



CRDI
NORMAND-LARAMÉE
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2008-2009

Juin 2009

1. LE MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

C'est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2008-2009 du CRDI Normand-Laramée.

L'année qui s'est terminée le 31 mars 2009 marque une étape majeure. En effet, une part importante de nos énergies a été consacrée au renouvellement de notre accréditation par le Conseil québécois d'agrément (CQA). Le comité d'agrément, auquel ont participé deux membres du Conseil d'administration (CA), a été saisi des résultats du travail des équipes d'évaluation, a pris en compte les résultats des sondages et ainsi procédé à l'élaboration du plan d'amélioration 2009-2012.

Lors d'une session d'étude tenue en février 2009, les membres du Conseil d'administration ont adopté le dossier de l'établissement, lequel a été transmis au CQA à la fin de février.

Tout au long de l'année, le Plan d'Accès du MSSS (juin 2008) a été un des dossiers prioritaires de l'établissement. Ce plan, qui vise l'amélioration de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, a amené le CRDI à revoir son processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour les nouvelles demandes de services. Par le plan d'accès, le MSSS propose l'implantation d'une nouvelle pratique quant à l'évaluation des demandes de services, et ce, selon trois niveaux de priorité qui déterminent un délai d'attente auquel les CRDI doivent se conformer.

Parallèlement, le projet clinique a mobilisé les partenaires du réseau. Les Comités d'orientation et de coordination du réseau de services intégrés (COCRSI) ainsi que les tables de travail pour chacun des programmes clientèles ont été très actifs.

Les travaux ont permis de tracer le portrait populationnel et de mettre en commun les offres de service des établissements et des organismes, afin d'établir des continuums de services régionaux.

En lien avec l'offre de services spécialisés, en septembre 2008, la Table des directeurs généraux et la Table des affaires professionnelles de la Fédération québécoise des CRDITED ont adopté un calendrier d'implantation des standards de pratique.

Au CRDI Normand-Laramée, nous avons convenu de procéder à des bilans, afin de préciser les écarts entre le standard tel que décrit et la situation qui prévaut, et de formuler des recommandations au Comité de gestion de la direction générale en regard des activités à planifier dans la poursuite de l'implantation des standards.

Conformément au mandat confié par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval à l'effet d'élaborer un plan de conversion pour la Résidence Louise-Vachon en un centre d'expertise régionale, plus de 150 personnes ont été consultées sur l'offre de service souhaitée pour la clientèle actuelle et future de la RLV. Un plan de consolidation sera soumis à l'Agence au cours des prochains mois.

Ce projet doit tenir compte des valeurs de l'organisation et de l'évolution des services, afin de bien se projeter vers l'avenir. À ce titre, il est important d'associer le personnel, les parents et tous nos partenaires à cette démarche.

Le 28 janvier, le CRDI Normand-Laramée a organisé une journée forum pour prendre le pouls des usagers, des parents et des intervenants en ce qui a trait aux valeurs de l'établissement. Des groupes de discussion tenus en novembre et décembre 2008 avaient déjà ouvert le dialogue et mis sur la table des valeurs importantes tant pour les usagers et leurs parents que pour les intervenants. La journée forum a permis de mettre en lumière les préoccupations éthiques communes aux trois groupes et de préciser ces valeurs.

Les résultats permettront au Comité d'éthique de proposer au Conseil d'administration un nouveau guide des valeurs.

D'autre part, la préparation du déploiement informatique ainsi que sa mise en chantier ont mobilisé différents acteurs au sein de l'organisation. En cours d'année, tout a été mis en œuvre pour donner accès aux intervenants cliniques à un ordinateur leur permettant ainsi d'assurer le suivi de leurs dossiers par voie électronique. Cette opération était nécessaire et préalable à l'implantation du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) prévu pour l'automne 2009 dans notre organisation.

Enfin, le Conseil d'administration et le Comité de gestion de la direction générale ont fait un suivi rigoureux du plan d'action découlant des 40 recommandations formulées par les équipes visiteuses du Ministère. La performance de l'établissement a été mesurée par le biais des objectifs fixés dans l'entente de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux, lesquels ont été en très grande partie atteints tant au plan des cibles clientèles que des cibles administratives.

Il faut aussi mentionner qu'à la suite de la création d'une direction des ressources financières, matérielles et techniques, le Conseil d'administration a procédé à la nomination d'une nouvelle directrice.

Dans le présent rapport de gestion, la description sommaire des activités de l'établissement reflète peu toute l'énergie investie pour offrir des services de qualité aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Les performances de notre organisation sont le résultat des efforts déployés par l'ensemble du personnel du CRDI Normand-Laramée.

Nous tenons à remercier les usagers et les parents pour leur confiance, le personnel pour son professionnalisme, les responsables des ressources résidentielles pour leur collaboration, nos partenaires pour leur soutien et, enfin, tous les membres du Conseil d'administration pour leur engagement envers la clientèle.

Jean-Louis Bédard, président du Conseil d'administration

Claude Belley, directeur général

2. LA DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2008-2009 du CRDI Normand-Laramée :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Claude Belley', with a long horizontal stroke extending to the right.

Claude Belley, directeur général

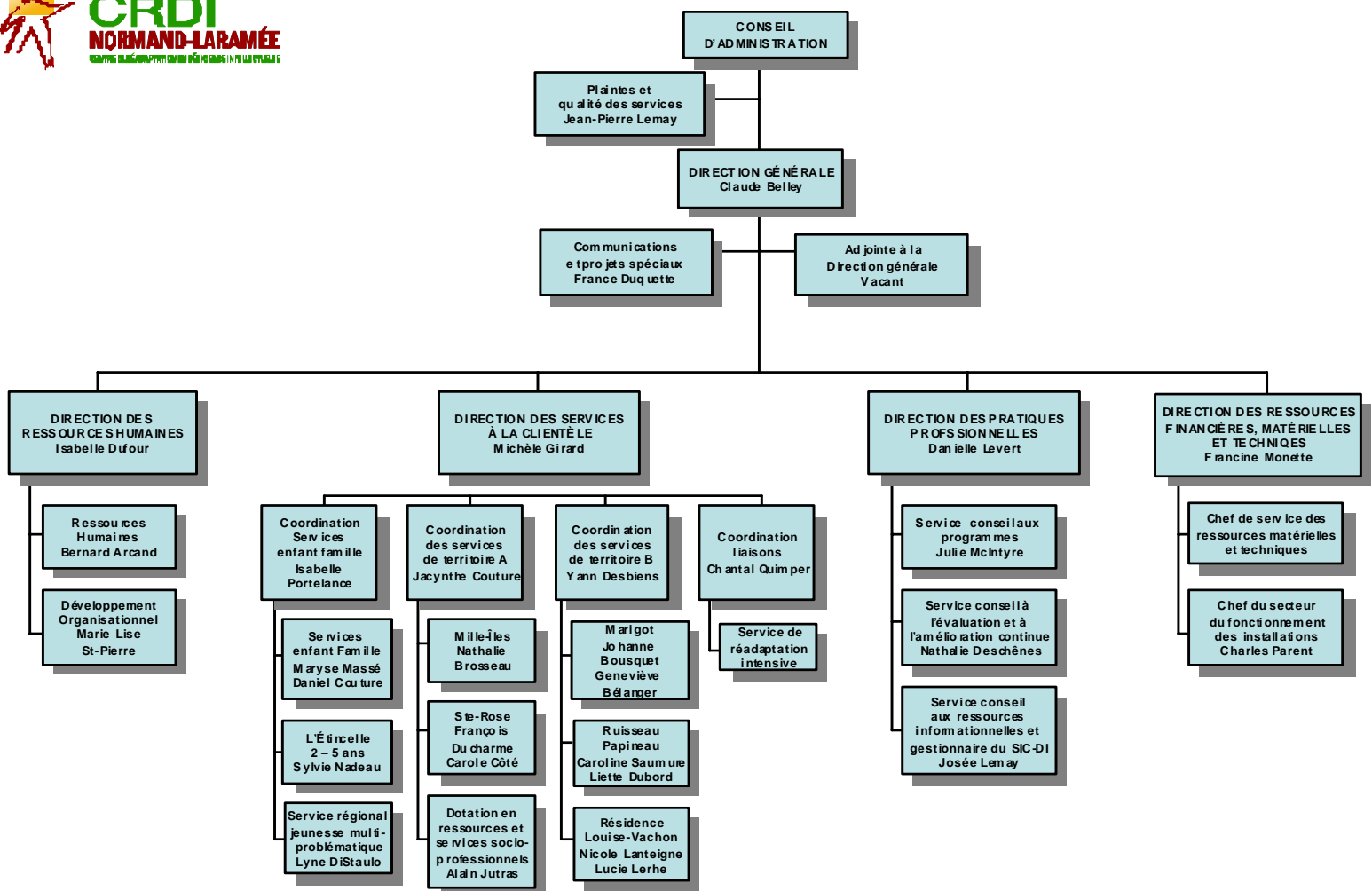
3. MISSION ET STRUCTURE ORGNISATIONNELLE ET FAITS SAILLANTS

3.1. Notre mission

La Loi sur les services de santé et les services sociaux confère au CRDI Normand-Laramée la **mission** de dispenser des services d'adaptation ou de réadaptation et de favoriser la participation sociale des personnes qui, en raison de leurs incapacités intellectuelles, d'un retard significatif de développement (pour les enfants en attente d'un diagnostic officiel de « déficience intellectuelle »), de l'autisme ou autre TED (avec ou sans incapacités intellectuelles) et, le cas échéant, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, se retrouvent en situation de handicap et requièrent de tels services. Le centre offre également des services d'accompagnement et d'intervention spécialisés à l'entourage de ces personnes.

3.2. Structure organisationnelle

Notre organigramme de service en date du 31 mars 2009 se lit comme suit :



3.3. Faits saillants

3.3.1. Démarche d'agrément

C'est au printemps 2007 que les membres du Conseil d'administration du CRDI confirmaient, par le biais d'une résolution, leur volonté d'inscrire l'établissement dans une démarche de renouvellement d'agrément auprès du CQA. Fait à noter, depuis 2005, les établissements du réseau de la santé sont dans l'obligation de s'inscrire dans une telle démarche. Durant la dernière année, celle-ci a particulièrement mobilisé l'ensemble de l'établissement. En effet, coordonnées par un comité d'agrément et un comité des opérations, quatre équipes d'évaluation représentant l'ensemble des services et des diverses fonctions présentes dans l'établissement. ont été mises en place. Chacune de ces instances a contribué à l'avancement des travaux en actualisant les exigences liées aux phases d'une démarche d'agrément :

- Engagement de l'établissement, organisation et démarrage de la démarche;
- Analyse des résultats des sondages et évaluation des processus par les équipes d'évaluation;
- Élaboration du plan d'amélioration;
- Évaluation de la capacité de l'établissement à s'améliorer ;
- Visite du Conseil québécois d'agrément;
- Décision.

