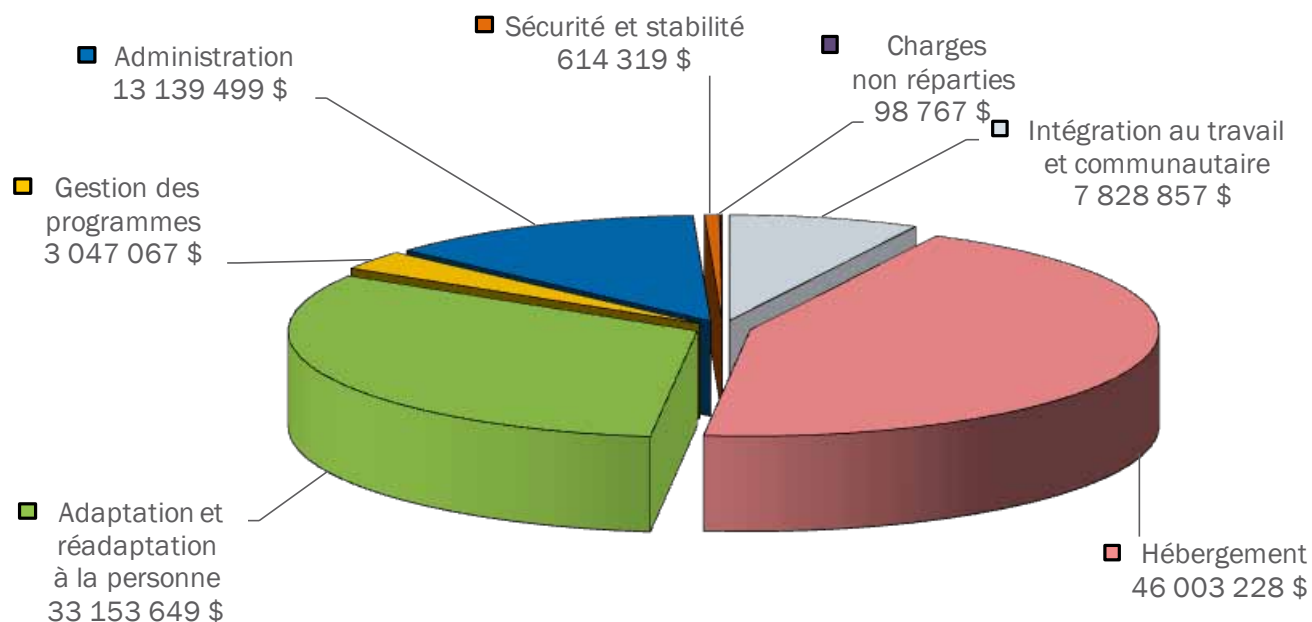
La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1^{er} avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CISSS de la Montérégie-Ouest qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.



**RÉPARTITION PAR PROGRAMMES DES DÉPENSES DU FONDS D'EXPLOITATION
- ACTIVITÉS PRINCIPALES**

PROGRAMMES	2014-2015		2013-2014	
	DÉPENSES	%	DÉPENSES	%
Intégration au travail et communautaire	7 828 857 \$	7,5 %	8 812 346 \$	8,5 %
Hébergement	46 003 228 \$	44,4%	45 271 609 \$	43,6 %
Adaptation et réadaptation à la personne	33 153 649 \$	31,9 %	30 176 188 \$	29,0 %
Gestion des programmes	3 047 067 \$	2,9 %	2 750 215 \$	2,6 %
Administration, entretien, fonctionnement	13 139 499 \$	12,6 %	13 049 290 \$	12,5 %
Sécurité et stabilité d'emploi	614 319 \$	0,6 %	180 855 \$	0,2 %
Charges non réparties	98 767 \$	0,1 %	3 744 402 \$	3,6 %
TOTAL	103 885 386 \$	100 %	103 984 905 \$	100 %



3.7. FONDATION BUTTERS ET LES MAISONS BUTTERS

Au cours de la dernière année, le CRDITED de la Montérégie-Est a encore pu compter sur la généreuse contribution de La Fondation Butters afin de soutenir l'organisation, les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ainsi que les familles sur le territoire de la Montérégie-Est. Cette étroite collaboration s'est poursuivie au cours de la dernière année dans différents projets visant à soutenir les efforts collectifs des familles, des proches et des intervenants afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins des usagers dans des domaines où le CRDITED de la Montérégie-Est n'a pas le mandat d'intervenir, mais où les besoins demeurent importants. La Fondation Butters soutient aussi le CRDITED de la Montérégie-Est dans la réalisation de sa mission à travers l'organisme Les Maisons Butters, mettant un ensemble de propriétés immobilières à la disposition du CRDITED de la Montérégie-Est et de sa clientèle.

