CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE
Dépendance - Santé mentale

Rapport annuel de gestion 2013-2014

www.crde.ca

Table des matières

Mot du directeur général et de la présidente du conseil d'administration 04

Mission, vision et valeurs 06

Caractéristiques de la population desservie 07

Organigramme 10

Services offerts à la clientèle 12

Planification stratégique 2012-2015 14

Données statistiques sur la clientèle 22

Ressources humaines 24

Amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des services 25

Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services 27

Entente de gestion 28

Résultats financiers 30

Rapport d'activités des comités et instances participatives 39

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 45

Déclaration de fiabilité des données 53

Ce document est disponible sur le site Web de l'organisation à **crde.ca**

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

L'unification des programmes en dépendance et en santé mentale sur le même site : un duo gagnant

C'est avec fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion 2013-2014 du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (CRDE). L'année qui vient de se terminer a certes été des plus fertiles en changements et ce, à tous les points de vue.

D'abord, la relocalisation de la clientèle du programme en santé mentale sur le site du siège social, en juin 2013, a marqué un tournant important; un déménagement pour certains, un réaménagement pour d'autres. Elle a permis de développer des stratégies d'arrimage des services en dépendance et en santé mentale, maintenant réunis sur un seul site. Mais cette unification a été particulièrement marquante pour la clientèle du programme en santé mentale qui bénéficie maintenant d'espaces physiques fonctionnels (chambre et salle de bain privées au lieu d'un dortoir et de salles de bain communes à la Maison Saint-Georges) et qui leur procurent ainsi un environnement plus propice au rétablissement.

L'organisation s'est aussi dotée d'un nouveau plan de service des ressources humaines reflétant davantage sa réalité organisationnelle et la trajectoire de ses services cliniques. L'adoption de ce plan a permis de mettre en lumière la pertinence pour les deux unités d'accréditation de se regrouper et ainsi, former une seule unité syndicale. De ce regroupement, une convention collective locale a vu le jour.

La poursuite de la consolidation de nos partenariats afin d'assurer la continuité de l'offre de service en dépendance et en santé mentale s'est traduite par une entente de collaboration pour la trajectoire des services en dépendance avec les CSSS de la région. Un autre projet de partenariat a été élaboré avec le CHUS pour offrir des services de soutien, conseil et formation aux intervenants de l'équipe de suivi intensif en santé mentale (SI) afin de les outiller à mieux répondre aux besoins de la clientèle en troubles concomitants. Enfin, le CRDE a été l'hôte de la 2e édition de l'activité régionale en santé mentale, regroupant plus de 150 gestionnaires, spécialistes, médecins-psychiatres, intervenants du réseau et d'organismes communautaires qui se sont réunis pour échanger, participer à des ateliers et réseauter, un maillon essentiel dans notre domaine.

Le CRDE agit comme site pilote pour implanter un nouvel outil d'évaluation des besoins individuels (GAIN) pour la clientèle en dépendance. Des efforts importants ont été déployés au cours de l'année pour la formation des intervenants; le déploiement de cet outil se poursuivra en 2014-2015.

Finalement, nous avons débuté une démarche d'optimisation des ressources, visant à identifier les opportunités, les retombées et les impacts d'un projet de regroupement avec le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) et le Centre de santé et de service sociaux du Val-Saint-François. Divers scénarios sont présentement étudiés afin de déterminer la faisabilité du projet.

Nos priorités pour l'année 2014-2015 visent, entres autres, à entamer le processus visant l'obtention du renouvellement de notre agrément, poursuivre les travaux en lien avec la démarche de rapprochement avec le CSSS-IUGS et le CSSS du Val-Saint-François, consolider la formalisation de l'offre de service et la programmation, et recruter un médecin pour le programme en dépendance.

Il est impératif de souligner le travail des gestionnaires et de tous les membres du personnel qui ont fait preuve d'une grande résilience et d'une collaboration exemplaire en cette année de changement. Leur attitude positive et leur désir de toujours donner le meilleur service ont fait toute la différence.

Nous souhaitons, pour la prochaine année, poursuivre le travail de concertation, afin que notre milieu continue d'être un environnement professionnel motivant et une source de fierté.

Murray McDonald
directeur général

Carole Côté
présidente du conseil d'administration

Mission, vision et valeurs

Mission

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

Vision

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

Valeurs

Les valeurs qui guident notre offre de service sont :

Solidarité	Nous croyons que c'est avec une équipe unifiée, qui mise sur le potentiel de chacun et qui fait une place importante aux clients et partenaires, que nous parvenons à développer les services les mieux adaptés. Ainsi, nous bâtissons ensemble des ponts entre les dimensions humaine et clinique, et ce, afin de contribuer au mieux-être de la clientèle et de notre personnel.
Passion	Nous croyons que la réalisation d'un travail que nous aimons, valorisons et dans lequel nous nous investissons constitue les fondements qui favorisent le développement des savoirs et permet à chacun de se dépasser. Notre passion, synonyme de force, de vie et de satisfaction est un engagement collectif au service de notre mission.
Innovation/ Créativité	Nous croyons que le développement de notre expertise, axée sur un service personnalisé où l'humain en constante évolution influence la dimension clinique, passe inévitablement par notre créativité et notre capacité d'innovation.
Cohérence	Nous croyons que pour réaliser notre mission, nous devons faire preuve d'ouverture et miser sur la cohérence de nos décisions et de nos actions. Ainsi, nous parvenons à une adéquation entre l'information véhiculée et l'expérience vécue.

Caractéristiques de la population desservie

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

En 2013, la population de la région était estimée à 318 350 personnes dont 39 847 dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans[1]. Au cours des dernières années, on a assisté à une augmentation de la proportion des familles monoparentales et celles des personnes vivant seules. En 2011, Sherbrooke avait la plus forte proportion de sa population à faible revenu vivant dans les quartiers à faible revenu (44,5 %) au pays, incluant 8820 familles monoparentales.

Les déterminants en dépendance

Selon l'enquête sur les toxicomanies au Canada (2005), 82,3 % de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus déclare avoir consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête. En Estrie, la proportion est de 83,1 %[2].

En Estrie, le taux des personnes ayant une consommation abusive d'alcool, âgées de 12 ans et plus, est légèrement supérieur à celui du Québec (20,5 % en Estrie et 17,3 % au Québec).[4]

C'est dans la tranche des plus jeunes, 15-24 ans, que les femmes sont consommatrices d'alcool dans une proportion presque égale à celle des hommes. En comparaison, chez les 25-44 ans, on observe une proportion de buveurs deux fois plus élevée (89 %) que de buveuses (49 %).

Une lecture différenciée selon les sexes nous indique que sur sept jours, 13 % des hommes de l'Estrie (contre 10 % au Québec) et 2 % des Estriennes (contre 2,2 % au Québec) auraient consommé plus de quatorze consommations. Une plus forte proportion de femmes enceintes en Estrie ont consommé au moins une fois de l'alcool durant leur grossesse qu'au Québec (42 % en Estrie contre 34 % au Québec).

La consommation élevée d'alcool en une même occasion (cinq consommations ou plus) douze fois l'an ou plus est en hausse au Québec depuis une dizaine d'années. En Estrie, la tendance est semblable. Plus particulièrement entre 2001 et 2005, la proportion de ce type de buveurs en région est passée de 15,9 % à 18,1 % et beaucoup plus d'hommes que de femmes déclarent avoir ce type de comportement (25,9 % contre 10,7 %)[1].

