Rapport de gestion

2013 14

CRDITED ESTRIE

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

La différence, notre richesse collective

Dans le présent document, les genres masculin et féminin sont employés sans discrimination et peuvent inclure tant les hommes que les femmes.

Ce rapport de gestion a été adopté par le conseil d'administration le 12 juin 2014.

Le document est disponible en version électronique à :

crditedestrie.qc.ca

MEMBRE AFFILIÉ Réseau PLANETREE Québec

MEMBRE FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Agréé par: CQA

Table des matières

Acronymes	4
Déclaration de fiabilité	5
1 Message du président et de la directrice générale	6
2 Suivi des orientations et priorités 2013-2014	7
3 Défis et priorités 2014-2015	9
4 Présentation de l'organisation	10
5 Entente de gestion et d'imputabilité	16
6 Dispositions relatives à la Loi 100	18
7 Faits saillants	19
8 Effectifs	29
9 États financiers	30
10 Conseil multidisciplinaire	34
11 Conseil des infirmières et infirmiers	35
12 Comité de vigilance et de la qualité	36
13 Comité de gestion des risques	37
14 Comité de gouvernance et d'éthique	39
15 Comité des usagers	40
16 Fondation du Centre Notre-Dame-de-l'Enfant	43
17 Fondation du Centre d'accueil Dixville	44
18 Conseil des gouverneurs du Centre d'accueil Dixville	45
Annexe 1— Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration	46
Annexe 2— Rapports de l'auditeur indépendant concernant les états financiers	50

Acronymes

AEO	Accès, évaluation et orientation
ARP	Adaptation et réadaptation à la personne (Service de...)
ASDI	Association sherbrookoise pour la déficience intellectuelle
CA	Conseil d'administration
CGR	Comité de gestion des risques
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CM	Conseil multidisciplinaire
CNDE	Centre Notre-Dame de l'Enfant
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS– IUGS	CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
DG	Direction générale
DI	Déficience intellectuelle
DRFTI	Direction des ressources financières, techniques et informationnelles
DRHDO	Direction des ressources humaines et du développement organisationnel
DQRP	Direction de la qualité, de la recherche et de la performance
DSR	Direction des services de réadaptation
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
ICI	Intervention comportementale intensive
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAC	Ressource à assistance continue
RI	Ressource intermédiaire
RNI	Ressource non institutionnelle
RTF	Ressource de type familial
SARP	Service d'adaptation et de réadaptation à la personne
SATEDE	Société de l'autisme et autres troubles envahissants du développement de l'Estrie
SIPAD	Système d'information clientèle pour les personnes ayant une déficience
SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
TC	Trouble du comportement
TED	Trouble envahissant du développement
TGC	Trouble grave du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Déclaration de fiabilité des données

À titre de directrice générale, 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 déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement 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.

Danielle Lareau
Directrice générale

1 Message du président et de la directrice générale

L'année 2013-2014 a été particulièrement bien remplie en projets et travaux contribuant à l'amélioration continue de nos services et à l'efficience de l'organisation. Pensons simplement au lancement de notre troisième démarche d'agrément, à la réorganisation de la structure administrative afin de gagner en efficacité, à l'entreprise de la planification stratégique 2015-2020.

Parmi les autres grands travaux qui ont marqué l'année, soulignons la participation, de concert avec les autres CRDITED, à trois vastes projets animés par la FQCRDITED, la conclusion des démarches pour obtenir la dénomination officielle *Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie,* la révision du processus clinique dans une optique de spécialisation des services, et, finalement, le démarrage des travaux avec le Centre de réadaptation Estrie (CRE) pour étudier les opportunités d'un partenariat plus étroit.

L'ensemble de l'organisation a été mobilisée à différents niveaux dans ces travaux. Nous profitons de l'occasion pour remercier chaleureusement chaque membre du personnel pour l'énergie investie au profit de la clientèle que nous desservons. Chacun a mis l'épaule à la roue, pour l'accomplissement de notre mission. Je tiens également à remercier nos bénévoles pour leur précieuse contribution, toujours très appréciée.

Nos multiples chantiers entraînent des changements dans nos pratiques et façons de faire, ce qui peut être temporairement déstabilisant, mais nous nous en trouvons renforcés, et notre offre de service se bonifie continuellement, répondant toujours mieux aux besoins spécifiques des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Vous trouverez dans les prochaines pages de l'information plus détaillée sur les projets et travaux de l'établissement.

Les défis restent grands pour notre organisation, mais déjà beaucoup de chemin a été parcouru pour que nous puissions offrir des services spécialisés d'une qualité toujours rehaussée aux personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Forts de notre désir de toujours mieux répondre aux besoins et aux attentes de notre clientèle, forts du dynamise et de l'engagement du personnel, forts de nos précieux liens de partenariat, nous sommes prêts à poursuivre l'aventure.

Bonne lecture !

Danielle Lareau
Directrice générale

Gaétan Duford
Président du conseil d'administration

2 Suivi des orientations et priorités 2013-2014

En lien avec les orientations et priorités définies dans notre planification stratégique, pour 2013-2014, les principales réalisations de l'établissement sont les suivantes :

Développement de la spécialisation des services

- L'équipe de soutien à l'hébergement a été formée et elle s'approprie le nouveau guide de gestion découlant de l'adoption de la Loi sur la représentation des RTF et de certaines RI.
- L'équipe d'une de nos RAC accueillant des usagers avec un double diagnostic est à appliquer un projet d'organisation de travail visant à développer une plus grande expertise en santé mentale, à assurer un travail d'équipe professionnel plus performant et une meilleure coordination avec les partenaires.
- Le processus clinique a été revu et diffusé pour permettre aux équipes de s'approprier plus facilement les guides de pratique qui seront en implantation de 2014 à 2016 et dont l'assise est le processus clinique.
- Un projet de transformation d'une RAC a été élaboré pour permettre d'offrir un service d'évaluation - stabilisation à une clientèle émergente qui nous arrive en grande désorganisation.
- Un comité sur l'innovation et la recherche a pour mandat d'élaborer un cadre sur l'innovation qui sera annexé à une politique sur la recherche.

Amélioration continue de la qualité

- Afin d'améliorer l'accessibilité à un premier service, un plan d'action a été établi et acheminé à l'Agence.
- Pour assurer un meilleur suivi des listes d'attente, le service d'accueil - évaluation - orientation se trouve désormais sous la responsabilité d'une coordonnatrice de la direction des services de réadaptation.
- Des indicateurs ont été identifiés pour permettre, au cours de 2014-2015, d'évaluer le processus clinique révisé. La révision du processus clinique a aussi entraîné celle des règles de tenue de dossier.
- Un cadre de référence sur la qualité a été adopté par le conseil d'administration en 2013.
- Un programme de prévention des infections a été élaboré et sera soumis pour adoption par le conseil d'administration en 2014.
- Un programme de prévention des chutes a été élaboré en 2013 et sera adopté en 2014.
- Le plan triennal des mesures d'urgence a été complété en 2013 et mis à jour pour 2014-2015.
- Les ressources non institutionnelles ont été rencontrées à trois reprises au sujet de :
  - la gestion des avoirs des usagers;
  - l'administration des médicaments et des activités déléguées;
  - les nouvelles modalités de paiement en lien avec les conventions signées par le ministère et les représentants des RNI.

Attraction, rétention et mieux-être des ressources humaines

- Le conseil d'administration a adopté la résolution d'initier le projet « Positionnement employeur », qui est en implantation avec le soutien de la FQCRDITED.
- La structure des postes a été revue pour les RAC afin d'assurer une plus grande stabilité du personnel auprès de la clientèle.
- Un projet Lean a été réalisé pour le fonctionnement de la liste de rappel, afin de mettre en place des conditions qui assureront une meilleure rétention.
- Un « Comité reconnaissance » a vu le jour en cours d'année.

2 Suivi des orientations et priorités 2013-2014 — suite

- Le personnel développe une collaboration avec les nouveaux professionnels qui se sont joints à nos équipes : psychoéducateurs, ergothérapeutes et orthophoniste. De plus, le rôle des spécialistes en activités cliniques a été modifié afin qu'ils priorisent les services offerts en soutien de groupe.

Consolidation du partenariat avec le réseau local

- Le CRDITED est très présent dans les rencontres des réseaux locaux. La direction a débuté une tournée dans les CSSS pour présenter les enjeux de la transformation en cours.
- Le projet de la communauté stratégique TED a terminé sa première phase, visant une trajectoire allégée lors d'un diagnostic TED.
- Des rencontres ont été tenues avec l'équipe en santé mentale du CHUS pour améliorer la continuité de services.
- Un projet d'analyse de partenariat clinique avec le CRE a été adopté par le conseil d'administration. Un comité stratégique a été mis en place.
- Dans la préparation de notre nouvelle offre de services, les partenaires, les conseils professionnels et les usagers seront appelés en consultation.
- Nous poursuivons notre participation au comité de réflexion sur l'éthique, qui réunit les centres de réadaptation de la région.

Performance organisationnelle

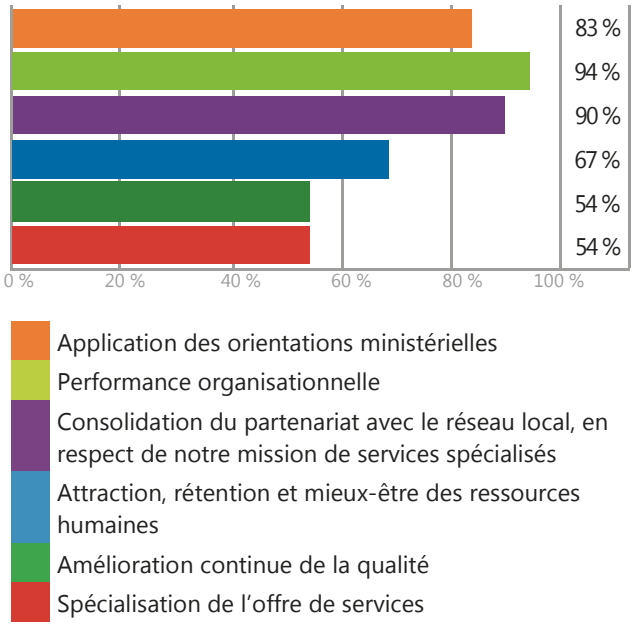
- Nous participons à trois projets collectifs d'optimisation régionale :
  - Paie et avantages sociaux
  - Archives
  - Assurance salaire
- Pour les communications, un intranet a été développé et sera opérationnel à l'été 2014.
- Les comités des usagers ont été consultés à deux reprises, soit sur les modalités de communication et sur l'adaptation de la communication pour les usagers.

Application des orientations ministérielles

- À chaque période financière, les gestionnaires sont avisés que les données en lien avec leurs indicateurs sont disponibles pour assurer un suivi de leur performance.

En un coup d'œil

Le diagramme qui suit présente l'atteinte des objectifs fixés dans la planification stratégique pour l'année 2013-2014, en date du 5 mai 2014. Notons que la planification stratégique inclut le plan d'amélioration de l'organisation.