Notons également que dans le cadre de sa dernière campagne de financement, la Fondation Butters s'est engagée à financer un projet majeur de réaménagement du camp de vacances et de répit Garagona à Frelighsburg afin de permettre à des usagers de l'ensemble de la Montérégie de pouvoir vivre des expériences stimulantes et d'offrir du répit aux familles et aux proches de ces derniers. Les travaux ont été exécutés au printemps 2015 afin d'être menés à terme pour la saison estivale du camp.

La contribution de la Fondation Butters au cours de la dernière année :

Projets de recherche

La Fondation Butters a poursuivi son soutien au cours de la dernière année à un projet de recherche majeur permettant de conjuguer l'expertise professionnelle et scientifique. Ce projet, débuté en 2013, bénéficie d'un soutien financier en parts égales de trois contributeurs dont la Fondation Butters à hauteur de 217 730 \$. Ce projet sera réalisé sur une période de cinq années, soit jusqu'en 2018. Ce projet visant les jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme ou un retard global de développement

permettra de mettre en lumière l'importance d'agir sur les comportements problématiques dans un contexte d'intervention précoce. Ce projet s'inscrit dans la poursuite des activités de recherche sur l'autisme et les TGC, sujets sur lesquels la Fondation Butters et ses membres reconnaissent l'importance d'approfondir les connaissances et l'expertise.

Service de répit pour parents d'enfants et d'adultes vivant dans leur famille naturelle

Un financement de 60 000 \$ a été octroyé pour permettre de poursuivre le projet de répit aux familles tout au long de l'année 2014, grâce à des séjours en camp d'été ou d'hiver pour la clientèle du CRDITED de la Montérégie-Est. Reconnaisant le besoin des familles, la Fondation a déjà accepté de poursuivre son engagement pour un montant équivalent au cours de l'année 2015.

Équipement spécialisé

Consciente de la nécessité d'innover dans les façons d'intervenir auprès de la clientèle, principalement auprès des jeunes, la Fondation Butters a octroyé en 2014 un montant de 6 000 \$ afin de réaliser un projet axé sur l'utilisation d'outils électroniques. L'établissement travaille présentement en collaboration avec le centre de partage et d'expertise en innovation technoclinique, relevant de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour la mise en place d'un projet pilote.

Projet de zoothérapie à la Ferme J. Armand Bombardier de Rougemont

La Fondation Butters a octroyé un montant de 10 000 \$ au cours de la dernière année afin de poursuivre le projet de zoothérapie réalisé à la Ferme J. Armand Bombardier de Rougemont. Ce projet permettant à des usagers d'expérimenter pleinement l'expérience de vie à la campagne, dans un contexte de répit, pourra être poursuivi en 2015 grâce à un engagement de la Fondation à couvrir les coûts du projet au cours de la prochaine année.



4.

GOVERNANCE -
CONSEILS ET COMITÉS DE
L'ÉTABLISSEMENT

4.1. CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les membres du conseil d'administration se sont réunis à cinq reprises au cours de l'année financière 2014-2015, en plus d'avoir tenu trois séances extraordinaires, de même que l'assemblée annuelle publique le 17 septembre 2014.

Lors de ces réunions, de nombreux enjeux ont fait l'objet d'analyse et de réflexions. Découlant de ces travaux, plusieurs résolutions ont été adoptées, notamment celle visant à approuver le dossier qui a été présenté au Conseil québécois d'agrément dans le cadre de la démarche de renouvellement de l'agrément de l'établissement.

Aussi, les administrateurs ont entériné des politiques relatives à l'élaboration des profils de compétence des administrateurs, ainsi qu'à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités. Celles-ci découlent de la Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux et à mettre en place les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique des établissements publics.

