



## **RAPPORT ANNUEL DE GESTION**

**2010-2011**

**Juin 2011**

## 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 2010-2011* du CRDI Normand-Laramée.

Au cours de l'année 2010-2011, le Conseil d'administration et la direction de CRDI Normand-Laramée ont traité plusieurs dossiers majeurs, dont la planification stratégique 2010-2015 adoptée en novembre 2010. La planification s'inscrit dans la foulée des planifications stratégiques de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Elle tient compte de la mission de l'établissement et fait suite à un plan triennal (2006-2009).

Par la vision, les valeurs et les cinq enjeux priorisés, la planification stratégique transcende l'ensemble des actions de l'organisation pour les cinq prochaines années. La vision du CRDI Normand-Laramée doit s'inspirer de nos clients de demain, traduire l'organisation de demain et refléter la reconnaissance extérieure souhaitée.

Une identité forte est nécessaire à la réalisation des ambitions du CRDI pour les prochaines années. Une identité forte où chacun adhère à la fois aux valeurs, aux qualités que nous rechercherons chez les employés, aux actions que nous valoriserons, aux rôles que nous privilégierons. Une identité forte qui permettra au CRDI de devenir une organisation performante où chacun comprend sa contribution et est fier de performer. Cette identité se traduit dans la vision :

**« Le CRDI Normand-Laramée est une organisation professionnelle et performante à dimension humaine, reconnue pour son expertise et sa capacité d'innovation dans la réponse aux besoins diversifiés de la clientèle qui exige des résultats ».**

Le CRDI Normand-Laramée a aussi révisé son Guide des valeurs et des repères éthiques. Ce guide s'adresse à toute personne qui intervient auprès de la clientèle au nom du CRDI Normand-Laramée (employés, stagiaires, bénévoles, responsables de ressources non institutionnelles) ou qui agit en partenariat avec l'établissement.

En identifiant **les valeurs qui donnent un sens à l'intervention** auprès des personnes, le guide traduit en termes éthiques la dimension centrale de la mission du CRDI Normand-Laramée

Le Guide des valeurs, qui exprime un idéal d'intervention auprès des personnes, se veut complémentaire aux autres déclarations de valeurs produites par l'établissement (*Valeurs organisationnelles, Droits et responsabilités des usagers...*)

Le Guide des valeurs regroupe les valeurs selon trois grandes finalités :

1. respecter la personne ;
2. accueillir la personne ;
3. et faire preuve de professionnalisme dans l'intervention.

Outre la planification stratégique et le Guide des valeurs, le CRDI et son partenaire, le CSSSL, ont poursuivi les travaux autour des activités liées à la définition des offres de services respectives en fonction des responsabilités de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> ligne. Une entente de collaboration CSSSL/CRDI a été signée par les directeurs généraux du CSSS et du CRDI lors d'une rencontre spéciale, le 3 février 2011. Cette entente vient définir les liens de collaboration et les responsabilités de chacun quant à la mise en place d'une offre de service complémentaire pour la clientèle DI/TSA de Laval.

En cours d'année, le CRDI Normand-Laramée a amorcé son processus en vue du renouvellement de son accréditation par le Conseil québécois d'agrément (CQA). Il a procédé à la mise en place du comité d'agrément et du comité des opérations. Les sondages dédiés au personnel, aux responsables des RNI et aux proches ont été réalisés au cours du printemps.

Enfin, la performance de l'établissement a été mesurée par le biais des cibles fixées dans l'entente de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux et le respect des standards définis par le Plan d'accès, lesquels ont été en très grande partie atteints.

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 1 720 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 résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que les travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 du CRDI Normand-Laramée, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.



---

Claude Belley, directeur général

### 3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

#### 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 aux 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.

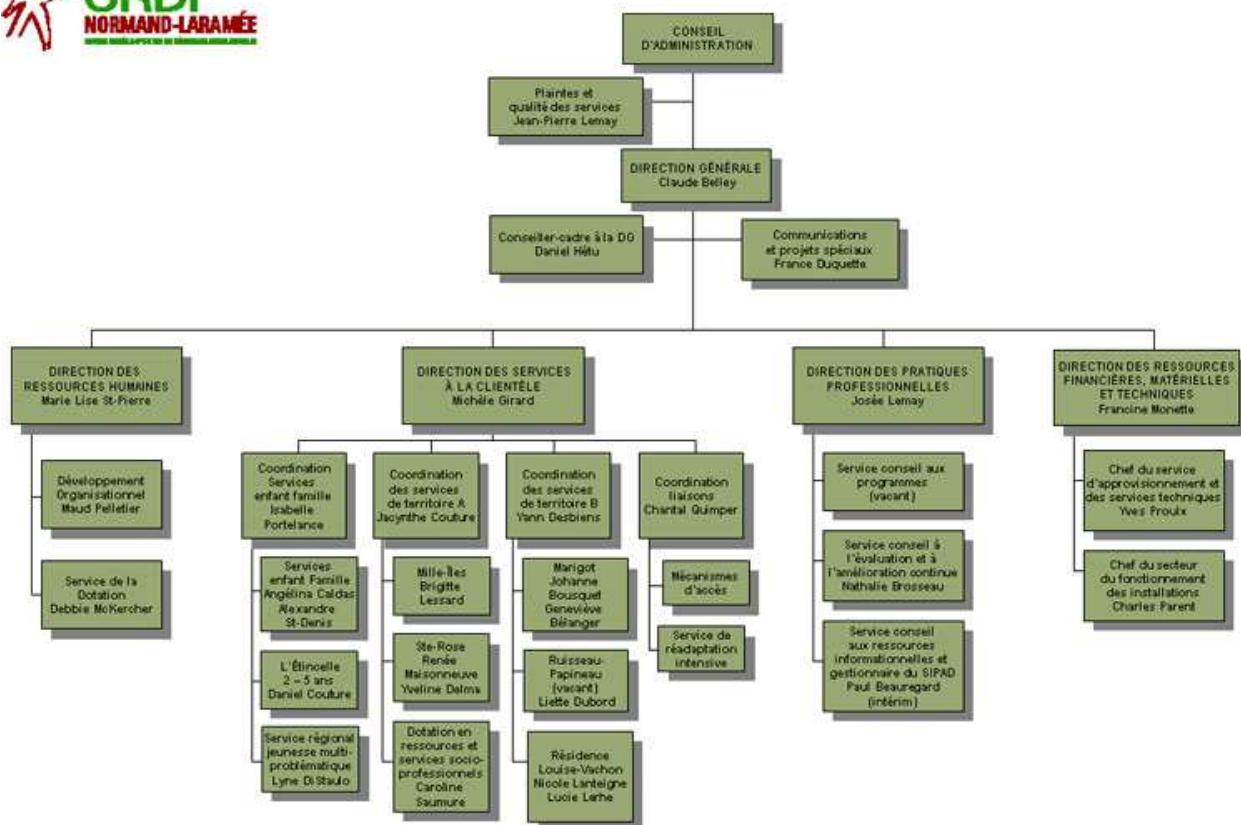
La mission du CRDI Normand-Laramée se définit comme suit :

***« Offrir à sa clientèle des services d'adaptation, de réadaptation et de participation sociale. Il se soucie également de l'entourage de ces personnes en offrant des services d'accompagnement et de soutien. L'établissement s'efforce en outre d'améliorer constamment la qualité de ses services et de développer une expertise d'avant-garde en s'impliquant dans la recherche ».***

Le centre offre également des services d'accompagnement et d'intervention spécialisés à l'entourage de ces personnes.