La consommation quotidienne et excessive d'alcool par les jeunes constitue une source d'inquiétude à cause de la banalisation de cette consommation comparativement aux drogues illicites, et ce, malgré les risques non négligeables qu'elle comporte. Selon l'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire réalisée de novembre 2010 à mai 2011[2], six jeunes sur dix ont consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion, qui est de 27 % en 1re secondaire, grimpe à 90 % en 5e secondaire.

---

1 Institut de la statistique du Québec
2 Statistique Canada
3 Portrait de santé de l'Estrie et de ses territoires 2006
4 Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011

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

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

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

Le phénomène d'injection est de plus en plus présent chez les adultes et les jeunes, ce qui a pour effet d'augmenter les risques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang dont l'hépatite C; une épidémie silencieuse selon des experts en santé publique[1]. Concernant les maladies infectieuses, certains taux estriens sont supérieurs à ceux du Québec, telle que la chlamydiose[4]. Un point positif : le taux d'incidence de l'hépatite B, parmi la population estrienne, est inférieur à celui de la population québécoise.

La double problématique dépendance et troubles de santé mentale

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

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

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

1 Institut de la statistique du Québec

4 Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011

Les indicateurs de santé mentale et la détresse psychologique élevée

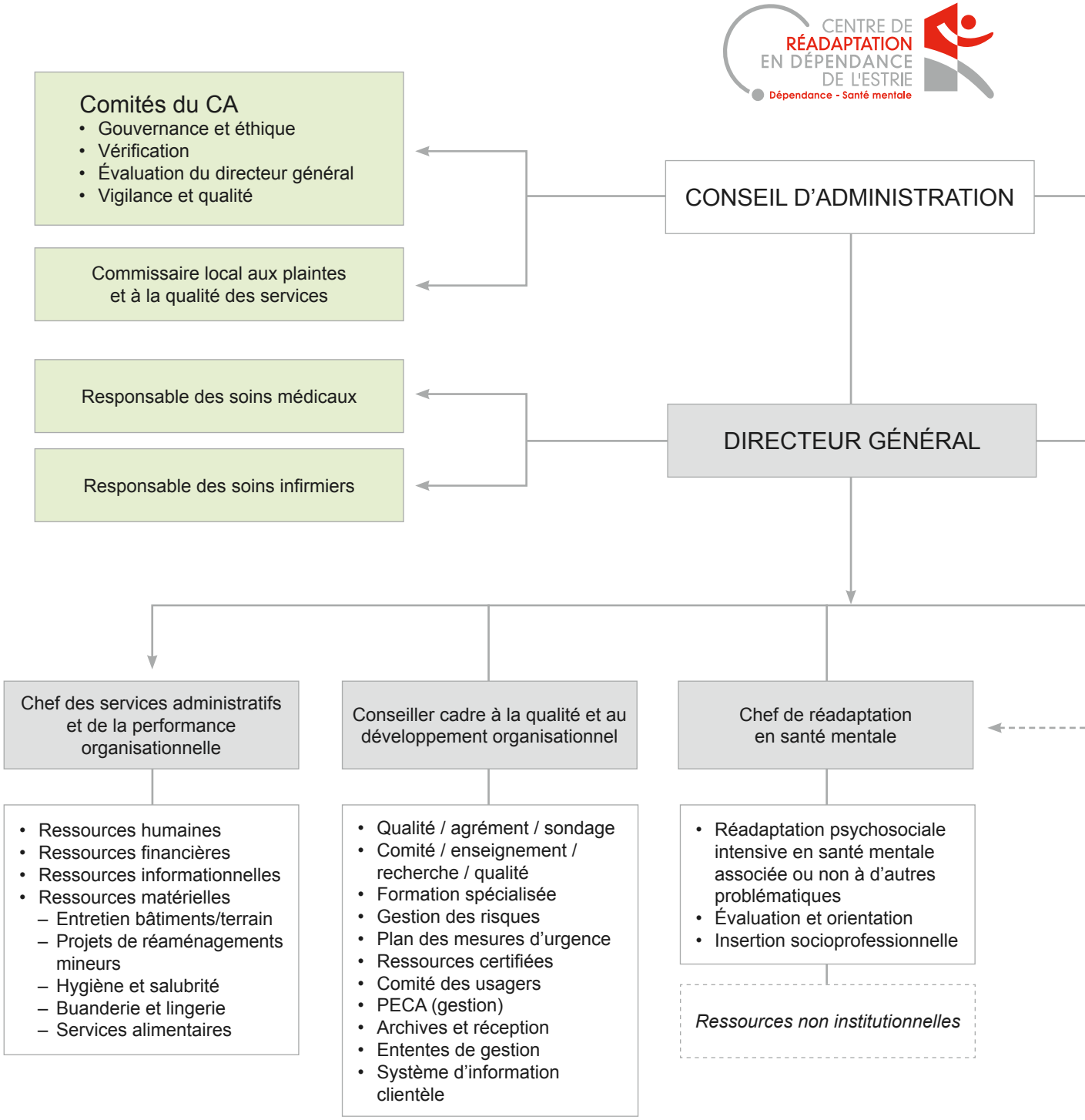
En Estrie, le pourcentage de la population se trouvant dans un état de détresse psychologique élevée est sensiblement le même que celui observé au Québec. Cependant, la prévalence des idées suicidaires dans notre région est toujours un peu plus élevée que celle observée dans l'ensemble du Québec soit 3,8 % comparativement à 2,9 %[3].