Voici quelques-unes des politiques qui ont été adoptées ou révisées par le conseil d'administration cette année :

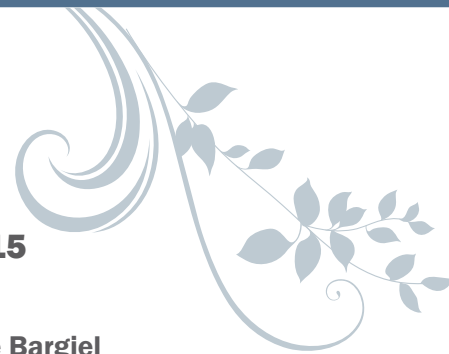
- Politique de gestion contractuelle concernant la conclusion des contrats d'approvisionnement, de service et de travaux de construction
- Politique de communication
- Politique sur l'utilisation des médias sociaux
- Politique sur l'administration des médicaments

La Loi 10 entrant en vigueur le 1^{er} avril a mis fin aux activités du conseil d'administration du CRDITED de la Montérégie-Est. Les membres du conseil croient qu'il est essentiel, à travers cette réforme du réseau de la santé et des services sociaux, de préserver des services de qualité pour les clientèles présentant une DI ou une TSA. La gouvernance du CRDITED de la Montérégie-Est a de grandes préoccupations quant aux impacts de cette réforme et considère qu'il est primordial de :

- s'assurer de la pérennité des services spécialisés offerts aux personnes présentant une DI ou un TSA, à leur famille et à leurs proches et d'un continuum de services intégrés sur l'ensemble du territoire;
- maintenir et protéger les enveloppes budgétaires des programmes services DI-TSA, permettant la poursuite de l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale des personnes;
- poursuivre et finaliser l'implantation d'une offre de services spécialisés structurée par programme;
- préserver l'expertise clinique et poursuivre le développement des meilleures pratiques et de la recherche auprès des personnes présentant une DI ou un TSA.



Merci aux membres du conseil d'administration pour leur dévouement et leur engagement bénévole à défendre les intérêts des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.



COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2015



Pierre Cloutier
Président
*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*



Lucille Bargiel
Administratrice
*Représentante du comité
des usagers*



Luc Genest
Vice-président
Cooptation



Beverly Bryant
Administratrice
*Fondation
- Les Maisons Butters inc.*



Céline Rouleau
Secrétaire
*Directrice générale intérimaire
de l'établissement*



Nathalie Camiré
Administratrice
*Personnel non clinique
de l'établissement*



Estelle Colle
Trésorière
*Représentante du comité
des usagers*

Fin de mandat: sept. 2014



Gisèle Émond
Administratrice
Représentante de la population



Yves Quintin
Trésorier
Cooptation

*Début de mandat comme
trésorier: sept. 2014*



Guy Lefebvre
Administrateur
*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*



Sylvie Leroux
Administratrice
*Représentant
du comité des usagers*

Début de mandat: sept. 2014



Jean-Marc Ricard
Administrateur
*Représentant
du conseil multidisciplinaire*



Jean-Yves Maisonneuve
Administrateur
*Représentant
du conseil multidisciplinaire*



Francine Robichaud
Administratrice
Représentante de la population



Nancy Ménard-Cheng
Administratrice
Cooptation



Jacky Roy
Administrateur
Cooptation



Roch Montpetit
Administrateur
Cooptation



Lynda Tessier
Administratrice
*Cooptation
- organismes communautaires*



Ginette Prieur
Administratrice
*Représentante
du conseil multidisciplinaire*

MEMBRES DU COMITÉ ADMINISTRATIF

- **Pierre Cloutier**, *président*
- **Luc Genest**, *vice-président*
- **Céline Rouleau**, *secrétaire*
- **Yves Quintin**, *trésorière*
- **Lucille Bargiel**



4.2. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Dans une perspective d'amélioration de la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS) prévoit à l'article 181 l'obligation du Conseil d'administration de constituer un comité de gouvernance et d'éthique. Le Règlement sur la régie interne du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est précise sa composition.

Ce comité est composé de cinq personnes, dont une majorité de membres indépendants élus parmi les membres du conseil d'administration. Il est présidé par monsieur Pierre Cloutier, président du conseil d'administration, lequel est élu parmi les membres indépendants et est membre d'office du comité de gouvernance et d'éthique.

Le mandat du comité consiste à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique sont mises en œuvre dans l'établissement et par le conseil d'administration.

Durant l'exercice 2014-2015, les membres du comité ont tenu cinq séances où ils ont réalisé des travaux portant sur le recrutement et la sélection des administrateurs, ainsi que sur l'évaluation du fonctionnement du conseil.

Le comité avait notamment pour objectifs spécifiques en 2014-2015 de :

- poursuivre les travaux ayant comme but d'effectuer une première évaluation de la performance du conseil d'administration et de ses comités, en s'appuyant sur la Politique d'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration du CRDITED de la Montérégie-Est;
- élaborer un programme d'accueil pour les nouveaux membres;
- prévoir au besoin des activités de formation à l'intention des administrateurs basées sur les résultats de l'auto-évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.

