



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2009-2010

Juin 2010

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 2009-2010 du CRDI Normand-Laramée. Nous sommes fiers de mentionner qu'en juin 2009, le Conseil québécois d'agrément (CQA) a accordé l'agrément à l'établissement pour une période de trois ans, soit 2009-2012. L'organisation a intégré les recommandations du CQA à son plan d'amélioration et s'est doté d'un système de suivi.

L'année qui s'est terminée le 31 mars 2010 a mobilisé beaucoup de notre temps et de nos énergies à la lutte contre la pandémie de grippe H1N1. L'ensemble du personnel a été impliqué et le professionnalisme et les efforts de tous ont permis de gérer judicieusement cette crise. Malgré le fait que nous déplorions le décès de deux usagers de la Résidence Louise-Vachon (RLV), nous sommes convaincus que la maîtrise et la rapidité avec lesquelles le personnel a agi ont permis de limiter les impacts.

Outre la pandémie, les travaux se sont poursuivis entre le Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSSL) et le CRDI autour des activités liées au Mécanisme d'accès et à la définition des offres de services respectives en fonction de nos responsabilités de première et de deuxième ligne. Une entente devrait être signée par les directeurs généraux en juin 2010.

En cours d'année, l'établissement a exploré différentes avenues afin d'actualiser le plan de consolidation et de spécialisation de la Résidence Louise-Vachon. À partir des résultats de consultations effectuées préalablement, le CRDI Normand-Laramée a développé un projet de milieux de vie qui se veut une réponse concrète aux besoins des résidents de la RLV et aux recommandations de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

L'année 2009-2010 a aussi été marquante par l'implantation du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD). Ce système est en fait le dossier informatisé de l'utilisateur ainsi que l'outil de reddition de compte à l'intention du MSSS. En mars 2010, c'est avec fierté que nous constatons que l'ensemble des modules obligatoires pour le Ministère et disponibles dans le SIPAD sont en fonction au sein de l'organisation. Le SIPAD demeure toutefois instable et il est toujours en développement.

De plus, notre Plan triennal 2006-2009 venant à échéance, le CRDI Normand-Laramée a amorcé en décembre dernier une démarche de planification stratégique. L'exercice a non seulement permis de mesurer le chemin parcouru mais aussi d'évaluer le travail restant à abattre. Ce faisant, nous avons réfléchi sur notre identité organisationnelle et les principaux défis qui nous attendent aux cours de cinq prochaines années. La démarche se conclura à l'automne 2010 par un dépôt et une adoption par le Conseil d'administration.

Enfin, le Conseil d'administration et le Comité de gestion de la direction générale ont fait un suivi rigoureux des objectifs fixés dans l'Entente de gestion et d'imputabilité conclue avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, lesquels ont été en très grande partie atteints tant sur le plan des cibles clientèles que des cibles administratives. En regard du suivi des 40 recommandations issues des rapports de visites ministérielles, l'Agence a signifié à l'établissement que nous avons rencontré les objectifs fixés par le Ministère. Une dernière rencontre est à planifier avec l'Agence pour finaliser le dossier.

Le présent rapport de gestion résume sommairement les activités de l'établissement et reflète peu toute l'énergie investie pour offrir, en cours d'année, des services de qualité à 1642 personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, inscrites ou admises au CRDI Normand-Laramée. 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 2009-2010 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 2010.



Claude Belley, directeur général

3. LA MISSION, LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET LES FAITS SAILLANTS

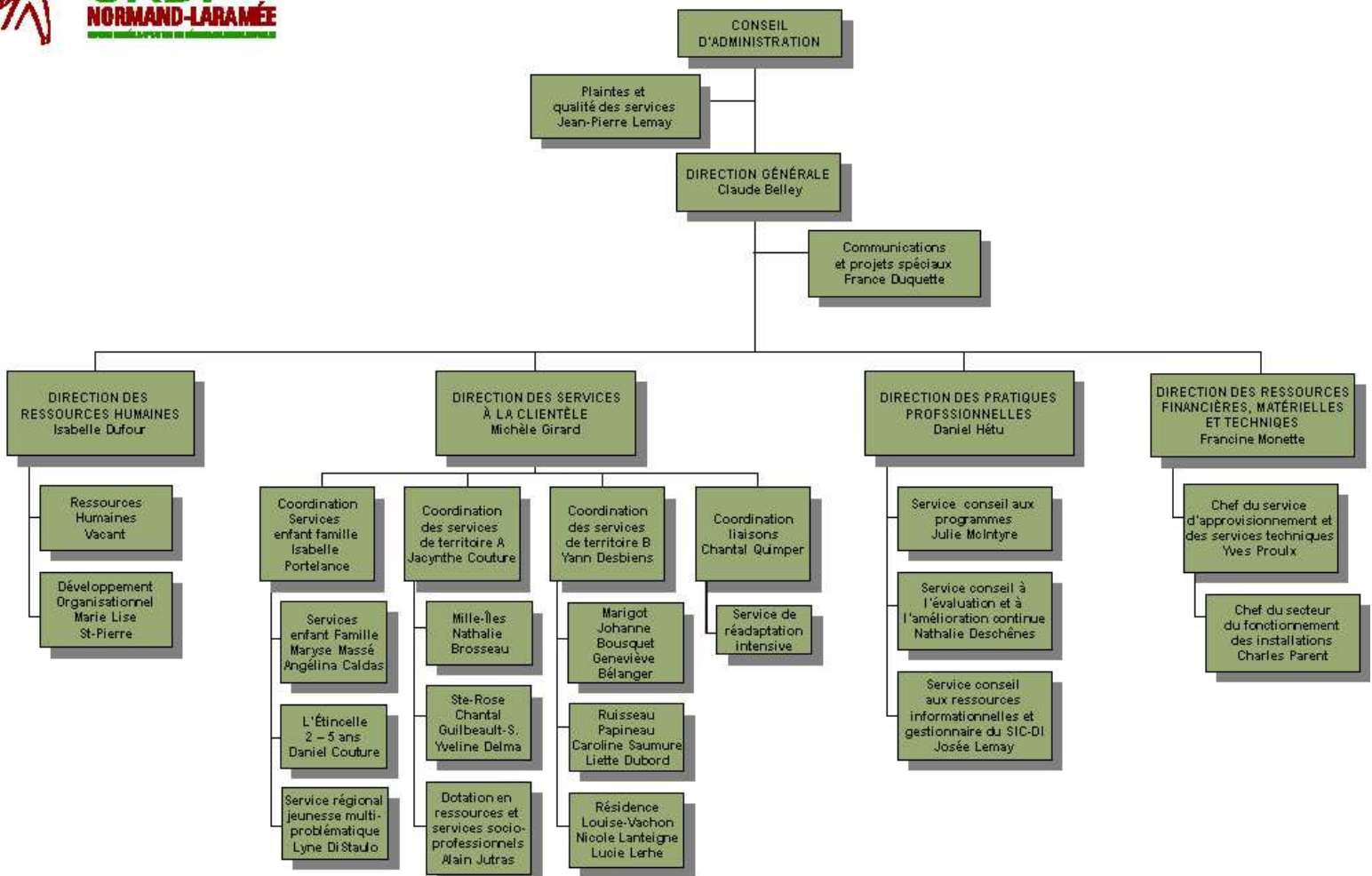
3.1. Notre mission

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

3.2.1. Organigramme de service

Notre organigramme de service en date du 31 mars 2010 se lit comme suit :



3.2.2. Portrait de la main d'œuvre

Au cours de l'année 2009-2010, le CRDI Normand-Laramée a embauché 56 personnes, ce qui porte le total d'employés à 431. Ci-contre le portrait des effectifs et le profil de la main d'œuvre :

Portrait des effectifs au 31 mars 2010	
Nombre total de postes	339
Nombre de postes à temps complet	286
Nombre de postes à temps partiel	53
Nombre de postes équivalents temps complet (ETC)	304,66
Nombre d'employés occasionnels	101
Nombre total d'employés	431

Profil de la main d'oeuvre au 31 mars 2010	
Catégories d'emploi	Nombre de titulaires de poste
Éducateurs	146
Infirmières et infirmières auxiliaires	18
Préposés aux bénéficiaires et assistants en réadaptation	53
Agents de relations humaines et spécialistes aux activités cliniques	22
Orthophonistes et ergothérapeutes	11
Psychologue	1
Alimentation et buanderie	7
Total des postes en soutien direct à la clientèle	260
Soutien administratif et technique	38
Services auxiliaires	10
Cadres	31
GRAND TOTAL	339

3.3. Faits saillants

3.3.1. Planification stratégique

En décembre dernier, le CRDI Normand-Laramée a amorcé une démarche de planification stratégique. Le Conseil d'administration, les cadres, les instances formelles de l'établissement ainsi que les partenaires ont été mis à contribution pour réfléchir sur notre identité organisationnelle et identifier les actions à valoriser à long terme.

Dans cette optique, cinq défis ou enjeux nous attendent au cours des cinq prochaines années :

- *L'évolution de notre clientèle présentant un trouble envahissant du développement est en constance progression par rapport à la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle. Toute l'organisation doit s'ajuster en fonction de cette nouvelle réalité.*

- *La spécialisation de l'offre de service de deuxième ligne.* Nous devons prévoir des mécanismes pour soutenir ce changement de même que nos intervenants.
- *La gestion de nos ressources non institutionnelles* et les impacts d'une possible syndicalisation.
- *Le projet de transformation de la Résidence Louise-Vachon.* Il s'agit d'une transformation majeure, tant d'un point de vue physique que pratique, et il importe d'y réfléchir à long terme.
- *La recherche, l'enseignement et le transfert des connaissances.* La recherche doit impérativement aboutir en modes d'intervention et de connaissances pour les intervenants, et ce, afin de pouvoir constater des retombées concrètes auprès de notre clientèle.