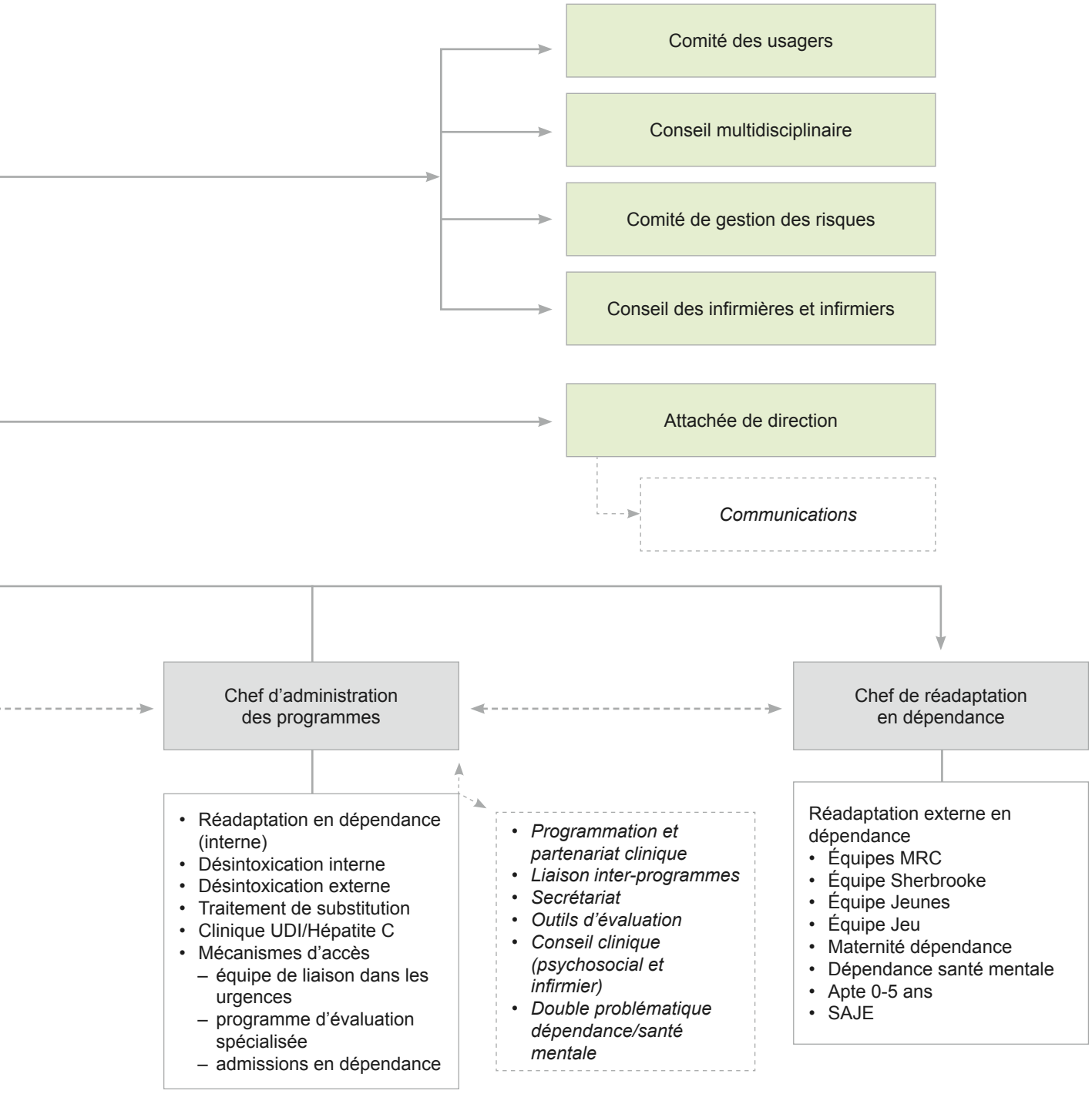
Dans notre région, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est supérieur à celui observé ailleurs. Il se dénombre à 59 comparativement à 45,4 pour 100 000 personnes. De ce fait, le taux ajusté de mortalité par suicide en Estrie est supérieur à celui observé dans l'ensemble du Québec soit de 19,3 comparativement à 17,8 par 100 000.

Il faut anticiper une demande accrue des services en santé mentale dans la ville de Sherbrooke où les éléments caractérisant les milieux défavorisés et la dislocation sociale sont nettement plus élevés que dans les MRC avoisinantes. Par exemple, on note un nombre plus grand de personnes vivant seules avec un faible revenu et de familles monoparentales.

3 Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006

Organigramme




Comité des usagers
Conseil multidisciplinaire
Comité de gestion des risques
Conseil des infirmières et infirmiers
Attachée de direction
Communications
Chef d'administration des programmes
Chef de réadaptation en dépendance
• Réadaptation en dépendance (interne)
• Désintoxication interne
• Désintoxication externe
• Traitement de substitution
• Clinique UDI/Hépatite C
• Mécanismes d'accès
– équipe de liaison dans les urgences
– programme d'évaluation spécialisée
– admissions en dépendance
• Programmation et partenariat clinique
• Liaison inter-programmes
• Secrétariat
• Outils d'évaluation
• Conseil clinique (psychosocial et infirmier)
• Double problématique dépendance/santé mentale
Réadaptation externe en dépendance
• Équipes MRC
• Équipe Sherbrooke
• Équipe Jeunes
• Équipe Jeu
• Maternité dépendance
• Dépendance santé mentale
• Apte 0-5 ans
• SAJE

Services offerts à la clientèle

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

Services spécialisés du programme en dépendance

- Accueil, évaluation et orientation spécialisée

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

- Réadaptation

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

- Aide et soutien aux membres de l'entourage

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

Services spécialisés du programme en santé mentale

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

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

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

Planification stratégique 2012-2015

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

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

En voici les résultats sommaires :

Positionnement de notre expertise et rayonnement

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

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Augmenter la visibilité et le niveau de connaissance de l'offre de service	• Révision du dépliant organisationnel • Présentation des services jeunesse aux intervenants scolaires et aux directions de maisons d'enseignement • Remise de pochettes informatives et de fiches signalétiques de l'offre de service en dépendance aux CSSS, CJE et écoles • Tenue de l'activité régionale en santé mentale (150 participants) • Présentation de l'offre de service en santé mentale auprès des équipes de santé mentale des CSSS de l'Estrie • Deux portes ouvertes pour présenter nos services aux maisons d'enseignement, aux ressources certifiées, aux partenaires et aux stagiaires • Refonte complète du site WEB en le rendant plus informatif sur nos services tout en l'harmonisant avec la nouvelle image graphique • Interventions médiatiques réalisées par nos porte-paroles

OBJECTIFS	RÉSULTATS

Contribuer au développement des expertises et connaissances en s'associant à la recherche	• Participation au projet de recherche provincial en cyberdépendance volet adulte
	• Participation à une recherche provinciale : Évaluation des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT)
	• Participation au comité directeur provincial et à une communauté de pratique pour le choix des meilleures interventions des programmes d'intervention d'appui aux familles (Piaf) et 6-12 ans
	• Participation à deux recherches en santé mentale :
	  ◦ Le processus d'adaptation des personnes atteintes de schizophrénie dont le soutien social est limité ou inexistant
	  ◦ La validation de la mesure des habitudes de vie auprès d'adultes présentant des troubles de santé mentale (MHAVIE)
	• Participation à un projet de recherche afin de mieux prévenir, dépister et traiter l'hépatite C
	• Participation à une recherche sur l'impact de la motivation sur la persistance dans les services pour les jeunes âgés de 18 à 24 ans

Consolider les services d'expertise-conseil et de soutien aux partenaires	• Participation de plusieurs partenaires aux formations spécialisées en dépendance offertes par notre établissement • Supervision de deux ressources privées certifiées par nos intervenants • Formation de neuf équipes du Centre jeunesse de l'Estrie au protocole d'intervention en situation d'intoxication et sevrage

Actualisation et accès à une offre de service spécialisée

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

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Compléter la formalisation de l'offre de service et la programmation en y intégrant les meilleures pratiques	• Révision de l'offre de service en dépendance et en santé mentale • Élaboration d'une programmation en réinsertion sociale et implantation au sein des services externes de l'outil d'évaluation des besoins en réinsertion sociale • Formalisation en cours de la programmation en réinsertion sociale • Création et implantation de la fonction pré-admission afin d'améliorer l'accès et la qualité des services de désintoxication • Bonification de l'offre de service régionale en jeu pathologique (déploiement d'une offre de service en groupe), évaluation et traitement des problèmes en cyberdépendance • Implantation et actualisation dans la programmation clinique de la thérapie psychologique intégrative pour la clientèle hébergée en santé mentale et la clientèle externe suivie dans le cadre du suivi intensif
Concrétiser l'intégration des services pour la clientèle présentant des troubles concomitants en dépendance et en santé mentale	• Comité mis en place pour établir une programmation pour la clientèle présentant des troubles concomitants (42 personnes en suivi individuel en 2013-2014)
Poursuivre et mener à terme le projet de relocalisation de la Maison Saint-Georges	• Relocalisation de la clientèle en juin et inauguration officielle le 17 octobre 2013 en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux

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

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Assurer aux personnes aux prises avec une problématique de dépendance, un accès aux services d'évaluation et d'orientation à l'intérieur des délais prescrits, notamment pour la clientèle prioritaire	• Cible : 60 % de la clientèle qui a accès à une évaluation spécialisée à l'intérieur de 15 jours ouvrables. Notre résultat cette année se situe à 81 % • L'implantation de l'outil d'évaluation des besoins individuels (GAIN) se poursuit. La certification de trois formatrices locales et de neuf intervenants utilisateurs du GAIN est complétée
Élaborer et mettre en place des mécanismes permettant une gestion optimale des listes d'attente	• Les mécanismes de gestion et de suivi des listes d'attente dans les équipes régionales (jeunes, jeu et adultes) ont été bonifiés
Bonifier et faciliter les mécanismes d'accès à l'hébergement sur notre territoire, en concertation avec nos partenaires	• Modification des critères permettant d'accueillir de la clientèle en dépannage santé mentale de 72 heures à un maximum de 30 jours (le taux d'occupation est passé de 14 % à 64 %) • Participation active au sein du comité de travail régional sur le continuum en santé mentale lié à la trajectoire de service
Participer aux travaux régionaux en lien avec la consolidation des services en désintoxication, la hiérarchisation des services en santé mentale et l'organisation des services de crise	• Participation de l'établissement au comité directeur en dépendance et en santé mentale sous la responsabilité de l'Agence • Participation au sous-comité dégrisement

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

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Évaluer et consolider en continu, nos ententes existantes avec nos principaux partenaires	• Suivi des ententes de collaboration et bilan annuel réalisé avec les partenaires pour les programmes Stratégie d'Action Jeunesse Estrie (SAJE), Aide aux parents toxicomanes et à leurs jeunes enfants âgés de 0-5 ans (APTE), protocoles de collaboration avec le Centre jeunesse de l'Estrie
Renforcer les liens de collaboration avec les partenaires afin d'améliorer la qualité et la continuité des services à la clientèle en début, en cours et en fin de traitement spécialisé	• Signature d'une entente de collaboration avec les CSSS de la région avec les adaptations nécessaires pour respecter les spécificités de chacun • Désignation d'un psychiatre répondant pour le programme en santé mentale • Diffusion de la répartition des rôles et responsabilités lors d'un épisode de service à l'hébergement en santé mentale auprès des équipes régionales de santé mentale • Participation et représentation dans plusieurs comités locaux ou régionaux

Qualité des services et la performance dans un contexte de ressources limitées

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

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Implanter une approche intégrée de gestion de la qualité	• Adoption et diffusion d'un cadre de référence sur la qualité visant à créer une culture de la qualité au sein de l'établissement
Élaborer et mettre en place des modalités permettant l'intégration des meilleures pratiques ainsi que des pratiques novatrices dans la prestation de nos services	• Implantation de la supervision clinique individuelle sur une base statutaire auprès du personnel clinique du programme en santé mentale • Séminaires d'intégration à l'entretien motivationnel
Élaborer et mettre en œuvre des guides et des protocoles d'intervention afin de soutenir la pratique clinique	• Révision et implantation des règles de soins, ordonnances collectives et protocoles en hébergement • Élaboration d'un guide d'intervention en situation d'intoxication et sevrage pour les jeunes hébergés au Centre jeunesse de l'Estrie

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Assurer l'évaluation en continu des besoins et de la satisfaction de la clientèle	• Évaluation systématique de la satisfaction de la clientèle hébergée en dépendance. Le taux de satisfaction atteint 91 % et se situe à 90 % pour les groupes thématiques dans les services externes en dépendance

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

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Assurer la disponibilité et une diversité d'expertises et de connaissances au sein de notre organisation	• Élaboration d'un plan de formation visant le développement des compétences et réalisation de la majorité des activités au cours de l'année • Mise en place d'un comité pour assurer la formation et l'appropriation de la thérapie cognitivo-comportementale sur un plan triennal • Désignation de deux intervenants multiplicateurs en entretien motivationnel
Déployer le PDRH-PMO	• Réalisation d'un plan de main-d'œuvre permettant d'identifier nos titres d'emploi vulnérables et de mettre en place des stratégiques particulières pour ces titres d'emploi

Améliorer notre performance par l'optimisation de nos ressources

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Optimiser nos processus par l'approche Lean	• Projet LEAN en cours sur la gestion de la médication au programme en santé mentale
Contribuer aux projets régionaux d'optimisation en lien avec le partage des ressources	• Collaboration au projet régional PRASE, projet d'optimisation des ressources permettant ainsi le transfert de la paie et de la rémunération • Contribution au projet d'optimisation des archives avec les trois autres centres de réadaptation de la région • Participation à la table de gouvernance DCI-CAE • Processus d'étude en cours visant la possibilité d'un regroupement avec le CSSS-IUGS et le CSSS du Val-Saint-François

Maintien d'un milieu de travail rassembleur, sain et sécuritaire suscitant l'engagement

Consolider notre culture organisationnelle et harmoniser nos pratiques de gestion

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Assurer l'intégration de nos valeurs organisationnelles au quotidien	• Échanges et appropriation des valeurs lors des rencontres d'équipe et retour lors des bilans annuels • Élaboration et affichage d'outils de diffusion pour mettre en évidence les fondements de notre organisation • Organisations d'événements avec l'objectif de créer de nouveaux rituels organisationnels • Activité reconnaissance pour les 10, 15 et 20 ans de service, les personnes retraitées ainsi que les nouveaux diplômés

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Élaborer un plan d'organisation et formaliser la philosophie de gestion en cohérence avec notre planification stratégique	• Révision du plan d'organisation

Maintenir notre taux de rétention et notre caractère attractif

OBJECTIFS	RÉSULTATS
Identifier et prioriser les caractéristiques d'un employeur de choix	• Participation à deux salons de l'emploi • Plusieurs formes de support clinique sont offertes au personnel (conseiller clinique, supervision, midi-clinique par les médecins) • Offre de formation soutenant nos approches cliniques • Consultation du personnel à plusieurs reprises
Promouvoir un environnement de travail sain et sécuritaire	• Mise en place d'activités par le comité SST - saines habitudes de vie (évaluation de la condition physique des employés, achat d'équipements de gym pour la clientèle et le personnel, création d'un partenariat avec ISO-Santé et ententes corporatives avec trois centres d'activité physique)