MEMBRES DU COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

- **Pierre Cloutier**, *président*
- **Jacky Roy**, *vice-président*
- **Nancy Ménard-Cheng**
- **Francine Robichaud**
- **Lynda Tessier**

4.3. COMITÉ DE VÉRIFICATION

Le comité est composé de cinq (5) membres, dont une majorité de membres indépendants. Il est présidé par le trésorier du conseil d'administration, lequel est élu parmi les membres indépendants et est membre d'office du comité de vérification. Le comité doit compter parmi ses membres au moins une personne ayant une compétence en matière comptable ou financière. Le président du conseil d'administration est membre d'office du Comité alors que le directeur général y participe d'office sans toutefois y avoir droit de vote.

De façon générale, les responsabilités du comité couvrent l'utilisation optimale et le suivi de l'ensemble des ressources et la mise en place d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.

Pour l'année 2014-2015, le comité de vérification peut estimer qu'il a exercé ses responsabilités et fonctions conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, et aux règles de fonctionnement du comité de vérification du conseil d'administration du CRDITED de la Montérégie-Est.

Parmi les objectifs réalisés pour l'année financière 2014-2015, les membres du comité ont entre autres analysé les budgets initial et révisé, faisant état des orientations financières de l'établissement afin d'en recommander l'adoption au conseil d'administration. De plus, ils ont pris connaissance des nouvelles politiques et procédures touchant l'utilisation optimale des ressources de l'établissement ou encore de la gestion des risques financiers et non financiers dans le but d'en faire la recommandation au conseil d'administration.

MEMBRES DU COMITÉ DE VÉRIFICATION

- Yves Quintin, *président*
- Gisèle Émond, *vice-présidente*
- Pierre Cloutier
- Guy Lefebvre
- Roch Montpetit

4.4. COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts, la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSS) prévoit à l'article 181.0.1 l'obligation du conseil d'administration de constituer un comité de vigilance et de la qualité. Le Règlement sur la régie interne du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est précise sa composition, laquelle est édictée à l'article 181.0.2 de la LSSSS.

Ce comité est composé de cinq personnes, dont le directeur général, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, le président du conseil d'administration qui est membre d'office du comité et de deux autres membres du conseil d'administration, lesquels ne travaillent pas pour l'établissement ou n'exercent pas leur profession dans l'un des centres exploités par l'établissement. L'un des deux membres est un administrateur désigné par et parmi les membres du comité des usagers de l'établissement.

Les membres du comité de vigilance et de la qualité se sont rencontrés à trois reprises en 2014-2015. Parmi les objectifs de cette année figuraient la réception et l'analyse des rapports portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, dont le rapport annuel sur la gestion de risques et le rapport annuel sur l'application des mesures de contrôle, et la formulation de recommandations au conseil d'administration au besoin.

Le comité s'est montré préoccupé du nombre de déclarations liées aux événements en lien avec la médication, et ce, malgré les activités mises en place par la direction. Ces deux éléments font l'objet de suivis plus serrés de la part de la gestion des risques. Le comité constate que la sécurité et la qualité des services demeurent une préoccupation tant de l'équipe de gestion que de l'ensemble du personnel.

Soucieux de réduire, voire d'éliminer l'application des mesures de contrôle, l'établissement a mandaté un comité de travail pour procéder à une analyse et proposer des moyens visant à réduire l'utilisation des mesures de contrôle. De plus, les usagers hébergés utilisant des ridelles de lit ont été évalués par un ergothérapeute afin de proposer des alternatives sécuritaires. Jusqu'à présent, cette intervention s'est avérée positive et les résultats sur la réduction des mesures de contrôle s'avèrent prometteurs.

MEMBRES DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- Nancy Ménard-Cheng, *présidente*
- Lucille Bargiel, *vice-présidente*
- Jean Pinsonneault
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
- Pierre Cloutier
- Céline Rouleau

4.5. COMITÉ DES USAGERS

MOT DE LA PRÉSIDENTE

C'est avec plaisir que je vous présente le rapport d'activités du comité des usagers pour la période allant du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015. Ce rapport fait foi du rôle qu'a joué le comité au sein de l'établissement et de l'exercice de son mandat tel que prescrit par la loi.

Depuis quelques années, le CRDITED de la Montérégie-Est fait face à une demande de service toujours grandissante pour les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme. L'établissement a dû s'ajuster pour répondre à la forte hausse des demandes d'accès aux services pour les personnes présentant un TSA, sans compter la cohorte des 21 ans et plus qui frappait à la porte, tandis que d'autres se voyaient diriger vers des activités de maintien des acquis relevant des organismes communautaires.