Évidemment, ces enjeux se sont profilés au fil de plusieurs rencontres avec nos partenaires institutionnels et communautaires, de même qu'à l'interne, avec les parents et les comités d'usagers. D'ailleurs, la démarche de validation n'est pas encore terminée. Notre objectif est de faire approuver notre planification stratégique, notre plan d'action et nos projets structurants par le Conseil d'administration à l'automne 2010.

3.3.2. Implantation du SIPAD

L'implantation du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) a mobilisé beaucoup d'énergie.

Au printemps et à l'été 2009, les responsables des processus clinico-administratifs ont révisé leurs processus en vue de leur arrimage lors de l'implantation du SIPAD. Ces processus, au nombre de 92, abordent la demande de service à partir de son accueil jusqu'à la fermeture du dossier.

L'équipe de pilotes et de formateurs désignés a participé à la formation offerte par la *Sogique* en août 2009. Elle a débuté, deux semaines plus tard, des sessions de formation auprès de l'ensemble du personnel clinique et administratif, de façon à ce que tous puissent fonctionner lors de la mise en place du système, le 26 octobre 2009. Le défi demeurerait important compte tenu d'une mince longueur d'avance et d'une application dépourvue de certains modules opérationnels. L'implantation du SIPAD est porteuse de changement sur le plan des processus cliniques tant pour les intervenants que pour les gestionnaires.

Le tableau suivant résume les ressources déployées pour assurer la formation de l'ensemble du personnel de septembre 2009 à mars 2010 :

Nombre de formateurs internes	13
Nombre d'employés formés (intervenants, agentes administratives et gestionnaires)	259
Nombre total d'heures de formation reçues	4 506,25
Frais liés au salaire (employés formés et formateurs)	234 032,39 \$

L'intégration de l'application est en cours auprès des utilisateurs. L'équipe responsable de l'implantation leur apporte un soutien de groupe ou individualisé. La validation des données inscrites est une priorité mais l'exercice demeure ardu pour divers motifs : application incomplète ou non complétée, entrée de données partiellement efficiente pour des raisons d'ordre technique, formation sur COGNOS non disponible au 31 mars 2010...

Plusieurs défis sont identifiés pour la prochaine année:

- Déployer de nouvelles composantes tout en consolidant les modules déjà en place.
- Harmoniser l'entrée de données.
- Offrir le soutien aux intervenants, gestionnaires, nouveaux employés ainsi qu'à ceux qui reviennent d'un congé.

3.3.3. Plan de consolidation et de spécialisation de la RLV

Faisant suite aux différentes consultations, le scénario de consolidation et de spécialisation de la RLV se développe autour de quatre axes :

- Un milieu de vie de qualité favorisant l'accès à un véritable chez-soi pour la clientèle demeurant à la Résidence.
- Un environnement adapté pour la clientèle présentant des troubles graves du comportement et des troubles extrêmes de comportement.
- Une offre régionale d'expertise.
- Un centre d'excellence intégrant l'enseignement et la recherche.

Le projet de la RLV permettra le développement d'une organisation des services orientée vers le soutien aux équipes des territoires pour les personnes présentant des troubles de comportement (TC) et des troubles graves de comportement (TGC). Cette approche s'appuie sur la création d'une équipe mobile d'intervention interdisciplinaire et sur l'intégration de la formation et de la recherche à la RLV. En s'appuyant sur ces bases, les intervenants comme les familles et les ressources non institutionnelles (RNI) auront accès à des services spécialisés.

Ainsi, le projet vise à améliorer la réponse aux besoins de la clientèle actuelle par l'accès à un chez-soi et à compléter l'offre de service du CRDI Normand-Laramée en ajoutant les maillons manquants au continuum de services.

Le projet a été soumis à l'Agence en janvier 2010 puis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ces deux instances ont donné leur aval au projet.

Fort de cet appui, l'établissement planifie les prochaines étapes qui débiteront par plan fonctionnel et technique (PFT) en 2010-2011. Cette étape importante permettra de cibler les travaux de rénovation nécessaires aux installations existantes ainsi que la construction d'unités de type « condo » sur le terrain de la Résidence.

3.3.4. Préparation du protocole entre le CSSSL et le CRDI

Le CSSS et le CRDI ont poursuivi leurs travaux autour des activités liées au mécanisme d'accès et de la définition des offres de services. Ce travail de partenariat a permis de poser les assises d'une première entente de services entre les deux établissements, laquelle définit les liens de collaboration et les responsabilités de chacun dans l'actualisation d'une offre de service complémentaire pour la clientèle DI/TED de Laval. Cette entente devrait être signée par les directeurs généraux à l'automne 2010.

3.3.5. Agrément

Le Conseil québécois d'agrément (CQA) a accordé l'agrément à l'établissement pour une période de trois ans—2009-2012—à la suite de la visite complétée en avril 2009. Dans son rapport d'agrément, le CQA a identifié les principales forces sur lesquelles l'établissement peut compter pour poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité :

- La capacité de mettre en œuvre le plan d'action élaboré pour chacun des processus en suivi du premier agrément.
- La valeur de respect omniprésente dans l'établissement, tant à l'égard des usagers et de leurs proches qu'à l'égard des ressources non institutionnelles et du personnel.
- Une culture de formalisation qui s'est implantée, notamment sur le plan des programmes, politiques et procédures ainsi que sur le plan des différents processus de gestion.
- L'actualisation du Cadre de référence sur la supervision clinique dans tous les services.
- La mobilisation du personnel dans l'atteinte des résultats reliés à l'élaboration et à la révision des PI/PSI.
- L'accessibilité des outils cliniques informatiques pour la majorité des intervenants.

En cours d'année, le CRDI a débuté son plan d'amélioration en s'assurant d'intégrer les recommandations du CQA dans sa planification. Il s'est aussi doté d'un système de suivi du plan d'amélioration qui permet aux différentes instances de l'organisation de suivre l'évolution du plan.

Le CRDI a décidé d'utiliser le système du CQA afin d'évaluer le degré de satisfaction de sa clientèle. Ce choix assure la qualité de l'évaluation ainsi que la comparabilité des données avec les sondages antérieurs et futurs.

3.3.6. Pandémie

Depuis quelques années, un comité permanent, composé de représentants de toutes les directions du CRDI Normand-Laramée, met à jour de façon régulière le plan local de lutte à une pandémie d'influenza. L'automne dernier, à la suite de la déclaration de pandémie H1N1, nous avons dû mettre en application ce plan dans tous les services du CRDI. Toutefois, c'est à la Résidence Louise-Vachon que les impacts de la pandémie ont été les plus importants. Malgré notre rapidité à agir et l'efficacité dont a fait preuve le personnel, deux usagers sont malheureusement décédés de la grippe A - H1N1. Cette période difficile pour tous a néanmoins permis de consolider les liens entre les équipes et a suscité une mobilisation incroyable de l'ensemble du personnel pour assurer la sécurité et le mieux-être des usagers et de leurs familles. D'autre part, quelques membres de notre personnel ont aussi prêté main-forte au CSSSL dans le cadre des cliniques de vaccination.

4. LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1. Modifications apportées en cours d'année

4.1.1. Postes d'intervention en bloc

Pour faire suite à l'octroi de sommes récurrentes par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval afin de réduire la liste d'attente et répondre aux exigences du plan d'accès pour les personnes ayant un handicap, l'établissement s'est doté d'un nouveau mode d'intervention en janvier 2010. C'est ainsi que 4,6 postes éducateurs permettent d'assurer des services d'intervention en bloc aux usagers des deux programmes-cadres. Ces éducateurs offrent des services intensifs, à raison d'une visite par semaine pour une période de 14 semaines, aux usagers et à leur famille. Ils se rendent dans les divers milieux de vie fréquentés par l'usager. Les usagers concernés sont revus par l'éducateur neuf mois plus tard pour un autre bloc d'intervention de même durée. L'éducateur demeure disponible pour du soutien ponctuel entre les blocs d'intervention.

Cette pratique permet d'offrir des services éducatifs à un plus grand nombre de personnes au cours d'une année tout en maintenant l'offre de service actuelle en adaptation/réadaptation. Une évaluation de cette offre de service sera complétée sur le plan des enjeux cliniques et de la satisfaction des acteurs concernés de façon à apporter les ajustements requis aux prochains blocs.

4.1.2. SIPAD – Ergonomie

En vue du déploiement massif des postes informatiques, le Comité local en santé et sécurité du travail avait recommandé qu'une évaluation ergonomique du poste de travail de chaque intervenant soit complétée avant l'installation des postes informatiques afin d'éviter des désagréments physiques pouvant mener à d'éventuels problèmes d'ordre médical.

En collaboration avec les membres du Comité local en santé et sécurité du travail et le personnel des ressources informationnelles, la Direction des ressources humaines a mis sur pied un groupe d'ergonomie-secteur bureau. Compte tenu du volume d'évaluations ergonomiques à réaliser dans un court laps de temps, il s'avérait nécessaire de former des employés dans chaque service. Ainsi, une formation a été offerte par l'ASSTAS à une quinzaine d'employés intéressés afin qu'ils puissent réaliser des études simples sur les postes de travail de leurs collègues et faire des recommandations sur l'aménagement et les outils ergonomiques secondaires nécessaires, le tout en fonction de la physiologie des individus rencontrés.

Nous devons au groupe ergo-bureau le peu nombre de problématiques médicales rapportées, et ce, malgré l'ajout de près de 170 nouveaux postes informatiques au cours de l'année.

4.1.3. Plate-forme parents

Le 6 juin 2009 s'est tenue la première rencontre de la Plate-forme parents. Depuis, incluant les rencontres des comités de parents dans les différents services, une vingtaine de réunions ont eu lieu. La Plate-forme parents regroupe un parent issu de chaque comité de parents en provenance des territoires et des SEF, un représentant du Comité des résidents, un représentant de l'Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) et un représentant de la Société de l'autisme et des TED de Laval (SATL)—poste vacant au 31 mars 2010.