Afin de soutenir cette importante démarche, les membres des comités d'agrément et des opérations ont participé à une session de formation préparatoire offerte par madame Pauline Lacombe, conseillère au Conseil québécois d'agrément.

■ *Les sondages*

La phase 2 de la démarche nous a amenés à sonder les usagers et leurs proches, le personnel et les RNI, afin de connaître leur satisfaction par rapport aux services offerts par l'établissement.

En ce qui a trait au sondage auprès de la clientèle, une des valeurs prônées auprès de celle-ci est sans contredit la reconnaissance du potentiel de développement et de la prise de décision de la personne. C'est dans ce contexte que les intervenants ont été mis à contribution afin d'identifier les usagers capables de répondre, avec ou sans aide, au sondage élaboré par le CQA. Un soutien particulier d'accompagnateurs a été mis à la disposition des usagers qui requéraient de l'aide. Un nombre très significatif d'usagers (243) a ainsi eu la possibilité de donner son appréciation des services de l'établissement.

■ *Les processus*

L'établissement a révisé l'ensemble des 23 processus proposés par le CQA. Ces processus ont été portés par des gestionnaires qui en ont fait la rédaction. Le comité des opérations les a validés en présence du porteur du processus. Les équipes d'évaluation ont ensuite pris connaissance des processus; ils ont évalué leur pertinence, leur

actualisation au CRDI, de même que les forces et faiblesses, puis ont proposé des pistes d'amélioration pour chacun.

- ***Le plan d'amélioration***

Le comité d'agrément a été saisi des résultats du travail des équipes d'évaluation, a pris en compte les résultats des sondages et a procédé à l'élaboration du plan d'amélioration 2009-2012.

Enfin, une session d'étude a eu lieu avec les membres du Conseil d'administration. Ils ont adopté le dossier de l'établissement pour dépôt au CQA à la fin février.

- ***Visite du Conseil québécois d'agrément***

L'équipe visiteuse du CQA a été parmi nous du 6 au 9 avril 2009. Par la suite, elle a produit un rapport qui nous a été transmis pour commentaires. Celui-ci doit être entériné par le Conseil d'administration du CQA. Nous sommes dans l'attente de la décision.

3.3.2. Déploiement informatique

La dernière année a été marquée par le déploiement informatique auprès des intervenants cliniques de l'établissement. La préparation d'un tel projet ainsi que sa mise en chantier ont mobilisé différents acteurs au sein de l'organisation. En fait, tous les services ont contribué à faire de ce projet une réussite. Notons que les membres du Comité des ressources informationnelles ont priorisé ce projet lors de leurs rencontres.

C'est près de cent-cinquante (150) postes de travail qui ont été installés entre janvier et mars 2009 dans les différents points de services de l'organisation. Il ne reste qu'à finaliser le déploiement à la RLV, lequel est prévu au printemps 2009. Un tel déploiement ne vient pas sans une part de formation afin de familiariser les nouveaux utilisateurs à cet outil de travail ou encore faire connaître les différentes règles de sécurité et de déontologie liées à l'utilisation de cette technologie.

La formation sur la sécurité des actifs informationnels a été dispensée par la responsable de la sécurité de l'établissement auprès de cent-soixante-dix-sept (177) personnes au cours de la dernière année. Cette formation résulte de la révision et la mise en place des mesures qui touchent les différents secteurs de la sécurité informatique. Cette formation s'adressait tant aux nouveaux utilisateurs qu'aux détenteurs de postes informatiques.

Un sondage quant aux connaissances informatiques a été complété auprès de l'ensemble des intervenants afin de valider la pertinence de participer à une formation avec une firme externe concernant Windows XP et Word. Le bilan de l'exercice enregistre quarante-quatre (44) participants pour l'application Windows XP et soixante-huit (68) participants pour le logiciel Word. Ce sondage a aussi favorisé la constitution de groupes homogènes pour la formation sur le Système information clientèle pour la déficience intellectuelle (SIC DI) qui, pour sa part, a rejoint cent-trente-neuf (139) participants.

Une grande partie des sommes nécessaires à un tel déploiement provient d'un budget spécifique accordé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval (ASSSL) dans le cadre du projet d'implantation du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) prévu pour l'automne 2009 dans notre organisation.

4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1. Modifications apportées durant l'exercice financier

Au cours de l'année, nous avons transformé le service des ressources financières, matérielles et techniques en une direction des ressources financières, matérielles et techniques, et le Conseil d'administration a procédé à la nomination d'une directrice, madame Francine Monette.

Madame Monette a révisé la structure et l'organisation du travail de l'ensemble de cette direction et prévoit, au cours de la prochaine année, créer un poste de chef des services des ressources matérielles et techniques.

4.2. Orientations stratégiques et priorités d'action

4.2.1. Orientations stratégiques

Le plan triennal 2006-2009 a été élaboré dans la perspective de contribuer à la qualification des services et à la plus grande spécification de l'offre de service de notre établissement.

Il s'inspire de la thématique suivante : « *Pour une qualification des services et une plus grande spécification de notre offre de service* », et il comprend trois orientations porteuses de sens :

- Une organisation en relation avec sa communauté;
- Une organisation de travail et de service qui témoigne de la spécialisation des pratiques;
- Une culture organisationnelle axée sur la qualité des services et un processus d'amélioration continue.

L'objectif avoué est de relever le défi de l'*empowerment* des usagers, des familles et des intervenants, afin de leur offrir de véritables possibilités d'exercer leur pouvoir d'agir sur leur vie et sur les services assurés par notre CRDI.

4.2.2. Priorités d'action

Découlant de notre planification stratégique, voici les priorités auxquelles nous avons œuvré en cours d'année :

■ *Plan d'accès*

Le Plan d'accès du MSSS (juin 2008) vise l'amélioration de l'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Il a amené le CRDI à revoir son processus d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour les nouvelles demandes. Par le plan d'accès, le MSSS propose l'implantation d'une nouvelle pratique quant à l'évaluation des demandes de service, et ce, selon trois niveaux de priorité : urgent (72 heures), élevé (90 jours) et modéré (365 jours). Chacune des priorités détermine un délai d'attente auquel les CRDI doivent se conformer. Sous la forme de standards d'accès, ceux-ci seront implantés graduellement au cours des deux prochaines années pour atteindre l'objectif final, en novembre 2011, soit que toutes les demandes, urgentes, élevées ou modérées, soient traitées selon leur niveau de priorité.

Dès septembre 2008, un premier standard d'accès a été implanté pour les nouvelles demandes de niveau de priorité urgente, suivi en novembre de l'application du standard pour une demande de niveau élevé pour les enfants de moins de 6 ans.

Les établissements concernés par le plan d'accès auront à déposer au MSSS un plan d'amélioration de l'accès et de la continuité des services, lequel représentera l'engagement de chacun à mettre en place les conditions favorables à l'atteinte des objectifs du plan d'accès. La mise en commun de ces plans sur le plan régional fera ressortir les défis auxquels nous serons conviés dans les prochaines années.

■ *Projet clinique*

Le projet clinique a mobilisé les partenaires tout au long de l'année. Les Comités d'orientation et de coordination du réseau de services intégrés (COCRSI) ainsi que les tables de travail pour chacun des programmes clientèles ont été très actifs.

Conformément aux attentes du CSSS et en fonction de nos clientèles, les travaux ont permis de tracer le portrait populationnel et de mettre en commun les offres de service des établissements et des organismes afin d'établir des continuums de services régionaux. L'analyse des écarts dans ces continuums a permis de débiter l'identification des cibles potentielles sur lesquelles il faudra travailler.

Les travaux de l'automne 2009 permettront la priorisation des objectifs de chacun des programmes clientèles pour déterminer le choix des cibles prioritaires pour la région de Laval.

De son côté, le comité conjoint CSSS/CRDI a poursuivi ses travaux en élaborant les étapes du cheminement d'une demande du CSSS au CRDI, un formulaire de demande de services ainsi que les documents nécessaires à la prise de décision au CRDI. Des discussions ont aussi été amorcées concernant la hiérarchisation des services qui fera l'objet des prochains travaux du comité dès l'automne prochain.

■ *Implantation des standards de pratique*

En septembre 2008, la Table des directeurs généraux et la Table des affaires professionnelles de la Fédération québécoise des CRDITED ont adopté un calendrier d'implantation des standards de pratique.

Au CRDI Normand-Laramée, nous avons convenu de procéder à des bilans afin de préciser les écarts entre le standard tel que décrit et la situation qui prévaut et de formuler des recommandations au Comité de gestion de la direction générale en regard des activités à planifier dans la poursuite de l'implantation des standards.

La première phase, débutée au printemps 2009, consistait plus spécifiquement à dresser les bilans relatifs aux standards suivants :

- Processus clinique;
- Accès-évaluation-orientation;
- Intervention en troubles graves du comportement;
- Service spécialisé d'adaptation-réadaptation à la personne DI – 0-5 ans ;
- Service spécialisé d'adaptation-réadaptation à la personne TED – 0-5 ans.

Le dépôt est prévu en septembre 2009. Les travaux se poursuivront avec les autres standards de pratique proposés par la FQCRDITED. Lorsque l'ensemble des bilans auront été réalisés, la Direction des pratiques professionnelles veillera à l'harmonisation des recommandations et des modalités d'implantation pour présentation au Comité de gestion de la direction générale.

■ *Consolidation et spécialisation de la RLV*

Le CRDI Normand-Laramée s'est vu confier par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval la responsabilité d'élaborer un plan de conversion de la Résidence Louise-Vachon en un centre d'expertise régionale. Au cours de la dernière année, un peu plus de 150 personnes ont été consultées sur l'offre de service souhaitée pour la clientèle actuelle et future de la RLV.

Les travaux se poursuivront avec la détermination précise et exhaustive des besoins de la clientèle du CRDI Normand-Laramée et de ceux de la clientèle régionale qui pourra éventuellement nécessiter une expertise spécialisée de deuxième ligne. Nous pensons notamment aux personnes présentant un trouble grave du comportement.

Ce projet doit tenir compte des valeurs de l'organisation et de l'évolution des services afin de bien se projeter dans l'avenir. Il est important d'associer le personnel, les parents et tous nos partenaires à cette démarche.