Dans ces moments de tumulte, le comité s'est particulièrement activé à la promotion de la qualité de vie des usagers, à la défense de leurs droits, tout en jouant son rôle d'accompagnateur et de soutien auprès des usagers et de leurs proches.

Par la qualité de ses interventions et le partage des valeurs de l'établissement, les membres du comité ont su développer une relation de confiance et de respect avec le CRDITED de la Montérégie-Est leur permettant d'exercer pleinement leur rôle de représentant des usagers.

Au cours de l'année, nous avons multiplié les rencontres avec la direction et ses représentants afin de transmettre les questions et les préoccupations des usagers et de leurs proches. La continuité des services, la qualité des services dispensés, le transfert des responsabilités vers la 1^{re} ligne, ne sont que quelques exemples de questionnements adressés à l'établissement.

D'autre part, l'année 2015 a commencé sous l'ère d'importants changements dans le réseau de la déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme. Ces changements s'inscrivent dans le bouleversement majeur qui touche l'ensemble des services de santé et de services sociaux à travers le Québec.

Le CRDITED de la Montérégie-Est sera fusionné avec les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR) au CISSS de la Montérégie-Ouest. Si les deux comités devaient n'en former qu'un seul, nous établirions alors de nouvelles règles de fonctionnement avec nos collègues du SRSOR.

Pour nous, le plus important est que les usagers aient accès à tous les services d'adaptation et de réadaptation auxquels ils ont droit et qu'ils soient adéquatement représentés et défendus à travers le tsunami de la réorganisation du réseau.

Pour toutes les actions réalisées, merci aux membres du comité et à la direction pour leur soutien.

La présidente,



LUCILLE BARGIEL



RÔLES ET RESPONSABILITÉS

En vertu de l'article 209 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, le comité a le mandat d'accompagner et de soutenir les usagers ou leurs représentants dans leurs démarches auprès de l'établissement et de représenter leurs intérêts individuels ou collectifs.

En tant que porte-parole des usagers auprès de différentes instances de l'établissement, le comité doit s'assurer de la qualité des services et promouvoir la qualité de leurs conditions de vie dans la reconnaissance et le respect de leurs droits et libertés. Le comité s'est rencontré à dix (10) reprises cette année.

Au fil des ans, le comité ayant mis à profit l'expertise de ses membres, a développé différents outils pour joindre toutes les personnes concernées.

Outils d'information

- Bulletin Entre Nous, journal du comité traitant de différents sujets d'information qui paraît deux fois par année et qui est envoyé par la poste aux parents et aux représentants.
- Aide-Mémoire, brochure contenant des informations sur les différents organismes et associations pouvant être utiles aux parents et représentants.
- Guide pour les usagers qui vise à faire connaître le comité aux usagers.
- Journées colloques sur des thèmes variés, tels que Mon PSI, c'est pour moi, Du CRDI à la communauté, L'art de me faire entendre.
- Soirée d'information avec conférencier sur la tutelle-curatelle, la fiducie testamentaire, le Régime enregistré épargne invalidité (REÉI).
- La fratrie, en avril 2015 sous le thème « Mieux comprendre pour t'accompagner ».

MEMBRES DU COMITÉ DES USAGERS

Le comité était composé de quatre usagers et de onze représentants d'usagers :

- **Lucille Bargiel**, *présidente*
- **Estelle Colle**, *vice-présidente*
- **Marie-Diane Morin**, *secrétaire*
- **René Fontaine**, *trésorier*
- **Carmen Bissonnette**
- **Jean-Luc Cousineau**
- **Simon-Pierre Larouche**
- **Robert Leclerc**
- **Michel Loiseau**
- **Jean-Claude Marron**
- **Robert Rathier**
- **Sylvie Leroux**, *coordonnatrice*

4.6. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Voici les principales activités du comité de gestion des risques pour l'année 2014-2015 :

- Mise en place de la nouvelle composition du comité de gestion des risques;
- Quatre rencontres du comité de gestion des risques.

Dossiers traités :

- Suivi et analyse des données sur les déclarations et les divulgations;
- Suivi de l'application des mesures de contrôle;
- Révision de la procédure de traitement des déclarations des incidents et des accidents impliquant un usager;
- Analyse des impacts de la Loi 90;
- Rapport annuel de gestion des risques.

Mise en place de comités ad hoc en lien avec les enjeux 2014-2015

- Loi 90;
- Mesures de contrôle;
- Prévention des chutes;
- Clientèle ayant un trouble grave de comportement;
- Objectivation du processus décisionnel des

mesures de contrôle.