### 3.2 Structure organisationnelle

Notre organigramme de service en date du 31 mars 2011 se lit comme suit :



mise à jour : Mars 2011

### **3.3 Les faits saillants**

Voici les principaux dossiers qui ont mobilisé le personnel du CRDI au cours de l'année 2010-2011 :

- L'élaboration, l'adoption et la diffusion de la planification stratégique 2010-2015;
- La mise en place des postes en blocs d'intervention permettant d'accueillir des personnes en attente de service;
- L'implantation de la feuille de temps électronique;
- Le déploiement du portail intranet;
- Les travaux majeurs à la Résidence Louise-Vachon pour l'accueil de nouvelles personnes à l'unité des troubles graves de comportement;
- La mise en place du programme d'appréciation des compétences auprès de tous les employés;
- La révision du Guide des valeurs et des repères éthiques;
- La mise en place des mesures relatives à l'application de la Loi 100;
- La signature de l'entente entre le CSSSL et le CRDI Normand-Laramée sur les services de 1<sup>ère</sup> ligne/2<sup>e</sup> ligne.

Vous trouverez tout au long du présent rapport davantage d'information sur ces différents dossiers.

### **3.4 La clientèle**

Au 31 mars 2011, 1 521 personnes étaient inscrites ou admises au CRDI Normand-Laramée, pour une augmentation de 6,5% par rapport à l'exercice précédent. Toutefois, il est important de noter qu'entre le 1<sup>er</sup> avril 2010 et le 31 mars 2011, le CRDI a donné des services à un nombre total de 1 720 personnes.

Sur l'ensemble de la clientèle, 999 personnes vivent avec une déficience intellectuelle, 520 personnes présentent un trouble envahissant du développement (TED) et 2 personnes ont une déficience physique.

Vingt-huit pourcent (28%) de la clientèle sont des enfants de la naissance à 11 ans et 65% de ces derniers présentent un TED.



USAGERS RECEVANT DES SERVICES AU 31 MARS 2011						
PROGRAMME- CADRE ENFANT - FAMILLE		PROGRAMME- CADRE ADO - ADULTES - AÎNÉS		ADMIS RÉSIDENCE LOUISE- VACHON		DÉFICIENCE PHYSIQUE
DI	TED	DI	TED	DI	TED	DP
147	274	802	241	50	5	2
<b>421</b>		<b>1 043</b>		<b>55</b>		<b>2</b>
Nombre d'usagers recevant des services au 31 mars 2011						<b>1 521</b>
Nombre total d'usagers desservis entre le 1 <sup>er</sup> avril 2010 et le 31 mars 2011						<b>1 720</b>

Le tableau suivant illustre la répartition de la clientèle par catégorie d'âge.

RÉPARTITION DES USAGERS PAR CATÉGORIE D'ÂGE AU 31 MARS 2011						
CATÉGORIE D'ÂGE	INSCRITS		ADMIS		DP	TOTAL
	DI	TED	DI	TED		
0 - 4 ans	94	63				157
5 - 17 ans	176	338				514
18 - 21 ans	96	45				141
22 - 44 ans	340	56	25	5		426
45 - 64 ans	216	11	17		2	246
65 ans et +	27	2	8			37
<b>TOTAL</b>	<b>949</b>	<b>515</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1521</b>

**RÉPARTITION DES USAGERS PAR PROGRAMME SERVICE  
AU 31 MARS 2011**

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	147	242	802	243	50	5	0
Service d'intervention comportementale intensive (ICI)	---	35	---	---	---	---	0
Service d'intégration résidentielle	6	8	332	68	50	5	2
Service d'intégration au travail	---	---	250	19	---	---	0
Service d'intégration communautaire	---	---	11	3	---	---	0

## 4. LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

### 4.1 Description des services offerts

Par son offre de services, l'établissement assure en tout temps l'exercice des droits et des devoirs sociaux des usagers en leur offrant de l'aide et du soutien. À cette fin, l'établissement voit à ce que leurs besoins soient évalués et que les services requis soient offerts, tout en assurant le soutien nécessaire aux familles ainsi qu'aux réseaux sociaux environnants.

#### 4.1.1 Les objectifs de l'offre de service

- Soutenir les usagers dans la défense de leurs droits et dans l'exercice de leurs responsabilités.
- Favoriser le développement des capacités et habiletés des usagers.
- Soutenir les familles et les réseaux d'entraide.
- Proposer des aménagements de l'environnement.
- Viser l'amélioration de la participation sociale.

#### 4.1.2 Les programmes et les services

Par le biais de deux programmes-cadres et de deux programmes clientèles (déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement), conformément avec l'offre de services provinciale de la Fédération québécoise des CRDI-TED, le CRDI Normand-Laramée propose une gamme complète de services.

#### **Le programme-cadre aux enfants de la naissance à onze ans, à leur famille et à leur entourage**

L'établissement reconnaît l'importance de répondre le plus rapidement possible aux besoins des enfants présentant des incapacités intellectuelles un retard de développement ou un trouble envahissant du développement, et aux besoins de leur famille. Ainsi, il offre des services selon les deux grands regroupements suivants :

#### ◆ **Les services de soutien spécialisé à la personne et à son entourage**

Le soutien offert aux enfants comprend :

- L'intervention précoce assurée par l'équipe des services à l'enfant et à sa famille.
- L'intervention précoce assurée par l'équipe de l'Étincelle.
- L'intervention auprès des enfants d'âge scolaire.

Le soutien offert aux familles et à l'entourage comprend :

- Le soutien à la famille.
- Le soutien à la communauté.

#### ◆ **Les services de soutien spécialisé à la vie résidentielle**

Le soutien spécialisé dans des formes variées de domicile comprend :

- Le répit spécialisé.
- L'hébergement en ressources résidentielles
- Le dépannage.

#### ↳ **Le programme-cadre aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées**

Pour les personnes âgées de 12 ans et plus et présentant des incapacités intellectuelles ou un trouble envahissant du développement, l'établissement propose la gamme de services suivants :

#### ◆ **Les services de soutien spécialisé à la personne et à son entourage**

- Le soutien à la personne.
- Le soutien à l'intégration socio-professionnelle.
- Le soutien à la famille et aux proches.
- Le soutien aux partenaires et à la communauté.

#### ◆ **Les services de soutien spécialisé à la vie résidentielle**

- Le répit spécialisé.
- L'hébergement en ressources résidentielles.
- Le dépannage.

#### ↳ **Les services complémentaires**

Pour l'ensemble de sa clientèle, l'établissement assure les services complémentaires suivants :

- Les services d'évaluation diagnostique de la déficience intellectuelle par le biais du mécanisme d'accès régional.
- Les services de la dotation en ressources visant le recrutement de ressources résidentielles et des milieux de stage et d'emploi.
- Les services professionnels spécialisés (consultation psychosociale, évaluation psychologique, psychiatrique ou orthophonique) et les soins de santé (Résidence Louise-Vachon).

## **4.2 Modifications apportées durant l'exercice financier**

La principale modification apportée durant l'année 2010-2011 a été la mise en place des postes en blocs d'intervention. L'introduction de ces postes a permis de bonifier notre offre de service et de répondre aux besoins de personnes inscrites sur la liste d'attente.

## **4.3 Orientations stratégiques et priorités d'action**

### **4.3.1 La planification stratégique**

En décembre 2010, le CRDI Normand-Laramée mettait la touche finale à sa planification stratégique 2010-2015. Dans cette planification, cinq principaux enjeux ont été identifiés. Il s'agit de la prévalence DI/TED, du développement de l'offre de service de 2<sup>e</sup> ligne, des ressources non institutionnelles, de la consolidation et de la spécialisation de la Résidence Louise-Vachon ainsi que du développement de la recherche et de l'enseignement.