- *Suivi du plan d'action découlant des 40 recommandations des visites ministérielles*

Le tableau suivant fait état du suivi des 40 recommandations issues du plan d'action en regard des visites ministérielles. Le rapport détaillé fait l'objet d'un suivi rigoureux de l'Agence et du Ministère.

Tableau 1 40 recommandations					
Thèmes	Nombre	Atteinte	Atteinte	En cours	Non réalisée
		en totalité	en grande partie	de réalisation	
La révision des concepts et des pratiques	16	8	7	1	3/4*
La communication	11	4	4	2	1
L'intégration	4	2	1	1	1/4*
L'évaluation des résultats (rétroaction)	9	2	2	5	

* La recommandation 20 regroupe 4 actions touchant 2 thèmes

- *Services d'intégration au travail*

Au cours de l'année 2008-2009, un « Guide pratique des services de soutien spécialisés en contexte de travail » a été élaboré par l'équipe des services socioprofessionnels.

Résultat d'une démarche de consultation auprès de plusieurs employés et partenaires (11 groupes de consultation), ce guide répond à un besoin de standardisation de la pratique spécialisée en contexte de travail. Il définit la démarche socioprofessionnelle et s'actualise par des activités d'adaptation / réadaptation.

Ce guide est également en lien avec l'offre de service proposée par la FQCRDITED ainsi qu'avec les standards de pratique pour la clientèle qui présente une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

■ *Les ressources résidentielles*

Au cours de l'année, le « Processus d'évaluation » des postulants désirant œuvrer comme responsables de ressource non institutionnelle a été revu en profondeur. Le nouveau processus est caractérisé par quatre phases liées à l'évaluation :

- la présélection;
- la démarche d'évaluation;
- le bilan;
- la présentation devant un comité issu du territoire d'accueil.

Le nouveau processus d'évaluation tient compte du Cadre de référence provincial, du Cadre de référence de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, des besoins spécifiques de la clientèle et des caractéristiques des postulants.

De plus, nous avons revu le document des normes physiques des ressources d'hébergement, en collaboration avec le Service des incendies et le Service d'urbanisme de Ville de Laval.

■ *Implantation du PAC*

Tel que prévu au Plan d'amélioration de la démarche d'agrément réalisée en 2004, l'établissement a poursuivi les travaux nécessaires au déploiement du Programme d'appréciation des contributions (PAC) s'adressant au personnel non cadre. Ce programme vise à apprécier et reconnaître les efforts déployés et les réalisations de chacun des employés ainsi qu'à soutenir et favoriser leur développement professionnel, dans le but d'offrir un meilleur service aux usagers. Dans le cadre des travaux préalables au déploiement du PAC, l'établissement a procédé à :

- l'élaboration ou la révision des descriptions de poste,
- l'élaboration des profils de compétences clés associés à chacun des titres d'emploi,
- la validation des outils auprès de cadres et du personnel visé par le programme.

D'abord déployé auprès du personnel cadre en 2007, ce programme sera implanté auprès du personnel non cadre au cours de l'exercice 2009-2010.

■ *Plan de mobilisation*

Afin de soutenir efficacement les efforts de mobilisation dans chacun des services ou directions de l'établissement, une démarche a été entreprise au cours de l'hiver 2009 permettant aux équipes de :

- s'approprier les résultats du sondage sur la mobilisation du personnel réalisé dans le cadre de la plus récente démarche d'agrément;
- développer une compréhension commune des besoins d'amélioration de la mobilisation au sein de leur équipe de travail;

- identifier les priorités d'action,
- discuter des pistes de solution que l'équipe pourra mettre en œuvre.

Au terme d'une réunion d'équipe animée par le gestionnaire avec le soutien de la direction des ressources humaines, un plan « local » de mobilisation adapté aux besoins des membres a été élaboré par le gestionnaire responsable de l'équipe. En s'inscrivant de façon cohérente dans le prolongement du Plan d'amélioration 2009-2012 et en misant sur des moyens d'action concrets, ces plans « locaux » de mobilisation constituent un levier privilégié pour améliorer la qualité de vie au travail et le fonctionnement de l'établissement.

■ ***Planification de la main-d'œuvre***

Au cours de l'année 2008-2009, nous avons maintenu nos efforts de recrutement. À cet effet, nous nous sommes associés à des partenaires régionaux par l'intermédiaire de l'Agence de la santé et des services sociaux Laval. Nous maintenons notre participation assidue aux différents salons de l'emploi.

Un effort supplémentaire a été déployé afin de mieux documenter et comprendre certaines de nos difficultés de recrutement. À ce chapitre, nous avons amorcé l'analyse du besoin et de la pertinence de créer des postes volants et d'offrir des heures garanties.

Afin de rencontrer certains de nos besoins de main-d'œuvre, l'établissement a continué de miser sur la mobilité interne. Ainsi, un programme de repérage et de développement de la relève a été instauré. Il importe de souligner que trois de nos candidats inscrits dans le programme de relève des cadres ont obtenu un poste à titre de chef de service au cours de la dernière année.

En parallèle à cet effort de recrutement continu, l'établissement a amorcé une démarche d'optimisation de son processus de dotation. Après expérimentation et validation, il devrait être mis en application à l'automne prochain.

En ce qui a trait au dossier de planification de la main-d'œuvre, nous avons réalisé les travaux et produit les données attendues par le MSSS. À moyen terme, il apparaît primordial que l'établissement fasse l'acquisition d'un outil informatisé efficace qui permettra de répondre aux statistiques demandées par le Ministère et faire l'analyse des variations de nos besoins de main-d'œuvre, des changements sociodémographiques de nos employés, etc.

Données relatives à la dotation du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009	
Nombre d'affichages internes	39
Nombre d'entrevues	129
Nombre d'embauches	56
Nombre de CV reçus	1 189

Portrait des effectifs de l'établissement au 31 mars 2009 (ETC)	
Nombre total de postes	330.00
Nombre de postes à temps complet	277.00
Nombre de postes à temps partiel	53.00
Nombre de postes équivalents temps complet (ETC)	295.47
Nombre d'employés occasionnels	140.00
Nombre total d'employés	419.00

Portrait des détenteurs de poste par catégorie de personnel au 31 mars 2009	
Directeur général	1.00
Cadres supérieurs	4.00
Cadres intermédiaires	26.00
Personnel syndicable non syndiqué	6.80
Personnel des soins infirmiers	12.90
Personnel para-technique et des services auxiliaires	51.46
Personnel de bureau, techniciens et professionnels administratifs	28.00
Techniciens et professionnels de la santé	165.31
TOTAL	295.47

■ *Communication et partenariat*

Nous avons amorcé une importante démarche communicationnelle auprès du personnel et six *focus group* regroupant des employés de titres d'emploi différents ont eu lieu au mois de février. Suite à l'analyse des résultats, nous sommes à élaborer notre démarche stratégique. Dans un deuxième temps, nous travaillerons nos stratégies de communication auprès des nos différents publics externes.

En cours d'année, diverses activités ont été l'occasion d'augmenter notre visibilité auprès des partenaires en faisant mieux connaître nos services :

- Les membres du Comité de gestion de la direction générale ont rencontré régulièrement les directions de nos principaux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.
- Des contacts réguliers ont eu lieu avec les organismes communautaires. Les activités annuelles auxquelles ils ont été invités, avec le personnel d'encadrements, ont été de belles occasions pour présenter certains dossiers et échanger sur des préoccupations communes.
- Diverses activités ont été réalisées en collaboration avec les organismes communautaires de Laval dans le cadre de la Semaine québécoise de la

déficience intellectuelle, du Mois de l'autisme (la «Journée TED») et de la Semaine des personnes handicapées.

- La tenue d'une journée forum pour prendre le pouls des usagers, de leurs parents et des intervenants en ce qui a trait aux valeurs de l'établissement a été réalisée au mois de janvier. Les résultats de cette journée représentaient un défi important pour le Comité d'éthique.
- Le site internet (www.crdinl.qc.ca), mis à la disposition du public depuis novembre 2006, est révisé trimestriellement. Il rend accessibles à toute personne intéressée l'information sur les services offerts par le CRDI et les critères pour y avoir accès.
- L'activité de reconnaissance à l'intention des responsables de ressources résidentielles (RNI) a permis de consolider nos liens de collaboration et les ateliers offerts ont répondu aux attentes de ces derniers.
- La séance publique d'information (assemblée générale annuelle) et sa période de question s'est avérée une autre plate-forme pour renseigner nos publics (usagers, parents, responsables de RNI, partenaires et personnel).
- Le rapport annuel de gestion est un média d'information intéressant quant aux services et réalisations de l'établissement.
- Les séances du Conseil d'administration sont autant d'occasions pour le public de prendre connaissance des dossiers en cours.
- La rédaction et diffusion à tous nos publics de la revue *Accent*, notre journal interne publié quatre fois par année, traite en profondeur de différents sujets.
- La traduction de la majorité de notre documentation en langue anglaise favorise l'accessibilité de l'information aux usagers et familles de diverses origines culturelles.

■ *Recherche*

Les priorités au plan de la recherche ont consisté à faire le point sur les réalisations et les participations de notre CRDI à divers projets, et ce, jusqu'à un passé lointain où notre mémoire collective nous permettait de retracer nos activités dans le domaine de la recherche. Cette première année a été une année de travail sous le signe de l'organisation pour le Comité sur la recherche en partenariat. Les actions suivantes ont été réalisées :

- **Recevoir tout nouveau projet de recherche, procéder à son analyse et faire des recommandations à la DPP**

Nous avons convenu de l'utilisation de certains formulaires pour nous guider dans l'acceptation de nouveaux projets de recherche. À cet effet, nous avons créé les documents suivants :

- Grille d'évaluation de la convenance institutionnelle;
- Évaluation de la convenance institutionnelle – Liste des documents;
- Procédures d'évaluation de la convenance institutionnelle.

➤ **Comité d'éthique de la recherche conjoint**

Des démarches ont été entreprises afin que notre établissement se joigne au Comité d'éthique de la recherche conjoint, instance officielle accréditée afin de valider les projets qui lui sont soumis en matière d'éthique. Pour l'instant, notre rôle est de s'assurer que tout nouveau projet de recherche qui implique la participation d'un ou de plusieurs usagers ainsi que des membres de notre personnel soit accompagné d'un rapport attestant de la conformité du projet avec un comité d'éthique accrédité.

➤ **Se donner un mécanisme de suivi des projets de recherche en cours**

Le comité a convenu d'un formulaire de suivi des recherches en cours qui est mis à jour par le responsable de la coordination des recherches pour l'établissement. Ce formulaire fait état de tous les contacts réalisés pour le suivi des nouvelles recherches.