3 Défis et priorités 2014-2015

Nous poursuivons nos travaux pour relever les défis et atteindre nos objectifs de 2014-2015.

Spécialisation de notre offre de services

- Adapter notre offre de services en contexte d'intégration résidentielle :
  - Développer une offre de services résidentiels pour la clientèle vieillissante;
  - Transformer une ressource à assistance continue en service de stabilisation - évaluation, et une autre en service spécialisé pour les jeunes;
  - Diminuer les délais d'accès à un service résidentiel :
    - Consolider le fonctionnement de l'équipe du service de soutien à l'hébergement.
- Accroitre la spécialisation de nos programmes :
  - Implanter les programmes pour les clientèles TSA de tous âges, et pour la clientèle DI de 0 à 5 ans;
  - Évaluer l'utilisation potentielle de bénévoles dans un contexte d'offre de services spécialisés.
- Favoriser la recherche et l'innovation :
  - Élaborer un cadre de référence sur les pratiques innovantes.

Amélioration continue de la qualité

- Améliorer l'accessibilité à un premier service selon les niveaux de priorité établis :
  - Instaurer le service d'ARP comme premier service;
  - Offrir le service d'intervention parentale en préparation à la prestation de l'ICI;
  - Développer l'offre d'épisode de services par tranches de vie pour les usagers de 6 à 21 ans.
- Consolider le processus clinique;
- Améliorer la qualité et la conformité des informations contenues au dossier de l'usager :
  - Procéder à un nouvel audit de dossier.
- Assurer la sécurité des services offerts à la clientèle :
  - Adopter et diffuser le cadre de référence sur la sécurité.

Attraction, rétention et mieux-être des ressources humaines

- Favoriser l'appropriation des composantes de l'approche centrée sur la personne :
  - Procéder à la demande d'accréditation Planetree bronze en 2015.
- Soutenir tous les membres du personnel dans l'exercice de leur rôle :
  - Optimiser la formation offerte au personnel.

Consolidation du partenariat avec le réseau local

- Participer à l'effort régional pour diminuer les délais d'obtention d'un diagnostic de TSA :
  - Implanter la nouvelle trajectoire.
- Impliquer les usagers dans le développement des nouvelles programmations :
  - Adapter nos communications pour les usagers.

Performance organisationnelle

- Participer à l'effort collectif d'optimisation régionale;
- Optimiser l'efficacité des communications;
- Actualiser le projet d'analyse de partenariat clinique avec le CRE.

4 Présentation de l'organisation

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité exécutif

Gaétan Duford, président
Ernest Garbutt, vice-président
Gerald Cutting, trésorier
Danielle Lareau, secrétaire / directrice générale

Comité de vigilance et de la qualité

Gaétan Duford
Jean-Luc Gosselin, CLPQS
Louis Trudel
Danielle Lareau
Caroline Viens, représentante du Comité des usagers

Comité de gouvernance et d'éthique

Gerald Cutting
Hugues Desrochers
Gaétan Duford
Andrée Lafleur, suivie de Sabrina Deslauriers
Danielle Lareau

Comité administratif

Diane Corbeil
Gerald Cutting
Claude Descôteaux
Gaétan Duford
Yolanda Galeano
Ernest Garbutt
Danielle Lareau

Comité de vérification

André Blouin
Gerald Cutting
Brian Kyle

Comité des ressources humaines

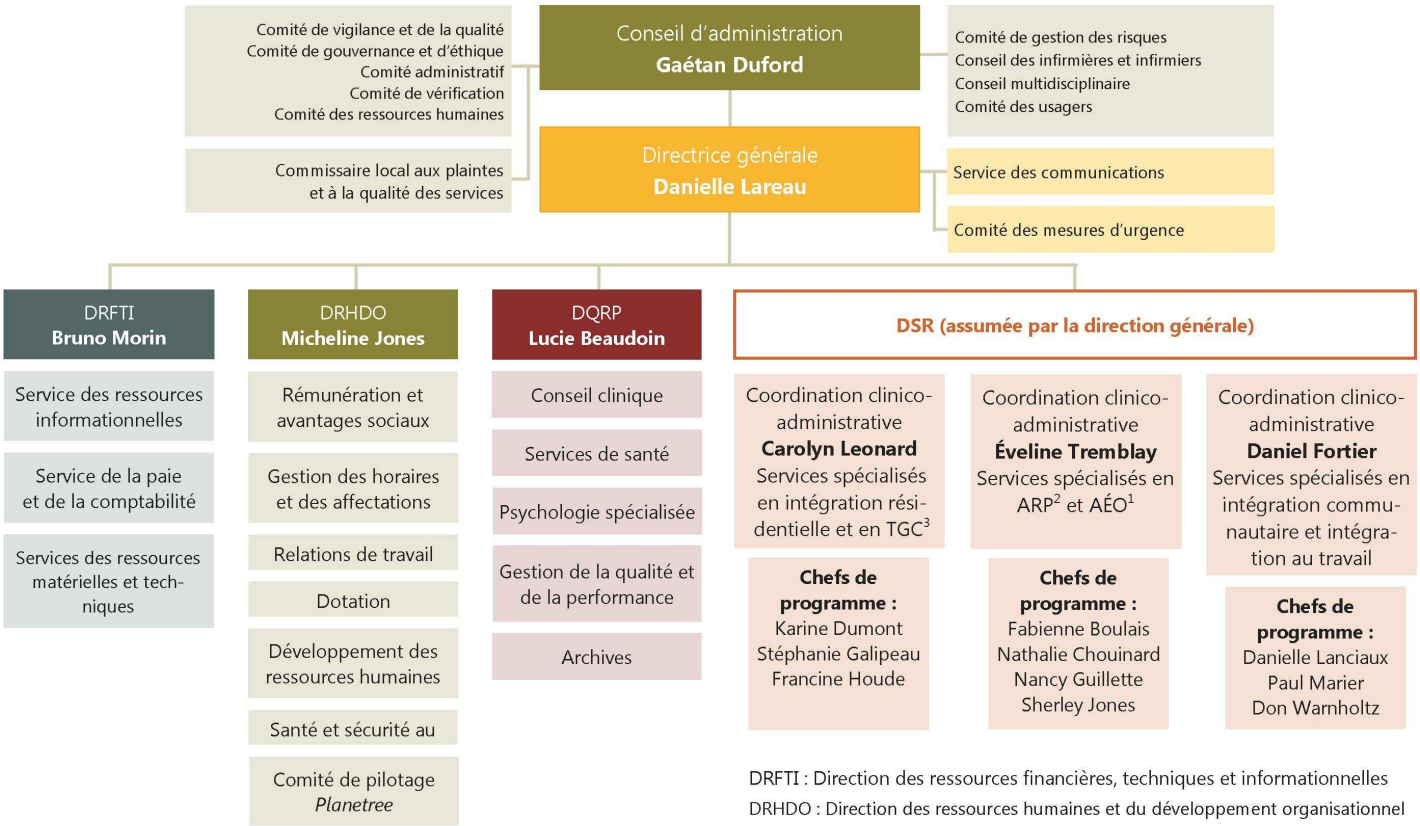
Gaétan Duford
Micheline Jones, DRH
Danielle Lareau
Sabrina Deslauriers
Gary Mullins

Tous les administrateurs

Réjean Bergeron
André Blouin
Diane Corbeil
Gerald Cutting
Line Deschambault
Claude Descôteaux
Sabrina Deslauriers
Hugues Desrochers
Gaétan Duford
Karine Dumont
Yolanda Galeano
Ernest Garbutt
Brian Kyle
Gary Mullins
Michelle Robert
Louis Trudel
Caroline Viens

On trouve en annexe 1 le Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration.

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



DRFTI : Direction des ressources financières, techniques et informationnelles
DRHDO : Direction des ressources humaines et du développement organisationnel
DQRP : Direction de la qualité, de la recherche et de la performance
DSR : Direction des services de réadaptation

[1] Accès, évaluation et orientation
[2] Adaptation et réadaptation à la personne
[3] Troubles graves du comportement

MISSION

Le CRDITED Estrie offre des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation aux personnes qui ont une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme[1] (TSA). Ces services visent à réduire les situations de handicap pour permettre une participation sociale optimale. L'établissement offre aussi, lorsque la situation le requiert, des services spécialisés aux proches et aux partenaires.

Le CRDITED Estrie est désigné par le gouvernement, en vertu de l'article 508 de la LSSSS, comme étant tenu de rendre accessibles aux personnes anglophones, des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Il dessert donc les clientèles francophone et anglophone de tous âges vivant en Estrie, mais aussi les clientèles allophones de la région, et ce, parfois avec le soutien du service d'aide aux Néo-Canadiens de Sherbrooke, qui peut fournir des services d'interprète.

TERRITOIRE ET POPULATION

L'établissement a une vocation régionale et il dessert l'ensemble de la région 05. Celle-ci regroupe sept MRC :

- Ville de Sherbrooke
- MRC de Coaticook
- MRC Memphrémagog
- MRC des Sources
- MRC du Granit
- MRC du Haut St-François
- MRC du Val St-François

La région compte 88 municipalités réparties sur un territoire de 10 197 km^2.

La population de la région totalisait 318 350 habitants en 2013 (source : Institut de la statistique du Québec). Près de la moitié des Estriens habitent la ville de Sherbrooke.

Dans le document *Programme-services en DI-TED – Estrie 2007-2010*, produit par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, des tableaux de prévalence estimée en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement présentent les informations suivantes :

Pour l'Estrie, selon les taux de prévalence, il y aurait actuellement 9 335 personnes ayant une DI dont 1 376 nécessiteraient des services de 1ère ou de 2e ligne et 934 qui nécessiteraient des services spécialisés de 2e ligne.

De façon générale, pour la clientèle ayant une DI, nous pouvons constater que si les estimations s'avèrent justes pour l'Estrie, c'est le groupe des 65 ans et plus qui connaîtra la plus grande croissance avec une augmentation de 40,2 % d'ici 2016.

Malgré l'augmentation prévisible de la cohorte des aînés, il y a lieu de rappeler le fait que les cohortes plus jeunes (0-17 ans et 18-64 ans) continueront à représenter la portion des usagers potentiels qui requièrent généralement un niveau et une intensité de services plus élevés pour soutenir leur intégration sur tous les plans ainsi que leur participation sociale.

En ce qui a trait à la clientèle ayant un TSA, selon les dernières données provinciales, le taux de prévalence serait maintenant de 60 à 70 par 10 000 habitants, ce qui représenterait entre 1 861 et 2 171 personnes touchées par ce syndrome dans la seule région de l'Estrie en 2011.

[1] L'appellation « trouble du spectre de l'autisme » remplace « troubles envahissants du développement », en cohérence avec la 5e édition du *Diagnosis And Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), paru en 2013.