Le mandat de la Plate-forme parents comprend deux volets, soit : **de représenter l'ensemble des parents** auprès de la Direction des services à la clientèle et de la Direction générale sur des sujets qui ont un impact sur l'ensemble des services à la clientèle et **de faire le lien** entre tous les comités de parents et la direction du CRDI dans la diffusion de l'information traitée à l'une ou l'autre des instances (Plate-forme parents et comités de parents).

Cette instance favorise les échanges entre les parents et permet d'aborder divers sujets d'intérêt commun. Voici quelques exemples de thématiques touchées au cours de la dernière année : présentation des services au plan régional et local, mise en place du SIPAD, spécification DI et TED, planification stratégique.

4.2. Orientations stratégiques et priorités d'action

4.2.1. Orientations stratégiques

En 2009-2010, nous étions dans la poursuite des orientations identifiées dans notre Plan triennal 2006-2009, 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.

Le Plan triennal, inspiré de la thématique « *Pour une qualification des services et une plus grande spécification de notre offre de service* », 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.

Au cours la dernière année, des travaux ont été amorcés autour de la démarche de planification stratégique afin de guider nos actions pour les cinq prochaines années (2010-2015).

4.2.2. Priorités d'action

Voici les dossiers prioritaires auxquels nous avons œuvré en cours d'année :

■ *Plan d'accès*

Une deuxième année vient de se terminer depuis la mise en place du Plan d'accès, en juin 2008. Le MSSS avait alors proposé l'implantation d'une nouvelle pratique quant à l'évaluation des demandes de services, et ce, selon trois niveaux de priorité : urgent, élevé et modéré. À chacun des degrés de priorité est associé un délai d'attente auquel doivent se conformer tous les CRDI. Des standards d'accès sont implantés graduellement en vue de l'atteinte de l'objectif final en novembre 2011, soit le traitement de toutes les demandes—urgentes, élevées ou modérées—en vertu de leur niveau de priorité.

En septembre 2008, un premier standard d'accès a été implanté pour les nouvelles demandes de priorité urgente suivi, en novembre, de l'application du standard niveau élevé pour les enfants de moins de 6 ans. Ainsi, depuis novembre 2009, nous avons l'obligation de répondre à toutes les demandes de niveau élevé selon le délai prescrit.

Un plan d'amélioration de l'accès et de la continuité des services a été déposé au Ministère au printemps 2009. Durant la dernière année, nous avons accompli les activités prévues à ce plan, entre autres, l'équipe à l'accès a revisité ses pratiques en fonction des attentes du Plan d'accès et des travaux en cours autour du projet clinique lavallois. D'ailleurs, le CSSS a collaboré à l'optimisation du processus de cheminement d'une demande du CSSS au CRDI. Un suivi rigoureux et des efforts continus se sont poursuivis pour diminuer nos listes d'attente. Le bilan annuel de ces travaux a fait l'objet d'une présentation à l'Agence et au Comité directeur régional.

■ *Projet clinique*

Au cours de l'automne dernier, le projet clinique a été interrompu par la période pandémique qui, comme on le sait, a occupé tous les acteurs du réseau durant quelques mois. Toutefois, les Comités d'orientation et de coordination du réseau de services intégrés (COCRSI) ainsi que les tables de travail des programmes clientèles ont repris leurs activités au cours de l'hiver 2010.

Conformément aux attentes du CSSS et en fonction de nos clientèles, les travaux de la dernière année ont permis d'établir les écarts dans les continuums de services et d'en faire des cibles de travail pour la prochaine année.

■ ***Suivi du plan d'action découlant des 40 recommandations inscrites aux rapports de visites ministérielles***

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a rencontré périodiquement l'établissement dans le cadre du plan d'action faisant suite aux rapports des visites ministérielles. Les résultats démontrent que plus de 95% des actions ont été réalisées en totalité (31 actions) ou en grande partie (7). L'Agence a signifié à l'établissement qu'il avait rencontré les objectifs fixés par le Ministère. Une dernière rencontre est prévue pour finaliser le dossier et « désactiver » l'établissement du système de suivi.

4.2.3. Dossiers d'établissement

■ ***Processus d'évaluation des postulants ressources***

Au cours des derniers mois, le Service de la dotation en ressources a revu en profondeur son processus d'évaluation des postulants aspirant à devenir responsables d'une ressource non institutionnelle (RNI) ou à changer de statut.

Afin de bonifier notre approche et nos outils, nous avons construit un nouveau processus d'évaluation inspiré des meilleures pratiques en cours dans divers établissements. Nous avons également reçu les recommandations d'un consultant externe. De plus, l'ensemble du personnel de la dotation en ressources a participé à des formations d'appoint.

Au terme de ces démarches, l'équipe de la dotation en ressources a élaboré un processus tenant compte à la fois du cadre de référence provincial, du cadre de référence régional, des besoins de la clientèle et de leur famille et des caractéristiques des postulants/ressources.

Le processus est caractérisé par quatre (4) phases liées à l'évaluation :

- La présélection
- La démarche d'évaluation
- Le bilan
- La présentation devant un comité issu du territoire d'accueil.

■ ***Service d'intégration au travail***

Un « Guide pratique des services de soutien spécialisés en contexte de travail » avait été élaboré en 2008-2009 par l'équipe des Services socioprofessionnels.

En 2009-2010, cette équipe a assuré la diffusion du guide auprès de toutes les équipes de territoires. De plus, à leur demande, l'équipe socioprofessionnelle a rédigé un diagramme-synthèse des démarches d'orientation d'un usager vers les services spécialisés en contexte de travail. En plus de préciser le cheminement de la demande et les outils à utiliser, le diagramme spécifie les rôles et responsabilités des intervenants du CRDI. Dans ce contexte, les ententes avec les employeurs ont été bonifiées et signées à nouveau.

Le guide a aussi été diffusé auprès des partenaires régionaux. Les Services socioprofessionnels ont assuré une présence constante aux séances des conseils d'administration et autres comités des partenaires socioprofessionnels.

Le Service d'intégration au travail s'est inscrit dans un projet de collaboration et d'évaluation avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. L'objectif était de revoir avec les différents partenaires le cheminement vers l'emploi des personnes handicapées.

■ *Positionnement Employeur*

Au cours de 2009-2010, des actions ont été amorcées afin d'identifier les principaux facteurs et leviers d'attraction du CRDI comme employeur. Dans un marché de l'emploi caractérisé par une rareté, voire une pénurie de main d'oeuvre, bien connaître devient primordial pour être en mesure de positionner efficacement notre offre distinctive de travail.

Dans cette perspective, les projets suivants ont été développés : une analyse comparative avec des concurrents du réseau de la santé et des services sociaux pour dégager les forces de notre établissement et identifier les éléments à améliorer pour accroître notre attractivité, un sondage réalisé auprès du personnel et la tenue de groupes de discussion en fonction de six segments cibles (cadre, personnel administratif et de soutien, éducateurs, professionnels clinique, personnel infirmier, personnel de soutien clinique et auxiliaire à la RLV). Les informations ainsi colligées permettront de mieux cerner et comprendre les facteurs d'attraction, de rétention et de fidélisation pour chacun des segments cibles.

■ *Recherche*

Le Comité sur la recherche en partenariat a continué ses activités au cours de la dernière année. Dans le cadre de son mandat, les membres du comité ont suivi l'évolution de cinq recherches en cours dans l'établissement. De plus, une demande de participation à une autre recherche est actuellement à l'étude et deux autres projets sont en préparation.

Dans le but de consolider les liens avec le milieu de la recherche, des démarches sont entreprises pour accroître notre présence au sein de différents groupes de recherche : Chaire de recherche sur les technologies de soutien à l'autodétermination (TSA), Équipe DI, TED et Intersectorialité, Laboratoire de

recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS), Équipe sur la spécialisation et l'identité professionnelle (ÉSIP).

Ce rapprochement devrait nous permettre d'accentuer notre participation à des recherches au cours des prochaines années.

■ *Groupe tactique des communications*

Au cours de la dernière année, nous avons réalisé une démarche sur les communications internes du CRDI. Divers groupes de discussion ont été interpellés pour émettre leurs commentaires sur les communications internes. Le rapport produit à la suite de cette démarche ciblait, parmi ses recommandations, la mise sur pied d'un Groupe tactique des communications.

Le mandat du Groupe tactique des communications est d'assurer un rôle conseil auprès de la direction en regard des mécanismes de diffusion et de partage de l'information. Le Groupe tactique collabore avec la conseillère cadre aux communications à l'identification des stratégies, des moyens et des échéanciers de travail en regard des priorités ciblées dans la démarche communicationnelle et identifiées par le Comité de gestion de la direction générale (CGDG).

Le Groupe tactique a élaboré et déposé au CGDG son plan de travail 2009-2010. Le développement du portail intranet de l'établissement a été le dossier majeur sur lequel il a planché au cours de la dernière année. Son déploiement est prévu à l'automne 2010.

Le Groupe tactique complète actuellement une tournée des équipes pour faire connaître son mandat, présenter son plan de travail, rappeler les éléments clés d'une bonne communication et sensibiliser le personnel rencontré sur la responsabilité de chacun en regard des communications.

4.2.4. Résultats obtenus

4.2.4.1. Clientèles desservies

Au 31 mars 2010, 1 428 personnes étaient inscrites ou admises au CRDI Normand-Laramée, pour une augmentation de 4,5% par rapport à l'exercice précédent. Toutefois, il est important de noter qu'entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010, le CRDI a donné des services à un nombre total de 1 642 personnes.

Sur l'ensemble de la clientèle, 985 personnes vivent avec une déficience intellectuelle, 441 personnes présentent un trouble envahissant du développement (TED) et 2 personnes ont une déficience physique.