➤ **Un registre des projets de recherche, des articles et travaux scientifiques**

Le comité a réalisé un registre des recherches initiées par notre CRDI et de celles auxquelles nous avons participé. Nous avons cru bon de produire un registre des articles et des travaux scientifiques réalisés par le personnel de notre établissement.

- *Registre des articles et travaux*

En nous basant sur les références de la documentation présente au Centre de documentation de l'établissement, nous avons répertorié depuis 1990 94 documents à caractère scientifique auxquels un ou plusieurs membres de notre CRDI ont collaboré sur le plan de l'écriture.

- *Registre des recherches*

Dans un même esprit, nous avons recensé les recherches initiées par notre établissement et celles auxquelles nous avons collaboré (réalisation). Entre 1995 et 2009, 33 recherches ont été recensées.

➤ Mise en place d'un lien fonctionnel avec la DRH

Afin d'assurer un lien avec la Direction des ressources humaines, une représentante de la DRH s'est jointe au Comité sur la recherche en partenariat.

4.2.3. Résultats obtenus

4.2.3.1. Clientèles desservies

Au cours de l'année 2008-2009, le nombre de **nouvelles demandes de services** a augmenté de 6,5% par rapport au 31 mars 2008, soit 278 demandes (tableau 2). Sur ce nombre, 63% des demandes sont faites pour les services du programme-cadre enfant/famille.

En 2008-2009, les nouvelles demandes en relation avec la clientèle TED représentent une augmentation de 15%, tandis que le nombre de demandes nouvelles pour la clientèle DI est comparable à l'an dernier.

Tableau 2 Nouvelles demandes 01.04.08 au 31.03.09						
Programmes-cadres	DI + Frontière	TED			DP	Total
		Avec DI	Sans DI	Attente de diagnostic DI		
Enfant/Famille (Naissance-11 ans)	97	1	24	52	0	174
Ados/Adultes/Aînés (12 ans et plus)	82	8	7	5	2	104
Total	179	9	31	57	2	278

Pour ce qui est du **nombre d'usagers recevant des services**, nous pouvons tirer des données inscrites au tableau 3 les informations suivantes :

- 62% des usagers à qui un premier service a été assuré durant l'année sont des enfants;
- Le nombre élevé de dossiers fermés concernant les enfants s'explique en grande partie par la fermeture normale des dossiers des enfants qui reçoivent des services du Projet d'intervention concertée (PIC). Ce programme conjoint avec l'Hôpital juif de réadaptation offre des services spécialisés de stimulation et de soutien aux enfants de 5 ans et moins qui sont en attente d'une évaluation diagnostique. Lorsque l'enfant est reçu pour son premier rendez-vous à une clinique de développement, les services du Programme d'intervention concertée prennent fin et entraînent une fermeture de dossier, s'il n'y a pas de diagnostic de DI ou de TED ;
- En comparaison des données de l'an dernier, le nombre d'usagers ayant reçu un « premier service » a augmenté de 25%;

- Enfin, le nombre d'usagers recevant des services a connu une légère baisse, soit 32 personnes en moins. Par contre, le nombre de services par usager a augmenté en cours d'année (tableau 4).

Tableau 3									
Nombre d'usagers recevant des services									
2008 – 2009									
	Programmes-cadres				DP	Admis			TOTAL
	Enfant/ Famille		Ados/Adultes/ Aînés			DI	TED	DP	
	DI	TED	DI	TED					
Nbre de personnes recevant des services au 1 ^{er} avril 2008	136	224	797	169	9	55	6	3	1399
Nbre de personnes qui ont reçu un premier service durant l'année	87	38	65	11	0	1	0	0	202
Nbre de dossiers fermés durant l'année	75	74	60	11	8	3	0	3	234
Nbre de personnes recevant des services au 31 mars 2009	148	188	802	169	1	53	6	0	1367

Au 31 mars 2009, en regard du **nombre de services par usager**, nous dispensons 2519 services à 1366 usagers admis ou inscrits dans notre établissement. En termes de nombre d'usagers, si nous comparons les données du rapport annuel 2007-2008, la clientèle ayant une DI est stable tandis que pour le nombre d'usagers ayant un TED, nous observons une très légère baisse de moins de 1%. Donnée importante, le nombre de services dispensés par usager de la naissance à 11 ans a connu une augmentation importante de 16% depuis le dernier exercice, passant de 1,53 à 1,78 service/usager. Ces données nous indiquent que les besoins de cette clientèle sont importants et nécessitent des interventions plus soutenues.

Tableau 4					
Services par usager au 31 mars 2009					
Programmes-cadres	Nbre de services		Nbre d'usagers		Moyenne
	DI	TED	DI	TED	
Enfant/Famille (Naissance-11 ans)	197	358	132	180	1,78
	555		312		
Ados/Adultes/Aînés (12 ans et plus)	1643	321	860	194	1,86
	1964		1054		
Total	1840	679	992	374	1,84
	2519*		1366*		

* Il nous faut ajouter à ces données 1 service assuré à 1 personne ayant une DP

Au tableau 5, **Nombre d’usagers recevant des services par territoire**, les données précisant la répartition des usagers dans les équipes de territoires font ressortir une diminution de 5% dans le territoire du Ruisseau-Papineau, alors que la clientèle des autres territoires est relativement stable. Le point majeur concerne les usagers hors-territoire et DP, ce groupe ayant connu une diminution de clientèle de 65%.

Tableau 5 - Nombre d’usagers recevant des services par territoire 2008 – 2009					
	Programmes-adres				Total
	Enfant/Famille		Ados/Adultes/Aînés		
	DI	TED	DI	TED	
Mille-Îles	28	24	152	37	241
Marigot	22	45	176	46	289
Ruisseau-Papineau	36	53	181	36	306
Ste-Rose	43	57	288	59	447
Résidence Louise-Vachon	0	0	53	6	59
Total partiel	129	179	850	184	1342
Hors-territoire et DP	4		21		25
Grand total	312		1055		1367

La **répartition par type de services** demeure assez stable, sauf pour les services en logement à soutien gradué, qui connaissent une augmentation importante de 88% et les services de stage qui présentent une hausse de 12%. Les services d’ergothérapie ont connu une hausse importance de 33%.

Tableau 6 - Nombre de services dispensés 2008 – 2009			
Type de services	Programmes-cadres		Total
	Enfant/ Famille	Ados/Adultes/ Aînés	
Soutien éducatif (intégration à la vie de quartier)	305	926	1231
Soutien intensif (logement à soutien gradué)	0	34	34
Soutien multiproblématique	3	5	8
Programme ICI (TED/Autisme)	35	0	35
Stage individuel	0	421	421
Suivi et maintien à l'emploi	0	37	37
Centre d'activités de jour	0	14	14
Soutien psychosocial	0	12	12
Orthophonie	64	0	64
Ergothérapie	124	9	133
RTF CRNL (inclus FA + RA)	0	67	67
Ress. intermédiaires + RI autres	14	322	336
Résidence Louise-Vachon	0	59	59
Répit	9	58	67
Dépannage	1	1	2
TOTAL	555	1965	2520

4.2.3.2. Liste d'attente

Au 31 mars 2009, 366 usagers étaient inscrits sur la liste d'attente pour 430 services. Le nombre d'usagers en attente a augmenté de 31% comparativement à 48% pour la même période l'an dernier. Cette augmentation touche principalement les enfants—54%—comparativement à 14% pour les adolescents, adultes et personnes âgées. Les efforts prévus au plan d'accès permettront de réduire notre liste d'attente au cours de la prochaine année.

Tableau 7 Liste d'attente d'un service au 31 mars 2009			
Programmes-cadres	Nbre d'usagers sans service	Nbre d'usagers en attente mais recevant au moins un (1) service	Nbre d'usagers en attente de services
Enfant/Famille	100	85	185
Ados/Adultes/Aînés	103	78	181
Total	203	163	366

Tableau 8 Répartition des usagers en attente par type de services au 31 mars 2009	
	2008-2009
Services de soutien éducatif et psychosocial :	
Enfant/Famille	181
Ados/Adultes/Aînés	117
Total des services	298
Services résidentiels (RTF+RI+Répit+Dépannage+Îlot de jour)	
Enfant/Famille	15
Ados/Adultes/Aînés	69
Total des services	94
Stages et emplois :	
Enfant/Famille	0
Ados/Adultes/Aînés	48
Total des services	48
Total des services	430
Total des personnes	366

4.2.3.3. Suivi de l'entente de gestion

- *Gestion de la présence au travail*

Au cours de l'année 2008-2009, nous avons entrepris et réalisé diverses actions conformément au plan d'action que l'établissement s'était donné en regard de la gestion de la présence au travail. Notamment, en avril 2008, tous les gestionnaires ont assisté à une formation préparée par la Direction des ressources humaines sur la gestion de la présence au travail. Cette séance de formation invitait les gestionnaires à amorcer une réflexion sur la présence au travail des employés sous leur responsabilité et à communiquer toute l'importance apportée au dossier de la gestion de la présence au travail.

À la suite de cette activité, chaque gestionnaire devait procéder à l'évaluation de la présence au travail de son service, notamment à partir des indicateurs de gestion fournis par la Direction des ressources humaines. De plus, chaque gestionnaire devait compléter son analyse en identifiant des actions concrètes visant l'amélioration de la présence au travail de son service. Les plans d'action de chaque service devaient s'appuyer, entre autres, sur les leviers et obstacles des déterminants de la présence au travail au sein du service. Les objectifs inscrits dans les plans d'action élaborés par chaque gestionnaires devaient permettre de :

- augmenter la présence au travail dans le service ;
- agir en prévention en santé et sécurité du travail dans le service ;
- participer à l'atteinte des résultats organisationnels de l'entente de gestion visant à réduire le ratio en assurance salaire (5,50% pour l'année 2008-2009).

Collectivement, les efforts consentis dans ce dossier ont permis de réduire les heures en assurance salaire de 1459 heures pour l'année 2008-2009, nous permettant ainsi d'atteindre un ratio cumulatif de 5,59%. Il importe de souligner que l'établissement est parvenu à réduire son ratio d'assurance salaire de 1,46% au cours des trois dernières années.

Outre les plans d'action de chaque service en matière de gestion de la présence au travail, l'établissement s'est investi dans une diffusion massive de sa politique et des procédures en matière de gestion de la présence au travail. À l'automne 2008, la Direction des ressources humaines, conjointement avec les gestionnaires, a rencontré chacune des équipes de travail afin de leur présenter la politique en matière de gestion de la présence au travail et les modalités s'y rattachant.