### **ENJEU 1 Prévalence DI / TED**

Depuis quelques années, nous assistons à une transformation sur le plan de la clientèle. Ainsi, l'analyse des dernières données disponibles relativement à la clientèle du CRDI Normand-Laramée révèle certaines tendances, entre autres, une baisse de la demande pour la clientèle DI et augmentation importante des demandes pour la clientèle TED, et ce, depuis les cinq dernières années.

Le changement du profil de la clientèle a un impact non négligeable sur les pratiques cliniques et représente un enjeu de taille pour l'établissement. Afin de parvenir à relever le défi, l'ensemble du personnel clinique doit revoir ses façons de faire, s'assurer d'y intégrer les meilleures pratiques, travailler en épisodes de services, développer son expertise et optimiser ses interventions auprès des usagers et de leur entourage dans le but d'avoir une intervention intense, spécialisée, limitée dans le temps et en continuité.

Le développement des ressources spécialisées et l'utilisation de ces ressources expertes font partie de cet enjeu. Par y parvenir, nous avons donc spécifié nos postes éducateurs, soit en DI ou en TED, et intensifié la formation auprès de ceux-ci.

## **ENJEU 2 1<sup>ère</sup> ligne / 2<sup>e</sup> ligne**

Cet enjeu s'inscrit dans le contexte de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Il tient compte du fait que le ministère de la Santé et des Services sociaux définit dorénavant les services à la population par des programmes services et répartit les responsabilités entre les différents établissements dispensateurs de services du réseau. À cet effet, une entente de collaboration a été signée, en février 2011, par les directeurs généraux du CSSS de Laval et du CRDI NL.

Aussi, les personnes qui présentent une DI ou un TED ne requièrent pas nécessairement des services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne, tels que dispensés par notre établissement. De plus, les services donnés peuvent être ponctuels et de courte durée. Cette notion d'épisode de services prend place dans un contexte où le CSSS de Laval est responsable d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services tout en offrant lui-même des services selon une intensité variable.

Le CSSSL doit donc adapter, consolider ou développer une gamme de services généraux et spécifiques pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Le CRDI Normand-Laramée doit, pour sa part, se centrer sur une offre de services spécialisés qui répond à des besoins aigus, persistants ou chroniques de nature complexe ou qui découlent d'une incapacité significative ou persistante. Conjointement, les deux établissements verront à établir des mécanismes de liaison et de coordination constituant les prémisses à la fluidité entre leurs services respectifs.

## **ENJEU 3 RNI**

Les actions liées à cet enjeu vont favoriser une offre de service qui répond à la spécification et aux besoins grandissants de la clientèle tout en assurant un niveau de qualité élevé.

Le recrutement des ressources, la formation des intervenants, la supervision et l'évaluation de la qualité des services et leur performance ont été au cœur des préoccupations de notre établissement au cours des dernières années.

La reconnaissance du CRDI Normand-Laramée comme établissement de 2<sup>e</sup> ligne doit se traduire par un service résidentiel qui appelle une expertise beaucoup plus spécialisée. Il faut s'assurer que le continuum résidentiel réponde à la majorité des besoins des usagers et qu'il comble les lacunes et les écarts de l'offre de services résidentiels. Pour ce faire, il est primordial

que notre personnel soit formé pour répondre aux attentes et que les responsables résidentiels aient développé l'expertise requise.

D'autre part, en juillet 2010, considérant l'atteinte des objectifs du plan d'amélioration à la suite des visites ministérielles d'appréciation de la qualité, l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Laval nous a informés de sa décision de rendre inactif le dossier de suivi des visites. L'Agence a souligné également la collaboration, l'assiduité et la rigueur que nous avons accordée et que nous accordons toujours à la démarche en vue d'assurer un milieu de vie de qualité pour les usagers.

#### **ENJEU 4 RLV**

Faisant suite à un mandat donné par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Laval, le CRDI Normand-Laramée doit actualiser les recommandations suivantes :

- ✓ Assurer le respect et la primauté du choix de la personne et de sa famille ou de son (ses) représentants(s) de bénéficiaire ou non d'une réintégration sociale dans la communauté.
- ✓ Améliorer la qualité de vie des personnes qui demeureront hébergées à la RLV.
- ✓ Optimiser l'utilisation de la RLV en fonction des besoins actuels et projetés de la clientèle de l'établissement, des meilleures pratiques et de l'offre des services régionaux spécialisés requise du CRDI.

Pour parvenir à réaliser le mandat, un projet de consolidation et de spécialisation des services à la RLV a été soumis à l'Agence et au ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'enjeu, au cours des prochaines années, sera marqué par plusieurs actions qui auront un impact important sur la transformation du milieu, sur l'évolution des pratiques professionnelles ainsi que sur les services offerts à la clientèle.

#### **ENJEU 5 Recherche et enseignement**

L'émergence de toutes ces nouvelles pratiques suppose l'intégration de nombreux savoirs qui s'intègrent graduellement dans les divers programmes de formation tant au niveau collégial qu'universitaire. Aussi, les nouveaux employés arrivent dans les programmes avec un bagage de connaissances, mais également avec des attentes qui vont au-delà d'un souci de mettre en application de nouvelles approches. Par conséquent, du point de vue du directeur général, Claude Belley, « le développement

de la recherche et de l'enseignement au sein même de l'organisation est devenu incontournable ».

Le dernier axe d'intervention prévu par le CRDI est une réponse à cette réalité. L'établissement entend en effet profiter des prochaines années pour signer des ententes formelles avec les milieux de la recherche et de l'enseignement et favoriser le transfert des connaissances. L'accueil des stagiaires sera également formalisé, tout comme la création, à demeure, de postes liés à la recherche. Ces développements exigeront par ailleurs de nouvelles ressources, tant matérielles que financières. Ces investissements auront des impacts tant sur l'amélioration des services que sur l'offre en tant que telle.

#### **4.4 Les moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle**

Au cours de la dernière année, plusieurs collectes d'informations sur la satisfaction des usagers et des proches ont été actualisées :

- Sondage de la satisfaction de la clientèle, à la mi-août. Le premier sondage a eu lieu en avril 2010.
- Évaluation de la qualité des services offerts en RNI. Les visites ont débuté au mois de février 2011 et seront effectuées sur une base continue au cours des prochaines années.
- Évaluation ponctuelle concernant le taux de satisfaction des parents en regard du service éducatif d'appoint.
- Évaluation de la satisfaction de la clientèle (usagers-proches) lors de la cessation des services au Service régional jeunesse multiproblématique et des intervenants référents (annuellement).
- Évaluation du taux de satisfaction des parents en regard des « postes d'intervention en blocs ».
- La Plate-forme parents permet aussi de mesurer la satisfaction des familles et proches.

De plus, le CRDI Normand-Laramée a rédigé une politique relative à la gestion des insatisfactions de la clientèle. Cette politique a été adoptée par le Conseil d'administration le 1<sup>er</sup> février.



## 4.5 Les résultats

### 4.5.1 Nouvelles demandes

Au cours de l'année 2010-2011, le nombre de **nouvelles demandes de service** a légèrement augmenté par rapport à l'an dernier, soit 287 demandes comparativement à 261 en date du 31 mars 2010. De ce nombre, 78% des demandes ont été faites pour les services du programme-cadre enfant/famille.

<b>NOUVELLES DEMANDES ENTRE LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2010 ET LE 31 MARS 2011</b>					
<b>Programmes-cadres</b>	<b>Retard global</b>	<b>DI</b>	<b>TED</b>	<b>PIC* (en attente d'évaluation)</b>	<b>Total</b>
Enfant/Famille (Naissance-11 ans)	15	24	102	84	<b>225</b>
Ados/Adultes/Aînés (12 ans et plus)	0	42	20	0	<b>62</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>66</b>	<b>122</b>	<b>84</b>	<b>287**</b>

\*PIC = Programme d'intervention concertée, enfant en attente d'une évaluation au Centre ambulatoire de Laval

\*\* Il faut ajouter 16 usagers. Ce nombre inclut les usagers du SRJM sans DI et sans TED et les usagers dont la demande a été refusée ou retirée par le demandeur.