Trente pourcent (30%) de la clientèle sont des enfants de la naissance à 11 ans et 64% de ces derniers présentent un TED.

USAGERS RECEVANT DES SERVICES AU 31 MARS 2010						
PROGRAMME- CADRE ENFANT - FAMILLE		PROGRAMME- CADRE ADO - ADULTES - AÎNÉS		ADMIS RÉSIDENCE LOUISE-VACHON		DÉFICIENCE PHYSIQUE
DI	TED	DI	TED	DI	TED	DP
135	235	800	201	50	5	2
370		1 001		55		2
Nombre d'usagers recevant des services au 31 mars 2010						1 428
Nombre total d'usagers desservis entre le 1 ^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010						1 642

RÉPARTITION DES USAGERS PAR PROGRAMME SERVICE							
PROGRAMME SERVICE	PROGRAMME-CADRE ENFANT-FAMILLE		PROGRAMME-CADRE ADOS-ADULTES- AÎNÉS		ADMIS RLV		DÉFICIENCE PHYSIQUE
	DI	TED	DI	TED	DI	TED	DP
Service d'adaptation et de réadaptation à la personne ¹	135	201	800	201	50	5	0
Service d'intervention comportementale intensive (ICI) ¹	---	35	---	---	---	---	0
Service d'intégration résidentielle	8	3	324	62	50	5	2
Service d'intégration au travail ²	---	---	324	25	---	---	0
Service d'intégration communautaire ³	---	---	11	3	---	---	0

¹ Page 3 de AS-485 2009-2010

² Page 7 de AS-485 2009-2010

³ Page 6 de AS-485 2009-2010

4.2.4.2. Nouvelles demandes

Au cours de l'année 2009-2010, le nombre de **nouvelles demandes de services** a légèrement diminué par rapport à l'an dernier, soit 261 demandes comparativement à 278 en date du 31 mars 2009. Sur ce nombre, 66% des demandes sont faites pour les services du programme-cadre enfant/famille.

NOUVELLES DEMANDES ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2009 ET LE 31 MARS 2010							
Programmes-cadres	Retard global	DI (SRJM-DI)	TED (SRJM-TED)	PIC (en attente d'évaluation)	SRJM (Sans DI et sans TED)	En attente de décision	Total
Enfant/Famille (Naissance-11 ans)	16	8	87	49	1	7	168
Ados/Adultes/Aînés (12 ans et plus)	0	51	24	0	9	4	88
Total	16	59	111	49	10	11	256*

* Il faut ajouter 5 usagers dont la demande a été refusée ou retirée par le demandeur.

4.2.4.3. Liste d'attente

Au 31 mars 2010, 198 usagers étaient inscrits sur la liste d'attente pour un premier service. Le nombre d'usagers en attente d'un premier service est très légèrement inférieur à l'an dernier, soit 198 comparativement à 203 au 31 mars 2009. C'est au Service à l'enfant et à sa famille que le nombre de personnes en attente d'un premier service est le plus élevé, soit 41%.

NOMBRE D'USAGERS EN ATTENTE D'UN PREMIER SERVICE AU 31 MARS 2010					
SERVICE ENFANT / FAMILLE	TERR. MILLE-ÎLES	TERR. MARIGOT	TERR. RUISSEAU-PAPINEAU	TERR. STE-ROSE	TOTAL
82	14	37	22	43	198

4.2.4.4. Suivi de l'Entente de gestion et d'imputabilité 2008-2010

■ *Gestion de la présence au travail*

La cible apparaissant à l'Entente de gestion et d'imputabilité pour l'année 2009-2010 était fixée à 5,00%. Nous avons terminé l'exercice avec un ratio cumulatif se situant à 6,15 %.

Divers facteurs ont concouru à l'augmentation de notre ratio en assurance-salaire. D'une part, le nombre particulièrement élevé de dossiers d'invalidité, alors que nous avons connu une recrudescence des absences invalidité dues à des maladies physiques (diagnostics de cancer, chirurgies...). Cette augmentation s'est reflétée sur les heures d'absence en assurance-salaire, puis sur notre ratio en assurance-salaire. Nous savons pertinemment que pour certains types de diagnostics, les employés doivent s'absenter du travail pour des périodes variant de 6 à 12 mois et, pour certains d'entre eux, pour des périodes plus longues.

Outre l'augmentation des heures d'absence en assurance-salaire, les heures travaillées constituent une source importante d'influence sur notre performance en assurance-salaire. En effet, la chute importante des heures travaillées en période estivale (prise des vacances) a un impact considérable, alors que nous ne remplaçons pas le personnel dédié aux services externes. Ces employés sont réputés prendre 3 à 4 semaines de vacances durant l'été. La même tendance est observée durant la période des Fêtes où le nombre d'heures travaillées baisse considérablement. Cela démontre à quel point la performance de notre établissement en termes de ratio en assurance-salaire est vulnérable aux fluctuations des heures travaillées.

Par ailleurs, notre établissement, bon an mal an, investit près de 3% de sa masse salariale en formation et en développement de sa main d'œuvre. Ces heures ne sont pas considérées comme des heures travaillées et se trouvent ainsi exclues du calcul du ratio. Pour l'année 2009-2010, nous avons dû accroître notre pourcentage d'heures de formation en raison de l'implantation du SIPAD (3,87%), ce qui s'est reflété sur les heures travaillées. Les éducateurs et professionnels ont reçu plus de 3 000 heures de formation de plus que l'année précédente. Ainsi, près de 4,5% de la masse salariale a été investie dans la formation du personnel de la catégorie des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux.

Malgré divers efforts pour prévenir et gérer les absences en invalidité, force est de constater que nous n'avons pas connu une bonne année en termes de performance en assurance-salaire. Nous poursuivrons nos efforts, notamment en approfondissant nos analyses pour identifier les principaux facteurs qui concourent aux absences-invalidité de nature psychologique. À cet égard, nous comptons intensifier le travail amorcé en étroite collaboration avec le Comité local en SST afin d'offrir diverses activités en matière de santé et de bien-être (ateliers, conférences, etc.).

▪ **Implanter le Plan d'accès aux services pour les personnes DI**

Année 2009-2010 : Rencontre mensuelle avec les gestionnaires de l'accès des établissements et la gestionnaire de l'accès de l'Agence. Reddition de compte à l'Agence puis au Ministère en fonction des attentes significatives.

Mars 2009 : Dépôt à l'Agence du PLAAC, partie 2.

Novembre 2009 : Début de l'application du 2^e standard d'accès, soit le respect des délais de 97 jours pour toutes les demandes de niveau élevé.

Décembre 2009 : Confirmation d'un professionnel à l'AEO, 2 jours/semaine pour l'analyse et la priorisation des demandes. Deux ARH se partagent dorénavant la tâche à l'AEO. Chacun d'eux est responsable des nouvelles demandes, selon qu'elles visent un enfant de la naissance à 11 ans ou une personne de 12 ans et +. Ils colligent et analysent l'information les menant à établir le niveau de priorité de la demande, puis ils acheminent les demandes au responsable de l'accès pour finalisation du traitement de la demande. Les ARH peuvent, au besoin, intervenir dans les 72 heures pour une situation jugée urgente.

Le mandat dévolu à l'équipe de l'accès est d'harmoniser les pratiques en fonction des attentes du Plan d'accès, des travaux entourant le projet clinique lavallois et de l'application du guide de pratiques AEO. De même, l'équipe se doit d'évaluer et d'adapter les façons de faire dans le but d'optimiser les délais à l'accès.

▪ **Actions réalisées et utilisation des sommes reçues**

Programme services DI/TED	Actions effectuées et résultats	Actions planifiées
0,4 ETC professionnel pour respecter les standards d'admissibilité	Déc. 2009 : ajout d'un ARH, 2j/sem., au service AEO (analyse du dossier; établissement du niveau de priorité des demandes)	
4,6 ETC éducation spécialisée	Attribution des postes en déc. 2009; entrée en fonction le 11 janv. 2010 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2,6 postes éducateurs au programme-cadre naissance-11 ans ▪ 2 postes éducateurs au programme-cadre 12 ans et + 	
Résorber à 100% la liste d'attente pré-plan (attente signifiée par le Ministère pour novembre 2010)	Au 31 mars 2010 : 81% de la liste pré-plan est résorbée	Résorption à 100% prévue en nov. 2010
Respecter à 100% les standards d'accès pour la clientèle de niveau urgent	Au 31 mars 2010 : 100% de respect du standard de niveau urgent	

SUITE Programme services DI/TED	SUITE Actions effectuées et résultats	SUITE Actions planifiées
Respecter à 90% les standards pour la clientèle de – de 6 ans de niveau élevé	Au 31 mars 2010 : 92% de respect du standard pour les – de 6 ans de niveau élevé	Un seul usager n'a pu recevoir le service dans le délai prescrit (famille non disponible)
Éliminer la liste d'attente transitoire de niveau élevé, 6 ans et +, en date du 1 ^{er} novembre 2009	Au 31 mars 2010 : 25 usagers de 6 ans et +, de niveau élevé, attendent un 1 ^{er} service	1 ^{er} service prévu d'ici nov. 2010
Respecter à 75% les standards d'accès, à partir du 1 ^{er} nov. 2009, pour la clientèle de niveau élevé de 6 ans et +	Au 31 mars 2010 : les usagers de 6 ans et + de niveau élevé attendent actuellement un 1 ^{er} service	Nous prévoyons répondre au standard à 100% pour ces usagers
Planifier le respect des standards d'accès pour toutes les personnes de niveau modéré (nov. 2010)	Au 31 mars 2010, 118 usagers de niveau modéré attendent un 1 ^{er} service	Le travail avec le CSSS sur les offres de service permettra un meilleur partage des responsabilités et, éventuellement, une offre de service par épisode; ce qui contribuera au respect des standards d'accès
3 places en RI de cote moyenne 5,2 (103 536 \$)	Recrutement en cours	Occupation des places : juin 2010