Rapports et recommandations présentés au comité de direction :

- Rapport sur l'utilisation des salles d'isolement comportant 11 recommandations;
- Rapport sur la Sécurité des usagers fréquentant les milieux d'apprentissage externes;
- Rapport sur l'utilisation des ballons dans les milieux résidentiels comportant 5 recommandations;
- Rapport sur les paramètres de surveillance lors de mesures de contention physique instrumentale comportant 5 recommandations;
- Recommandations sur l'utilisation de la planche civière et des bandes velcro;
- Recommandations sur le suivi médical à la suite de l'application de la méthode de Heimlich.

MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- **Marie-Claude Charette**
Coordonnatrice travail et communautaire
- **Patrick Dubois**
*Coordonnateur de la gestion des systèmes
d'information clientèle*
- **Sylvain Giroux**
*Chef du service de santé et de sécurité du
travail*
- **Linda Isabelle**
*Coordonnatrice des services de réadaptation,
territoire CSSS Haute-Yamaska*
Fin de mandat: sept. 2014
- **Manon Lacroix**
*Coordonnatrice des services de soutien
spécialisé*
- **Sylvie Leroux**
*Représentante désignée par le comité des
usagers*
- **Christine Lombard**
*Éducatrice au secteur ressources et
représentante du conseil multidisciplinaire*
- **Martine Michaud**
*Adjointe aux services de réadaptation -
résidentiels*
Début de mandat: sept. 2014
- **Ginette Prieur**
*Coordonnatrice des services de réadaptation
ressources et résidentiels*



4.7. CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

MOT DE LA PRÉSIDENTE

Le conseil multidisciplinaire est composé de 16 personnes représentant divers secteurs de notre établissement. Voici le bilan des activités réalisées pour atteindre les objectifs fixés par nos membres lors de l'assemblée générale tenue à l'automne 2013.

Objectifs 2013-2015

1. Poursuivre les travaux pour maintenir à jour la banque d'outils d'intervention 6 ans et plus.
2. Élaborer un guide de pratique professionnelle.
3. Donner des avis et recommandations sur les sujets portant sur la pratique professionnelle de notre établissement et en assurer le suivi.
4. Maintenir la communication avec les membres et l'exécutif.
5. Poursuivre notre participation aux rencontres de la Fédération sur le développement des compétences interprofessionnelles.
6. Exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration.

Plusieurs documents ont été présentés au comité exécutif :

- Suivi sur le modèle de soutien clinique
- Cadre de référence de la loi 24
- Programme d'adaptation / réadaptation en contexte d'intégration au travail, suite à l'évaluation des programmes travail et communautaire
- Projets de recherche en cours
- Programme Nexus
- Évaluation de l'implantation du Guide de pratique soutien spécialisé aux partenaires
- Évaluation des programmes TC-TGC
- Présentation des résultats des projets LEAN
- Présentation du projet Solutions résidentielles personnalisées (SRP)

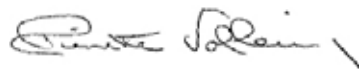
Avis et recommandations du comité exécutif sur :

- Le modèle de soutien clinique
- Le guide de rédaction des notes d'évolution
- Le code d'éthique : Suivi des recommandations formulées - L'ensemble des recommandations a été retenu.

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire du CRDITED de la Montérégie-Est cessera ses activités le 31 mars 2015 au moment de l'application de la loi 10. La présidente participera à une rencontre des présidents des conseils multidisciplinaires des établissements constituant le CISSS de la Montérégie-Ouest le 18 mars prochain. Cette rencontre vise à mettre les bases pour les travaux à entreprendre après le 1^{er} avril afin d'élaborer et de faire ratifier le nouveau règlement de régie interne du conseil multidisciplinaire du CISSS par le conseil d'administration qui sera mis en place d'ici le 30 septembre 2015.

Je remercie l'ensemble des membres de l'exécutif de leur précieuse et dynamique implication ainsi que tous les membres qui ont travaillé de près ou de loin à la réalisation de ces travaux.