Tout au cours de l'année, la Direction des ressources humaines a transmis à l'ensemble des gestionnaires, périodiquement, les statistiques en lien avec le dossier de la présence au travail et elle a également agi à titre d'expert pour offrir du support à l'ensemble des gestionnaires.

■ ***Implanter le plan d'accès aux services pour les personnes DI***

Voici les activités réalisées en lien avec l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes DI :

- Nomination d'une gestionnaire d'accès (GA), madame Chantal Quimper;
- Mise en place de rencontres statutaires (aux 2 semaines) avec les GA des établissements régionaux et l'Agence;
- Début de l'application du premier standard d'accès : demandes de niveau urgent;
- Application du standard pour une première demande de niveau élevé pour les enfants de – de 6ans; Mise en place d'une lettre d'admissibilité incluant le délai d'attente, conformément aux attentes du Ministère;
- Portrait des listes d'attente des organisations;
- Dépôt au Ministère du Plan de résorption de la liste d'attente résiduelle, proposition de plusieurs scénarios pour respecter l'engagement de mise à zéro de la liste résiduelle;
- Dépôt du plan d'amélioration de l'accès et de la continuité des services au Ministère;
- Élaboration des objectifs d'amélioration de l'établissement en fonction de sa situation (PRAAC);

- Mise en commun de ces plans; identification des priorités de travail et des défis auxquels nous serons conviés régionalement pour les prochaines années;
- Suivi par un comité directeur régional afin d'assurer l'arrimage avec le projet clinique.

■ *Indicateurs liés à la clientèle*

Nom de l'indicateur	Données en date du :	Engagement/an 2008-2009	Écart
Nbre de places pour les enfants de - de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	P13 : 35 (65 enfants différents)	35 places	Atteint
Nbre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de - de 6 ans	P 13 : 15.29	15,08 h /sem./enfant	Dépassé
Admission de tous les enfants en attente de L'Étincelle au 30 juin.	29 enfants septembre 08 6 enfants en octobre 08	Admettre tous les enfants en attente au 30 juin 2008	Atteint en octobre 2008 suite à l'ajout de ressources humaines et de locaux
Débuter les services dans les délais prescrits au plan d'accès pour les enfants référés à L'Étincelle à une intensité variable selon les besoins et caractéristiques des enfants et de leur famille.	Tous les enfants en attente ont reçu plus d'une heure par semaine d'intervention éducative en milieu naturel dans les délais prescrits.	Début des services éducatifs dans les délais prescrits	Atteint 5 enfants en attente du 1 ^{er} juillet 08 au 31 décembre pour le bloc d'intervention du 15 décembre 2008 au 23 mars 2009. Les 9 enfants en attente du 1 ^{er} janvier au 31 mars 2009 recevront un bloc du 31 mars 2009 au 30 juin 2009.

N°	Nom de l'indicateur	Données en date du :	Engagement/an 2008-2009	Écart
1.5.14	Nombre de personnes de 6 ans et plus recevant un service spécialisé TED	P-13 : 272	Cible 2010 : 137	Dépassé
Cible liée à l'entente 2007-2008				
2007 - 2009	Nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	32	30	Ouverts 2007-2009 : 84 Fermés 2007-2009 : 52 Atteint
Indicateurs en expérimentation 2008-2009- Déficience intellectuelle et TED				
1.5 B	Nombre d'enfants de moins de 6 ans présentant une DI ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	P-13 : 119		
1.5 C	Nombre moyen d'heures de prestation de service d'adaptation et d'intégration sociale par enfants	P-13 : 1.66 h./sem./enfant		
1.5D	Nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	P- 13 : 271		
1.5 F	Nombre d'adultes de 22 ans et plus présentant une déficience intellectuelle ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	P-13 : 535		

- *Sécurité des actifs informationnels*

Complétion de la catégorisation des actifs pour décembre 2008	
Production et mise à jour des actifs informationnels	Réalisé
Identification des détenteurs responsables de chacun des actifs informationnels	Réalisé
Analyse du risque	Réalisé
Détermination du niveau de gravité des impacts résultant d'un bris de sécurité ou de protection des renseignements personnels	À compléter Finalisation de l'architecture globale de protection suite au déploiement des ressources informatiques à l'ensemble des intervenants (telle l'identification d'accès selon les profils d'utilisateurs). Effet structurant du SIPAD (automne 2009) sur la sécurité des actifs informationnels.

Dépôt du plan de travail et de l'échéancier concernant l'élaboration du plan directeur informatique et de la mise en place de mesures pour approbation, en fonction des ressources financières actuelles et à venir
À compléter Le volet relatif à l'implantation du SIC-DI (SIPAD à l'automne 2009) a fait l'objet de plans de travail avec l'Agence. La majorité des mesures relatives à la sécurité des actifs informationnels ont été déployées et font l'objet d'activités de diffusion auprès du personnel. Révision des autres volets du plan directeur en 2009-2010.

- *Atteindre l'équilibre budgétaire dans le respect des règles*

Exercice terminé le 31 mars 2009	
Revenus totaux	35 781 843\$
Charges totales	35 750 486\$
Excédent des revenus sur les charges	31 357\$

4.2.4. Sécurité des soins et des services

- *Déclaration des incidents/accidents*

Tel que prescrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), tous les incidents et accidents doivent être déclarés par les membres du personnel, les

stagiaires et les ressources non institutionnelles à la gestionnaire de risques. Pour la période s'étendant du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2009, 476 événements ont fait l'objet de déclarations auprès de la gestionnaire de risques`

- 225 – RLV
- 202 – Territoires
- 29 – Milieu de vie transitoire TGC
- 20 –SEF.

La majorité des incidents/accidents déclarés proviennent de trois grandes catégories : les blessures mineures, les erreurs en lien avec la médication et les chutes.

Nous avons eu une hausse des déclarations de 74%. Nous sommes convaincus que cette hausse s'explique davantage par une sensibilisation accrue du personnel et des ressources non institutionnelles à déclarer les situations que par une augmentation des incidents/accidents.

Avec l'utilisation des nouveaux formulaires de gestion des risques, nous pouvons maintenant connaître l'échelle de gravité des événements déclarés :

- 170 incidents sans conséquence sur l'utilisateur;
- 306 accidents ayant eu une conséquence appréhendée ou réelle; dont 39 ont requis des soins spécialisés, plusieurs en raison de problèmes de santé et non d'accidents.

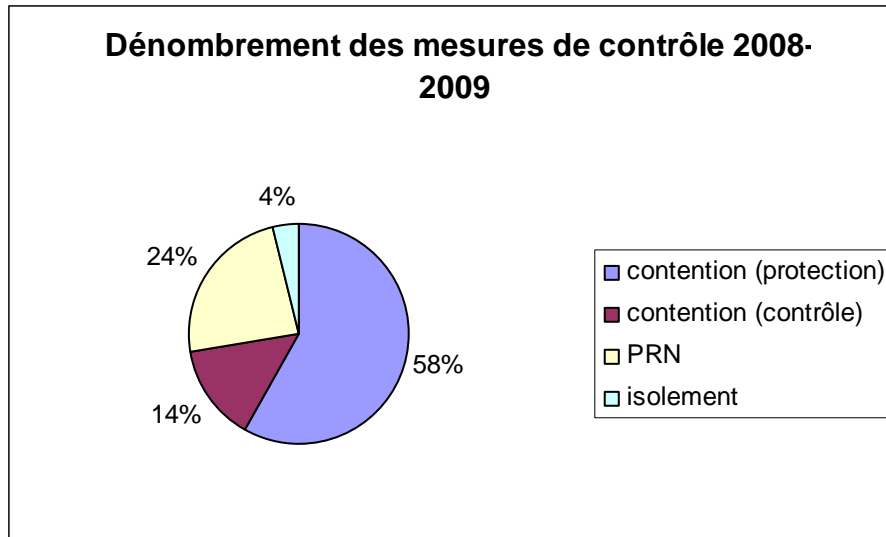
■ *Application des mesures de contrôle*

Différentes activités ont permis de mieux qualifier l'intervention auprès des personnes pour lesquelles une mesure de contrôle doit être utilisée :

- Formation aux nouveaux chefs de services et à la nouvelle spécialiste aux activités cliniques;
- Services contractuels d'une ergothérapeute et d'une physiothérapeute spécialisées en mesure de positionnement au fauteuil roulant pour évaluer les raisons exactes de l'utilisation d'une ceinture au fauteuil roulant;
- Formation du ministère de la Santé et des Services sociaux à deux gestionnaires et à une infirmière.

Le dénombrement des mesures en cours, réalisé en mars 2009, donne le tableau suivant :

Dénombrement mesures de contrôle 2008-2009						
DI						
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-44	45-64	64 et +	Total
Nombre de personnes différentes pour lesquelles il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice	0	6	89	34	7	136
<i>Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>						
Contention (protection)	0	6	105	27	8	146
Contention (contrôle)	0	2	23	5	1	31
PRN	0	0	27	21	4	52
Isolement	0	0	7	1	1	9
Total	0	8	162	54	14	238
TED avec ou sans DI						
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-44	45-64	64 et +	Total
Nombre de personnes différentes pour lesquelles il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice	0	6	9	0	1	16
<i>Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>						
Contention (protection)	0	1	3	0	0	4
Contention (contrôle)	0	4	2	0	0	6
PRN		1	7		1	9
Isolement	0	0	1	0	0	1
Total	0	6	13	0	1	20



■ **Recommandations du Coroner**

Nous avons reçu un rapport d’investigation du Coroner à l’effet de réviser, avec nos partenaires d’accueil, les critères de consultation médicale pour la clientèle démunie, notamment lorsque des symptômes persistants sont susceptibles de masquer une maladie plus sérieuse.

Ce rapport comportait six recommandations qui ont été traitées par le Comité de vigilance et de la qualité.

4.2.5. Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

■ **Le traitement des plaintes**

Comparativement à l’année 2007-2008, le total de plaintes déposées et traitées a connu une augmentation significative : il est passé de 6 à 20. Cela représente une augmentation de plus de 300%.