Améliorer notre gestion de l'information

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

Statistiques sur la clientèle

Nombre de personnes ayant reçu des services	2012-2013	2013-2014
Nombre d'adultes (18 ans et plus) (excluant les membres de l'entourage)	1320 Hommes : 849 Femmes : 471	1215 Hommes : 768 Femmes : 447
Nombre de personnes de l'entourage des adultes	149 Hommes : 35 Femmes : 114	169 Hommes : 34 Femmes : 135
Nombre de jeunes de 0 à 17 ans (excluant les membres de l'entourage)	334 Hommes : 229 Femmes : 105	298 Hommes : 204 Femmes : 94
Nombre de personnes de l'entourage des jeunes de 0 à 17 ans	101 Hommes : 29 Femmes : 72	93 Hommes : 25 Femmes : 68
Nombre d'adultes de la communauté anglophone	49 Hommes : 30 Femmes : 19	48 Hommes : 28 Femmes : 20
Nombre de personnes évaluées par l'équipe spécialisée en dépendance basée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	290 Hommes : 184 Femmes : 106	293 Hommes : 186 Femmes : 107
Nombre d'usagers évalués par le programme d'évaluation spécialisée (PRÉS)	271	351
Délai moyen d'attente pour un premier rendez-vous	11 jours	9 jours
Nombre de personnes ayant reçu un traitement de substitution aux opiacés	77 Hommes : 53 Femmes : 24	79 Hommes : 51 Femmes : 28
Nombre de personnes ayant reçu des services en jeu pathologique	136 Hommes : 85 Femmes : 51	114 Hommes : 78 Femmes : 36
Nombre d'usagers ayant reçu des services en troubles concomitants (dépendance et santé mentale)	49 Hommes : 36 Femmes : 13	42 Hommes : 27 Femmes : 15

Hébergement au programme en dépendance

	Admissions		Taux d'occupation	
Type de services	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014
Désintoxication (quatre places)	199 Hommes : 114 Femmes : 85	193 Hommes : 115 Femmes : 78	81,6 %	94,4 %
Réadaptation (neuf places)	59 Hommes : 40 Femmes : 19	58 Hommes : 30 Femmes : 28	69,9 %	69,9 %
Jeunes (trois places)	24 Hommes : 17 Femmes : 7	27 Hommes : 17 Femmes : 10	34,6 %	51,3 %

Moyenne d'âge de la clientèle	2012-2013	2013-2014
Adultes	42 ans	44 ans
Jeunes	16 ans	15 ans

Hébergement au programme en santé mentale

	Admissions		Taux d'occupation	
Type de services	2012-2013	2013-2014	2012-2013	2013-2014
Réadaptation (vingt-deux places)	40 Hommes : 30 Femmes : 10	36 Hommes : 25 Femmes : 11	93,2 %	83 %
Dépannage (deux places)	21 Hommes : 18 Femmes : 3	36 Hommes : 22 Femmes : 14	26,2 %	60 %

	2012-2013	2013-2014
Moyenne d'âge de la clientèle	37	38

Programme d'évaluation des conducteurs automobiles (PÉCA)

	2012-2013	2013-2014
Nombre de demandes d'évaluation	720	1061

Ressources humaines

	2012-2013	2013-2014
Nombre total d'employés		
Équivalent temps complet (ETC)	66	67,40
Cadres		
À temps complet	6	6
À temps partiel	0	0
Employés réguliers		
À temps complet	42	42
À temps partiel	18	19,40
En sécurité d'emploi	0	0
Employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées	22 572	27 282
Équivalents à temps complet	12,35	15

Amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des services

Adoption du cadre de référence sur la qualité

L'établissement s'est doté d'un cadre de référence sur la qualité qui permet le développement d'une culture de la qualité intégrant des valeurs, des normes et des comportements, partagés par tout le personnel. En outre, il a pour objectifs de définir ce qu'est la qualité, d'encadrer l'ensemble des actions réalisées par l'établissement dans le but d'améliorer la qualité des services, d'identifier des actions structurantes pour chacune des perspectives de la qualité et de faire connaître les rôles et responsabilités de chacune des instances.

Résultats des sondages de satisfaction

Des sondages de satisfaction ont été effectués auprès de la clientèle hébergée et des participants aux groupes thématiques en services externes en dépendance. Les taux de satisfaction atteignent respectivement 91 % et 90 %.

La gestion des risques

Afin de poursuivre le développement d'une culture de pratiques sécuritaires et de consolider les mécanismes de la gestion des risques, les rapports concernant les incidents et accidents sont partagés régulièrement avec les différents comités. Ces rapports sont accompagnés des analyses et des actions qui ont été posées.

La sensibilisation de l'obligation à la déclaration a été faite auprès des équipes des deux hébergements ainsi que sur l'intranet. Ceci a permis d'améliorer la transparence de nos processus et d'apporter les modifications qui s'imposent.

Le Règlement sur la déclaration et la divulgation d'un incident ou d'un accident a été revu, adopté par le conseil d'administration et diffusé dans toutes les équipes de l'établissement afin de sensibiliser et d'améliorer les connaissances de tout le personnel sur l'obligation de la divulgation.

De plus, toutes les équipes ont été rencontrées afin de les informer sur les améliorations apportées à la suite de l'analyse des incidents ou des accidents.

Le plan d'évacuation (code rouge) a été établi et mis à jour en fonction des nouvelles constructions. Des vérifications de l'appropriation des consignes ont été effectuées particulièrement avec le personnel de nuit.

Deux évacuations ont été nécessaires par des déclenchements accidentels des alarmes. Elles ont été observées, analysées, les consignes ont été très bien suivies dans des délais très courts, certaines bonifications ont été apportées.

Nombre de rapports d'incidents et accidents

	2012-2013			2013-2014		
	Santé mentale	Dépendance	Total	Santé mentale	Dépendance	Total
Chutes	5	3	8	6	5	11
Médication	31	4	35	41	9	50
Environnement/ ressources matérielles	4	1	5	3	8	11
Possibilité d'abus/ agression	19	2	21	2	-	2
Autres (fugues)	30	10	40	15	13	28
TOTAL	89	20	109	67	35	102

Application des mesures de contrôle

Aucune mesure n'a été utilisée en 2013-2014 en lien avec le règlement sur les mesures de contrôle.

Les réalisations du comité santé et sécurité au travail :

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

- Ergonomie : formation d'un employé dans l'établissement afin d'assurer l'adaptation ergonomique des postes de travail, fiches ergonomiques disponibles sur l'intranet;
- Évaluation de la condition physique par ISO-santé (38 employés); mini-conférence, marches guidées et reconduction d'ententes corporatives avec trois centres d'activité physique;
- Achat d'équipement spécialisé destiné aux soins infirmiers, en lien avec les prélèvements sanguins afin d'émettre des recommandations pour diminuer les risques biologiques identifiés;
- Offre de vaccination contre l'influenza à tous les employés (taux de vaccination : 50 %);
- Formation RCR pour treize employés, OMÉGA pour un employé. Six autres ont complété la formation dispensée par JEVI sur la prévention du suicide;
- Formation offerte aux cadres relativement à la détection des employés en difficulté.

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

Traitement des plaintes

Trois plaintes ont été reçues et traitées par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services au cours de l'année 2013-2014. Les motifs de plaintes sont en lien avec le niveau d'accessibilité et les soins et services dispensés. Celles-ci ont engendré deux mesures d'amélioration soit une démarche d'amélioration professionnelle et un rappel auprès des intervenants assignés à l'accueil, afin de repréciser le processus d'intervention à l'accueil, le mandat des intervenants dans ce contexte ainsi que l'importance de bien documenter au dossier les motifs justifiant une référence ou un signalement.