La présidente,



PIERRETTE VOLLERING

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF

- **Pierrette Vollerling**, *présidente*
Éducatrice clientèle 6-100 ans
- **Catherine Joly**, *vice-présidente*
Psychoéducatrice
- **Brigitte Thériault**, *secrétaire*
Éducatrice travail et communautaire
- **Martine Gagnon**, *membre d'office*
Directrice des services professionnels, de la recherche et de la qualité
- **Céline Rouleau**, *membre d'office*
Directrice générale
- **Marie-Claude Charette**
Gestionnaire de la DSR
- **Caroline Corriveau**
Éducatrice clientèle 6-100 ans
- **Annie Durand**
Psychoéducatrice
- **Serge Galarneau**
Gestionnaire de la direction des services de réadaptation
- **Sylviane Gaudreau-Brault**
Professionnelle de la direction des services professionnels, de la recherche et de la qualité
- **Valérie Guillette**
Éducatrice clientèle 6-100 ans
- **Évelyne Leclerc**
Travailleuse sociale
- **Christine Lombard**
Éducatrice - Ressources
- **Annick Pouliot**
Éducatrice au résidentiel
- **Mélanie Roy**
Travailleuse sociale - Ressources
- **Gilles Sardoy**
Éducateur travail et communautaire
- **Simon Trudeau**
Éducateur à l'enfance 0-5 ans





5.

ANNEXE

5.1. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Applicable aux membres du conseil d'administration

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Cette administration doit d'abord reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit donc être une préoccupation constante du conseil d'administration de l'établissement afin de garantir à la population une gestion intègre et fiable des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, c. M-30) édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (RLRQ, c. M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2), désignée ci-après par la LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (RLRQ, c. C-1991), stipule que : « **Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'ils administrent et de la population desservie.** »

De plus, le comité de gouvernance et d'éthique d'un établissement de santé et de services sociaux doit, en vertu du paragraphe 2 de l'article 181.0.0.1 de la LSSSS, se doter d'un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration, conformément à l'article 3.0.4 de la *Loi sur le*

ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30). Rappelons que le nouvel article 181.0.0.1 de la LSSSS a été introduit par le projet de loi no 127 sanctionné le 8 juin 2011, Loi visant à améliorer la gestion du réseau de la santé et des services sociaux.

C'est donc pour appliquer la législation et les règles de gouvernance que le règlement de régie interne du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est (CRDITED de la Montérégie-Est) confère au comité de gouvernance et d'éthique la responsabilité d'élaborer le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (RE-CA-001, art. 58).

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

En outre, le CRDITED de la Montérégie-Est est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs, qui sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel. De plus, l'établissement se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

Le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CRDITED de la Montérégie-Est édicte des obligations éthiques, faisant référence aux valeurs morales des administrateurs, de même que des obligations déontologiques, référant aux règles et normes de conduite attendues.

Nous désirons aviser les lecteurs que ce document est largement inspiré d'un projet type de code d'éthique et de déontologie proposé par l'AQESSS, document intitulé *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux, novembre 2012*. Plusieurs éléments de ce projet type ont été considérés lors de la rédaction du présent code d'éthique et de déontologie.

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule et annexes

Le préambule et les annexes du document font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration du CRDITED de la Montérégie-Est, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables.

Ce Code a pour prémisse d'énoncer les devoirs et obligations générales de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement.

En effet, ce Code :

- a. traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- b. traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- c. régit ou interdit des pratiques liées à la rémunération des administrateurs;
- d. traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;

- e. prévoit des mécanismes d'application du Code, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur du CRDITED de la Montérégie-Est. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions législatives suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330, 761 et 1817 du Code civil du Québec, RLRQ, c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, RLRQ, c. M-30.

CHAPITRE II DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

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

- a. **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b. **Code** : le Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le Comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- c. **Comité de gouvernance et d'éthique** : le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- d. **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle,

dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

- e. **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, RLRQ, c. I-16;
- f. **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;
- g. **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;
- h. **Établissement** : désigne le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est (CRDITED de la Montérégie-Est);
- i. **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la LSSSS, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
- j. **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;
- k. **Instance disciplinaire** : autorité instituée par le Conseil d'administration, ayant notamment pour responsabilité de traiter les situations de manquement ou d'omission dont il a été saisi. Le Conseil d'administration de l'Établissement confère ces responsabilités, par voie de résolution et par l'adoption du présent Code, au Comité de gouvernance et d'éthique;
- l. **Intérêt**: désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- m. **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- n. **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la LSSSS, une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement;
- o. **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant ou l'enfant de son conjoint, sa mère ou son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, et leur conjoint respectif;
- p. **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou à des entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même.

Aussi, toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

CHAPITRE III PRINCIPES D'ÉTHIQUE

« L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs, telles qu'être transparent, responsable et juste. »

Source : ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Éthique et directeur général, février 1987, p. 5.

3.1 Devoirs et obligations

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

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

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

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

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

3.2 Valeurs morales

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

3.2.2 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes

d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévus au présent Code.