SERVICES OFFERTS

Les services du CRDITED Estrie s'articulent autour de sept grands axes :

Service d'accès, d'évaluation et d'orientation

Le CRDITED reçoit sur référence les demandes de services et procède aux évaluations requises pour :

- Déterminer si la personne est admissible aux services
- Identifier les besoins de services spécialisés
- Orienter la personne vers les services appropriés du CRDITED
- Référer, s'il y a lieu, vers d'autres ressources

Les demandes d'accès aux services sont généralement acheminées au CRDITED par le biais des CSSS.

Services d'adaptation et de réadaptation à la personne

Le CRDITED Estrie dispense des services d'adaptation et de réadaptation visant à favoriser l'intégration et la participation sociales. Ces services incluent par exemple les activités suivantes :

- Établir le bilan fonctionnel de la personne
- Rendre disponibles des évaluations professionnelles
- Déterminer le plan d'intervention, le mettre en œuvre et le réviser périodiquement

De plus, afin de favoriser le projet de développement (chez l'enfant) ou le projet de vie (chez l'adulte), on peut offrir à la personne, selon ses besoins et ses caractéristiques, les services suivants, par exemple :

- Intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants TSA 0-5 ans
- Stimulation précoce pour les enfants DI 0-5 ans
- Soutien spécialisé dans les milieux naturels de la personne
- Services professionnels (psychoéducation, psychologie, sexologie…)
- Réadaptation physique
- Soins infirmiers

Les services d'adaptation et de réadaptation à la personne englobent aussi l'intégration résidentielle, l'intégration au travail et l'intégration communautaire.

Intégration résidentielle

Les principaux services en contexte d'intégration résidentielle sont les suivants :

Service résidentiel en milieu de vie substitut

Ce service offre à la personne un milieu se rapprochant le plus possible d'un milieu naturel, par le biais de ressources de type familial (RTF).

Service résidentiel spécialisé en milieu de vie substitut

Ce service offre une intervention soutenue, temporaire ou permanente, par le biais de ressources intermédiaires (RI).

Service intensif en milieu résidentiel spécialisé

Ce service permet d'évaluer les personnes et d'intervenir auprès d'elles de manière intensive; il est temporaire et vise le retour à un milieu de vie le plus intégratif possible. Ce service est offert par le biais de ressources à assistance continue (RAC).

Intégration au travail

Les principaux services en contexte d'intégration au travail sont les suivants :

Services spécialisés d'accessibilité à l'emploi

Les intervenants du CRDITED évaluent les intérêts socio-professionnels de la personne et son potentiel d'employabilité. Ils l'aident à développer les compétences, les intérêts et les habiletés sociales qui favoriseront la meil-

leure intégration possible au monde du travail ou le maintien de son emploi actuel.

Ainsi, les personnes peuvent bénéficier de :

- Stages en milieu de travail

Services intensifs d'adaptation et de réadaptation

Les intervenants du CRDITED évaluent les besoins de la personne, en termes d'intégration au travail, et interviennent de façon intensive. S'il y a lieu, la personne sera réorientée vers un milieu de travail adapté à ses besoins.

Ainsi, les personnes peuvent bénéficier de :

- Ateliers de travail au CRDITED
- Plateaux de travail dans la communauté

Intégration communautaire

Ces services permettent à la personne, par des contacts avec différents milieux, de développer des intérêts, ainsi que d'acquérir de nouvelles connaissances, compétences et habiletés sociales, pour favoriser son intégration communautaire.

Ces services sont offerts, par exemple, par le biais de :

- Centres d'activités de jour
- Plateaux sociocommunautaires

L'intégration communautaire peut aussi être favorisée par la participation à des programmes tels que *Best Buddies / Vrais copains*, ou encore par le jumelage d'un usager avec un bénévole, par exemple.

Services d'assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches

Lorsque requis, le CRDITED offre des services spécialisés pour soutenir les parents et les proches dans le développement de leurs capacités et de leurs compétences. Il peut, notamment, les accompagner dans certaines démarches.

Services de soutien spécialisé aux partenaires

Lorsqu'un partenaire formule une demande officielle, le CRDITED peut le soutenir, par exemple, dans l'acquisition de compétences pour favoriser le développement des usagers et faciliter leur intégration ainsi que leur participation sociale.

Réf. : « Les CRDITED : Des services orientés vers la participation sociale », Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED)

DONNÉES SUR LA CLIENTÈLE

Le tableau ci-dessous présente des données sur la clientèle desservie en 2013-2014, par tranches d'âge et par diagnostic.

NOMBRES D'USAGERS DESSERVIS SELON LE DIAGNOSTIC									
	0 - 4 ans	**5 - 11 ans**	**12 - 17 ans**	**18 - 21 ans**	**22 - 44 ans**	**45 - 64 ans**	**65 - 74 ans**	**75 ans et +**	**Total**
DI	29	19	59	57	344	376	70	6	**960**
TSA	37	72	39	22	51	12	0	0	**233**
Total	**66**	**90**	**97**	**78**	**395**	**388**	**70**	**6**	**1190 /1193[1]**

À titre comparatif, l'organisation a desservi 1 219 personnes l'année précédente.

[1] La différence de trois provient du fait que quelques usagers on été desservis, au cours de l'année, en considération d'un diagnostic de DI, mais aussi en considération d'un diagnostic de TSA.

Le tableau ci-dessous présente des données sur la clientèle desservie en 2013-2014, selon l'âge et selon le milieu de vie.

NOMBRES D'USAGERS DESSERVIS SELON LE MILIEU DE VIE									
	0 - 4 ans	**5 - 11 ans**	**12 - 17 ans**	**18 - 21 ans**	**22 - 44 ans**	**45 - 64 ans**	**65 - 74 ans**	**75 ans et +**	**Total**
Milieu naturel (parents)	65	85	60	38	184	31	0	0	**463**
Milieu naturel (autonome)	0	0	0	5	30	25	2	0	**62**
RAC	0	0	5	3	13	17	2	0	**40**
RI	0	2	2	6	28	23	2	0	**63**
RTF	0	2	19	25	120	229	50	3	**448**
Autres	1	1	11	1	20	63	14	3	**114**
Total	**66**	**90**	**97**	**78**	**395**	**388**	**70**	**6**	**1190**

5 Entente de gestion et d'imputabilité

Tel que prévu par la LSSSS, l'établissement et l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont convenu d'une entente de gestion et d'imputabilité qui précise, pour l'année 2013-2014, leurs engagements respectifs en vue d'améliorer et d'adapter l'offre de services et l'efficience du système.

Outre les attentes administratives précisées dans l'entente et pour lesquelles l'établissement a répondu aux exigences prévues, certaines autres cibles avaient été retenues. Le tableau suivant en présente les résultats pour l'année qui s'est terminée le 31 mars 2014, mais aussi, pour fins de comparaison, les résultats de l'année précédente.

Services spécialisés—Indicateurs		Résultats 2012-2013	Objectifs 2013-2014	Résultats 2013-2014	Performance
Délai d'attente pour un service en **ARP, contexte d'intégration résidentielle** (nb de jours)	DI	436	diminution	584	66,0 %
	TSA	202		408	- 1,9 %
Nb de personnes différentes ayant reçu un service		554	530	531	100,1 %
Délai d'attente pour un service en **ARP, contexte d'intégration au travail** (nb de jours)	DI	228	diminution	201	111,8 %
	TSA	61		130	-13,1 %
Nb de personnes différentes ayant reçu un service		471	460	484	97,2 %
Délai d'attente pour un service en **ARP** (nb de jours)	DI	197	diminution	207	94,9 %
	TSA	339		435	71,6 %
Nb de personnes différentes ayant reçu un service		1 208	1 100	1 205	109,5 %
Ressources humaines—Indicateurs		**Résultats 2012-2013**	**Cibles 2013-2014**	**Résultats 2013-2014**	**Performance**
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées		7,70 %	4,45 %	7,37 %	43,60 % *

* Facteurs expliquant un taux élevé : augmentation de la clientèle ayant des besoins complexes, roulement important du personnel (congés de maternité, mutations, retraits préventifs), pénurie sur la liste de rappel. Actions mises en place : activité sur la résilience auprès de quatre équipes, semaine de la reconnaissance sous le thème « Se connaître et se reconnaître », formation de 180 personnes au séminaire Planetree, diffusion de la *Politique sur la présence au travail*, mise en place d'un comité sur la reconnaissance, réalisation de projets Kaisen et sur le processus de dotation et la rétention du personnel.

PLAN D'ACCÈS

En juin 2008, le MSSS déposait le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Les objectifs du plan d'accès sont d'améliorer l'accessibilité aux services dans des délais raisonnables ainsi que d'optimiser et harmoniser les processus, la gestion de l'accès et l'organisation des services.

Standards d'accès

Des standards d'accès portent sur l'entrée dans **le premier service** et balisent le processus d'accès du moment où une personne présente une demande jusqu'au début du premier service. Ils s'appuient sur des critères pour établir un ordre d'accès aux services. Les trois niveaux de priorité sont « urgent », « élevé » et « modéré ».

Les tableaux suivants présentent les résultats d'atteinte des standards d'accès aux services pour les divers niveaux de priorité, ainsi que le nombre de personnes en attente d'un premier service et le nombre de recours aux mesures d'appoint.

ATTEINTE DES STANDARDS AU 31 MARS 2014

Niveau de priorité - clientèle	Nb de demandes traitées	Délai moyen d'attente	Temps d'attente max. ciblé
Urgent - DI	4	6,75	3 jours
Élevé - DI	52	72,94	90 jours
Modéré - DI	160	238,11	365 jours
Urgent - TSA	0	0	3 jours
Élevé - TSA	55	101,64	90 jours
Modéré - TSA	122	218,84	365 jours

NOMBRE DE PERSONNES EN ATTENTE D'UN 1ER SERVICE (SELON LE PLAN D'ACCÈS)

Clientèle	31 mars 2013	31 mars 2014
DI	43	38
TSA	36	39
Total	**79**	**77**

NOMBRE DE PERSONNES AYANT EU RECOURS AUX MESURES D'APPOINT*

2012-2013	2013-2014
58	15

* Soutien pendant la période d'attente.

6 Dispositions relatives à la Loi 100

En lien avec la *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette* (Loi 100), nous avons réduit les dépenses administratives de l'établissement de 240 392 $ au cours de l'année 2013-2014. L'effort d'optimisation, de 2010 à maintenant, totalise 734 725 $.

Détails :

- Loi 100 - réduction de 25 % des dépenses de publicité, des frais de déplacement et de formation
- Effort d'optimisation
  - Réduction de 10 % des dépenses administratives (pour certains centres d'activités - services administratifs)

Année	Montant ($)	% des charges brutes administratives (1)
2010-2011	131 150	2,3 %
2011-2012	104 430	1,8 %
2012-2013	258 753	4,6 %
2013-2014	240 725	4,2 %
Total	**734 725**	

(1) Basé sur un % des charges brutes administratives de 5 691 491 $, de l'année de référence au 31 mars 2011.