### 4.5.2 Liste d'attente

Au 31 mars 2011, 168 usagers étaient inscrits sur la liste d'attente pour un premier service. Le nombre d'usagers en attente d'un premier service est inférieur à l'an dernier, soit 168 comparativement à 198 au 31 mars 2010. 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 61%.

<b>NOMBRE D'USAGERS EN ATTENTE D'UN 1<sup>ER</sup> PREMIER SERVICE AU 31 MARS 2011</b>						
	<b>SERVICE ENFANT / FAMILLE</b>	<b>TERR. MILLE- ÎLES</b>	<b>TERR. MARIGOT</b>	<b>TERR. RUISSEAU- PAPINEAU</b>	<b>TERR. STE- ROSE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TED</b>	65	2	6	3	6	<b>82</b>
<b>DI</b>	38	7	16	13	12	<b>86</b>
<b>TOTAL</b>	103	9	22	16	18	<b>168</b>

### 4.5.3 Plan d'accès

Une troisième et dernière année d'implantation du Plan d'accès se termine. Depuis novembre 2010, l'ensemble des standards d'accès est appliqué dans les établissements concernés. En effet, le dernier standard d'accès, celui des demandes de niveau de priorité modéré offert dans un délai maximum d'un an, est désormais implanté. Avec plus de 300 demandes cette année, le respect des standards pour l'ensemble des demandes reçues représentera un défi pour l'établissement dans les prochaines années.

<b>Objectif de résultats 2010-2015</b>	<b>Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis.</b>
--	---

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2009- 2010</b>	<b>Cibles 2010- 2011</b>	<b>Résultats 2010- 2011</b>
1.45.5.5 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,1	75	96,5
1.45.5.6 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100	75	100
1.45.5.7 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	92,9	75	90,63
1.45.5.8 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	NA	75	À venir

Une première année est maintenant complétée (janvier-décembre 2010) pour les services offerts en blocs d'intervention. Cette offre de service a permis d'accueillir 123 nouveaux usagers et de maximiser l'intervention en ciblant les demandes prioritaires. Rappelons que chaque éducateur a la responsabilité d'un groupe de 24 à 30 usagers, réparti en trois sous-groupes de 8 à 10 personnes, recevant chacun un bloc d'intervention par année. Le soutien éducatif est effectué 1 fois/semaine pour les usagers du groupe dans les différents milieux de vie. Le bloc a une durée de 14 semaines. Durant le reste de l'année, l'utilisateur pour lequel le bloc a pris fin peut faire une demande ponctuelle lorsque le besoin le requiert. La famille et la

personne peuvent toutefois choisir de ne pas prendre le bloc d'intervention et d'attendre une place dans un groupe régulier.

Un sondage effectué auprès des familles ayant reçu ces services démontre un taux de satisfaction général de 96%.

#### **4.5.4 Projet clinique**

Les travaux entourant le projet clinique lavallois se sont poursuivis durant la dernière année. L'ensemble des cibles identifiées pour la clientèle DI/TSA ont été présentés aux directions générales des établissements régionaux.

Pour faire suite à la signature de l'entente entre le CSSSL et le CRDI, les tables de travail forment des équipes de projet afin de faire avancer des travaux régionaux par le biais de la concertation entre les différents partenaires impliqués.

Les mécanismes de suivi définis tels que les comités stratégique, tactique et opérationnel assureront l'actualisation et la pérennité de l'entente.

#### **4.5.5 Gestion de la présence au travail**

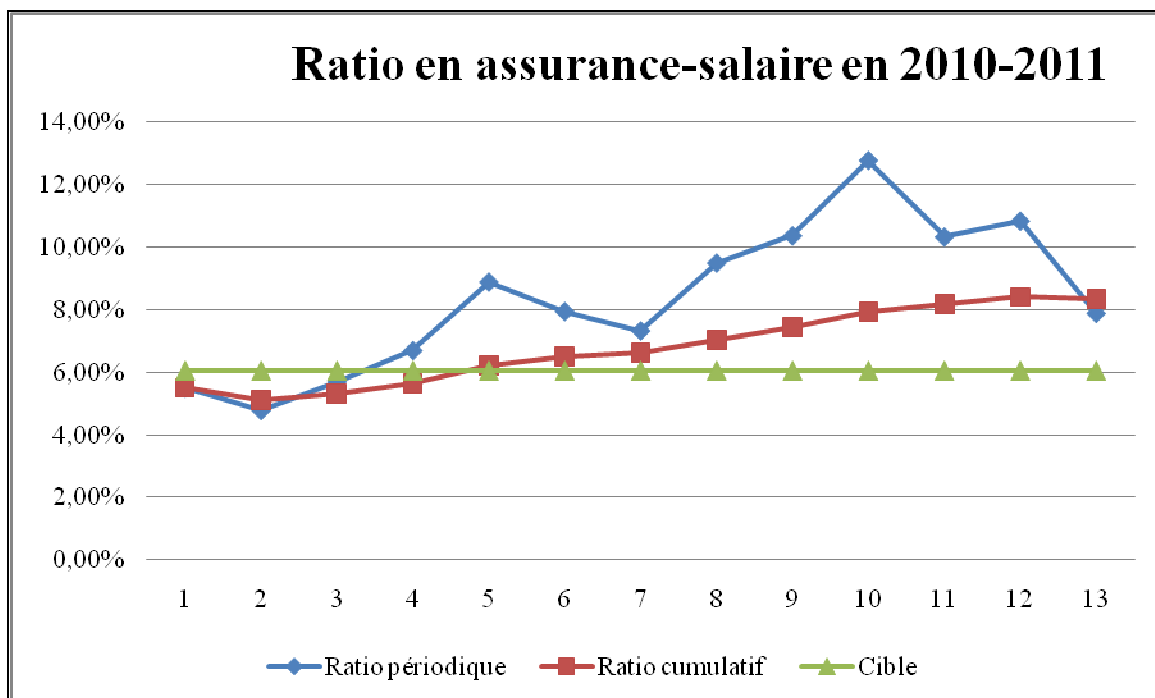
Au cours des trois derniers exercices, le ratio cumulatif en assurance-salaire a connu une constante augmentation. À la fin de l'exercice 2010-2011, ce ratio s'élève à 8,35%, la cible ayant été fixée à 6,05%.

<b>GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL</b>		
<b>Exercice</b>	<b>Ratio cumulatif en assurance-salaire</b>	<b>Cible</b>
2010-2011	8,35 %	6,05 %
2009-2010	6,15 %	5,00 %
2008-2009	5,59 %	5,50 %

Le graphique présenté à la page suivante illustre l'évolution des ratios périodiques et cumulatifs au cours des 13 périodes de l'exercice 2010-2011. Au cours des trois premières périodes, nous observons un ratio périodique oscillant entre 5,50% et 5,70%. À partir de la 4<sup>e</sup> période, ce ratio connaît une augmentation soutenue, atteignant un sommet à 12,78% à la période 10. Rappelons qu'une certaine fluctuation à la hausse du ratio périodique est liée à la diminution des heures travaillées en périodes de vacances

(périodes 4, 5, 6, 10 et 12), notre personnel n'étant pas remplacé<sup>1</sup>. Le déploiement des activités de formation, dont la formation spécialisée auprès des clientèles DI et TED et celle relative au déploiement du progiciel paie/ressources humaines Logibec, a également contribué à diminuer le nombre d'heures travaillées (le personnel en formation n'étant pas remplacé), influençant ainsi à la hausse le ratio périodique. Notons qu'au cours de l'exercice 2010-2011, l'établissement a investi près de 2,6% de sa masse salariale en formation, totalisant 14 164 heures de formation.