■ **Indicateurs liés à la clientèle**

Nombre de places en ICI (type ABA) pour les enfants de 5 ans et –

Engagement non réalisé 2009-2010 P-13 : 35 (69 enfants différents)	Cible 2009-2010 41	Tel que signifié à l'ASSSL en fév. 2010
---	---------------------------	---

Nombre d'heures moyen / semaine d'ICI pour les enfants de 5 ans et –

Engagement non réalisé 2009-2010 P- 13 : 14,9 h/sem./enfant	Cible 2009-2010 15,08 h/sem.	Écart de 7 min./sem./enfant expliqué par un investissement en temps de formation (implantation du SIPAD pour tous les intervenants de l'Étincelle à l'aut. 2009/hiv.2010)
---	-------------------------------------	---

Débuter les services aux enfants référés à l'Étincelle, dans les délais prescrits par le Plan d'accès, à une intensité variable, selon les besoins et caractéristiques des enfants et de leur famille

Engagement réalisé 2009-2010 Tous les enfants en attente d'ICI ont reçu 1 h et + par semaine d'intervention éducative en milieu naturel dans les délais prescrits au Plan d'accès		
Période de référence	Nombre d'enfants	Heure service
Janv.-mars 2009	9 enfants en attente pour le bloc d'avril à juin 2009	Début des services : juil. 2009
Juil.-sept. 2009	4 enfants en attente pour le bloc d'oct. à déc. 2009	Début des services : juil. 2010
Oct.-déc. 2009	9 enfants en attente pour le bloc janv. à mars 2010	Début des services : juil. 2010
Pour un total de : 22 enfants		

Admission de tous les enfants en attente à l'Étincelle au 30 juin 2009

Engagement réalisé 2009-2010 Tous les enfants en attente de services de l'Étincelle au 30 juin 2009 ont été inscrits en ICI
--

1.5.14 Nombre de personnes de 6 ans et + recevant un service spécialisé TED P-13 : 379*	Cible 2010 : 137 Dépassée
---	----------------------------------

Indicateurs en expérimentation 2008-2010 – DI et TED

1.5 B	<p style="text-align: center;">Nombre d'enfants de 5 ans et – présentant une DI ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale</p> <p style="text-align: center;">P-13 : 102 *</p>
1.5 C	<p style="text-align: center;">Nombre moyen d'heures de prestation de service d'adaptation et d'intégration sociale par enfant</p> <p style="text-align: center;">P-13 : 1,8 h/sem./enfant</p>
1.5 D	<p style="text-align: center;">Nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI recevant un service d'adaptation et d'intégration sociale</p> <p style="text-align: center;">P-13 : 297 *</p>
1.5 F	<p style="text-align: center;">Nombre d'adultes de 22 ans et + présentant une DI ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale</p> <p style="text-align: center;">P-13 : 622 *</p>

*** Notes :**

- (1) Pour les indicateurs 1.5.14, 1.5 B, 1.5 C, 1.5 D, 1.5 F, le SIPAD était en mesure de sortir des données quant au nombre de personnes **recevant** des services au 31 mars 2010, et **NON ayant reçu** des services;
- (2) Le SIPAD étant en rodage, quelques écarts demeurent possibles sur le plan des données.

■ **Sécurité des actifs informationnels**

Plusieurs activités liées à la sécurité des actifs informationnels ont eu lieu au cours de la dernière année. La dernière phase du déploiement informatique s'est actualisée avec l'installation des postes de travail pour les éducateurs et le personnel des soins infirmiers de la RLV. De plus, l'application *Lotus Notes* a été déployée auprès de l'ensemble du personnel clinique et des infirmières de la RLV. Un communiqué de la responsable de la sécurité des actifs informationnels (RSAI) a été acheminé systématiquement à l'utilisateur lors de la création du compte à son nom, afin de préciser les règles de confidentialité à respecter en lien avec cette application. Le déploiement du SIPAD a également été l'occasion de réaliser divers rappels concernant les principales règles de sécurité : mot de passe sécuritaire et confidentiel, sauvegarde adéquate des divers documents, verrouillage du poste de travail lors d'absence, etc.

Diverses applications ont été mises en place pour assurer une sécurité accrue dans l'ensemble de notre réseau : un système de récupération des mots de passe, une application qui contrôle l'accès des ports USB ainsi que l'application « Desktop

Autority », qui permet le contrôle à distance des postes de travail, l'inventaire et la mise à jour des postes et leurs applications. Des rapports de sécurité sont produits par cette application, qui permettent entre autres d'identifier les fichiers sauvegardés en plusieurs exemplaires sur le réseau et d'assurer un suivi des comptes des utilisateurs

À l'hiver 2010, des travaux ont été réalisés dans la salle des serveurs de la RLV, en conformité avec les exigences de l'Officier régional de sécurité des actifs informationnels. Accompagné par le Groupe GSC, le Comité de gestion de la direction générale amorce des rencontres en vue de la conception d'un plan directeur informatique (PDI) au cours de la prochaine année.

Le Comité des ressources informationnelles compte peu de rencontres au cours de la dernière année. Les membres ont néanmoins contribué à l'élaboration du plan de déploiement du SIPAD et entériné le modèle de consultation mis de l'avant pour le plan directeur informatique.

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

EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010	
Revenus totaux	38 237 774 \$
Charges totales	38 069 275 \$
Excédent des revenus sur les charges	168 499 \$

4.2.5. Sécurité des soins et des services

- *La prestation sécuritaire des services*

Tel que prescrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), tout incident ou accident doit être déclaré par les membres du personnel, les stagiaires et les ressources non institutionnelles à la gestionnaire de risques. Pour la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010, 529 événements ont fait l'objet de déclarations auprès de la gestionnaire de risques, pour une hausse de 11 % par rapport à l'exercice précédent. Deux cent quatre-vingt-neuf (289) de ces événements concernaient la Résidence Louise-Vachon, 211 les territoires et 29 le Service à l'enfant et à sa famille. La majorité des incidents/accidents déclarés se répartissent en trois grandes catégories : les blessures mineures, les erreurs en lien avec la médication et les chutes.

Pour l'année 2009-2010, 163 incidents sans conséquence sur l'utilisateur et 366 accidents ayant eu une conséquence appréhendée ou réelle ont été déclarés. De ces 366 accidents déclarés, 52 situations ont requis des soins spécialisés.

■ *L'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*

Nous sommes à réviser les mesures de contrôle afin qu'elles correspondent aux définitions fournies dans les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Cette révision aura pour impact probable une diminution du nombre de mesures au cours des deux prochaines années.

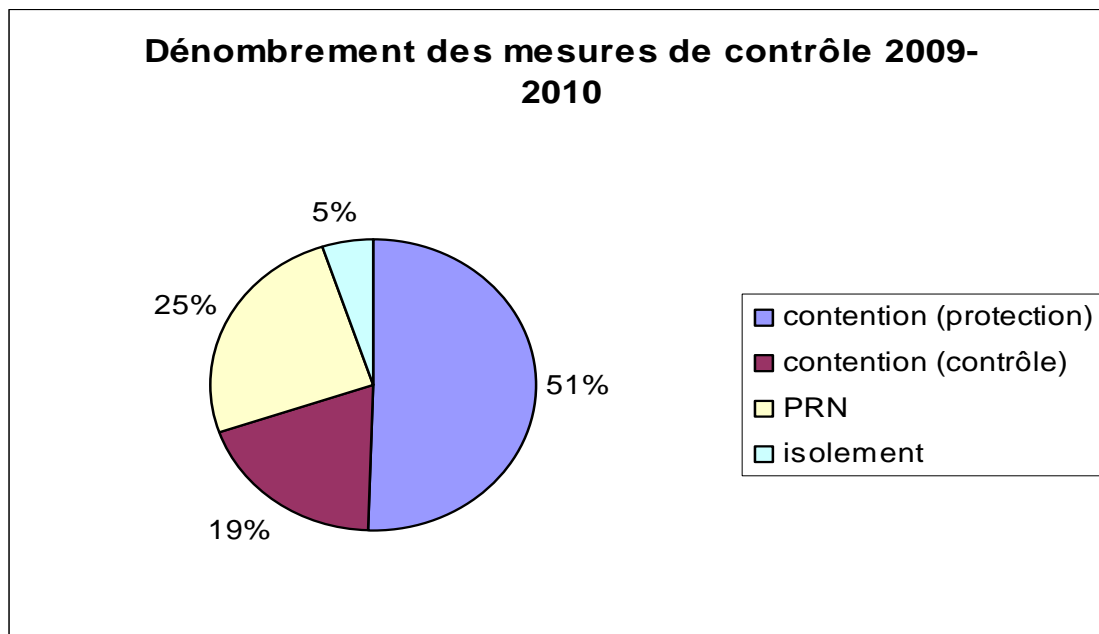
Voici les faits saillants de la dernière année :

- Au printemps 2009, les services contractuels d'une ergothérapeute et d'une physiothérapeute ont été retenus pour évaluer les raisons justifiant la mise en place d'une ceinture au fauteuil roulant. À la suite de cette évaluation, 47 mesures de ceinture au fauteuil roulant ont été retirées du protocole des mesures de contrôle car elles servaient uniquement à positionner l'utilisateur de façon adéquate dans son fauteuil.
- La diminution de 33 % des mesures de contention (protection).
- La diminution de 18 % des mesures de contention (PRN).
- La qualification des plans d'intervention dans les dossiers des usagers présentant des troubles du comportement afin de diminuer le recours aux mesures de contrôle.
- Un partenariat avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) pour certains usagers TGC afin de trouver des alternatives aux mesures de contrôle.