7 Faits saillants

AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Révision de la structure organisationnelle

Mise en place d'une structure organisationnelle plus efficiente visant notamment l'augmentation de la spécialisation et de l'accessibilité des services :

- Abolition du palier de la direction des services de réadaptation pour donner place, directement sous la DG, à trois coordinations clinico-administratives;
- Répartition des responsabilités de façon à ce que les chefs de programme soient responsables d'un type spécifique de service;
- Déplacement du service de l'AÉO sous une coordination clinico-administrative, notamment pour rapprocher des services à la clientèle la gestion de la liste d'attente.

Satisfaction de la clientèle

La satisfaction de la clientèle à l'égard du service de l'AÉO a été réévaluée en novembre 2013 (21 répondants).

Les éléments jugés les plus satisfaisants sont les suivants :

- Vulgarisation des informations par les intervenants
- Courtoisie et politesse des intervenants
- Considération pour la famille et les proches
- Confidentialité des informations
- Écoute de la part des intervenants

Les éléments considérés les moins satisfaisants sont les suivants :

- Facilitation des démarches avec les autres établissements
- Formalités pour recevoir un service
- Communication entre le CRDITED Estrie et le CSSS
- Documentation reçue concernant les services offerts
- Préoccupation des intervenants si le temps d'attente a été trop long

Satisfaction des partenaires

Le service de soutien aux partenaires a été évalué à l'automne 2013 par 16 partenaires. Les résultats révèlent que ces aspects sont jugés très satisfaisants :

- Courtoisie et politesse des intervenants
- Confidentialité des informations
- Respect des engagements de la part de l'intervenants
- Fait que l'intervention réponde à la demande
- Écoute des intervenants

Les trois éléments demandant davantage d'amélioration sont les suivants :

- Facilitation des démarches avec les autres établissements
- Formalités pour recevoir un service
- Délai de réponse à la demande

Un plan d'action sera élaboré pour améliorer les aspects jugés moins satisfaisants.

Agrément

L'établissement a entrepris sa troisième démarche d'agrément avec le CQA.

- Les sondages ont été réalisés pour connaître la satisfaction de la clientèle et des RNI, ainsi que la mobilisation du personnel.
- La rédaction des processus a débuté et les équipes d'évaluation ont été constituées; elles débuteront leurs rencontres en avril 2014.

Sécurité des soins et services

Le Comité de gestion des risques (CGR) s'est penché notamment sur la culture de sécurité au sein de l'organisation, la sensibilisation au lavage des mains et la vulnérabilité des RAC face aux infections transmissibles à la clientèle.

L'agente de gestion des risques a travaillé de concert avec le service de santé et le service d'hygiène et de salubrité pour élaborer un nouveau programme de prévention des infections qui traite des techniques de désinfection, des produits à utiliser et des précautions à respecter.

Le rapport complet du CGR est présenté plus loin dans ce document.

Mesures de contrôle

En 2013-2014, les mesures de contrôle ont touché 2,7 % de la clientèle (comparativement à 3,4 % pour l'année précédente, et à 4,1 % pour 2011-2012).

Cette année, 26 intervenants ont été formés en lien avec les mesures de contrôle, ce qui mène à 244 le nombre d'intervenants formés depuis 2012.

Analyse des plaintes et promotion des droits des usagers

Pour l'année 2013-2014, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS) rapporte qu'il a traité, pour notre organisation, 13 dossiers, soit : 5 plaintes, 7 assistances et une intervention.

Le délai moyen de traitement des plaintes a été de 39 jours, soit six jours de moins que la norme prévue par la LSSSS. Un seul dossier a excédé ce délai de traitement, avec l'autorisation de la personne concernée.

Les tableaux suivants donnent un aperçu des dossiers traités.

PLAINTES (5)
(Une plainte peut comporter plus d'un motif.)

Catégorie de motif	Nb
Accessibilité	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	1
Relations interpersonnelles	1
Soins et services dispensés	3
Total de motifs	**7**
Motifs ayant entraîné des mesures correctives	2

ASSISTANCES (7)

Type d'assistance	Nb
Aide concernant un soin ou un service	4
Aide à la formulation d'une insatisfaction	3

Le CLPQS a aussi assisté quatre usagers ou représentants pour les aider à formuler leur plainte.

7 Faits saillants — suite

INTERVENTION (1)	
Objet de l'intervention	**Nb**
Soins et services dispensés	1
Une mesure d'amélioration a été recommandée à la suite de cette intervention.	

À la suite des enquêtes du CLPQS, cinq mesures d'amélioration ont été recommandées à l'établissement.

Les mesures d'amélioration en cours au 31 mars 2014 continuent de faire l'objet d'un suivi par le Commissaire et, pour la prochaine année, deux nouvelles recommandations systémiques sont formulées, soit :

- Qu'une surveillance soit exercée tout au long de l'année pour assurer l'actualisation des normes de pratique découlant du nouveau processus clinique (concordance des notes au dossier et participation maximale des usagers et de leurs proches);
- Préciser et finaliser les actions de l'établissement en lien avec le soutien et le suivi des ressources, compte tenu du nouveau contexte contractuel des ressources et du nouveau cadre de référence du ministère.

Par ailleurs, au cours de 2013-2014, le Commissaire a poursuivi ses activités liées à la promotion des droits des usagers, à la responsabilisation du personnel et à l'information.

Le rapport annuel complet du CLPQS est disponible sur le site web de l'établissement.

Performance

La participation au chantier « Performance » de la FQCRDITED vise à doter les CRDITED et leur fédération d'un système permanent d'évaluation de la performance clinique, administrative et de gestion, avec un modèle commun (ÉGIPSS).

Une démarche a été entreprise avec le CRE pour explorer les opportunités et analyser les retombées et impacts de différentes modalités de travail en partenariat auprès de clientèles communes.

- Un comité stratégique composé de représentants des deux établissements a été mis sur pied et s'est rencontré à trois reprises entre les mois de janvier et de mars 2014.
- Des visites des installations physiques des deux établissements ont permis aux membres du comité de mieux connaître leurs réalités respectives.
- Le comité est à planifier les étapes à venir.

Nous offrons une participation active aux projets d'optimisation déployés régionalement, tels que la centralisation des archives et la régionalisation de la paie.

Projets Lean

Le projet Lean réalisé en ICI en 2012 a mené à un plan d'action qui s'est actualisé cette année :

- Les rôles et responsabilités des intervenants ainsi que l'offre de service ont été revus dans une optique d'efficience, d'accessibilité et de continuité des services;
- La matériathèque a été réaménagée pour être plus fonctionnelle et plus conviviale.

Deux projets Lean ont été réalisés à la DRHDO cette année :

Gestion des listes de rappel

Un projet portant sur l'optimisation de la gestion des listes de rappel visait à :

- Favoriser l'attraction et la rétention du personnel;
- Assurer une plus grande stabilité dans les équipes;
- Diminuer le nombre d'accidents et d'incidents au travail;
- Augmenter la satisfaction du personnel.

Un plan d'action a découlé de ce projet, et a entraîné :

- l'uniformisation des horaires et la bonification des postes dans les RAC;
- L'informatisation des horaires et des relevés de présence, ce qui assure une meilleure planification;
- la précision des règles et des procédures en lien avec les demandes de congé et la clarification des rôles et des responsabilités de chacun.

Processus de dotation

Un second projet portant sur l'amélioration des processus de dotation visait l'augmentation de la main-d'œuvre disponible sur les listes de rappel. Des rencontres ont été organisées, entre autres, avec des employés de la liste de rappel, et un plan d'action est en préparation.

Mesures d'urgence

Au cours de l'année, le comité de planification des mesures d'urgence (MU) a tenu trois rencontres régulières réunissant les représentants des différents volets.

Le plan d'action triennal des mesures d'urgence a été mis à jour, et plusieurs travaux se sont poursuivis, parmi lesquels :

- Tenue d'une journée thématique de sensibilisation aux mesures d'urgence à l'intention des employés et des usagers (plus de 165 participants);
- Participation du coordonnateur des mesures d'urgence et de la coordonnatrice substitut au Forum de sécurité civile, mission santé;
- Poursuite de la formation de base aux nouveaux employés et des formations aux membres de l'équipe locale d'intervention d'urgence (ÉLIU);
- Dans tous les points de service, un total de 28 exercices d'évacuation ont été effectués;
- Poursuite de la sensibilisation et de l'information au personnel, notamment par le biais du journal interne.

De plus, à la suite de la tragédie ferroviaire du 6 juillet 2013 à Lac-Mégantic, la cellule de crise a été mobilisée. Au cours des jours et des semaines qui ont suivi, plusieurs secteurs de l'organisation ont été mis à contribution pour apporter du soutien psychosocial et de l'aide matérielle.

MODIFICATIONS DANS LES SERVICES

La transformation des modalités de services pour la clientèle des enfants de 0 à 5 ans ayant un TSA (entre autres nouveautés, une formation et des ateliers de sensibilisation sont désormais offerts aux parents);

Le déménagement des usagers de la RAC Magog dans la résidence de la rue Prospect à Sherbrooke, baptisée « Le Virage »;

L'atelier du Granit a été transformé graduellement en Plateau Canadian Tire du Granit. La transformation a débuté à l'automne 2013 pour se terminer en mars 2014.

ACCÈS, ÉVALUATION ET ORIENTATION

Le service régional de l'AÉO a poursuivi ses activités cette année dans une optique de continuité des services.

Pour l'ensemble des services, tant en DI qu'en TSA, on a observé cette année une augmentation significative des demandes acheminées à l'établissement, soit une hausse de 16,58 %.

Les tableaux suivants présentent le nombre de nouvelles demandes d'accès traitées pour cette année, en comparaison avec l'année dernière.

NOMBRE DE PERSONNES RÉFÉRÉES		
Clientèle	**2012-2013**	**2013-2014**
DI	106	129
TED	81	90
Total	**187**	**218**

NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES		
Clientèle	**2012-2013**	**2013-2014**
DI	74	73
TED	69	70
Total	**143**	**143**

Le service de soutien spécialisé aux partenaires a reçu 16 demandes (soit le même nombre que l'an dernier), pour lesquelles les besoins suivants ont été identifiés :

- Bien connaître les concepts de base sur la déficience intellectuelle (DI);
- Bien connaître les concepts de base sur les troubles du spectre de l'autisme (TSA);
- Avoir de la formation quant aux interventions pour les clientèles DI et TSA;
- Améliorer nos connaissances sur la pratique professionnelle en centre de réadaptation;
- Développer notre expertise sur l'implantation d'une programmation adaptée aux clientèles;
- Recevoir du soutien quant à la communication non verbale (orthophonie);
- Être formés à l'approche « Omega »;
- Bonifier nos notions reliées à l'éducation sexuelle adaptée aux limitations cognitives.