Des 96 dossiers en invalidité, 46 dossiers (47,9%) sont associés à un motif psychologique, alors que 50 dossiers (52,1%) sont liés à un motif physique. Plus de 10 employés se sont absentés suite à un diagnostic de cancer, la période d'invalidité étant d'environ un an dans ces cas. Il s'agit d'une augmentation du nombre de dossiers par rapport à l'exercice précédent où 6 employés s'étaient absentés en pareille situation. Par ailleurs, 13 employés ont subi une chirurgie et 16 employés se sont absentés en raison de problèmes musculosquelettiques. Dans certains cas, la période d'invalidité se prolonge étant donné le délai d'attente à une chirurgie ou une consultation auprès d'un médecin spécialiste.



<sup>1</sup> À l'exception du personnel de la Résidence Louise Vachon.

Le tableau ci-après présente la durée d'invalidité des dossiers en 2010-2011 où près de la moitié des dossiers en invalidité prennent fin en moins de 3 mois.

Durée de l'invalidité	Nombre de dossiers	Proportion en %
0-3 mois	45	46,9
3-6 mois	15	15,6
6-9 mois	19	19,8
9-12 mois	4	4,2
12-24 mois	11	11,5
24 mois et +	2	2,1

La gestion des dossiers en invalidité s'appuie sur un suivi médico-administratif rigoureux et le recours à une évaluation médicale par notre médecin expert. À noter, en 2010-2011, un seul dossier a fait l'objet d'un arbitrage médical.

Au cours de l'exercice 2010-2011, nous avons réalisé diverses interventions afin d'agir en amont des problématiques de présence au travail, incluant notamment des interventions ciblées auprès du personnel à risque, la référence au Programme d'aide aux employés (PAE) et le lancement de la démarche **Entreprise en santé**. Cette démarche, encouragée et soutenue par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, vise à promouvoir et soutenir la santé, le mieux-être et la mobilisation du personnel.

Rappelons que la gestion proactive de la présence au travail, par la prévention et la promotion de la santé, du mieux-être et de la mobilisation des ressources humaines, s'inscrit de façon intégrante dans le cadre de notre plan stratégique 2010-2015. Elle constitue un levier d'action fondamental pour répondre efficacement à l'enjeu 2<sup>e</sup> ligne, à savoir la mise en place de l'offre de services spécialisés à l'intention de notre clientèle. Notre établissement s'engage à prendre les moyens et à mettre en œuvre les actions requises pour assurer une gestion efficace et proactive de la présence au travail.

#### **4.5.6 Implantation du progiciel paie/ressources humaines Logibec**

La Direction des ressources humaines a été mobilisée pendant plus de quatre mois afin de réaliser l'implantation du progiciel paie/ressources humaines Logibec. Ce nouveau progiciel permettra à l'établissement d'optimiser ses processus de travail, allant de la pré-embauche au départ de l'employé. Une importante partie de cette implantation a été dédiée à l'informatisation de la liste de rappel. Ce nouvel outil permet entre autres, aux gestionnaires et au personnel dédié à la gestion de la liste de rappel, de préparer les horaires de travail et de mieux planifier la gestion des congés des employés de la Résidence Louise-Vachon. De plus, nous comptons désormais sur des modules d'affichage de postes, de gestion des remplacements et de planification et de gestion des vacances.

Le dossier de l'employé étant intégré à celui des finances, nous serons en mesure d'optimiser les processus entre la Direction des ressources humaines et la Direction des ressources financières, matérielles et techniques. Finalement, soulignons qu'avec le module PMO (planification de la main-d'œuvre) l'établissement sera outillé à recueillir toutes les données relatives à la planification de la main-d'œuvre, permettant de projeter les besoins de main-d'œuvre à court, moyen et long termes.

#### **4.5.7 Programme d'appréciation des contributions (PAC)**

##### ***Un service à la clientèle de qualité grâce à la contribution de chacun...***

Il faut rappeler que le Programme d'appréciation des contributions est fondé sur trois principales valeurs, soit l'amélioration continue, le soutien et la reconnaissance. Ce programme a pour objectifs de donner un sens au travail en précisant aux employés la contribution attendue en lien avec leur champ de responsabilités, de mieux les soutenir dans l'exercice de leurs fonctions, de favoriser le développement continu des compétences, d'évaluer l'atteinte des objectifs visés et la progression dans la maîtrise des compétences et, finalement, de reconnaître leurs efforts et réalisations. Le PAC se déroule en trois grandes étapes sur un cycle de 12 mois : **A)** planification des contributions, **B)** suivi à la mi-période, **C)** appréciation des contributions.

D'abord implanté auprès du personnel cadre en 2007, puis en 2009 auprès du personnel administratif, le PAC a été déployé au printemps 2010 auprès du personnel clinique (195 employés étant visés), excluant celui de la Résidence Louise-Vachon (le déploiement du programme étant prévu en 2011-2012). Afin d'assurer un déploiement efficace, une tournée d'information dans chacun des territoires/services de l'établissement a été

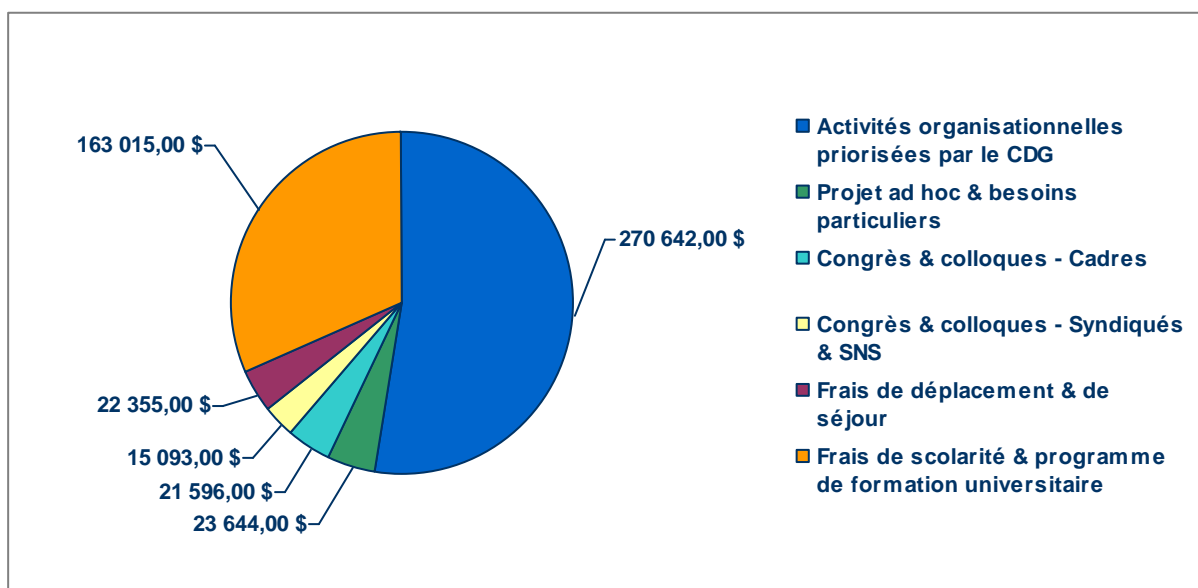
réalisée pour présenter le programme aux employés, échanger sur leurs besoins, attentes et préoccupations, et répondre à leurs questions.