Le dénombrement des mesures en cours, réalisé en mars 2010, donne le tableau suivant :

Dénombrement des mesures de contrôle 2009-2010						
DI						
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-44	45-64	64 et +	Total
Nombre d'utilisateurs différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2009-2010	0	6	76	32	8	122
Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement)						
Contention (protection)	0	3	61	25	9	98
Contention (contrôle)	0	2	22	4	0	28
PRN	0	1	21	13	2	37
Isolement	0	0	9	1	0	10
Total	0	6	113	43	11	173

SUITE						
Dénombrement des mesures de contrôle 2009-2010						
TED avec ou sans DI						
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-44	45-64	64 et +	Total
Nombre d'usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2009-2010	0	5	13	1	1	20
Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement)						
Contention (protection)	0	0	2	0	0	2
Contention (contrôle)	0	6	4	0	0	10
PRN	0	1	10	1	1	13
Isolement	0	0	0	0	0	0
Total	0	7	16	1	1	25



■ **Recommandation du Coroner**

Nous n'avons reçu aucun rapport du Coroner au cours de l'année 2009-2010.

4.2.6. Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

■ *Le traitement des plaintes*

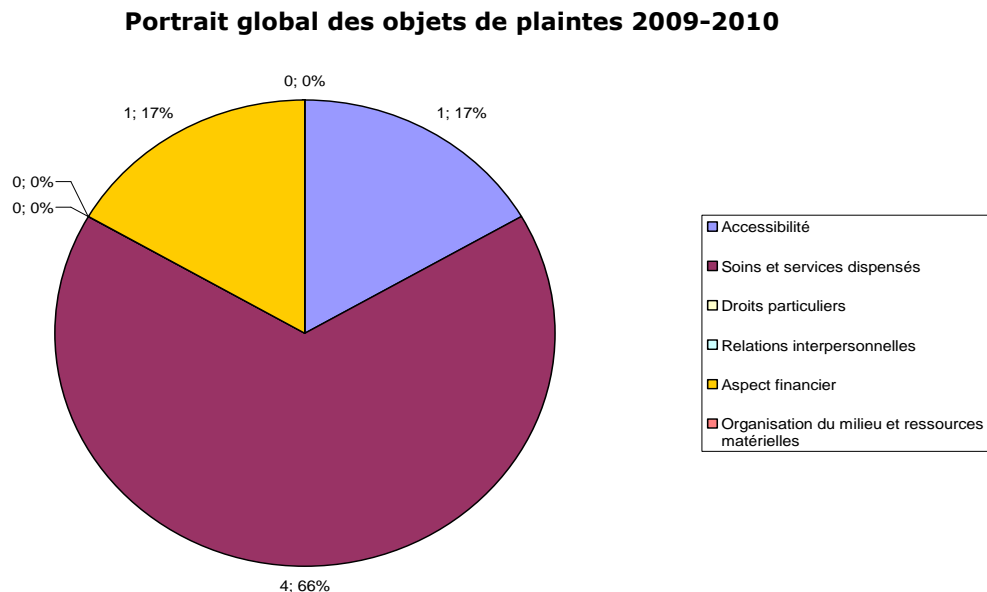
En 2009-2010, six (6) plaintes formelles ont été examinées par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Les améliorations apportées au Système d'information de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) permettent de mieux cibler les secteurs requérant des ajustements dans la prestation des services.

Ainsi, la compilation des assistances complétées par le Commissaire local et les actions posées en vertu de l'exercice de son pouvoir d'intervention constituent des apports importants dans la volonté d'améliorer les services aux usagers. En plus des plaintes officielles, les intercessions du Commissaire local ont permis entre autres de renforcer les mesures d'encadrement pour les usagers et de porter une attention plus spécifique aux besoins de services dans des cas particuliers.

Malgré la distribution de dépliants et l'information sur le site informatique du CRDI Normand-Laramée, peu de gens connaissent le mécanisme de traitement des plaintes et les différents droits des usagers. Face à ce constat, un plan de promotion et de diffusion sur les droits en matière de services de santé et de services sociaux a été conçu afin de renseigner les usagers et leurs proches ainsi que les intervenants. Ce plan sera actualisé dans les prochains mois.

Le diagramme ci-dessous met en relief les plaintes 2009-2010 selon leur objet, c'est-à-dire selon le motif évoqué lors du dépôt de la plainte.



■ *Nature des recommandations formulées*

En raison du nombre peu élevé de plaintes déposées et traitées en cours d'année, il est difficile d'établir des regroupements ou des constantes. Cependant, puisque les questions relatives à la gestion des risques (incidents et accidents survenant lors de la prestation de services) sont une source possible d'inquiétude, on se doit d'insister sur l'importance et la nécessité pour chacun des membres du personnel de comprendre et de s'appropriier tous les aspects relatifs à la gestion des risques.

5. LES 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)

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. Exceptionnellement le mandat des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux a été prolongé pour une année par le Ministère.

En date du 31 mars 2010, le Conseil d'administration était composé des membres suivants :

Jean-Louis Bédard	président	Nathalie Ladouceur
Claude Belley		Germain Lafrenière
Jean-Marie Bouchard	vice-président	Pierre Louergli
Françoise Charbonneau	secrétaire	Wilfrid Montreuil
Louis Charbonneau		Marie Lise St-Pierre
Robert Pilon	trésorier	
Yann Desbiens		
Nicole Dufresne		
Linda Gascon		

5.2. Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII s'assure d'une représentativité aux diverses instances locales et régionales ainsi qu'à différents comités :

- Mme Nicole Dufresne représente le CII au conseil d'administration de l'établissement ainsi qu'à la Commission infirmière régionale (CIR)
- Mme Catherine Rousseau est membre du comité de santé et sécurité au travail.
- Mme Marianne St-Onge est membre du comité de stage
- Mme Nicole Lanteigne est membre du comité de gestion des risques, du comité d'éthique, du comité sur les mesures de contrôle et du comité sur la pandémie.

Implication dans le cadre des dossiers prioritaires

- Démarche d'agrément
- Plan de consolidation et de spécialisation de la RLV
- Consolidation de l'outil « plan thérapeutique infirmier » (PTI)
- Démarche PSI et implantation du guide des besoins
- *Case load* jumelé aux éducateurs pour les notes trimestrielles
- Développement d'un outil pour l'administration des médicaments
- Révision des règles régissant le Comité exécutif du CII
- Sous-comité pour l'élaboration du plan d'action du CII pour l'année 2010-2012
- Journée d'étude pour l'ensemble du CII sur la pratique professionnelle
- Ordonnance collective pour l'utilisation du *Tamiflu* et dépistage ERV
- Collaboration avec le Conseil multidisciplinaire sur l'identité professionnelle
- Participation à la démarche sur la planification stratégique 2010-2015
- Implication pour une capsule CECII au prochain agenda.

De plus, des membres ont assisté aux formations suivantes :

- *L'application de la Loi 90 au quotidien*, donnée par le D^r Trudeau
- SIPAD

Le CII est une instance professionnelle très active au sein de l'établissement et plusieurs défis demeurent à relever pour les prochaines années.

Les membres du Comité exécutif

Claude Belley		Sophie Martel	vice-présidente
Nicole Dufresne	présidente	Catherine Rousseau	
Mélissa Fournier		Marianne St-Onge	secrétaire
Daniel Héту			

5.3. Conseil multidisciplinaire

Tout au long de l'année, le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire a poursuivi ses réflexions concernant le sujet de l'heure : l'identité professionnelle dans un contexte de changement de pratique. Outre le Directeur général, deux membres du comité ont été particulièrement impliqués dans les réflexions préalables à l'organisation du *Sommet 2010*, qui se tiendra à l'échelle nationale à l'automne 2010. Cela les a amenés à consulter leurs pairs sur les thématiques retenues pour ce colloque d'envergure. Ainsi, les membres du Comité exécutif se sont partagé quatre des cinq thèmes pour une consultation auprès de leur équipe respective en vue d'enrichir le contenu du Sommet 2010 mais également d'alimenter les débats et échanges dans le cadre d'une journée particulière de réflexion dédiée aux membres du Conseil multidisciplinaire en mai prochain. Quatre membres du comité exécutif participeront activement à l'organisation de cette activité dont le thème—l'identité professionnelle—rejoint tous les membres.

Au cours de l'automne 2009, l'élection visant l'élection d'un nouvel exécutif a apporté de nombreux changements dans la composition du comité exécutif. Plusieurs membres sont en effet à leur premier mandat au sein de cette instance consultative. Engagés, ils reconnaissent l'importance de la tribune qui leur est offerte pour recueillir les préoccupations de leurs pairs, les partager, réfléchir sur divers sujets d'actualité et jouer un rôle aviseur auprès de la Direction générale et du Conseil d'administration. À l'hiver 2010, trois nouvelles personnes se sont jointes à l'exécutif, comblant ainsi trois des quatre postes demeurés vacants à la suite de l'élection. Seul le poste réservé au personnel de la Résidence Louise-Vachon ne répondant pas aux critères de la Loi en la matière demeure sans titulaire.

Nous avons eu la présentation d'un document, entériné par le CGDG, visant à reconnaître l'implication des intervenants dans diverses activités de formation, d'information et de sensibilisation auprès d'utilisateurs, de parents et de partenaires. Les orientations et les recommandations prises par le CGDG ont été bien reçues.

Nous avons aussi eu le dépôt du Programme-clientèle DI, des Procédures de transfert entre SEF/Territoires ainsi que le Guide pratique des services de soutien spécialisés en contexte de travail. Pour chacune de ces présentations, les membres ont donné leur aval pour la diffusion des documents dans les différentes équipes concernées

Dans le cadre de sa tournée de sensibilisation et d'information dans les équipes, le Président a été interpellé par divers sujets, dont celui de la responsabilité professionnelle de l'éducateur lors de la signature des PSI, PI et RT. Après consultation des membres du comité exécutif, il s'est avéré que cette préoccupation n'était pas généralisée et qu'elle ne devait pas être rediscutée au sein du comité exécutif, comme elle l'avait fait au cours des années antérieures.