Ces deux mesures d'amélioration ont été réalisées et par conséquent, aucune mesure n'est en cours à la fin de la période couverte par le présent rapport. Le délai moyen de traitement des plaintes se situe pour 2013-2014 à 18 jours. Aucun dossier n'a excédé le délai de 45 jours prévu par la Loi. Aucune intervention ni aucune assistance n'a été ouverte par le commissaire durant cette période.

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

Note : Le rapport annuel intégral 2013-2014 est disponible sur le site Web à www.crde.ca

Entente de gestion

Direction générale : Coordination, financement, immobilisations et budget

Priorité	Résultat 2013-2014	État d'avancement des travaux
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Entente de gestion et d'imputabilité signée	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires :

- La reddition de comptes pour cette fiche a été annulée à la période 13.

Services sociaux et de réadaptation

Objectifs de résultats

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

Indicateur	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	70,6 %	60 %	80,8 %

Commentaires :

- Cible atteinte grâce au travail de l'équipe du Programme régional de l'évaluation spécialisée (PRÉS).
- L'implantation d'un nouvel outil d'évaluation des besoins individuels (GAIN) en 2014-2015 risque d'avoir un impact sur les résultats de cet indicateur l'année prochaine.

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

Objectifs de résultats

- Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles

- Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
3.08 - Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.09 - Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Réalisé	Réalisé	Réalisé

* Résultats en date du 31 mars 2013, sauf si indiqué autrement
** Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

Rétention et mieux-être au travail

Objectifs de résultats

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

Indicateurs	Résultats* 2012-2013	Engagements 2013-2014	Résultats** 2013-2014
3.14 - Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3.13 - Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Non réalisé	Réalisé	Non réalisé
3.01 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,75 % (P12)	4 %	5,69 % (P12)

Commentaires

- Un suivi rigoureux et un soutien aux employés en invalidité.
- Mises en place de mesures adaptées pour favoriser le retour au travail.

* Résultats en date du 31 mars 2013, sauf si indiqué autrement
** Résultats en date du 31 mars 2014, sauf si indiqué autrement

Résultats financiers

Exercice terminé le 31 mars 2014

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie

Les états financiers résumés ci-joints du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de l'état des flux de trésorerie et de l'état de la variation des actifs financiers nets pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2014. Ni ces états financiers, ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers. Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les *Normes comptables canadiennes pour le secteur public.* La lecture des états financiers résumés ne pourrait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01 .61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 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.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, des surplus cumulés, de l'état des flux de trésorerie et de l'état de la variation des actifs financiers nets pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 11 juin 2014, contient un paragraphe dans lequel nous attirons l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Roy Desrochers Lambert Sencrl

ROY Desrochers Lambert sencrl [1]
Société de comptables professionnels agréés

Victoriaville
le 27 juin 2014

[1] Joël Minville, CPA auditeur, CA

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

SIGNIFICATION DES CODES

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve — O : Observation — C : Commentaire

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

R : Réglé — PR : Partiellement réglé — NR : Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Aucune réserve						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucune réserve						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Aucune réserve						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Aucune réserve						
Rapport à la gouvernance						
Aucune réserve						

Rapport de la direction

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les *Normes comptables canadiennes pour le secteur public* ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

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

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Murray McDonald
Directeur général

Myrianne Lareau
Chef des services administratifs et performance organisationnelle

11 juin 2014

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

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

État des résultats

	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	
		Exercice courant	Exercice courant	Exercice courant	Exercice précédent
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	6 450 480	6 131 447	467 315	6 598 762	6 932 013
Contributions des usagers	153 000	156 420	—	156 420	172 947
Ventes de services et recouvrements	118 555	228 352	—	228 352	172 843
Revenus de placement	5 750	11 177	—	11 177	19 469
Revenus de type commercial	—	—	—	—	—
Gain sur disposition	—	—	—	—	—
Autres revenus	340 300	383 668	—	383 668	236 604
TOTAL	**7 068 085**	**6 911 064**	**467 315**	**7 378 379**	**7 533 876**
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	5 726 466	5 767 216	—	5 767 216	5 485 780
Médicaments	3 550	1 588	—	1 588	3 617
Fournitures médicales et chirurgicales	4 950	2 657	—	2 657	7 495
Denrées alimentaires	85 000	86 283	—	86 283	83 855
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles		186 398	—	186 398	184 157
Frais financiers	120 850	—	123 482	123 482	91 131
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	6 597	91 616	43 482	135 098	94 137
Créances douteuses	—	3 372	—	3 372	4 253
Loyers	—	1 305	—	1 305	—
Amortissement des immobilisations	250 000	—	212 273	212 273	125 569
Perte sur disposition d'immobilisations	—	—	—	—	—
Autres charges	982 593	721 958		721 958	851 046
TOTAL	**7 180 006**	**6 862 393**	**379 237**	**7 241 630**	**6 931 040**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(111 921)**	**48 671**	**88 078**	**136 749**	**602 836**

État des surplus (déficit) cumulés

	Fonds		Total	
	Exploitation Exercice courant	Immobilisations Exercice courant	Exercice courant	Exercice précédent
SURPLUS (déficits) cumulés au début déjà établis	449 996	1 186 719	1 636 715	1 033 879
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	—	—	—	—
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	—	—	—	—
SURPLUS (déficits) cumulés au début redressés	449 996	1 186 719	1 636 715	1 033 879
SURPLUS (déficit) de l'exercice	48 671	88 078	136 749	602 836
Autres variations :	—	—	—	—
Transferts interfonds (fonds d'immobilisations)	—	—	—	—
TOTAL des autres variations	—	—	—	—
SURPLUS (déficits) cumulés à la fin	498 667	1 274 797	1 773 464	1 636 715
Constitués des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe	—	—	—	—
Affections d'origine interne	—	—	—	—
Solde non affecté	—	—	1 773 464	1 636 715
TOTAL	—	—	**1 773 464**	**1 636 715**

État de la situation financière

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire)	776 924	—	776 924	683 723
Placements temporaires	203 754	—	203 754	861 401
Débiteurs – Agence et MSSS	148 816	28 917	177 733	151 876
Autres débiteurs	126 500	—	126 500	307 779
Créances interfonds (dettes interfonds)	482 936	(482 936)	—	—
Subvention à recevoir (perçue d'avance) — réforme comptable	481 636	(538 633)	(56 997)	(202 897)
Placements de portefeuille :				
Frais reportés liés aux dettes	—	10 358	10 358	—
Autres éléments	—	—	—	—
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**2 220 566**	**(982 294)**	**1 238 272**	**1 801 882**
PASSIFS				
Emprunts temporaires	—	675 794	675 794	485 055
Autres créditeurs et autres charges à payer	984 539	—	984 539	1 184 228
Avances de fonds en provenance de l'Agence — enveloppes décentralisées	—	119 740	119 740	2 510 123
Intérêts courus à payer	—	28 917	28 917	24 493
Revenus reportés	136 294	—	136 294	73 515
Dettes à long terme	—	4 310 395	4 310 395	1 386 675
Passif au titre des avantages sociaux futurs	625 218	—	625 218	593 108
Autres éléments	17 499	—	17 499	41 317
TOTAL DES PASSIFS	**1 763 550**	**5 134 846**	**6 898 396**	**6 298 514**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**457 016**	**(6 117 140)**	**(5 660 124)**	**(4 496 632)**
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	—	7 391 937	7 391 937	6 126 530
Stocks de fournitures	—	—	—	—
Frais payés d'avance	41 651	—	41 651	6 817
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**41 651**	**7 391 937**	**7 433 588**	**6 133 347**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**498 667**	**1 274 797**	**1 773 464**	**1 636 715**