#### **4.5.8 Formation**

Au cours de l'exercice 2010-2011, l'établissement s'est doté d'une démarche structurée balisant les étapes de l'élaboration du plan annuel de formation. Un exercice de priorisation des activités de développement des compétences a été réalisé en juin 2010, permettant de respecter le cadre budgétaire découlant de la loi 100 (réduction de 25% des dépenses en formation).

Au cours de cet exercice financier, l'établissement a investi plus de 2,59% de sa masse salariale en activités de formation. Cet investissement de 516 345.77\$ (dont 383 008.34\$ en dépenses salariales) totalise 14 164 heures de formation reçues par le personnel.

Le diagramme suivant illustre la répartition des dépenses relatives à l'enveloppe budgétaire prévue pour le développement et la formation du personnel en 2010-2011 :



Dans le but de soutenir le personnel dans la spécialisation des services et d'offrir une réponse constamment adaptée aux besoins de la clientèle, de nombreuses sessions de formation ont été dispensées. Deux cent quatre-vingts (280) activités de formation ont eu lieu entre le 1<sup>er</sup> avril 2010 mars 2011. Parmi celles-ci, les formations qui ont rejoint le plus grand nombre d'employés concernent :

- La formation sur le relevé de présence électronique et sur la consultation des horaires (à la suite de l'implantation du logiciel Logibec),
- Le Système d'Information pour les Personnes Ayant une Déficience (SIPAD) – Nouvelles normes techniques – volet clinique,
- La formation en Hygiène et Salubrité,
- La formation AGIR auprès de la personne âgée (programme de formation à l'intention des préposés aux bénéficiaires),
- L'intervention multimodale,
- L'outil MHAVIE,
- Les formations en lien avec la spécification TED,
- Les formations en lien avec la spécification DI,
- La formation sur le Modèle Intégré d'Intervention (MII),
- Les groupes de codéveloppement à l'intention du personnel d'encadrement.

Par ailleurs, des intervenants cliniques ont participé à l'un ou l'autre des programmes de formation universitaire spécialisée en DI ou en TED, soit : le Plan national de formation TED (PNF-TED) de l'Université Laval et le Plan universitaire de formation en DI (PUF-DI) de l'UQTR. Voici quelques statistiques à cet effet :

- Programme universitaire de 1<sup>er</sup> cycle en DI et TED :
  - 17 éducateurs ont participé au certificat en intervention auprès de la clientèle TED. De ce nombre, 8 éducateurs ont complété ce programme;
  - 10 intervenants ont participé à l'un ou l'autre des microprogrammes PUF-DI 1<sup>er</sup> cycle.
- Programme universitaire de 2<sup>e</sup> cycle en DI et TED :
  - 5 intervenants ont participé au microprogramme PUF-DI 2<sup>ième</sup> cycle relatif au soutien à la pratique spécialisée auprès de la clientèle DI.

Voici les résultats globaux liés à la formation au 31 mars 2011 :



Catégorie d'employés	Nombre total d'heures de formation reçue	Frais liés au salaire	Total des frais de formation <sup>2</sup>	Ratio total des frais de formation/masse salariale en %	
				actuel	cible <sup>3</sup>
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires (1)	338,00	8 917,95 \$	10 604,39 \$	1,05%	1,34%
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (2)	1 527,75	27 976,46 \$	31 624,72 \$	0,87%	0,38%
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration (3)	923,50	22 369,43 \$	29 231,54 \$	2,02%	0,38%
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux (4)	9 613,75	250 808,46 \$	337 899,58 \$	3,19%	1,25%
Personnel cadre	1 472,50	62 239,39 \$	93 673,68 \$	3,40%	
Personnel syndicable, non syndiqué (SNS)	288,50	10 696,65 \$	13 311,86 \$	2,65%	
<b>TOTAL:</b>	<b>14 164,00</b>	<b>383 008,34 \$</b>	<b>516 345,77 \$</b>	<b>2.59%</b>	

#### 4.5.9 Travaux à la RLV

Dans la lignée de transformation des services à la Résidence Louise-Vachon, des travaux importants ont été réalisés à la Résidence.

Cette transformation a favorisé le regroupement des personnes selon les problématiques présentées, le développement de milieux de vie personnalisés et adaptés sur le plan physique aux besoins des personnes et l'utilisation optimale de la Résidence Louise-Vachon en fonction des besoins actuels et projetés de la clientèle du CRDI. Elle vise essentiellement l'amélioration de la qualité de vie des usagers et des familles tout en assurant plus de stabilité et de continuité dans la prestation de service.

Ces travaux nous ont aussi permis d'accueillir deux nouvelles personnes à l'unité transitoire des troubles graves de comportement.

<sup>2</sup> Incluant les dépenses salariales, les frais pédagogiques, les frais de déplacement et de séjour.

<sup>3</sup> En vertu de l'article 13- Budget consacré au développement des ressources humaines de la convention collective (SQEES).

#### **4.5.10 SIPAD**

L'implantation du SIPAD s'est poursuivie avec la révision des processus et la formation des intervenants sur les cinq nouveaux modules de l'application. L'intégration se poursuit auprès des utilisateurs avec le maintien d'une pilote supplémentaire et de l'éducatrice dédiée au soutien. Les demandes de soutien nous font constater une intégration évolutive de l'application dans la pratique quotidienne. Une tournée des équipes de travail a débuté; ces rencontres ont pour but de présenter les statistiques issues du SIPAD et faire une sensibilisation sur l'utilisation clinique de ces statistiques.

La validation des données inscrites demeure une priorité. Les demandes intensives de rapports à l'application COGNOS congestionnent certaines périodes de l'année et nous travaillons sur le système pour permettre un accès plus fluide à l'application. Bien que certaines données consignées soient encore difficiles à exploiter, le raffinement de l'application SIPAD par le biais de mises à jour périodiques devrait nous permettre de mieux exploiter les données entrées.

#### **4.5.11 Informatique**

Un plan directeur informatique a été produit en collaboration avec la firme Groupe GSC et a permis de prioriser certains projets à actualiser au cours des trois prochaines années, soit :

- La mise en place d'un système informatisé de requête et de suivi pour les services informatiques et techniques. Présentement le logiciel requis est installé sur nos systèmes mais son utilisation est restreinte à la gestion des demandes de services informatiques.
- L'exploitation de la base de données SIPAD. Présentement, nous sommes à consolider les informations qui se trouvent dans l'application. Nous avons la possibilité d'exploiter certaines données par le biais de l'application COGNOS, mais certaines procédures doivent être raffinées pour une utilisation plus exhaustive des données.
- La refonte de l'outil de gestion et d'exploitation des données « Banque d'employeurs ». À revoir car il est présentement difficile d'exploiter les données se trouvant sur l'outil maison réalisé en Visual Foxpro.
- Planification visant le déploiement du SIRTF.

Au cours de l'année 2010-2011 l'installation de la feuille de temps électronique (Logibec) a été la priorité de l'établissement sur le plan des techniques informationnelles. Elle a donné lieu à plusieurs travaux au

service informatique, dont la mise en place de serveurs additionnels et de différents types de poste de travail permettant de rendre l'application disponible à tous les membres du personnel.

L'installation de la technologie VM (serveurs virtuels) nous a permis d'optimiser l'efficacité de notre parc de serveurs informatiques en plus de nous accorder la possibilité de se relever plus rapidement advenant le bris d'un serveur.

Le retrait d'un de nos techniciens informatiques durant une bonne partie de l'année ne nous a pas permis la proactivité souhaitée dans la promotion de la sécurité des actifs informationnels qui devait se faire sous forme de visite. Nous avons utilisé les «rappels» sur la sécurité à l'aide du courrier électronique.

Nous avons procédé à l'installation de prises réseau supplémentaires dans les bureaux de gestionnaires des points de services, facilitant ainsi le travail à l'aide d'ordinateurs portables et la supervision des intervenants à l'aide du SIPAD.