Par le biais de l'un ou l'autre de ses membres, le comité exécutif assure une représentation au sein de diverses instances ou de comités *ad hoc*, tant à l'interne (Comité de recherche en partenariat, par exemple) qu'à l'externe (Commission multidisciplinaire régionale).

Une invitation a été adressée à l'ensemble des membres du comité exécutif pour prendre part à une activité organisée par la Commission multidisciplinaire régionale au mois de juin.

Pour la prochaine année, les réflexions se poursuivront autour de l'identité professionnelle, à la lumière des échanges qui auront lieu dans le cadre de la journée de réflexion du mois de mai. Certaines recommandations qui en découleront alimenteront certainement les discussions au sein du comité exécutif pour la prochaine année alors que d'autres seront probablement orientées vers les directions ou instances concernées dans l'organisation.

Les membres du Comité exécutif

Lise Alarie
Isabelle Aubin
Claude Belley secrétaire
Glhansy Bonhomme
Mariève Champagne
Jacinthe Couture
Yann Desbiens
Steven Desbiens (Cynthia Rousseau) président

Francine Émard
Isabelle Faucher
Daniel Héту
Josée Lemay
Elise Paquette vice-présidente
Isabelle Pothier
Martine Rainville
Mathieu Richard-Corbeil
Marie Lise St-Pierre

5.4. Comité de vigilance et de la qualité

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu cinq (5) rencontres au cours de l'exercice 2009-2010. Les travaux et réflexions du Comité ont porté sur les grands dossiers suivants :

5.4.1 Rapports de suivi du plan d'action lié aux rapports de visites ministérielles

Appropriation et suivi du déploiement du plan d'action par le biais d'outils visuels développés par la Direction des pratiques professionnelles (DPP), en concertation avec le Conseil d'administration.

5.4.2 Rapport d'agrément du CQA

Appropriation et suivi des cinq recommandations du Conseil québécois d'agrément (CQA) lors du renouvellement d'agrément du CRDI. Deux recommandations étaient assorties de contraintes, en lien avec :

- **La gestion des ressources matérielles** : que chaque point de service—les territoires—ait un plan d'évacuation en cas d'urgence.

Les membres du Comité ont donné leur approbation au plan proposé par la Direction des ressources financières, matérielles et techniques.

- **La gestion de la tenue des dossiers et la circulation des renseignements personnels sur la clientèle** : que tous les dossiers secondaires des usagers soient dans des classeurs barrés dans des locaux également fermés sous clé.

Une tournée des points de services, incluant le siège social et la Résidence Louise-Vachon, a été complétée par le Président du Comité et le Directeur général. Ils ont constaté *de visu* les mesures déployées pour répondre à cette recommandation.

5.4.3. Gestion des insatisfactions

Consultation sur les trois processus types en vigueur dans d'autres CRDI afin de se doter d'une politique relative à la gestion des insatisfactions. L'élaboration de la politique a été confiée à la DPP.

5.4.4. Rapport du Coroner

Appropriation et suivi de la recommandation du Coroner.

5.4.5. Bilan des incidents et accidents traité par le Comité de gestion des risques

Appropriation et suivi des recommandations formulées par le Comité de gestion des risques.

5.4.6. Guide des valeurs et des responsabilités : repères éthiques

Consultation sur le guide révisé par un comité *ad hoc* issu du Comité éthique clinique. Les amendements soumis par les membres ont été portés à la connaissance du comité de travail. Une consultation est également prévue au Conseil d'administration. Suite à cette démarche, le document sera déposé auprès de cette instance, pour adoption.

5.4.7. Suivi des activités du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Tout au cours de l'exercice et de façon périodique, les membres du Comité ont été saisis de rapports et de bilans produits par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Ces tableaux, commentés par le Commissaire, ont suscité des échanges intéressants entre les membres. Cela leur a permis de prendre connaissance des sujets ou objets de plaintes et d'insatisfactions, des interventions du Commissaire de même que du suivi de celles-ci.

Enfin, les membres du Comité ont été informés des diverses activités de promotion et de diffusion du Commissaire, notamment pour présenter la politique sur la gestion des plaintes, informer le personnel et autres personnes intéressées des divers recours possibles, de l'accompagnement offert, etc. Ces séances d'information ont été fructueuses et enrichissantes.

Pour la prochaine année, le Commissaire préparera un plan d'action en fonction du rôle et du mandat qui lui sont confiés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Les membres du Comité

Claude Belley	secrétaire
Nathalie Ladouceur	administratrice
Jean-Pierre Lemay	commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Wilfrid Montreuil	président
Jacynthe Ouimet	vice-présidente

Suzanne D.-Daigneault soutient le comité sur le plan clérical. Diane Leclerc accompagne Nathalie Ladouceur.

5.5. Comité des usagers

- Vous savez que nous avons eu le départ de la personne-ressource madame Billet.
- Période très difficile pour tous les membres.
- Arrivée d'une autre personne-ressource Diane Leclerc.
- On a dû apprendre à la connaître et à travailler avec elle.
- Elle nous a demandé nos attentes : nous avons dit que nous voulons être autonomes et avoir des responsabilités. C'est ce qu'elle fait.
- Nous avons répondu aux demandes des usagers pour le transport et les activités. Mais nous n'avons pas eu de plainte.
- Nous avons eu des réunions du comité à chaque 1^{er} lundi du mois.
- Nous avons dû faire un grand ménage des dossiers et de la petite caisse.

- Nathalie Ladouceur et Danny Gamache ont participé aux réunions du conseil d'administration et du comité de l'agrément.
- Louis Charbonneau a travaillé avec le comité du guide des valeurs et de la semaine québécoise de la déficience intellectuelle.
- Le comité est toujours présent dans toutes les activités pour la clientèle du centre.
- Adoption d'un logo pour le comité des usagers.
- Le 9 novembre 09 nous avons tenu notre assemblée générale annuelle et les élections 5 usagers sont élus selon le règlement no 1.
- Au conseil d'administration, Nathalie Ladouceur et Louis Charbonneau sont délégués.
- Au comité de la gestion des risques, Danny Gamache participe.
- Au comité de la vigilance et des activités de jour : Nathalie Ladouceur.
- Louis Charbonneau va continuer au comité du guide des valeurs.
- Louis Charbonneau et Sébastien Lacombe participeront à l'organisation des activités de la semaine de la DI.
- Yannick Desjardins est secrétaire du comité des usagers et Yannick Desjardins et Danny Gamache vont faire un journal.
- Nous continuons de faire nos réunions du comité chaque 1^{er} lundi du mois.
- Souper de Noël organisé par le comité des usagers et nous avons invité les directeurs et les personnes avec qui nous travaillons sur les différents comités.
- Je m'occupe de la petite caisse et Diane me coach.
- Départ de Danny Gamache le 11 janvier 2010 remplacé par Maxime Cloutier le 1^{er} février 2010.
- À chacune des réunions depuis février nous invitons un directeur à venir nous parler de ce qu'il fait et nous voulons leur dire ce que le comité peut apporter. Nous continuons nos rencontres jusqu'en mai avec les directeurs.

Nous avons comme projet cette année et l'an prochain :

- Faire les tournées des points de services
- Étude de cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités des résidents- MSSS
- Rôles, fonctions et responsabilités des membres au comité
- Représentations aux différents comités du CRDI
- Visibilité du comité des usagers : Action, journal, site internet, téléphone.
- Étude du règlement no 1
- Dépliant à revoir guide sur les droits des usagers.
- Guide des valeurs à appliquer dans nos façons de faire
- Formation : à prévoir
- Connaissance des services du CRDI : inviter le DG, la DSC, la DPP, le commissaire aux plaintes.
- Révision des règlements généraux.
- Révision de la politique de fonctionnement

Nous avons beaucoup de travail à faire et nous travaillerons en petit comité pour aller plus vite. Nous n'avons pas besoin d'une personne ressource mais d'un coach. Vous voyez bien qu'on est capable de faire ce qu'on a à faire pour le Comité et les usagers.

Nous sommes très fiers d'être autonomes et responsables.

Nous voulons aussi aller chercher des informations sur les besoins des TED et les impliquer dans les activités.

Nathalie Ladouceur, présidente du Comité des usagers du CRDI Normand-Laramée

Les membres du Comité

Nathalie Ladouceur présidente

Louis Charbonneau trésorier

Yannick Desjardins

Sébastien Lacombe

Danny Gamache (Maxime Cloutier) vice-président

5.6. Comité des résidents

Avant tout autre chose, les Membres du Comité de Résidents de la RLV tiennent à rendre vibrant hommage au Docteur Raymond Carignan qui restera à jamais dans nos mémoires.

Conformément à l'accord conclu entre le CRDI N-L et le Comité de Résidents de la RLV, le Comité des Résidents de la RLV dispose des mêmes prérogatives que le Comité des Usagers.

D'une part, son mandat¹ est « d'Être le gardien des droits des Résidents ». Veille à ce que les Résidents soient traités dans le respect de leur dignité et en reconnaissance de leurs droits et libertés. Il est l'un des porte-parole important des Résidents auprès des instances de l'Établissement.

D'autre part, il exerce quatre fonctions :

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

Les principales réalisations, entre autres, du Comité de Résidents pour la dite période sont :

Réactivation du « Comité d'activités ». Plusieurs rencontres ont eu lieu et des projets sont en cours dont un en partenariat avec l'ALDI, que nous remercions.

Obtention du matériel nécessaire (babillards, boîtes à suggestions, présentoirs) qui seront

installés aux deux niveaux de la RLV dans des endroits stratégiques pour fins de communications.

Négociation d'une entente de partenariat pour toutes communications adressées aux Parents, Proches et Responsables légaux. La correspondance sera établie conjointement.