SPÉCIALISATION DES SERVICES

Les travaux se sont poursuivis cette année dans le sens de la spécialisation des services :

- Participation au chantier « Guides de pratique » de la FQCRDITED, qui vise à améliorer les services de l'établissement en implantant quatre guides de pratique fondés sur des données scientifiques au cours de 2014-2015;
- Poursuite de la révision du processus clinique et implantation de celui-ci dans les services d'ARP;
- Lancement d'une démarche de transformation des RAC pour mieux répondre aux besoins de clientèles spécifiques (ex. : jeunes et adolescents, personnes en grande désorganisation);
- Adaptation de la RAC Arrêt-Source pour répondre aux besoins spécifiques de la clientèle ayant un double diagnostic (DI et trouble de santé mentale);
- Élaboration d'un programme de formation sur les troubles du spectre de l'autisme, en collaboration avec l'Université de Sherbrooke;
- Poursuite de l'implantation du travail interdisciplinaire auprès de certains usagers.

RESSOURCES HUMAINES

Cette année, plusieurs efforts pour le recrutement de personnel ont été déployés :

- Participation à plusieurs salons d'emploi et rencontres d'étudiants;
- Participation au chantier « Positionnement employeur » de la FQCRDITED, qui vise à faire rayonner les CRDITED comme employeurs de marque et à augmenter le niveau d'attraction de candidats;
  - Participation à la campagne de recrutement et déploiement des outils promotionnels;
- Révision de la formule d'entrevues;
- Révision de l'affichage des postes disponibles pour les rendre plus dynamiques et attrayants;
- Affichage de postes dans de nouveaux médias (ex. : site web Job Illico, Indeed, etc.)

Formation

Au cours de 2013-2014, l'établissement a investi une somme de l'ordre de 405 448 $ pour la formation. Les principales formations offertes concernaient :

- l'AIMM (Analyse d'intervention multimodale);
- le SCERTS-MII (modèle intégré d'intervention, pour la clientèle ayant un TSA);
- l'approche Oméga;
- les principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires (PDSB);
- les mesures de contrôle.

Modèle de gestion

Le Réseau Planetree Québec a déposé, à l'été 2013, son rapport découlant de l'évaluation organisationnelle du CRDITED Estrie. Les points forts soulignés et les pistes de développement suggérées dans le rapport nous inspirent et orientent déjà plusieurs de nos actions et activités.

Extrait du rapport du Réseau Planetree Québec :

« les employés sont engagés, préoccupés du bien-être de la clientèle et ont à cœur la qualité des services »

Le comité de pilotage *Planetree* s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année. Les membres ont échangé sur divers sujets, dont les meilleurs moyens pour promouvoir et faire vivre, dans l'établissement, l'approche centrée sur la personne.

Les boîtes à suggestions installées aux réceptions de la rue Prospect, de Dixville et de Lennoxville, ont été inaugurées. Elles ont mené, dès l'automne 2013, à l'actualisation de deux projets, alors que d'autres font l'objet d'une évaluation par le comité de pilotage Planetree.

Un séminaire d'une journée a été offert à 167 employés entre le 1er janvier et le 31 mars 2014. Le séminaire vise à susciter la mobilisation et l'engagement; il amène les membres du personnel à approfondir leur réflexion et leurs connaissances en lien avec l'approche centrée sur la personne, par le biais de diverses activités permettant notamment de :

- vivre une expérience de présence à soi et aux autres;
- se mettre à la place de l'autre, que ce soit l'usager ou un collègue.

Le séminaire continuera d'être offert à l'automne 2014.

Les gestionnaires et les membres du comité de pilotage ont participé au congrès international *Planetree* qui se déroulait cette année à Montréal; deux intervenants du CRDITED Estrie y ont fait une présentation.

Reconnaissance

Un sondage a été diffusé auprès de l'ensemble du personnel pour connaître les opinions, les idées et les pistes d'amélioration des employés en lien avec la

reconnaissance et diverses activités organisées par l'établissement pour le personnel.

La première édition de la Semaine « Se connaître et se reconnaître », a été tenue, avec diverses activités s'adressant aux membres du personnel et permettant à ceux-ci, entre autres, de partager de beaux moments.

Santé et sécurité au travail

Les tableaux suivants présentent les principales données en lien avec la santé et la sécurité au travail, pour cette année et pour l'année précédente.

INCIDENTS ET ACCIDENTS LIÉS AU TRAVAIL			
2012-2013		**2013-2014**	
Incidents	Accidents	Incidents	Accidents
246	22	249	29
268		**278**	

TAUX D'ABSENTÉISME ENTRAÎNANT DES PRESTATIONS DE LA CSST	
Nb d'heures d'absence par rapport au nombre d'heures travaillées	
2012-2013	**2013-2014**
2,58	2,63

TAUX D'ABSENTÉISME ENTRAÎNANT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE	
Nb d'heures d'absence par rapport au nombre d'heures travaillées	
2012-2013	**2013-2014**
7,70 % (31 741 h.)	7,37 % (30 098 h.)

Le tableau suivant présente quelques données significatives en lien avec les ressources humaines.

NOMBRE DE...	2012-2013	2013-2014
Embauches	30	49
Personnes inscrites sur la liste de rappel au 31 mars	107	111
Rencontres du CPSST	10	7
Employés ayant suivi une formation (loi 90)	162	208
Heures de formation admissibles (loi 90)	7 728	6 865

Bénévolat

Pour la quatrième année, l'organisation a souligné par une fête, sous la forme d'un « 5 à 7 », la contribution de ses bénévoles. Deux d'entre eux se sont vu décerner une reconnaissance particulière, soit Mme Diane Corbeil, membre du conseil d'administration de l'établissement et de celui de la Fondation du CNDE, ainsi que Richard McLernon, ancien membre du conseil d'administration de l'établissement et de la Corporation Dixville Home.

Par ailleurs, encore cette année, l'établissement a pu compter sur quelque 90 bénévoles qui œuvrent auprès des clientèles anglophone et francophone. On compte parmi les bénévoles 25 étudiants qui se sont impliqués auprès d'usagers par le biais du programme *Best Buddies / Vrais copains*.

Stagiaires

L'organisation a accueilli 46 stagiaires au cours de l'année (soit neuf de plus que l'an dernier), provenant des programmes scolaires suivants :

Niveau professionnel

- Assistance à la personne à domicile (3)
- Comptabilité et secrétariat (2)

Niveau collégial

- Techniques d'éducation spécialisée (25)
- Techniques de travail social (4)

Niveau universitaire

- Baccalauréat en études environnementales et développement durable (1)
- Baccalauréat en psychoéducation (5)
- Maîtrise en psychoéducation (1)
- Maîtrise en orientation professionnelle (1)

De plus, l'établissement a accueilli quatre élèves du secondaire pour un stage d'une journée dans le cadre du programme « Jeunes explorateurs ».

PARTENARIATS ET COLLABORATIONS

Une activité sur la sensibilisation à la pensée éthique, intitulée « Intégrer la vulnérabilité dans notre conception de la liberté », a été organisée en collaboration avec les autres établissements de 2e ligne de la région.

Le CRDITED, avec quelque 20 partenaires issus de différents domaines, ont procédé à la signature de l'*Entente de collaboration intersectorielle concernant les personnes adultes ayant une DI ou un TED, victimes ou contrevenantes, impliquées dans un processus judiciaire*.

L'établissement collabore avec le SQETGC pour adapter un programme d'enseignement de l'approche du *mindfulness* (« plein conscience ») à la clientèle ayant une DI légère.

Une tournée de l'équipe de direction a été effectuée dans les CSSS afin de sensibiliser ceux-ci aux changements qui vont s'opérer dans les CRDITED au cours des prochaines années.

Des travaux ont débuté pour définir une trajectoire fluide entre le CRDITED Estrie, le CHUS et le CSSS-IUGS pour les personnes ayant une DI ou un TSA, ainsi qu'un diagnostic en santé mentale.

Les conseils d'administration du CRDITED Estrie et du CRE ont entériné une résolution donnant le mandat à un comité stratégique d'analyser les opportunités de rapprochement entre les deux établissements afin d'améliorer l'accès aux services pour la clientèle commune et favoriser le partage d'expertise.

La communauté stratégique TED, réunissant plusieurs partenaires (CHUS, CSSS-IUGS, CSSS du Val-St-François, SATEDE, CRDITED Estrie) a terminé les travaux de la phase 1 du projet visant à alléger la trajectoire de services pour l'obtention d'un diagnostic TED (TSA).

Des professionnelles de l'établissement ont offert deux formations aux CSSS de la région, intitulées « Les caractéristiques et les marqueurs précoces du TSA » et « Les outils de dépistage du TSA ».

Quant au service « Soutien spécialisé aux partenaires », il a reçu 16 demandes (soit le même nombre que l'an dernier), pour lesquelles différents besoins ont été identifiés (voir page 23).

Encore cette année, des membres du personnel se sont impliqués au sein de divers comités régionaux et groupes de travail provinciaux, parmi lesquels :

- la communauté de pratique du SQETGC;
- la communauté stratégique pour la trajectoire d'évaluation diagnostic TED;
- le comité de programmation des conférences CURSUS-santé sur le thème « L'autisme à travers les âges »;
- Le Comité provincial de gestion des risques (chapeauté par la FQCRDITED).

L'établissement a aussi été représenté à l'externe par la participation à divers colloques, par exemple celui des conseils multidisciplinaires du Québec et le Colloque international Planetree.

RECHERCHE

- Poursuite de nos travaux avec la chaire de recherche sur les identités et les innovations professionnelles en DI et TED, en collaboration avec le chercheur Jean-Claude Kalubi, Université de Sherbrooke.
- Participation au projet « Traduction, adaptation culturelle et validation du *Phenotypic checklist to Screen for Fragile X Syndrome in People with mental retardation* » et à l'étude sur le phénotype des comportements inadaptés des hommes présentant le Syndrome du X Fragile, en collaboration avec le chercheur Jacques Bellavance, UQAM.
- Poursuite de la participation au projet de recherche « L'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec : Portrait de son implantation et de ses effets chez l'enfant ayant un TED, sa famille et ses milieux », en collaboration avec la chercheure Carmen Dionne, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Participation au projet « Les relations entre les expériences habilitantes et le développement du pouvoir d'agir des familles qui reçoivent des services en CRDI-TED », en collaboration avec la chercheure, Karoline Girard, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Participation au projet « Inclusion de l'enfant qui présente un trouble du spectre de l'autisme en centre de la petite enfance : perceptions d'éducatrices sur les difficultés communes, besoins de soutien et perspectives de formation », en collaboration avec la chercheure Véronique Doucet, Université de Sherbrooke.

RESSOURCES FINANCIÈRES

Les grands travaux de l'année concernaient deux dossiers :

- Gestion de la budgétisation selon les nouvelles ententes avec les RNI;
- Participation au projet régional d'optimisation de la paie, rémunération et avantages sociaux (PRASE);
  - La phase 2 liée à la paie, a débuté en février 2014.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Au cours de l'année, les activités liées aux actifs informationnels ont été axées sur les grands thèmes suivants :

- Déploiement d'un système de gestion des accès à la bâtisse du site de la rue Prospect.
- Actualisation du processus de transport des dossiers.
- Participation à différents travaux régionaux en lien, notamment, avec la sécurité des actifs informationnels et l'implantation de la méthodologie ITIL.