#### **4.5.12 Recherche**

Depuis sa création au mois de janvier 2008, le Comité provisoire de la recherche en partenariat a mis en place une infrastructure de fonctionnement du comité lui permettant de contribuer à la réalisation de plusieurs recherches sur des bases solides et mieux coordonnées. L'essentiel des activités du comité a été d'apporter son concours à plus d'une quinzaine de recherches en partenariat en provenance des milieux universitaires, des centres hospitaliers et des centres de réadaptation en DI et en DP.

Le contexte actuel de réorganisation à la Direction des pratiques professionnelles représente une occasion de redéfinir des axes de la recherche en relation avec la planification stratégique de l'établissement. Notre principal défi est de réussir à nous associer à des équipes de recherche qui partagent nos préoccupations actuelles en matière de redéfinition de notre pratique professionnelle.

Dans le but de nous assurer que les projets de recherche auxquels nous nous associons répondent à des normes de qualité, nous travaillons en collaboration étroite avec le Comité d'éthique de la recherche conjointe, qui relève d'une organisation de recherche plus formelle et qui voit à l'analyse des projets de recherche de façon à ce que l'implication des usagers soit respectueuse de leurs droits.

Par le biais de mécanismes de suivi des projets de recherche, nous veillons à ce que notre contribution se solde par des retombées concrètes sur le plan des pratiques professionnelles. Quatre projets sont en cours et des projets de collaboration sont régulièrement étudiés. Deux recherches majeures en relation avec nos modèles cliniques, soit le Processus de production du handicap (PPH) et le Modèle intégré d'intervention (MI), se poursuivent depuis plus de trois ans et donnent lieu à des applications concrètes utiles pour les équipes d'intervenants.

Nous tenons à souligner la qualité de collaboration des intervenants qui, en plus de leur travail de soutien auprès des usagers, estiment important de contribuer à la révision et à l'avancement de nos pratiques professionnelles.

#### **4.5.13 Plate-forme parents**

C'est en 2009 qu'a été mise sur pied la Plate-forme parents, qui regroupe un parent issu de chaque comité de parents en provenance des territoires et des SEF, d'un représentant du Comité des résidents, de l'Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) et de la Société de l'autisme et TED de Laval (SALT).

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).

Un premier congrès sera organisé en mai 2011 par la Plate-forme parents. Il s'adressera à l'ensemble des parents des personnes recevant des services du CRDI. Sous le thème "À chaque âge son défi et à chaque défi des solutions!", cet événement se veut un moment de partage d'information et de rencontres avec l'équipe du CRDI et les partenaires régionaux.

L'organisation du congrès prévoit la mise en place de cinq tables de discussion qui seront animées par des représentants de l'établissement, des partenaires et des parents membres de la Plate-forme parents. Chacune aura une thématique en lien avec le stade de développement de l'enfant. De plus, il est prévu qu'une quinzaine de partenaires scolaires, communautaires, institutionnels et ministériels tiendront un kiosque pour répondre aux questions des parents à la recherche d'information.

#### **4.5.14 Communication**

Le Groupe tactique des communications a élaboré et déposé au Comité de la Direction générale son plan de travail 2010-2011.

Au cours de la dernière année, le Groupe tactique s'est rencontré à six reprises. Une vidéo a été réalisée et présentée à toutes les équipes pour faire connaître les membres du Groupe tactique, le mandat et le plan de travail. Pour faire suite aux commentaires reçus, des capsules communication sont rédigées et placées sur le portail. Le Groupe tactique a aussi été très impliqué dans le déploiement du portail; il complète actuellement une tournée des équipes pour présenter le contenu du portail et ses divers outils.

En lien avec la planification stratégique, le Groupe tactique a travaillé au développement d'outils de communication et cinq membres se sont joints aux équipes-projets.

Un sous-comité du Groupe tactique s'est penché sur l'uniformisation des outils de communication écrite. Des modèles et des exemples d'outils de communication sont maintenant disponibles sur le portail intranet. Enfin, des gabarits électroniques de papier en-tête ont été développés pour tous les points de services.

#### **4.5.15 Portail intranet**

Le 24 janvier 2011, le CRDI Normand-Laramée a ouvert son portail à l'ensemble des employés de l'établissement. Ce nouvel outil de travail simplifié répertorie toute l'information au même endroit et permet à l'employé une économie de temps dans la réalisation de ses tâches. Mis à jour régulièrement, le portail renferme différentes sections utiles aux employés dans le cadre de leur travail, tel que les outils cliniques et les formulaires administratifs. Une section est également réservée à l'information relative à l'employé, comme les assurances, les conventions collectives et la santé et la sécurité au travail. Les utilisateurs ont aussi accès aux différentes publications du CRDI, en plus de pouvoir visualiser toute information en lien avec les événements et activités tenus dans l'établissement. Finalement, le portail permet à l'ensemble des employés d'être au fait de l'actualité au CRDI par la rubrique «Nouvelles», ainsi que des nouveautés mises en place dans les sections du portail.

#### **4.6 Suites aux recommandations du rapport d'agrément**

Faisant suite à la visite du Conseil québécois d'agrément (CQA) en 2009, un système de suivi des recommandations et du plan d'amélioration découlant du rapport de visite ministérielle a été mis sur pied afin de faire rapport, deux fois par année, aux différentes instances de l'organisation.

Le CQA avait émis 5 recommandations, dont 2 contraignantes. Ces dernières recommandations ont fait l'objet d'un plan de travail et le CRDI Normand-Laramée a rencontré les exigences stipulées et assure le suivi.

Au cours de la dernière année, le suivi du plan d'amélioration, composé de 62 stratégies de réalisation et 35 indicateurs de résultats, a fait l'objet de 2 suivis en ce qui a trait à l'évolution des travaux pour réaliser le plan. Pour 2010-2011, les résultats démontrent que 70,7 % des stratégies ont été réalisées ou suivent l'échéancier qui se termine en 2012. Pour l'ensemble des stratégies, 29,3 % présente un retard de l'échéancier pour la réalisation des stratégies. Les responsables de ces stratégies modifient le calendrier des activités qui en découlent afin de respecter les échéanciers.

#### **4.7 Prestation sécuritaire des services**

##### **4.7.1 Bilan des incidents-accidents**

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<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011, 666 événements ont fait l'objet de déclarations auprès de la gestionnaire de risques, pour une hausse de 20,5 % par rapport à l'exercice précédent. Deux cents quatre-vingt-six (286) de ces événements proviennent de la Résidence Louise-Vachon, trois cent quarante-deux (342) des territoires et trente-huit (38) du Service à l'enfant et à sa famille.

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

Pour l'année 2010-2011, 195 incidents sans conséquence sur l'utilisateur et 471 accidents ayant eu une conséquence appréhendée ou réelle ont été déclarés. De ces 471 accidents déclarés, 38 situations ont requis des soins spécialisés.

#### **4.7.2 Les mesures de contrôle**

La Loi sur les services de santé et les services sociaux encadre l'application de la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique, utilisée à titre de mesure de contrôle. Ces moyens ne peuvent être utilisés que de façon exceptionnelle et dans le seul but de protéger la personne, de prévenir une désorganisation ou de maîtriser un comportement dangereux.