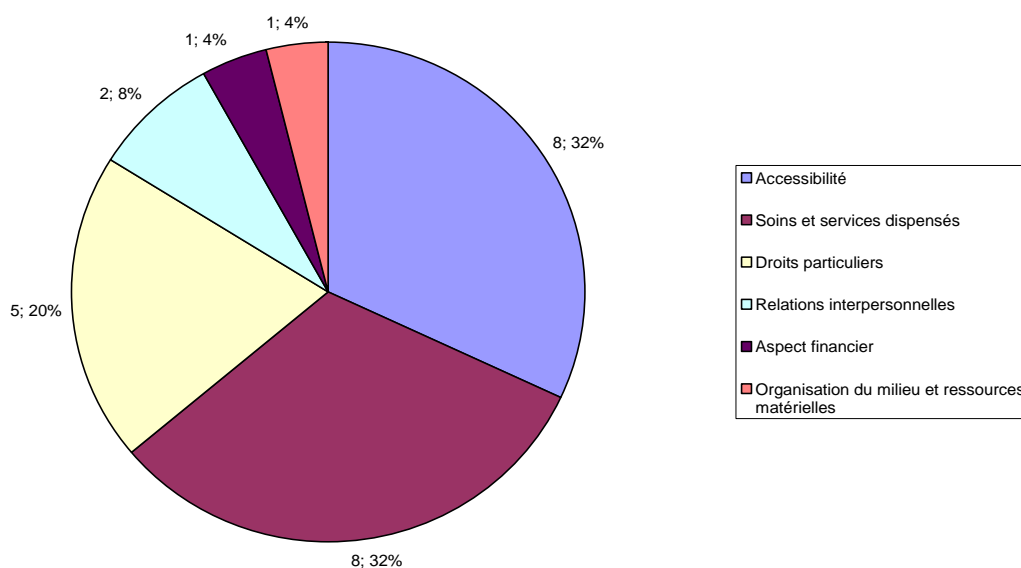
L’augmentation du nombre de plaintes enregistrées en cours d’année semble une conséquence directe des activités de promotion du régime des plaintes dans l’établissement. Cette année, plus de 90% du personnel travaillant auprès des usagers et de leurs proches ont assisté aux sessions d’information sur le mécanisme de traitement des plaintes.

L’objectif de ces sessions consistait non seulement à faire connaître le règlement mais aussi à favoriser l’appropriation du mécanisme par l’ensemble du personnel pour en faire un instrument d’amélioration de la qualité des services. Dans plusieurs situations qui ont

été portées à notre attention, les auteurs de la plainte ont été assistés dans leurs démarches par un employé ou référés par l'un deux.

Le tableau ci-dessous met en relief les plaintes selon leur objet, c'est-à-dire selon le motif évoqué lors du dépôt de la plainte.

Tab 1 Portrait global des objets de plaintes 2008-2009



■ *Nature des recommandations formulées*

Plusieurs recommandations découlant de l'analyse des plaintes réfèrent à des éléments d'ordre systémique : par exemple, l'application d'un règlement ou d'une politique relative à la gestion des risques. Puisque bon nombre de plaintes touchaient à des questions relatives à l'accès aux services, des mesures visant à améliorer les façons de faire ont été portées à l'attention des personnes concernées. Des expériences vécues par certains usagers ont permis de développer une grande sensibilité pour les personnes en attente de services qui tardent à être rendus en raison des limites de certaines ressources. Aussi, la mise en place de certaines transformations et leurs impacts, notamment l'offre de service ou la spécialisation, a permis de mettre en lumière la nécessité de l'accompagnement personnalisé des usagers et de leurs proches.

■ *Promotion des droits des usagers*

Les services d'une nouvelle personne-ressource pour le Comité des usagers et le Comité des résidents ont été retenus en fin d'exercice. La réimpression du dépliant du Comité des usagers est en cours et nous amorçons les démarches préalables aux élections de ces comités à l'automne 2009.

5. CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

5.1. Conseil d'administration (CA)

5.1.1. Membres

Le Conseil d'administration du CRDI Normand-Laramée est composé de quinze personnes dévouées issues de différents milieux. Ces personnes s'impliquent bénévolement dans les activités administratives de l'établissement. Les membres sont élus pour un mandat de trois ans. En date du 31 mars 2009, le Conseil d'administration était composé des membres suivants :

Jean-Louis Bédard, président	Nathalie Ladouceur
Jean-Marie Bouchard, vice-président	Danny Gamache
Robert Pilon, trésorier	Linda Gascon
Françoise Charbonneau, secrétaire par intérim	Yann Desbiens
Claude Belley	Wilfrid Montreuil
Pierre Louergli	Jacynthe Ouimet
Louise Gagné	Martine Talbot
Nicole Dufresne	

5.2. Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

5.2.1. Membres du comité exécutif (CECII)

Claude Belley
Danielle Levert
Renée Desjardins, secrétaire
Nicole Dufresne, présidente
Lucie Gratton
Nicole Lanteigne
Sophie Martel
Catherine Rousseau
Nancy Robert

5.2.2. Faits saillants

Au cours de l'année 2008-2009, les membres du CECII ont traité les dossiers suivants :

- Discussion et consultation en lien avec le projet de conversion de la Résidence Louise-Vachon en un centre d'expertise fut un dossier prioritaire que les membres du CECII ont eu à prioriser.
- Implication à la démarche de renouvellement de l'agrément.
- Application et consolidation du plan thérapeutique.
- Participation à différentes activités externes : présentation du rapport Trudeau, focus group sur la révision du code d'éthique...

- Présentation des réalisations du CECII au Conseil d'administration.
- Concertation entre le CECIIA et la présidente du CECII pour une compréhension commune des rôles de chacune des instances.
- Sensibilisation des membres au dossier pandémie ainsi qu'aux mesures décrites dans la gestion des risques
- Application de la loi 90 en regard du rôle de l'infirmière et de celui de l'infirmière auxiliaire.
- Uniformisation des pratiques par la révision des techniques de soins.
- En collaboration avec la directrice de la DPP, participation d'un membre du CECII à l'élaboration d'un outil ayant pour but d'aider les intervenants travaillant dans la communauté à évaluer l'état de santé d'une personne présentant une problématique de santé.
- Implantation du Guide des besoins en collaboration avec le service de réadaptation.
- Élaboration d'un *case load* infirmière et jumelage avec un éducateur de référence en lien avec la démarche PSI.
- Participation à une activité sociale conjointe des infirmières et infirmières auxiliaires afin de souligner la Semaine des infirmières et la Journée des infirmières auxiliaires.
- Consultation sur l'implantation du plan directeur informatique et déploiement du SIPAD.

5.2.3. Recommandations au Conseil d'administration ou à la Direction générale

Deux rapports ont été déposés au Conseil d'administration en cours d'année.

5.3. Conseil multidisciplinaire

5.3.1. Membres

Steven Desbiens, président
 Elise Paquette, vice-président
 Claude Belley, secrétaire
 Danielle Levert
 Yann Desbiens
 Marie Lise St-Pierre
 Isabelle Daoust
 Patricia Plasse

Geneviève Bélanger
 Sylvie Tardif
 Glansy Bonhomme
 Isabelle Pothier
 Francine Émard
 Rachid Ababou
 Marie-Hélène Cloutier
 André Pelletier

5.3.2. Faits saillants

Le mandat du Conseil multidisciplinaire est de veiller à l'amélioration et à l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles de notre organisation.

Tout au long de l'année, les membres du comité exécutif ont fait un exercice de réflexion et d'appropriation de leur rôle. Suite au manque d'engouement constaté lors de l'assemblée générale annuelle, le comité exécutif a exploré diverses avenues pour revitaliser cette instance. Le plan de revitalisation retenu se décline comme suit :

- Créer un schéma d'influence et faire part de l'engagement du Directeur général de chercher avis auprès du Conseil multidisciplinaire avant dépôt de dossiers cliniques auprès du Comité de gestion de la direction générale
- Clarifier le rôle des membres
- Élaborer un outil d'information (promotion)
- Déposer les planifications annuelles de la direction des services à la clientèle et de celle des pratiques professionnelles
- Faire une planification annuelle
- Nommer les réalisations
- Amorcer une tournée de sensibilisation
- Inscrire un point statutaire aux réunions du comité exécutif : « animation post- réunion dans les équipes »
- Réorganiser l'ordre du jour
- Présenter annuellement au CA les réalisations du Conseil multidisciplinaire et les activités en cours.

En parallèle, la mise sur pied d'un groupe de réflexion sur l'identité professionnelle a permis d'aborder les nombreux défis liés au changement de pratique que connaît le réseau social notamment en regard de la spécialisation, des standards de pratique et des épisodes de service, ce dernier élément suscitant plusieurs questionnements et certaines chez l'ensemble des intervenants.

Par l'entremise du Directeur général, le Président a été invité par la Fédération québécoise des CRDITED à participer à l'organisation d'un colloque qui se tiendra en octobre 2010 sous la thématique de la spécialisation des services sous l'angle des conseils multidisciplinaires.

Le Président a également collaboré à l'organisation d'une journée d'activités durant le Mois de l'autisme, sous le thème «*Ma vision, mon œil*». Vidéos, documentaire, conférence, dîner animé, activités ludiques étaient au programme de cette journée, qui fut une belle expérience pour l'ensemble du personnel.

Les membres ont été saisis des recommandations soumises au CGDG en regard du rapport trimestriel, de même que des grandes étapes du déploiement du SIPAD. Ils se sont dits favorables à l'implantation de l'outil ÉQCA pour tracer le portrait global de l'utilisateur adolescent, adulte ou aîné. Ils ont été informés périodiquement des grands travaux menés dans le cadre de la démarche de renouvellement d'agrément, de même que des résultats des sondages auprès des publics cibles. Ils ont aussi été saisis des recommandations relatives aux critères d'inscription et aux motifs de fin de service et de fermeture de dossier adoptés par le CGDG.

Le Comité entend poursuivre ses réflexions autour de l'identité professionnelle et de l'offre de service, la spécialisation et les standards de pratique au cours de la prochaine année.

Comme président, je rappelle aux intervenants l'importance que joue une telle instance au sein d'une organisation et la responsabilité qui nous incombe d'utiliser les espaces consacrés à notre pratique professionnelle au quotidien. Ce n'est qu'à travers le travail d'équipe, la transparence, l'engagement et le souci d'évoluer que nous pourrions marcher ensemble pour permettre à notre système d'être en santé. La qualité des services commence par la reconnaissance d'un sentiment d'unité dans sa culture. Bref, notre connaissance, on « la cueille !

Personnellement, j'ai trouvé très enrichissant de m'engager comme président au sein de cette instance. Cela m'a permis de comprendre davantage les forces et les enjeux cliniques de notre système. Je souhaite que le prochain mandat du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (élection à venir en septembre 2009) soit aussi riche en termes de réflexions et de réalisations.

5.3.3. Recommandations au Conseil d'administration ou à la Direction générale

Deux rapports ont été déposés au Conseil d'administration.