INSTALLATIONS ET RESSOURCES MATÉRIELLES

- Plusieurs projets ont été réalisés au cours de l'année, afin d'améliorer l'environnement des employés et des usagers. Notons, pour le site de la rue Prospect :
  - Agrandissement du local des archives mobiles;
  - Réfection du gymnase;
  - Mise à niveau du système d'alarme incendie;

- Ajout d'espaces de stationnement;
- Avancement des travaux pour implanter le système de gestion des accès sécurisés (cartes d'identité);
- Aménagement d'une salle multifonctionnelle disponible pour des activités destinées aux usagers et aux employés;
- Début d'une série de déménagements pour augmenter la proximité au sein des équipes et de leur chef de programme et pour optimiser les espaces de travail.

- Fin des travaux de rénovation de la résidence l'Arrêt-Source (nouvel aménagement d'inspiration Planetree);
- Réaménagement de la RAC Magog sur la rue Prospect à Sherbrooke pour offrir à la clientèle des services mieux adaptés;
- Dans notre édifice de Lac-Mégantic, travaux de réaménagement ayant permis d'accueillir plus rapidement que prévu nos partenaires du CJE, dont les locaux se trouvaient dans la zone sinistrée suite à la tragédie ferroviaire du 6 juillet 2013.

ACTIVITÉS SPÉCIALES

- Dans le cadre du Mois de l'autisme (avril 2013) et en collaboration avec la SATEDE, tenue de diverses activités et sensibilisation dans les médias.
- Collaboration à l'organisation d'un café rencontre pour les adultes ayant un TSA.
- Dans le cadre de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle (mars 2014), en collaboration avec l'ASDI et la l'ARPLPHE, tenue de diverses activités tenues en Estrie et sensibilisation dans les médias de la région.
- Tenue de la Soirée reconnaissance soulignant la contribution des employés ayant cumulé 25, 30 ou 35 ans de services au sein de l'organisation et de ceux ayant pris leur retraite au cours de l'année. L'événement annuel est aussi l'occasion d'applaudir les réalisations spéciales de différentes équipes. Quelque 200 participants étaient présents.

COMMUNICATIONS

Les deux sous-comités des usagers (francophone et anglophone) ont été consultés en lien avec les moyens de communication et les façons à privilégier pour communiquer avec la clientèle : l'amélioration de l'accessibilité du site web ainsi que la production d'un dépliant adapté présentant les services aux usagers, ont particulièrement suscité l'intérêt.

Les travaux de développement de l'intranet se sont poursuivis au cours de l'année.

L'assemblée générale annuelle tenue en septembre 2013 a rassemblé plus de 70 personnes; plusieurs employés de secteurs variés, ainsi que des usagers, y ont eu une participation active.

8 Effectifs

EFFECTIFS	2012 - 2013	2013-2014
Cadres (au 31 mars)		
À temps complet [1]	19	19
À temps partiel (ETC) [1 et 2]	0	0
En stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers (au 31 mars)		
À temps complet [3]	150	163
À temps partiel (ETC) [3]	61	51
En sécurité d'emploi	0	0
Employés occasionnels (au cours de l'exercice)		
Nb d'heures rémunérées	158 767	137 744
ETC	62	75

[1] Excluant les cadres en stabilité d'emploi

[2] ETC : équivalent à temps complet

[3] Excluant les employés en sécurité d'emploi

9 États financiers

Les états financiers du CRDITED de l'Estrie ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

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

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

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Danielle Lareau
Directrice générale

Brian Kyle
Membre du comité de vérification

Note : On trouve en annexe 2 les rapports de l'auditeur indépendant concernant les états financiers.

9 États financiers — suite

ÉTAT DES RÉSULTATS (p. 200 du AS-471)				
	Fonds - Exploitation 2013-2014	Fonds - Immobilisations 2013-2014	Total 2013-2014	Total 2012-2013
Revenus				
Subventions Agence et MSSS	33 555 496	551 981	34 107 477	26 814 514
Contributions des usagers	4 145 123	-	4 145 123	4 030 841
Ventes de services et recouvrements	360 042	-	360 042	431 501
Revenus de placement	23 400	-	23 400	32 297
Revenus de type commercial	7 924	-	7 924	5 573
Gain sur disposition	-	-	-	-
Autres revenus	291 270	-	291 270	391 978
TOTAL	**38 383 255**	**551 981**	**38 935 236**	**31 706 704**
Charges				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	17 774 922	-	17 774 922	17 041 042
Fournitures médicales et chirurgicales	1 990	-	1 990	1 609
Rétributions versées aux RNI	14 348 418	-	14 348 418	11 241 688
Frais financiers	-	11 540	11 540	8 909
Entretien et réparations, incluant les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	472 710	326 045	798 755	677 549
Loyer	247 094	-	247 094	-
Amortissement des immobilisations	-	237 382	237 382	233 739
Autres charges	5 330 469	-	5 330 469	2 712 308
TOTAL	**38 175 603**	**574 967**	**38 750 570**	**31 916 844**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**207 652**	**(22 986)**	**184 666**	**(210 140)**

Le rapport financier annuel (AS-471) dans son intégralité est disponible pour consultation sur le site web de l'établissement à : crditedestrie.qc.ca

9 États financiers — suite

ÉTAT DES RÉSULTATS (p. 358 du AS-471)				
	Activités principales	Activités accessoires	Total 2013-2014	Total 2012-2013
Revenus				
Subventions Agence et MSSS	33 555 496	-	33 555 496	26 302 739
Contributions des usagers	4 145 123	-	4 145 123	4 030 841
Ventes de services et recouvrements	360 042	-	360 042	431 501
Revenus de placement	23 400	-	23 400	32 297
Revenus de type commercial	-	7 924	7 924	5 573
Autres revenus	291 270	-	291 270	391 978
TOTAL	**38 375 331**	**7 924**	**38 383 255**	**31 194 929**
Charges				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	17 774 922	-	17 774 922	17 041 042
Fournitures médicales et chirurgicales	1 990	-	1 990	1 609
Rétributions versées aux RNI	14 348 418	-	14 348 418	11 241 688
Entretien et réparations	464 786	7 924	472 710	394 850
Loyer	247 094	-	247 094	-
Autres charges	5 330 469	-	5 330 469	2 712 308
TOTAL	**38 167 679**	**7 924**	**38 175 603**	**31 391 497**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**207 652**	**0**	**207 652**	**(196 568)**

Le rapport financier annuel (AS-471) dans son intégralité est disponible pour consultation sur le site web de l'établissement à : crditedestrie.qc.ca

9 États financiers — suite

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE (p. 204 du AS-471)				
	Fonds -Exploitation 2013-2014	Fonds - Immobilisations	Total 2013-2014	Total 2012-2013
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire)	2 729 663	1 518	2 731 181	841 602
Placements temporaires	686 270	-	686 270	2 522 272
Débiteurs - Agence et MSSS	426 533	669	427 202	649 600
Autres débiteurs	359 285	-	359 285	254 620
Créances interfonds (dette interfonds)	232 401	(232 401)	0	-
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	1 975 411	(699 040)	1 276 371	338 788
Autres éléments	48 124	-	48 124	37 774
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	**6 457 687**	**(929 254)**	**5 528 433**	**4 644 656**
PASSIFS				
Emprunts temporaires	-	816 832	816 832	455 764
Autres créditeurs et autres charges à payer	3 114 876	-	3 114 876	3 110 893
Avances de fonds en provenance de l'Agence -enveloppes décentralisées	-	299 707	299 707	194 390
Intérêts courus à payer	-	669	669	-
Revenus reportés	297 902	-	297 902	6 000
Passifs environnementaux	-	-	-	111 910
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 329 939	-	2 329 939	2 198 385
Autres éléments	3 256	-	3 256	32 932
TOTAL DES PASSIFS	**5 745 973**	**1 117 208**	**6 863 181**	**6 110 274**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**711 714**	**(2 046 462)**	**(1 334 748)**	**(1 465 618)**
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	-	2 637 146	2 637 146	2 639 344
Frais payés d'avance	165 796	-	165 796	109 802
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**165 796**	**2 637 146**	**2 802 942**	**2 749 146**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**877 510**	**590 684**	**1 468 194**	**1 283 528**

10 Conseil multidisciplinaire

Principaux dossiers et travaux

Organisation des services professionnels

- Poursuite de l'implication du CM dans la démarche sur les identités professionnelles :
  - Réalisation du focus group du chantier 2 de la recherche du Dr Kalubi, et présentation à la Fédération des CM;
  - Réalisation du chantier 3 avec les membres du comité exécutif et présentation à la Fédération des CM.
- Développement de la notion de groupes de pairs afin de promouvoir l'interdisciplinarité dans notre organisation.

Développement de la compétence

- Organisation d'une conférence sur la « pleine conscience » (*mindfulness*) donnée par le Dr Singh;
- Instauration d'une communauté de pratique en service social :
  - Identification d'une consultante.
- Poursuite de la formule des midis-conférences, en collaboration avec la coordination clinico-administrative; présentation de conférences du SQETGC.

Autres

- Poursuite de l'appropriation du mandat du CM et augmentation de sa visibilité au sein de l'organisation.
- Poursuite de la participation à diverses consultations et formulations de recommandations, à la demande de la direction générale.
- Présentation aux deux sous-comités des usagers de la notion d'interdisciplinarité et du processus clinique.
- Participation à la Commission multidisciplinaire régionale.

Plan d'action pour 2014-2015

Organisation des services professionnels

- Continuer à soutenir l'interdisciplinarité par le biais des groupes de pairs permettant la promotion de chaque discipline impliquée dans la prestation de services, ainsi que par l'organisation de midis-conférences;
- Soutien à l'appropriation du concept de 2e ligne par l'organisation d'une rencontre thématique.

Développement de la compétence

- Promouvoir des ateliers de co-développement pour les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et les agents de relations humaines.
- Poursuivre la formule des midis-conférences :
  - À travers les midis-conférences, développer la capacité d'animation des PSI chez les intervenants.

Évaluation de la qualité des pratiques

- Préparer un audit sur le processus clinique révisé afin d'en soutenir l'implantation.

Autres

- Favoriser la visibilité du CM au sein de l'établissement par différents moyens et outils promotionnels.

Membres du comité exécutif	
Julie Paradis	Présidente
Sabrina Deslauriers	Vice-présidente
Amélie Plante	Secrétaire
Danielle Lareau	DG
Lucie Beaudoin	DQRP
Annie Côté	
Sophie Côté	
Julien Lessard	

11 Conseil des infirmières et infirmiers

Principaux dossiers et travaux

Appréciation de la qualité des soins

- Diffusion aux RNI et aux nouveaux employés du cartable d'enseignement « Soins et assistance »;
- Supervision d'actes posés en regard des soins par des non-professionnels, pour notre clientèle;
- Mise en marche d'un projet de transformation de la salle dentaire, dans une démarche Planetree.