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

	Budget	Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIFS FINANCIERS NETS (dette nette) au début déjà établis	(4 496 622)	443 179	(4 939 811)	(4 496 632)	(2 226 872)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	—	—	—	—	—
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	—	—	—	—	—
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(4 496 622)	443 179	(4 939 811)	(4 496 632)	(2 226 872)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(111 921)	48 671	88 078	136 749	602 836
Variations dues aux immobilisations :					
Acquisitions			(1 477 680)	(1 477 680)	(3 022 295)
Amortissement de l'exercice	250 000	—	212 273	212 273	125 569
(Gain)/Perte sur dispositions	—	—	—	—	—
Produits sur dispositions	—	—	—	—	—
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	**250 000**		**(1 265 407)**	**(1 265 407)**	**(2 896 726)**
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance :					
Acquisition de frais payés d'avance	—	—	—	—	—
Utilisation de stocks de fournitures	—	—	—	—	—
Utilisation de frais payés d'avance		(34 834)		(34 834)	24 130
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		**(34 834)**		**(34 834)**	**24 130**
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	—	—	—	—	—
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**138 079**	**13 837**	**(1 177 329)**	**(1 163 492)**	**(2 269 760)**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**(4 358 543)**	**457 016**	**(6 117 140)**	**(5 660 124)**	**(4 496 632)**

État des flux de trésorerie

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit)	136 749	602 836
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Créances douteuses	3 372	4 253
Stocks et frais payés d'avance	(34 834)	24 130
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	—	—
Perte (Gain) sur disposition de placement	—	—
Amortissement des immobilisations	212 273	125 569
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE	**180 811**	**153 952**
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(2 798 035)	3 326 355
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement	(2 480 475)	4 083 143
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Immobilisations :		
Acquisitions	(1 477 680)	(3 022 295)
Produits de disposition	—	—
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations	(1 477 680)	(3 022 295)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation d'autres éléments :		
Subvention à recevoir – Réforme comptable	(145 900)	(537 186)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	(145 900)	(537 186)
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes :		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	3 010 991	—
Emprunts effectués – Refinancement de dettes à long terme	—	—
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(87 271)	(85 715)
Emprunts remboursés – Refinancement de dettes à long terme	—	—
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	3 210 157	155 631
Emprunts temporaires effectués – Refinancement fonds d'immobilisations	(3 010 991)	—
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(8 427)	(63 931)
Variations d'autres éléments :		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	3 114 459	5 985
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	(989 596)	529 647
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	1 970 117	1 440 470
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	980 521	1 970 117
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent :		
Encaisse	776 767	1 108 716
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	203 754	861 401
TOTAL	**980 521**	**1 970 117**
PLACEMENTS TEMPORAIRES		
Échéance inférieure ou égale à 3 mois :		
SOLDE AU 31 MARS DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT	**861 401**	**1 246 460**
SOLDE AU 31 MARS DE L'EXERCICE COURANT	**203 754**	**861 401**

Mesures de retour à l'équilibre budgétaire

Les cibles de réduction visant les activités de nature administrative ont été appliquées lors de l'élaboration du budget initial. Des mesures concrètes d'optimisation ont été prises afin de réduire notamment les dépenses de publicité, de frais de déplacement et de formation.

En ce qui concerne la cible visant le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux, le Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie participe avec l'ensemble des établissements de la région à des travaux d'optimisation qui permettront de réaliser des économies.

Le suivi mensuel de nos indicateurs de gestion a contribué à prendre des décisions stratégiques favorisant l'équilibre budgétaire.

Rapport d'activités des comités et instances participatives

Membres du conseil d'administration

Mme Carole Côté, présidente	Population
M. Louis Rosa, vice-président	Cooptation
M. Murray McDonald, secrétaire	Directeur général
Mme Sandra Brassard	Cooptation
Mme Camille Chénard	Cooptation
M. Denys Chenard	Comité des usagers
Mme France Duquette	Conseil multidisciplinaire
M. Pier-Étienne Fortier-Audet	Conseil des infirmières et infirmiers
M. Michel Fortin	Cooptation
M. Sylvain Gobeil	Cooptation
M. Claude Moreau	Comité des usagers
M. Mario J. Proulx	Cooptation
M. Jacques Nadeau	Conseil multidisciplinaire
M. Carl Tourigny	Nomination par l'Agence
M. Jean Tremblay	Nomination par l'Agence

Comité de gouvernance et d'éthique

Les membres

Camille Chénard

Carole Côté, présidente

Michel Fortin

Claude Moreau

Murray McDonald, directeur général

Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment comme fonctions d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement, un code d'éthique et de déontologie pour les membres du conseil d'administration, des profils de compétence et d'expérience pour la nomination des membres indépendants et des critères pour l'évaluation du conseil d'administration.

Le comité de gouvernance et d'éthique a tenu deux rencontres au cours de l'année. Les travaux du comité ont porté sur le code d'éthique et de déontologie des administrateurs, lequel a été révisé et adopté par le conseil d'administration ainsi que sur l'élaboration d'une grille permettant d'évaluer le fonctionnement et la performance du conseil d'administration et de ses comités.

Comité de vérification

En plus de ses fonctions en lien avec le choix d'un cabinet d'auditeurs et les résultats de ses travaux, le comité de vérification fait des recommandations et formule des avis au conseil d'administration concernant le contrôle interne, les états financiers et le rapport de l'auditeur.

Les membres du comité se sont rencontrés à dix reprises au cours de l'année pour faire des recommandations au conseil d'administration notamment concernant l'utilisation optimale des ressources de l'établissement, le suivi des appels d'offres entourant la vente de la Maison Saint-Georges et les rapports financiers et opérationnels.

Les membres

Michel Fortin

Louis Rosa, président

Jean Tremblay

Invitée d'office

Carole Côté

Comité de vigilance et de la qualité

Les membres

Sandra Brassard, présidente

Camille Chénard, administrateur

Denys Chenard, administrateur et représentant du comité des usagers

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

Murray McDonald, directeur général

Le comité de vigilance doit veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui a trait à la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés. Le comité de vigilance assure auprès du conseil le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.

Le comité reçoit trois fois par année le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et il s'assure du suivi des recommandations. Il est saisi du traitement des incidents/accidents et des travaux du comité local de gestion des risques. Parmi ses principaux dossiers, le comité a recommandé l'adoption du bilan du plan d'amélioration, a examiné les résultats des sondages de satisfaction effectués auprès de la clientèle hébergée et des groupes thématiques en dépendance et a recommandé l'adoption d'un cadre de référence sur la qualité.

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant principalement à identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers.

Les membres se sont réunis à six reprises cette année. Le comité a assuré un suivi régulier des déclarations des incidents et des accidents ainsi que des actions prises en conséquence. Le Règlement sur la déclaration et la divulgation d'un incident ou d'un accident a été revu, adopté par le conseil d'administration et diffusé dans toutes les équipes de l'établissement afin de sensibiliser et d'améliorer les connaissances de tout le personnel sur l'obligation de divulgation. De plus, toutes les équipes ont été rencontrées afin de les informer sur les améliorations apportées à la suite de l'analyse des incidents ou des accidents.