5.4. Comité de vigilance et de la qualité

5.4.1. Membres

Claude Belley

Olga De Melo (*démission en mai 2008*)

Nathalie Ladouceur (*en remplacement de madame Olga De Melo à compter de février 2009*)

Jean-Pierre Lemay, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Wilfrid Montreuil, président

Jacynthe Ouimet

5.4.2. Bilan et suites aux recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité

En cette deuxième année d'existence, le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à cinq reprises entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009.

Les principaux échanges des membres ont porté sur les divers dossiers portés à leur attention par le Directeur général et le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Le Président a également interpellé les membres en regard de la confidentialité à laquelle nous sommes tous liés en vertu de la Loi¹ et de l'accompagnement de l'utilisateur et de ses proches par des organismes, telle l'ALDI, dans la promotion et la défense des droits des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

À chacune des réunions, le comité a été saisi du rapport périodique du Commissaire : nombre de plaintes, objets de plaintes, recommandations et suivis.

¹ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels

Les membres du comité ont également été interpellés par différents dossiers d'ordre organisationnel, notamment le plan d'action découlant des visites ministérielles. Par le biais d'une grille de suivi exhaustive, ils ont été à même de constater et de suivre le déploiement des actions mises en place pour répondre aux recommandations des équipes ministérielles.

À quelques reprises, ils ont discuté et précisé leur mandat face au Conseil d'administration, lequel consiste à s'assurer que la direction générale et l'équipe d'encadrement répondent adéquatement aux recommandations du Commissaire local, et à soumettre au Conseil d'administration, au besoin, des recommandations en regard de situations récurrentes.

La confidentialité attendue de chacun des membres du comité a fait l'objet d'une présentation particulière de la part de la conseillère cadre à la direction des pratiques professionnelles. Elle a suscité des échanges intéressants et permis de préciser et de recadrer certains éléments en regard des obligations légales auxquelles sont assujettis tous les organismes publics et para publics, quel que soit leur statut.

Déléguée par le comité, madame Jacynthe Ouimet a participé activement aux travaux du Comité d'agrément dans le cadre de la démarche amorcée auprès du CQA pour le renouvellement de l'agrément de l'établissement.

5.5. Comité des usagers

5.5.1. Membres

Nathalie Ladouceur
Danny Gamache, vice-président
Rachel Fortin, secrétaire
Alice Paris, trésorière
Louis Charbonneau
Lise Bergeron
Louise Desaulniers

5.5.2. Faits saillants

L'année a été très difficile pour le Comité des usagers. Plusieurs départs de membres du comité. Sollicitations fréquentes des parents de la Résidence Louise-Vachon dans leur objectif de maintenir cette Résidence.

Nous avons toujours assuré le service aux demandes des usagers et avons participé aux représentations du comité et aux comités du Conseil d'administration.

Fin du mandat de la personne-ressource et arrivée d'une remplaçante. Adaptation et nouvelles façons de faire. Pour l'année à venir, nous avons fait un plan d'action qui nous occupera et rendra notre comité très actif.

■ ***Priorités et réalisations de l'année 2008-2009***

- Participation et organisation de la semaine DI.
- 2 formations pour tous les membres.
- Participation aux comités : éthique, Vigilance et qualité, Gestion des risques, Agrément.
- Représentation active aux différentes activités de l'établissement.
- Préparation et organisation de l'assemblée annuelle.
- Participation aux différentes activités de la Résidence Louise-Vachon.
- Suite à l'arrivée de la nouvelle personne-ressource en février 2009 , travail des membres à la transition, restructuration des activités et du fonctionnement du Comité des usagers et élaboration d'un nouveau plan d'action.

5.6. Comité des résidents

5.6.1. Membres

Louis-Roger Carrier, président
Pierre Louergli
Lynn Manconi

5.6.2. Faits saillants

Durant cet exercice, le comité de Résidents de la Résidence Louise-Vachon s'est réuni toutes les deux semaines en « séances régulières » et a dû également se réunir, à différentes reprises, lors de « séances spéciales ». Deux Membres du comité ont régulièrement participé à toutes les sessions du C-A du CRDI N-L. Le Comité s'est employé principalement à :

■ ***Maintenir et développer les contacts, entre autres, avec :***

- Le Dr Raymond Carignan, Représentant du Ministère, et ce, sur une base régulière, jusqu'à la toute fin. Nous en profitons pour lui rendre un hommage chaleureux.
- Les Parents, Proches & Curateur public : Nous avons communiqué régulièrement avec les personnes dont nous avons les adresses électroniques. Nous souhaitons étendre ces communications à un maximum de gens.
- La Classe politique : Nous entretenons régulièrement des liens avec les députés et les conseillers municipaux. Nous sommes donc présents au niveau Fédéral, Provincial ainsi qu'au Municipal.

- L'A.L.D.I.²: Deux Parents sont Membres du C-A de l'Association. Les Membres de l'A.L.D.I. ont les mêmes préoccupations que les nôtres et nous sommes fiers de pouvoir être associés à cette organisation.
- ***Développer nos connaissances sur le « Cadre de référence » – Projet de Loi 83 :***
- Formation sur les rôles et responsabilités des Membres du comité face à leurs mandats et fonctions. Pour cela, deux des Membres, Louis-Roger Carrier & Pierre Louergli ont suivi le cours dispensé par le R.P.C.U.³ sur le « Cadre de référence » qui définit les balises d'interventions. Ils sont devenus « Formateurs » au sein du « Regroupement »
 - Recherches sur Internet à propos des meilleures pratiques exercées ailleurs dans le Réseau de la S.S.S.
 - Sensibilisation, à différents niveaux, sur l'importance que revêt le « Cadre de référence ».
 - Une analyse conjointe du document, CR RLV & CRDI N-L, est prévue afin d'en avoir une compréhension commune.
- ***Régler le contentieux budgétaire :***
- Une entente a été négociée avec la direction du CRDI à l'effet qu'un budget de \$3000.00 annuel sera alloué au Comité de Résidents pour ses fins de fonctionnement
 - Le remboursement des dépenses assumées par les Membres du CR, pour les d'opérations, est sur le point d'être complété.
- ***S'impliquer activement :***
- Rencontre avec les Parents et Proches : Préparation conjointe, CR RLV & CRDI, de la rencontre de septembre 2008 (qui fût d'ailleurs un véritable succès).
 - ASSS de Laval : Nous sommes en contact avec M. Daniel Proulx de l'Agence. Nous avons participé à la « Journée d'information et d'échanges ». De plus, nous avons été sollicité pour participer à l'organisation du prochain colloque.

² Association Lavalloise pour la Déficience Intellectuelle (A.L.D.I.) <http://www.aldi1959.com>

³ Regroupement Provincial des Comités d'Usagers (R.P.C.U.) <http://www.rpcu.qc.ca>

- R.P.C.U. : Membre et représentant de la région de Laval (13) sur le Conseil d'administration du Regroupement. Nous avons participé aux réunions du C-A, à plusieurs réunions de travail, à l'AGA ainsi qu'au colloque.
- C.P.M.⁴ : Membre du Conseil. Le Conseil nous a fourni plusieurs avis, opinions et autres supports pour, entre autres, établir de nos « Règlements de fonctionnement ». Nous avons participé à l'AGA ainsi qu'au colloque.
- C.Q.A : Certification du CRDI N-L auprès du Conseil québécois d'agrément. Louis-Roger Carrier a participé aux travaux d'accréditation. Le Comité a été invité à rencontrer l'Équipe visiteuse du C.Q.A.
- Comité de vigilance : Malgré plusieurs tentatives visant notre accession au Comité de vigilance, actuellement, nous ne sommes pas représentés.....
- CRDI N-L – C-A : Pierre Louergli a été coopté sur le C-A et participe activement sur plusieurs dossiers.

Pour d'autres détails, nous vous prions de consulter le « *Rapport annuel d'activités et financier 08-09* » complet. Nous vous invitons également à prendre connaissance de « l'Allocution » prononcée par M. Yves Bolduc, Ministre de la S.S.S., le 21 octobre 2008 lors du Colloque du C.P.M.. Il aborde « clairement » l'importance qu'il accorde aux comités d'Usagers et de Résidents.

5.7. Comité de gestion des risques

5.7.1. Membres

André Pelletier
 Ginette Vigneux
 Nicole Lanteigne
 Nathalie Ladouceur
 Debbie McKercher
 Lise Bergeron
 3 postes vacants

Claude Belley
 Danielle Levert, présidente
 Michèle Girard
 Nathalie Deschênes
 Marie-France Zicat-Côté
 Sophie Martel

5.7.2. Faits saillants

Le Comité de gestion des risques s'est réuni à deux reprises au cours de l'exercice. Nous avons mis en place les nouveaux formulaires AH-223. Le lancement des nouveaux formulaires a eu lieu lors d'une rencontre des chefs de service avec les ressources non institutionnelles. Un arbre de décision a également été fourni à toutes les RNI et au personnel du CRDI Normand-Laramée afin de les outiller pour faire les déclarations et divulgations lorsque requis.

⁴ Conseil pour la Protection des Malades (C.P.M.), Claude Brunet http://www.cpm.qc.ca/_home

Au printemps 2008, toutes les équipes d'intervenants ont reçu à nouveau de l'information sur la gestion des risques. L'information était accompagnée d'exercices pratiques sur les nouveaux formulaires et sur des cas fictifs.

Un article est paru dans la revue *Accent* afin de sensibiliser les parents et partenaires à nos obligations légales en ce qui a trait à la gestion des risques.

Au cours de la prochaine année, le comité priorisera la prévention des événements déclarés à la gestionnaire de risques (erreur dans l'administration des médicaments et les chutes) par la présentation aux RNI d'outils de prévention efficaces.

Il s'assurera également que les délais de transmission des déclarations à la gestionnaire de risques soient courts afin d'assurer un suivi adéquat des événements.