3.2.3 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

CHAPITRE IV RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

« La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs. »

Source : AQESSS, Déontologie et éthique – Définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

4.1 Disponibilité et participation active

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

4.2 Respect

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

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

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

4.3 Soins et compétence

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

4.4 Neutralité

- 4.4.1 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder de garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- 4.4.2 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

4.5 Transparence

- 4.5.1 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 4.5.2 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

4.6 Discrétion et confidentialité

- 4.6.1 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 4.6.2 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.
- 4.6.3 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses

fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

4.7 Relations publiques

- 4.7.1 L'administrateur respecte la politique de communication de l'Établissement sur les relations avec les médias.

4.8 Charge publique

- 4.8.1 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- 4.8.2 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Aussi, il doit démissionner de ses fonctions s'il est élu à une charge publique à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

4.9 Biens et services de l'Établissement

- 4.9.1 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 4.9.2 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

4.10 Avantages et cadeaux

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

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

4.11 Interventions inappropriées

4.11.1 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans les opérations de l'établissement, notamment dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la LSSSS.

4.11.2 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

CHAPITRE V RÈGLES EN MATIÈRE D'INDÉPENDANCE

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

CHAPITRE VI RÈGLES RÉGISSANT LES CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions, en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant,

toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

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

- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
- b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
- c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
- d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement pour laquelle une procédure judiciaire est en cours;
- e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

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

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

6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si

les actions de cette personne morale se transigent dans une Bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (RLRQ, c. V-1.1).

- 6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou tenir une enquête disciplinaire. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9 La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

CHAPITRE VII FIN DU MANDAT DE L'ADMINISTRATEUR

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

- 7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

CHAPITRE VIII APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

- 8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Responsabilités en matière d'éthique et de déontologie

- 8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement assume les responsabilités suivantes :
- a) Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du

- Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
- b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du Conseil d'administration;
 - c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
 - d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
 - e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
 - g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Responsabilités en matière disciplinaire

- 8.3.1 L'instance disciplinaire instituée par le Conseil d'administration doit être composée d'une majorité de membres indépendants, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement, et présidée par un membre indépendant. Le Conseil d'administration mandate par voie de résolution le Comité de gouvernance et d'éthique pour agir à titre d'instance disciplinaire et assumer les responsabilités dévolues par la loi.
- 8.3.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement pour le conseiller dans les décisions et sanctions imposées en matière disciplinaire.
- 8.3.3 Un membre du Comité de gouvernance et d'éthique ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du Comité en matière disciplinaire.
- 8.3.4 En matière disciplinaire, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a notamment pour responsabilité de :
 - a) faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie

prévues par le présent Code;

- b) déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

CHAPITRE IX PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique exerce son rôle d'instance disciplinaire, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, et en saisit le Comité en transmettant le formulaire de l'annexe V du présent Code;
- 9.3 Le Comité de gouvernance et d'éthique détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de gouvernance et d'éthique et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de gouvernance et d'éthique.
- 9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 9.5 Le Comité de gouvernance et d'éthique peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation

solennelle de discrétion de l'annexe VI du présent Code.

- 9.6 Tout membre du Comité de gouvernance et d'éthique qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7 Le Comité de gouvernance et d'éthique doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier disciplinaire du comité de gouvernance et d'éthique, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de gouvernance et d'éthique, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 9.9 Le Comité de gouvernance et d'éthique transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- un état des faits reprochés;
 - un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil

d'administration doit aviser l'administrateur et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

- 9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 9.12 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.13 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande ou une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 9.14 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, c. A-21.1).

CHAPITRE X DIFFUSION DU CODE

- 10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de gouvernance et d'éthique, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom

des administrateurs dont le mandat a été révoqué.

CHAPITRE XI DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les quatre ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.





*Seuls nous allons
plus vite,*

*mais ensemble nous allons
plus loin!*

Ce rapport est une réalisation du Service des communications de la Direction générale adjointe du CRDITED de la Montérégie-Est

RÉDACTION

Marie-Eve Poirier

Agente de communication

COLLABORATION

Martine Gagnon

Cadre supérieure à la direction des services professionnels, de la recherche et de la qualité

**L'ensemble des directions du CRDITED
de la Montérégie-Est**

MISE EN PAGE

Marie-Eve Poirier

Agente de communication

RÉVISION

Lisette Langlois

Technicienne en administration

Sara-Eve Tremblay

Agente de communication



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

de la **MONTÉRÉGIE-EST**

www.crditedme.ca
recherche.crditedme.ca