Évaluation et maintien de la compétence

- Finalisation des programmes de prévention des chutes et de prévention des infections;
- Supervision continuelle d'actes posés lors des soins;
- Formulation d'avis, d'explications et de conseils lors de réunions interdisciplinaires ou multidisciplinaires;
- Assistance à des professionnels de la santé qui font des cliniques au CRDITED.

Prestation et organisation des soins

- Modification de la structure organisationnelle des services infirmiers de l'établissement :
  - Ouverture d'un poste à quatre jours par semaine à Sherbrooke;
  - Présence d'une infirmière bilingue à deux jours par semaine à Dixville.
- Poursuite des démarches avec les établissements de 1ère ligne, pour la réorientation de certains usagers qui ne requièrent pas de services de 2e ligne (étant donné la spécialisation des services du CRDITED).
- Définition des rôles, responsabilités et fonctions des infirmières.
- Révision et adoption du *Code d'intensité thérapeutique et règles de soins*.
- Campagne annuelle de vaccination contre l'influenza, pour les employés et une partie des usagers.

Plan d'action pour 2014-2015

Appréciation de la qualité des soins

- Poursuite des travaux sur la politique relative à l'application des soins invasifs et non invasifs.

Évaluation et maintien de la compétence

- Diffusion des programmes de prévention des chutes et de prévention des infections;
- Aide à la diffusion des programmes intégrés au processus clinique;
- Participation aux rencontres interdisciplinaires.

Prestation et organisation des soins

- Poursuite des travaux en lien avec les ordonnances collectives;
- Diffusion du *Code d'intensité thérapeutique et règles de soins*;
- Vaccination contre l'influenza :
  - Évaluation du rôle des infirmières et des besoins des usagers.
- Administration du Pneumovax pour les personnes de 65 ans et plus;
- Diffusion et appropriation des responsabilités, tâches et rôles redéfinis des infirmières.

Membres du comité exécutif	
Michelle Robert	Présidente
Mary Ellen MacKay	Vice-présidente
Anne-Marie Nadeau	Secrétaire
Marie-Pier Gilbert	
Danielle Lareau	DG
Lucie Beaudoin	DQRP

12 Comité de vigilance et de la qualité

Principaux dossiers et travaux

- Présentation du rapport périodique de gestion des risques, par l'agente de gestion des risques et de la qualité;
- Présentation, par le CLPQS, de son rapport concernant le traitement des plaintes et des suivis effectués par rapport à l'application des recommandations par l'établissement;
- Prise de connaissance des bilans annuels et plans d'action de différents conseils et comités, soit :
  - du Conseil des infirmières et infirmiers;
  - du Conseil multidisciplinaire;
  - du Comité de planification des mesures d'urgence;
  - du Comité de gestion des risques.
- Suivi des recommandations du coroner :
  - Administration des médicaments;
  - Notes inter-services.
- Prise de connaissance de la procédure d'assistance au bain et à la douche;
- Discussions sur l'évaluation éthique des projets de recherche;
- Prise de connaissance du rapport d'enquête de satisfaction des usagers;
- Discussions sur les résultats de l'enquête sur la culture de sécurité;
- Discussions sur le nouveau fonctionnement du Conseil clinique;
- Prise de connaissance de la promotion et des résultats de la campagne de vaccination.

Par ailleurs, le Comité s'est dit satisfait des rapports déposés par les autres instances; ceux-ci confirment que l'établissement progresse vers l'amélioration continue et la spécialisation des services.

Membres du comité	
Gaétan Duford	Président du CA
Jean-Luc Gosselin	CLPQS
Danielle Lareau	DG
Caroline Viens	Représentante du Comité des usagers
Louis Trudel	

13 Comité de gestion des risques

Principaux dossiers et travaux

- Les feuilles de consignation pour faire le suivi de l'administration de la médication dans les RAC ont été implantées en avril 2013;
- Trois nouvelles affiches de sensibilisation au lavage des mains ont été créées et installées dans les trois principaux sites en mai 2013 et une activité de sensibilisation au lavage des mains a eu lieu en octobre 2013;
- L'analyse de la criticité des RAC a été réalisée en juin 2013 :
  - La vulnérabilité face aux infections a été analysée à l'aide d'une grille de critères, et des recommandations ont été formulées;
- Un rapport de recommandations en lien avec la prévention des infections a été rédigé en juillet 2013, puis présenté à l'automne au comité de direction;
- Une liste de produits standardisés à utiliser pour l'entretien des RAC a été dressée en juillet 2013;
- Des capsules de sensibilisation à la gestion des risques ont été diffusées dans le journal interne et dans tous les services de façon régulière;
- La culture de sécurité a été évaluée par le biais d'un sondage destiné à l'ensemble du personnel à l'automne 2013 :
  - À la lumière des résultats obtenus, le Comité de gestion des risques pourra élaborer un plan d'action proposant des pistes d'amélioration.
- Au mois de décembre 2013, le guide d'assistance au bain et à la douche a été révisé et adapté à la réalité des RNI.

Rapports de déclaration d'incident ou d'accident

Pour l'année se terminant au 31 mars 2013, 476 rapports de déclaration d'incident ou d'accident ont été remplis. De ce nombre, 13 concernaient des incidents, et 463 des accidents.

Deux événements sentinelles ont été répertoriés durant l'année :

- Destruction accidentelle d'un dossier (1)
  - Recommandation : Implanter une procédure sécuritaire de transport des documents confidentiels.
- Erreur de médication (1)
  - Recommandation : Informer le personnel, les RNI et les familles des usagers des modalités d'envoi des doses supplémentaires de médication dans les services.
- Parmi les accidents qui devaient être divulgués selon la loi, 27,2 % ne l'ont pas été (33 des 121 événements). Le taux de divulgation est donc de 72,8 %.

INCIDENTS ET ACCIDENTS DÉCLARÉS

Événements	2012-2013	2013-2014	Tendance
Erreur de médication	305	186	baisse
Autres types	222	112	baisse
Agressions	154	84	baisse
Chutes	152	82	baisse
En lien avec l'usager	66	12	baisse
En lien avec une diète	1	0	baisse
Total	**900**	**476**	**baisse**

Projets pour 2013-2014

- Finalisation et diffusion du programme de prévention des infections;
- Implantation des routines uniformisées d'hygiène et de salubrité dans les RAC;
- Identification de moyens pour diminuer les erreurs de médication;
- Mise en place de stratégies pour faire connaître le comité et travailler en partenariat avec les autres instances de l'établissement;
- Consolidation d'une culture de sécurité dans l'organisation;
- Amélioration de l'implication et de la responsabilisation des RNI en lien avec la gestion des risques.

Membres du comité exécutif	
Lucie Beaudoin	DQRP
Josée Castonguay	
Hélène Côté	
France Fournier	
Marc-Antoine Germain	
Geneviève Hamel	
Danielle Lareau	DG
Anne-Marie Nadeau	
Cynthia Nadeau	
Alain Rosby	

14 Comité de gouvernance et d'éthique

Principaux dossiers et travaux

- Discussions autour de la culture de performance (sujets abordés) :
  - Travaux en cours;
  - Résultats de l'entente de gestion et des listes d'attente;
  - Modèle de rapports pour le conseil d'administration.
- Préparation de l'autoévaluation du conseil d'administration et analyse des résultats;
- Prise de connaissance des résultats de l'évaluation organisationnelle réalisée par le Réseau Planetree Québec;
- Préparation de l'audit - autoévaluation des conseils professionnels;
- Discussions autour de la mise en place de la gestion intégrée des risques;
- Suivi des étapes liées au projet de partenariat entre le CRE et le CRDITED Estrie;
- Prise de connaissance et suivi des travaux des chantiers de la FQCRDITED :
  - Chantier Positionnement employeur;
  - Chantier Guides de pratique;
  - Chantier Performance;
- Suivi des ententes de gestion;
- Suivi de la démarche d'agrément de l'établissement;
- Discussions autour de la mise en place du Bureau de projet.

Membres du comité	
Gerald Cutting	
Hugues Desrochers	
Gaétan Duford	Président du CA
Danielle Lareau	DG
Andrée Lafleur, suivie de Sabrina Deslauriers	

15 Comité des usagers

Le Comité des usagers a tenu deux réunions régulières au cours de l'année.

Principaux sujets et dossiers abordés

- L'alternance du siège du président et du vice-président;
- Le rapport budgétaire;
- L'adhésion au Regroupement provincial des comités des usagers;
- Le transport adapté dans certaines MRC.

De plus, le comité a été consulté sur les façons de communiquer de façon plus efficace avec les usagers (notion de littératie).

Activités et réalisations

- Publication de l'agenda 2014, dans lequel sont transmis des renseignements sur les rôles du Comité des usagers, la procédure à suivre pour faire une plainte et les droits des usagers;
- Présentation, par Louis Roy, sur le Programme d'épargne-invalidité;
- Présentation, par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, de son rapport annuel 2012-2013;
- Présentation sur la désensibilisation, par Johanne Tardif, ergothérapeute;
- Présentations par Danielle Lareau, la directrice générale :
  - Suivi de la démarche d'agrément de l'établissement;
  - Préparation du plan d'organisation et de la planification stratégique.
- Participation à la Semaine des droits des usagers;
- Préparation de l'assemblée annuelle générale, tenue le 14 mai 2013.

Deux éditions du *Journal du Comité des usagers* ont été produites au cours de l'année, présentant de l'information sur, entre autres :

- Le processus d'agrément de l'établissement;
- La Semaine québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI);
- Avril, mois de l'autisme au Québec;
- La semaine des droits des usagers et les droits des personnes qui reçoivent des services du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Les projets Lean entrepris dans l'établissement;
- La révision du processus clinique;
- Les résultats des sondages sur la satisfaction de la clientèle;
- L'implantation de « boîtes à suggestions » en tant que projet « Planetree ».

De plus, le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services a publié dans le journal un article intitulé « Favoriser la participation des usagers ».

Exécutif du Comité des usagers

Guy Doyon	Présidents en alternance
Robert Stratton	
Louise Flibotte	
Éric Samson	
Barbara Guthrie-Drew	
Vanessa Lessard	
Invités :	
Danielle Lareau	DG
Michel Leclerc	Personne-ressource
Robert Nutbrown	Personne-ressource

Sous-comités

Le sous-comité Prospect (francophone) et le sous-comités Dixville (anglophone) ont chacun tenu quatre rencontres régulières au cours de l'année.

Principaux sujets et dossiers abordés

Lors de ces rencontres, plusieurs sujets ont été abordés, parmi lesquels :

- Consultation sur l'adaptation des communications pour la clientèle;
- Présentation du processus clinique;
- Promotion de la semaine de la déficience intellectuelle;
- Promotion du Mois de l'autisme;
- Conférence d'information Planetree;
- Chantiers de la Fédération des CRDITED;
- Présentation des services pour les jeunes ayant un TSA, par le chef de programme concerné;
- Présentation des services d'intégration communautaire, par le chef de programme concerné;
- Présentation de l'approche de gestion Planetree par la directrice des ressources humaines.