6. LES ÉTATS FINANCIERS ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

6.1 Les résultats du fonds d'exploitation pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	<u>2009</u>	<u>2008</u>
Revenus		
Financement R.R.S.S.L.	32 543 582 \$	30 250 824 \$
Autres sources	3 238 261 \$	3 511 437 \$
TOTAL	<u>35 781 843 \$</u>	<u>33 762 261 \$</u>
Nature des charges		
Salaires	13 140 864 \$	12 238 196 \$
Avantages sociaux	3 745 754 \$	3 691 739 \$
Charges sociales	2 105 606 \$	1 971 756 \$
Médicaments	154 842 \$	192 346 \$
Fournitures médicales	39 338 \$	43 158 \$
Denrées alimentaires	175 787 \$	173 150 \$
Autres		
Paiement allocation ress. de type familial	1 194 227 \$	1 311 306 \$
Paiement allocation ress. intermédiaires	10 951 401 \$	10 393 205 \$
Frais de déplacement du personnel	336 362 \$	334 704 \$
Allocations de fréquentation	192 122 \$	209 433 \$
Location de locaux	935 190 \$	828 718 \$
Honoraires professionnels	618 336 \$	495 083 \$
Dépenses administratives	288 826 \$	467 567 \$
Frais de formation externe	56 742 \$	53 535 \$
Frais de fonctionnement	409 098 \$	472 656 \$
Répit spécialisé	233 414 \$	103 617 \$
Literie et lingerie	4 127 \$	6 187 \$
Charges non réparties	171 915 \$	27 343 \$
Autres éléments	877 774 \$	748 562 \$
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit	118 761 \$	
TOTAL	<u>35 750 486 \$</u>	<u>33 762 261 \$</u>
EXCÉDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS	<u>31 357 \$</u>	<u>- \$</u>

6.2 Le bilan du fonds d'exploitation au 31 mars 2009

ACTIF	2009	2008
À COURT TERME		
Encaisse	2 192 417 \$	1 380 438 \$
Placements temporaires	224 000 \$	215 385 \$
Débiteur – A.S.S.S.L.	195 407 \$	155 456 \$
Débiteurs - Autres	281 745 \$	346 991 \$
Charges payées d'avance	167 414 \$	151 195 \$
Avance au fonds d'immobilisation	132 686 \$	23 271 \$
Stocks	9168 \$	
Total de l'actif à court terme	<u>3 202 837 \$</u>	<u>2 272 736 \$</u>
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS		
Réforme comptable subvention à recevoir	1 780 818 \$	
Congés à traitement différé	81 840 \$	76 629 \$
TOTAL DE L'ACTIF	<u>5 065 495 \$</u>	<u>2 349 365 \$</u>
PASSIF		
À COURT TERME		
Créditeurs et charges à payer	4 378 290 \$	2 064 827 \$
Revenus reportés - Agence	547 828 \$	54 331 \$
Autres éléments	0 \$	848 \$
Total du passif court terme	<u>4 926 118 \$</u>	<u>2 120 006 \$</u>
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF		
Service de la dette prise en charge par le M.S.S.S. -		
Solde du fonds	139 377 \$	229 359 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DU FONDS	<u>5 065 495 \$</u>	<u>2 349 365 \$</u>

6.3 Les charges brutes et les données opérationnelles

LES CHARGES BRUTES PAR CENTRES D'ACTIVITÉS			LES DONNÉES OPÉRATIONNELLES		
	2009	2008		2009	2008
5516 Ressources intermédiaires - D.I	6 889 598 \$	7 077 711 \$	Jours rétribués D.I. et TED	74 601	82 244
5517 Ressources intermédiaires D.P	62 184 \$	177 185 \$	Jours rétribués D.P	772	2 157
5526 RTF-Famille d'accueil	43 555 \$	79 202 \$			
5536 RTF-Résidence d'accueil	1 150 672 \$	1 232 104 \$			
5546 Autres ressources non institut. d'hébergement D.I et TED	3 981 526 \$	2 939 250 \$			
5547 Autres ressources non institut. d'hébergement D.P	18 093 \$	129 478 \$			
6430 R.I. et R.T.F. - Encadrement	369 565 \$	378 620 \$			
6945 Internat (D.I.)	4 926 799 \$	4 986 135 \$	Jours présences	22 125	23 310
7050 Ress. Résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue	62 346 \$	69 581 \$			
7000 Centre pour activités de jour (D.I.)	83 279 \$	103 617 \$			
7021 Support des stages en milieu de travail (D.I.)	2 145 997 \$	1 999 905 \$	Présences en ateliers, stages ou activités de jour	87 024	94 369
7031 Intégration à l'emploi (D.I.)	173 663 \$	159 410 \$			
7100 Adaptation / Soutien à la personne, à la famille, aux proches (D.I.)	8 738 661 \$	6 703 824 \$			
7140 Intervention comportementale-TED	0	1 317 224 \$			
7180 Soutien aux programmes-CRDI	1 274 641 \$	1 048 653 \$			
7300 Administration générale	2 698 502 \$	2 519 219 \$			
7320 Administration des services techniques	162 937 \$	99 167 \$	Nombre moyen d'usagers suivis en intégration à l'emploi	45	44
7340 Informatique	211 130 \$	225 044 \$			
7530 Réception, archives et télécommunications	130 638 \$	155 769 \$			
7552 Alimentation - Internat (D.I.)	437 533 \$	406 953 \$			
7602 Buanderie et lingerie - Internat (D.I.)	224 868 \$	242 028 \$			
7644 Hygiène et salubrité - tâches opérationnelles	299 851 \$	339 197 \$			
7690 Transport des usagers	18 017 \$	26 668 \$	Usagers suivis en adaptation et soutien à la personne, aux proches	1 531	1 391
7701 Fonctionnement des installations - Internat (D.I.)	409 098 \$	426 916 \$			
7703 Fonctionnement des installations - Autres	674 463 \$	534 761 \$			
7710 Sécurité	71 130 \$	75 426 \$			
7800 Entretien et réparation des installations - Charges non réparties	171 915 \$	27 343 \$			
7906 Indemnités cessation d'emploi	83 526 \$	0 \$			
	<u>35 750 486 \$</u>	<u>33 762 261 \$</u>			

6.4 Le rapport du vérificateur sur les états financiers

Aux membres du Conseil d'administration du
CRDI Normand-Laramée,

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du CRDI Normand-Laramée de l'exercice terminé le 31 mars 2009, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes, d'omissions et de lacunes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

- 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, ou son volume de services ou d'activités;
- l'Établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- les pratiques comptables de l'Établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les unités de mesure utilisées par l'Établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;
- les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'Établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

- l'Établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2009, ainsi que de ses revenus et charges, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'Établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de
l'associée
responsable Guylaine Lemay, C.A AUDITEUR

Nom du
vérificateur Petrie Raymond, s.e.n.c.r.l., Comptables agréés,

Adresse 255, boul. Crémazie Est
Bureau 1000
Montréal (Québec) H2M 1M2

Téléphone (514) 342-4740

Télécopieur (514) 737-4049

Le vérificateur

Date Le 03 juin 2009

7. LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le Code d'éthique et de déontologie a été adopté par le Conseil d'administration en janvier 2002.

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30, a. 3.04) oblige les membres des conseils d'administration des régies régionales et des établissements publics visés par la LSSSS (chapitre S-4.2) à établir un code d'éthique et de déontologie, lequel porte sur les devoirs et obligations des membres.

Le Code d'éthique et de déontologie doit, entre autres :

- ✓ Traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts ;
 - ✓ Traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts ;
 - ✓ Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs ;
 - ✓ Traiter des devoirs et des obligations des administrateurs même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions ;
 - ✓ Prévoir des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.
1. Le présent code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur ; il vise plutôt à énoncer les devoirs et les obligations des membres du Conseil d'administration, conformément à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif.
 2. Les administrateurs doivent 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 les règles les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, les administrateurs doivent agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur qui, à la demande de l'établissement, exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre, est tenu aux mêmes obligations.

DÉFINITIONS

3. Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
 - 3.1 *administrateur* : désigne un membre du Conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé ;
 - 3.2 *conflit d'intérêt* : 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 ;

- 3.3 *entreprise* : désigne toute forme que peut prendre l'organisme de la production de biens ou services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement ;
- 3.4 *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.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

Dans l'exercice de ses fonctions,

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

Disponibilité et participation active

8. Il se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du Conseil d'administration.

Soins et compétence

9. Il s'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement ; il évite de prendre des décisions prématurées en se renseignant au préalable.

Neutralité

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

Discrétion

11. Il fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles, dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de

l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer à une personne physique ou morale un avantage indu.

12. Il garde confidentiels les faits et renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du Conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

13. Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibée par la loi.
14. Il s'efforce, dans les meilleurs délais, de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir ; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
15. Il adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
16. Il agit de bonne foi, au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie, sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité. Il évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.
17. Il lutte contre toute forme d'abus de pouvoir, tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Conflits d'intérêts : l'administrateur autre que le directeur général

18. L'administrateur autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil, lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'établissement qu'il administre (Annexe I).

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

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

Conflits d'intérêts : le directeur général

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

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

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

Exclusivité de fonctions du directeur général

22. Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait. (Voir autre document, soit la Politique relative à l'exclusivité de fonctions du directeur général, portant le numéro DG-102-01-02)

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

24. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions d'administrateur, que ce soit en son nom personnel ou pour le compte d'autrui.

L'administrateur ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou d'une entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage

ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment, est considéré comme un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à un taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable, qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

25. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires, à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.
26. Le directeur général doit s'interdire, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

27. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du Conseil d'administration, lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

28. L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel autre que le directeur général et le cadre supérieur.
29. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
30. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, auprès d'un organisme à but lucratif ou non.
31. Il se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
32. Il évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
33. Il s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, de solliciter un emploi auprès de l'établissement, s'il n'est pas déjà employé de cet établissement.
34. Il ne fait aucunement usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

35. Il évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANIMES D'APPLICATION DU CODE

36. Les membres du Conseil d'administration doivent nommer un comité d'application du code d'éthique et de déontologie formé de trois (3) membres du Conseil d'administration et élire deux (2) membres substitués.
37. Ce comité a comme mandat de faire enquête sur réception d'allégations d'irrégularités par un administrateur au présent code ; toutefois, si un des membres du comité est visé par des allégations d'irrégularités, il ne participe à aucune des étapes de l'enquête, ni par le fait même à sa conclusion.

Introduction d'une demande d'examen

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

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

Examen sommaire

39. Lorsqu'une allégation 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 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

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

Information de l'administrateur concerné

41. 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.

Transmission du rapport au conseil

42. 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

43. L'administrateur concerné doit être avisé par écrit, au moins cinq (5) jours à l'avance, que la question de la possibilité d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui sera étudiée par le Conseil d'administration à telle date. Il peut alors demander de se faire entendre avant que la décision ne soit prise ; toutefois il ne peut participer aux délibérations ni à la décision des administrateurs.
44. Le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider, par le biais d'une résolution adoptée à la majorité des membres présents, de la sanction à imposer à l'administrateur concerné. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

Sanction

45. 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 qui fait l'objet d'un recours en déchéance de charge peut continuer à siéger au Conseil d'administration tant qu'un jugement final n'a pas été rendu par la Cour supérieure, dans la mesure où il conserve la qualité nécessaire pour être membre du conseil.

ENGAGEMENTS

46. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le Conseil d'administration ou dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe III du présent code.

De plus, tout responsable de l'application du code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe IV du présent code.