Outre la gestion des incidents et accidents, le comité s'est penché sur la gestion du traitement des déchets bio-médicaux en finalisant son protocole et a procédé à la révision de certaines actions du plan des mesures d'urgence.

Les membres

Denis Breton

Michel Gracia

Kathleen Laurendeau

Claude Moreau, comité des usagers

Pierre Noël, responsable des soins infirmiers

Catherine Pouliot

Jacques Reinbold, conseiller cadre à la qualité et au développement organisationnel

Conseil multidisciplinaire

Les membres

Anne Caron

Anne-Marie Fournelle

Christian Proulx, président

Murray McDonald, directeur général

Le conseil multidisciplinaire favorise l'émergence d'activités concernant l'appréciation et l'amélioration de la qualité des services, l'organisation scientifique et technique ainsi que l'animation de la vie clinique. Il donne son avis à la direction sur les enjeux de l'établissement concernant ces aspects.

Les membres du conseil multidisciplinaire ont émis des avis favorables concernant l'offre de service en santé mentale et troubles concomitants, l'offre de service en dépendance et pour le cadre de référence sur la qualité. De plus, ils ont clarifié les notions de réadaptation et de rétablissement dans le contexte du CRDE en initiant une collaboration avec les milieux universitaires et ont présenté les travaux effectués aux membres. Le conseil a également favorisé la réflexion éthique dans la pratique des intervenants et soutenu la planification et la priorisation des formations organisationnelles en sondant les membres du CM concernant les besoins de formation. Enfin, le comité a émis un avis à ce sujet aux ressources humaines.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII est responsable envers le conseil d'administration d'apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre, de faire des recommandations sur les règles des soins infirmiers applicables à leurs membres, sur les règles de soins médicaux, les règles d'utilisation des médicaments et sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres. Finalement, il assume toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Les membres de l'exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CII) ont travaillé sur les mandats suivants : ils ont participé à l'élaboration d'un guide d'orientation destiné aux infirmières et infirmiers ainsi qu'aux infirmières auxiliaires. Le comité a initié une démarche d'appréciation globale des actes en soins infirmiers, en procédant à l'inventaire des services à donner à l'hébergement en dépendance. Ils ont émis des avis favorables en regard de l'offre de service en santé mentale et en troubles concomitants, l'offre de service en dépendance et le cadre de référence sur la qualité. Un processus est également en cours afin de mettre à jour les ordonnances collectives et les règles de soins avec les médecins en collaboration avec un pharmacien communautaire.

Les membres

Doris Beaulieu

Josée Bernard

Brigitte Dionne, secrétaire

Pierre Noël, président

Murray McDonald, directeur général

Comité PMO-PDRH

Les membres

Lyne Brien

Marc Fournier

Myrianne Lareau

Jacques Reinbold

Découlant d'une obligation de la LSSSS, ce comité est responsable de l'élaboration et du suivi du plan d'action triennal de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines (PMO-PDRH) qui vise à la fois le maintien et le développement de la qualité des services, le soutien et le développement des meilleures pratiques et l'assurance d'un milieu de travail mobilisant et valorisant pour l'ensemble du personnel. Ce comité travaille à mettre en place des objectifs et conditions favorisant un milieu de travail stimulant, soutenant et propice au déploiement des compétences du personnel.

Le comité s'est réuni trois fois au cours de l'année. Ces rencontres ont permis de faire le suivi des trois axes du plan d'action, soit la dotation des postes, le maintien et le développement des compétences ainsi que la mobilisation. Le comité est fier des réalisations 2013-2014 notamment concernant la révision de plusieurs processus, ententes et outils ressources humaines, les résultats de la fusion des unités d'accréditation, le plan de formation soutenant les approches cliniques et offrant des possibilités de développement de l'expertise du personnel et finalement, la création d'un partenariat avec l'Université de Sherbrooke dans le cadre du certificat en toxicomanie. De plus, l'organisation de deux portes ouvertes a attiré des maisons d'enseignement, des partenaires du réseau, des ressources certifiées et des stagiaires de différentes disciplines. À cet effet, le programme d'accueil des stagiaires est maintenant actualisé.

Comité des usagers

Les membres

Denys Chenard

Fernand Delage

Marcel Lafrenière

Claude Moreau, président

Jacques Reinbold, désigné par le directeur général

Murray McDonald, directeur général

Le comité des usagers renseigne les usagers sur leurs droits et obligations. Il fait la promotion de l'amélioration des conditions de vie des usagers auprès de la direction et accompagne, sur demande, tout usager dans les démarches qu'il entreprend y compris celle de porter plainte.

Les membres du comité se sont réunis à six reprises. Le comité a tenu son assemblée générale et des membres ont été délégués pour assister au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers, à la Table de concertation des comités d'usagers en dépendance du Québec, en plus de participer à la rencontre régionale des comités des usagers. Parmi les réalisations issues du plan d'action 2013-2014, mentionnons l'augmentation de la visibilité du comité et l'organisation d'activités pour les usagers. Les membres ont également souligné la *Semaine de promotion des droits des usagers* par une rencontre avec les usagers de l'hébergement en dépendance et de l'hébergement en santé mentale pour offrir de l'information et faire la promotion des droits des usagers. Au cours de l'année, le comité a organisé un dîner hot-dogs pour les usagers et le personnel ainsi qu'un brunch de Noël pour les usagers externes.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Préambule

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

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

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

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

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

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

Dispositions générales

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 Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie, 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 obligations et devoirs généraux 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 :

1. Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
2. Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
3. Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
4. Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
5. 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 de l'Établissement**.** 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.

Principes d'éthique

L'administrateur :

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

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

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

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

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

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

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

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

Règles de déontologie

Disponibilité et participation active

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

Respect

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

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

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

Soin et compétence

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

Neutralité

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

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

Transparence

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

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

Discrétion et confidentialité

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

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

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

Relations publiques

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

Charge publique

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

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

Biens et services de l'établissement

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

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

Avantages et cadeaux

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

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

Interventions inappropriées

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

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

Administrateurs indépendants

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

Conflit d'intérêts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fin du mandat

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

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

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

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

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

Application du code

Adhésion au Code

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

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

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

Comité de gouvernance et d'éthique

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

1. Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
2. Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
3. Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
4. Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;

5. Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
6. Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
7. Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

Comité de discipline

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

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

Le Comité de discipline a pour fonctions de :

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

Tout manquement aux dispositions de ce code peut entraîner l'imposition d'une sanction en conformité avec les mécanismes prévus à cet effet.

Aucun manquement de la part des membres n'a été constaté au cours de l'année 2013-2014.

Déclaration sur la fiabilité des données

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Murray McDonald
directeur général

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

Production : Ginette Lacroix, Marie-Josée Loiselle et
Marie-France Thibeault

Conception graphique et impression : Imacom Communications

Photographies : banque de photos

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

Août 2014

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE
Dépendance - Santé mentale

Nos coordonnées

Siège social

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

Services en santé mentale

Téléphone : 819 821-2500

Services en dépendance

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

Services aux adultes de Sherbrooke
819 821-2500

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

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

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

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

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

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

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

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