Activités et réalisations

- Réalisation et distribution d'un calendrier 2014 illustré d'œuvres d'usagers (sous-comité Prospect);
- Distribution d'un agenda 2014 réalisé spécialement pour les usagers (sous-comité Dixville);
- Participation à la Semaine des droits des usagers.

Projets pour 2014-2015

Pour l'année à venir, les sous-comités souhaitent continuer à renseigner les usagers et leurs proches, promouvoir et défendre les droits des usagers, et accompagner ceux-ci ou leurs représentants dans certaines démarches. Parmi les moyens employés, on prévoit poursuivre la publication du *Journal du Comité des usagers*.

Sous-comité Prospect	
Guy Doyon	Président
Éric Samson	Vice-président
Louise Flibotte	Secrétaire
Suzanne Boisvert	
Hugues Desrochers	
Ernesto Galeano	
Patrick St-Pierre	

Sous-comité Dixville	
Robert Stratton	Président
Ann-Louise Doherty	Vice-présidente
Virginia Jackson	Secrétaire
Vanessa Lessard	
Sidney Patton	
Caroline Viens	

16 Fondation du Centre Notre-Dame de l'Enfant

Activités de financement

En 2013-2014, la campagne de sollicitation a été effectuée auprès des membres du personnel de l'établissement, des familles des usagers, et des fournisseurs de la Fondation.

Encore cette année, la Fondation a tenu son souper aux huîtres. Il a rassemblé 71 convives et rapporté un revenu net d'environ 5000 $.

Le troisième tournoi de golf à eu lieu le 31 mai 2013 et a généré des revenus nets de 8 700 $.

Réalisations

La Fondation a continué, sur une base régulière et selon les besoins, de procéder à l'entretien et à la réfection des résidences dont elle est propriétaire. Un calendrier sera mis en place pour la planification des futurs travaux et rénovations.

Des rénovations majeures ont été réalisées à la résidence Prospect, qui a accueilli les usagers de la RAC de Magog, en décembre dernier.

Projets pour 2014-2015

La Fondation a vendu la résidence Boisjoli en novembre 2013 et poursuit ses démarches pour vendre la résidence Magog. Elle continue par ailleurs à gérer les bâtiments dont elle reste propriétaire.

Elle continuera aussi de financer des projets améliorant la qualité de vie des usagers du CRDITED Estrie.

De plus, la Fondation poursuivra sa réflexion sur les meilleurs moyens pour promouvoir sa mission tout en créant un sentiment d'appartenance auprès de ses membres et du personnel du CRDITED Estrie.

Conseil d'administration	
Louis Roy	Président
Gilles Goneau	Vice-président
Danielle Dunberry	Trésorière
Stéphanie Galipeau	Secrétaire
Nathalie Chouinard	
Diane Corbeil	
Claude Descôteaux	

17 Fondation du Centre d'accueil Dixville

Activités de financement

Le 18 octobre 2013, la Fondation a tenu sa soirée annuelle « Vins et fromages - encan silencieux ». Environ 200 personnes ont participé à l'activité, qui s'est révélée très fructueuse.

Des dons personnels, d'entreprise et *In memoriam* ont aussi été reçus par la Fondation au cours de l'année, ainsi que des dons faits par le biais de déductions automatiques sur les paies des employés du Centre.

Réalisations

La Fondation a continué à gérer et à entretenir ses propriétés qui servent de résidences aux usagers.

Inauguré il y a deux ans, le « Drop-In Center » de Lennoxville a poursuivi ses activités; il est très apprécié des usagers qui s'y retrouvent pour s'adonner à différents loisirs.

La Fondation a encore une fois commandité l'exposition d'œuvres au musée Uplands dans le cadre de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle.

La Fondation a participé à un projet, avec la Fondation Tillotson, pour l'achat de bicyclettes adaptées, ainsi qu'au projet « Melting Pot Mosiac », qui a permis à des usagers et à des gens de la communauté de travailler ensemble à la création d'une mosaïque qui sera ensuite exposée.

Un soutien financier a été apporté à plusieurs usagers, sur une base individuelle, afin de les aider à réaliser leur projet de vie.

De plus, un étudiant a été embauché pendant huit semaines au cours de l'été afin de promouvoir l'intégration sociale des usagers. Ce projet a été réalisé en partenariat avec le gouvernement fédéral. Un deuxième étudiant a été engagé pour aider à l'entretien des résidences et autres propriétés de la Fondation.

Projets pour 2014-2015

Étant donné le succès du « Drop-In Center », la Fondation poursuivra le financement de ses activités.

Le partenariat entre le « Drop-In Center » et le « Lennoxville Youth Center », permettant aux personnes fréquentant ces deux milieux de participer ensemble à un projet de jardin (plantation, entretien, récolte…), sera aussi poursuivi.

La Fondation continuera de répondre financièrement à des requêtes pour soutenir les projets de vie d'usagers, dans l'optique d'améliorer la qualité de vie de ceux-ci.

Un directeur sera engagé à temps partiel, afin de soutenir les membres du conseil d'administration dans les opérations journalières de la Fondation.

Membres du conseil d'administration	
Randy Yates	Président
Donald Warnholtz	Vice-président
Brian D. Kyle	Trésorier
Sandra Kouri	Secrétaire
Steve Allat	
Heather Bowman	
Blair Donnachie	
Sylvie Fowlis	
Robert Nutbrown	
David Price	
David Warnholtz	

18 Conseil des gouverneurs du Centre d'accueil Dixville

Le principal dossier qui a occupé le Conseil au cours de l'année a été celui de la vente des immeubles excédentaires. Il s'agit d'un dossier complexe sur plusieurs plans, mais le Conseil planifie de le clore au cours de la prochaine année; il poursuit donc ses travaux en ce sens.

Toujours en 2013-2014, le bâtiment se trouvant sur un terrain contaminé a pu être démoli, et le sol a pu être décontaminé. La collaboration du CRDITED Estrie a été précieuse dans ce dossier.

Membres du comité exécutif	
Donald Warnholtz	Président
Randy Yates	Vice-président
Brian D. Kyle	Trésorier
Stephen Sheeran	Secrétaire
Douglas Fletcher	
Ernest Garbutt	
Jack Garneau	
Gerritt van der Mark	

Annexe 1—Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

PRÉAMBULE

La *Loi modifiant la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie* (L.Q., 1997, c. 6) (ci-après désignée la «*Loi*») prévoit que les membres des conseils d'administration des établissements publics de la santé et des services sociaux doivent établir un code d'éthique et de déontologie. L'administration d'un établissement public présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics. Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent *Code d'éthique et de déontologie* les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

1. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

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

Notamment, il :

1.1. traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

1.2. traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

1.3. traite des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;

1.4. traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils cessent leurs fonctions;

1.5. prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent. L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

2. DÉFINITIONS

3. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) «**administrateur**» désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;

b) «**conflit d'intérêts**» désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.

L'intérêt peut être de nature pécuniaire ou autre.

c) «**entreprise**» désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, certains intérêts ou certaines opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;

d) «**proche**» désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

3. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

4. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.

5. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

6. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil.

7. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis.

8. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

9. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.

Annexe 1 — suite

10. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.

11. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.

12. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.

13. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions tenus en dehors des séances publiques.

4. DEVOIRS SPÉCIFIQUES

Les mesures de prévention

14. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

15. Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

16. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.

17. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

18. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général.

19. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue.

20. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.

21. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

L'IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

22. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.

23. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.

24. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, exception faite des situations prévues par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

25. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

26. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

- est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;

- n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

27. Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

28. Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.

29. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels communiqués ou obtenus dans le cadre de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

RÉGIR OU INTERDIRE DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION DE CES PERSONNES

30. Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

31. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou toute autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

32. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

33. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

LES DEVOIRS ET LES OBLIGATIONS APRÈS LA FIN DU MANDAT

34. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

35. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

5. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction d'une demande d'examen

36. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du comité administratif ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard, dans les trente (30) jours suivants. Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

37. Lorsqu'une allégation d'inconduite lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

38. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. L'enquête doit se dérouler avec la meilleure célérité pour éviter qu'un délai trop long ne vienne nuire soit à l'administrateur sur qui pèse une allégation d'inconduite soit sur l'ensemble des administrateurs du conseil d'administration risquant d'être discrédités par une allégation d'inconduite à l'endroit d'un de ses membres.

Information de l'administrateur concerné

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

Annexe 1 — suite

Transmission du rapport au conseil

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

Décision

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

Sanctions

42. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises

sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

Engagement

43. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit **signer l'annexe A, l'engagement personnel** du présent Code (disponible sur demande). Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

Soulignons qu'il n'y a eu en 2013-2014 aucun manquement constaté au *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs*, et donc aucun cas traité en ce sens.

Annexe 2—Rapports de l'auditeur indépendant concernant les états financiers

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT - ÉTATS FINANCIERS ET AUTRES INFORMATIONS FINANCIÈRES

Aux membres du Conseil d'administration du
CRDITED de l'Estrie

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du CRDITED de l'Estrie inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014, et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

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

Responsabilité de l'auditeur

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

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

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

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CRDITED de l'Estrie au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Annexe 2 — suite

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CRDITED de l'Estrie	1253-6637	119-00 /

exercice terminé le 31 mars 2014

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

° aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;

° aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

° aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.

Nom de l'associé responsable : Pierre Bernard, FCPA auditeur, FCA
permis de comptabililté publique no A103767

Nom de l'auditeur indépendant : Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.
Comptables professionnels agréés
Adresse : 455, rue King Ouest, bureau 500
Sherbrooke (Québec) J1H 6G4
Téléphone : 819 822-4000
Télécopieur : 819 821-3640

L'auditeur indépendant
Le 11 juin 2014

AS-471 - Rapport financier annuel Gabarit LPRG-2014.1.0 Révisée: 2012-2013

Timbre valideur: **2014-06-09 14:59:56** Rapport V 1.0

Annexe 2 — suite

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 500
455, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec) J1H 6G4

Téléphone : 819 822-4000
Sans frais : 1 800 567-6958
Télécopieur : 819 821-3540
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
CRDITED de l'Estrie

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de CRDITED de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de CRDITED 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 relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de CRDITED 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 relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Annexe 2 — suite

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de CRDITED de l'Estrie au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets (dette nette), de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.[1]

Sherbrooke
Le 14 juillet 2014

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A103767

Nos valeurs organisationnelles :

Le respect
La compétence
La reconnaissance

CRDITED ESTRIE

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

Coordination et conception :

Service des communications

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à la production de ce document.

CRDITED Estrie
Centre administratif
1621, rue Prospect
Sherbrooke (Québec) J1J 1K4

819 346-8471

crditedestrie.qc.ca

CRDITED ESTRIE

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

crditedestrie.qc.ca