Participation au Conseil d'administration du CRDI N-L par l'occupation d'un siège sur le CA.

Organisation, avec la collaboration de Mme Élyse Laurin de l'ASSSL qui a acceptée d'être la Présidente d'élection, les élections de fin de mandat du Comité de Résidents.

Participation, indirect, à l'élaboration du « Code des valeurs ».

Participation à l'organisation de la « Journée d'information et d'échanges », entre les Comités des Usagers et de résidents de Laval, avec l'ASSSL.

Participation à des « Visites d'appréciation » du MSSS dans des CHSLD.

Participation aux soirées musicales organisées gracieusement par des Membres du personnel de la RLV.

Participation aux réunions ordinaires du Comité de Résidents de la RLV (26) et spéciales (+ de 20). Participation aux activités du CPM².

Participation aux activités du RPCU³ dont 1 Membre est sur le Conseil d'administration.

Observe et prend acte des informations transmises à la « Table Parents ».....

Le Comité de Résidents de la RLV est Membre : de l'ALDI, du CPM, du RPCU, de la FQLI⁴.

Le Comité de Résidents siège sur les Conseils d'administration suivants : CRDI N-L, RPCU.

Il est à noter qu'aucune activité n'a été faite avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Louis-Roger Carrier, président du Comité de résidents de la résidence Louise-Vachon (Laval)

¹ *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les Membres des Comités des Usagers et des Comités de Résidents.*

Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c.32) (Projet de loi 83) Juin 2006.

² Conseil pour la Protection des Malades

³ Regroupement Provincial des Comités des Usagers

⁴ Fédération Québécoise des Loisirs en Institutions

Les membres du Comité

Louis-Roger Carrier président

Pierre Louergli vice-président, trésorier

Diane Laferrière secrétaire

Lynn Manconi membre sortant

5.7. Comité de gestion des risques

Le Comité de gestion des risques s'est réuni à quatre reprises au cours de la dernière année. Cette année, le Comité s'est particulièrement préoccupé de la sécurité des usagers ayant des ridelles de lit. Des paramètres de surveillance ont été mis en place pour assurer la sécurité de ces usagers durant la nuit.

Les membres du Comité

Claude Belley

Lise Bergeron

Nathalie Deschênes

Michèle Girard

Daniel Héту président

Nathalie Ladouceur

Nicole Lanteigne

Sophie Martel

Debbie McKercher

André Pelletier

Ginette Vigneux

Marie-France Zicat-Côté

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 2010

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
Revenus		
Financement R.R.S.S.L.	34 367 634 \$	32 543 582 \$
Autres sources	3 870 140 \$	3 238 261 \$
TOTAL	<u>38 237 774 \$</u>	<u>35 781 843 \$</u>
Nature des charges		
Salaires	13 781 491\$	13 140 864 \$
Avantages sociaux	4 347 016 \$	3 745 754\$
Charges sociales	2 265 594 \$	2 105 606 \$
Médicaments	167 941\$	154 842 \$
Fournitures médicales	58 748 \$	39 338 \$
Denrées alimentaires	187 061\$	175 787 \$
Autres		
Paiement allocation ress. de type familial	1 152 326 \$	1 194 227 \$
Paiement allocation ress. intermédiaires	11 615 839 \$	10 951 401 \$
Frais de déplacement du personnel	338 140 \$	336 362 \$
Allocations de fréquentation	179 133 \$	192 122 \$
Location de locaux	963 532 \$	935 190 \$
Honoraires professionnels	679 657\$	618 336 \$
Dépenses administratives	346 388 \$	288 826 \$
Frais de formation externe	103 408 \$	56 742 \$
Frais de fonctionnement	395 161 \$	409 098 \$
Répit spécialisé	157 585 \$	233 414 \$
Literie et lingerie	5 129 \$	4 127 \$
Charges non réparties	129 647 \$	171 915 \$
Autres éléments	1 195 479 \$	877 774 \$
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit		118 761 \$
TOTAL	<u>38 069 275\$</u>	<u>35 750 486 \$</u>
EXCÉDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS	<u>168 499 \$</u>	<u>31 357 \$</u>

6.2. Le bilan du fonds d'exploitation au 31 mars 2010

ACTIF

	<u>2010</u>	<u>2009</u>
À COURT TERME		
Encaisse	1 624 289 \$	2 192 417 \$
Placements temporaires	1 329 577 \$	224 000 \$
Débiteur – A.S.S.S.L.	153 704 \$	195 407 \$
Débiteurs - Autres	388 722 \$	281 745 \$
Charges payées d'avance	87 126 \$	167 414 \$
Avance au fonds d'immobilisation		132 686 \$
Stocks	13 455 \$	9168 \$
Autres éléments	488 \$	
Total de l'actif à court terme	<u>3 597 361\$</u>	<u>3 202 837 \$</u>
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS		
Réforme comptable subvention à recevoir	1 911 463 \$	1 780 818 \$
Autres éléments	125 232 \$	81 840 \$
TOTAL DE L'ACTIF	<u>5 634 056 \$</u>	<u>5 065 495 \$</u>
PASSIF		
À COURT TERME		
Créditeurs et charges à payer	5 149 033 \$	4 378 290 \$
Dette inter établissements (détail page 645)	70 009 \$	
Dette interfonds	6 950 \$	
Revenus reportés - Agence	100 188 \$	547 828 \$
Autres éléments		0 \$
Total du passif court terme	<u>5 326 180 \$</u>	<u>4 926 118 \$</u>
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF		
Service de la dette prise en charge par le M.S.S.S. -		
Solde du fonds	307 876 \$	139 377 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DU FONDS	<u>5 634 056 \$</u>	<u>5 065 495 \$</u>

6.3. Les charges brutes et les données opérationnelles

LES CHARGES BRUTES PAR CENTRES D'ACTIVITÉS			LES DONNÉES OPÉRATIONNELLES			
			2010	2009		
			2010	2009	2010	2009
5516	Ressources intermédiaires - D.I	9 664 434 \$	6 889 598 \$	Jours rétribués en		
5517	Ressources intermédiaires D.P	26 591 \$	62 184 \$	ressource non		
5526	RTF-Famille d'accueil	19 733 \$	43 555 \$	institutionnelle - RNI		
5536	RTF-Résidence d'accueil	1 132 593 \$	1 150 672 \$	DI	143 374	145 192
5546	Autres ressources non institut. d'hébergement D.I et TED	1 951 405 \$	3 999 619 \$	DP	406	972
6945	Internat (D.I.)	5 111 169 \$	4 926 799 \$	Jours présences		
7050	Ress. résidentielles avec allocations			20 954	22 125	
	pour assistance résidentielle continue – DI et TED	41 357 \$	62 346 \$			
	Adaptation et réadaptation contexte intégration					
7001	Communautaire – DI et TED	147 389 \$	83 279 \$			
7021	Support des stages en milieu de travail (D.I.)		2 145 997 \$			
7024	Support des stages individuels DI et TED	962 021 \$		Présences		
7031	Intégration à l'emploi (D.I. et T.E.D.)	355 178 \$	173 663 \$	en ateliers,		
	Adaptation et soutien à la personne					
7107	- jeunes multiproblématiques	328 168 \$	345 264 \$	stages ou		
7140	Intervention comportementale-TED			activités de jour		
7180	Soutien aux programmes-CRDI	1 347 168 \$	1 274 641 \$	83 443	87 024	
7300	Administration générale	2 854 938 \$	2 698 502 \$			
7320	Administration des services techniques	259 785 \$	162 937 \$	Nombre moyen		
7340	Informatique	547 903 \$	211 130 \$	d'usagers suivis		
7401	Déplacements des usagers entre établissements	12 582 \$		en intégration		
7530	Réception, archives et télécommunications	157 623 \$	130 638 \$	39	45	
7552	Alimentation - Internat (D.I.)	447 223 \$	437 533 \$			
7602	Buanderie et lingerie - Internat (D.I.)	219 792 \$	224 868 \$	Assistance		
7644	Hygiène et salubrité - tâches opérationnelles	293 957 \$	299 851 \$	19	0	
7690	Transport des usagers	6 929 \$	18 017 \$	résidentielle		
7701	Fonctionnement des installations - Internat (D.I.)	391 062 \$	409 098 \$	continue		
7703	Fonctionnement des installations - Autres	712 353 \$	674 463 \$			
7710	Sécurité	73 986 \$	71 130 \$	Usagers suivis en		
7800	Entretien et réparation des installations -	446 414 \$	236 299 \$	adaptation et soutien		
	Charges non réparties	129 646 \$	171 915 \$	à la personne et aux		
7906	Indemnités cessation d'emploi		83 526 \$	proches		
7995	Lutte à une pandémie d'influenza	64 468 \$		DI	1 080	1 531
	Service d'adaptation et de réadaptation à la personne DI,			TED	508	60
8050	TED	10 363 408 \$	8 762 962 \$			
		38 069 275 \$	35 750 486 \$			

6.4. Le rapport du vérificateur sur les états financiers

Nom de l'établissement
CRDI Normand-Laramée

Code
2149-1667

Page
120-00

Rapport du vérificateur externe

exercice terminé le 31 mars 2010

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 2010, 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. 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 2010, ainsi que de ses revenus et charges, ses flux de trésorerie et des données financières et

Rapport du vérificateur externe exercice terminé le 31 mars 2010
quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date,
selon les règles comptables décrites à la page 270 note 3.

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
Nom du vérificateur
Adresse
Téléphone
Télécopieur

1 Guylaine Lemay, C.A AUDITEUR permis n° 19643
Petrie Raymond, s.e.n.c.r.l., Comptables agréés,
255, boul. Crémazie Est
Bureau 1000
Montréal (Québec) H2M 1M2
(514) 342-4740
(514) 737-4049



Le vérificateur

Date Le 7 juin 2010

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 œuvrent.

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.