<b>MESURES DE CONTRÔLE POUR LES USAGERS VIVANT EN RNI AU 1<sup>ER</sup> MARS 2011</b>		
<b>TOTAL= 135</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Plans d'application à jour</b>	119	88%
<b>Plans d'application en retard</b>	16	12%

<b>MESURES DE CONTRÔLE POUR LES USAGERS VIVANT À LA RLV AU 1<sup>ER</sup> MARS 2011</b>		
<b>TOTAL = 55</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage %</b>
<b>Plans d'application à jour</b>	55	100%
<b>Plans d'application en retard</b>	Aucun	
<b>Plans d'application en attente de réponse à la Direction des pratiques professionnelles</b>	Aucun	

#### **4.7.3 Les principaux constats**

En date du 1<sup>er</sup> mars 2009, nous avons (147) mesures de contrôle en ressources non institutionnelles et (88) mesures à la Résidence Louise-Vachon pour un total de (235).

En date du 1<sup>er</sup> mars 2011, nous avons (135) mesures de contrôle en ressources non institutionnelles et (55) à la Résidence Louise-Vachon, ce qui représente une baisse de 19%.

### ↳ **Pour la Résidence Louise-Vachon**

Il nous est impossible de faire des comparatifs avec l'année 2010 en l'absence d'un bilan pour cette année. Cependant, au 1<sup>er</sup> mars 2009, nous avons 88 plans d'application. Il s'agit d'une diminution de 37,5% depuis deux ans qui s'explique en grande partie par la mise en place de mesures alternatives et de mesures de positionnement. Les plans d'application sont à 100% à jour.

### ↳ **Pour les usagers provenant des ressources non institutionnelles**

Au 1<sup>er</sup> mars 2010, le nombre total de plans d'application était de 130 et, en date du 1<sup>er</sup> mars 2011, nous en comptons 135; ce qui représente une augmentation de 4%. Le tableau indique que 88% des plans sont à jour soit 4% de plus que l'an dernier.

Des plans d'application jugés incomplets ont été retournés dans les équipes, occasionnant ainsi des retards (en attente de réponse à la Direction des pratiques professionnelles).

#### ► **Nos pistes d'amélioration pour l'année 2011-2012**

- Un suivi régulier fait conjointement par la Direction des pratiques professionnelles et par la Direction des services à la clientèle afin d'assurer les délais prescrits.
- Une formation destinée à l'ensemble des intervenants et des chefs de service appelés à jouer un rôle dans la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.
- La mise sur pied d'un nouveau comité sur les questions relatives aux mesures de contrôle et de protection, afin de garantir l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et d'une substance chimique. Ce comité pourra réfléchir sur l'utilisation, l'efficacité et aux effets véritables des mesures de contrôle.
- Partenariat avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC), afin de trouver des alternatives aux mesures de contrôle pour certains usagers de l'unité Troubles graves du comportement à la Résidence Louise-Vachon.



#### 4.7.4 Recommandations du Coroner

↪ **Recommandations en lien avec un événement de l'été 2009 lorsqu'un usager a été retrouvé par terre, sans vie. Cet usager dormait en tout temps avec des ridelles complètes. Lorsque l'accident fut constaté, la ridelle de lit du côté de la chute était baissée.**

**À cet effet, deux recommandations sont adressées au CRDI Normand-Laramée le 20 octobre 2010 par le coroner :**

- Qu'il révise avec les ressources intermédiaires qui dépendent de ce CRDI, les méthodes de surveillance de nuit des bénéficiaires et sans restreindre la portée de ce qui suit notamment en instaurant un registre de nuit et une fréquence de visites établie à l'avance en fonction des besoins de chaque bénéficiaire.
- Qu'il insiste auprès des ressources sur l'importance de vérifier l'enclenchement sécuritaire des ridelles lorsqu'elles sont prescrites ou utilisées pour un bénéficiaire à chaque fois que celui-ci est couché dans son lit.

#### ► Les actions réalisées

Nous avons mis en place une procédure sur la fréquence de vérification des ridelles :

- À l'initiative du Comité de gestion des risques, un bilan annuel d'inspection des ridelles est réalisé pour l'ensemble des usagers nécessitant des ridelles de lit durant la nuit
- L'inspection préventive des ridelles et des lève-personnes a été faite en février 2010 et en avril-mai 2011 par la firme Loca+médic.

#### À la Résidence Louise-Vachon

- Le personnel de nuit fait la vérification des ridelles une fois toutes les heures. Par la suite, le personnel de nuit doit compléter le registre, et ce, chaque fois que la vérification est faite. Ce registre comporte les initiales de l'intervenant ayant fait la surveillance. A cet effet, une procédure a été rédigée par le Service des soins de santé et d'assistance en juillet 2010.

- L'inspection préventive des ridelles et des lève-personnes est faite une fois par mois par un employé des services techniques qui a été formé à cet effet. Les réparations sont faites au fur et à mesure et notées dans un registre. La supervision est assurée par le chef du Service d'approvisionnement et des services techniques.

### **Dans les ressources non institutionnelles**

- Lorsque le personnel de nuit est requis, celui-ci fait la vérification des ridelles une fois toutes les heures. Il y a également un registre pour indiquer que la vérification a été faite et que tout est conforme. Ce registre est alors remis à l'éducateur responsable du suivi de l'usager.
- Dans les ressources qui ne requièrent pas de personnel de nuit, nous avons installé un détecteur de mouvement pour assurer la sécurité des usagers. Le responsable doit également compléter un registre de surveillance et l'acheminer à l'archiviste avec les révisions trimestrielles des plans d'application des mesures de contrôle.

↪ **Recommandations du coroner lorsqu'un usager est décédé à l'été 2007 des suites d'une pneumonie. Le coroner met en relief le défi de déterminer la pertinence ou non de recourir à une consultation médicale, particulièrement pour des personnes qui présentent des symptômes de rhume et qui ne peuvent exprimer leurs malaises. Dans son rapport le coroner recommande de réviser, avec nos partenaires d'accueil, les critères de consultation médicale pour sa clientèle démunie notamment lorsque des symptômes persistants pourraient masquer une maladie plus sérieuse.**

Voici les résultats du plan d'action :

#### **Recommandation no 1**

- Fournir de l'information aux responsables de ressources non institutionnelles relativement aux événements les plus fréquents ou pour lesquels les conséquences potentielles sont importantes.

### ► **Les actions réalisées**

Les ressources non institutionnelles ont en leur possession un cartable dans lequel on retrouve les mesures préventives en santé concernant :

- L'infection
- Les pratiques de base de l'étiquette respiratoire
- Les précautions additionnelles dans le contrôle des infections
- Les interventions en cas d'exposition accidentelles aux liquides biologiques
- La vaccination et les autres éléments en prévention et contrôle des infections
- Des agents infectieux les plus fréquents en RNI
- Les principes et cadre légal dans la prévention et le contrôle des infections
- Les ressources utiles
- Les personnes ressources.

À l'automne 2010, nous avons ajouté un chapitre supplémentaire à l'intention des responsables des ressources non institutionnelles, dans lequel on retrouve les documents suivants :

- Les règles de vérification de la médication
- Les mesures préventives en santé, spécifiquement en ce qui concerne :
  - Épilepsie
  - Chutes
  - Problèmes respiratoires
    - Difficulté à respirer
    - Essoufflement
    - Étouffement.

Dans le cadre de son suivi auprès des ressources non institutionnelles, l'agent de relations humaines a la responsabilité de faire une mise à jour à tous les six mois.

### **Recommandation no 2**

- S'assurer que les responsables des ressources non institutionnelles aient l'information requise quant au plan d'intervention mis en place pour les usagers concernés afin de diminuer la fréquence et la gravité de ces comportements.

► **Les actions réalisées**

- S'assurer que les objectifs et les stratégies du plan d'intervention des usagers sont définis selon la méthode SMART, c'est-à-dire des objectifs spécifiques, mesurables, actifs, réalistes et dans un temps donné. Le suivi a été assuré au printemps 2010 auprès des chefs de services et des spécialistes aux activités cliniques, par la coordonnatrice des ressources non institutionnelles et par la conseillère cadre à la programmation.

**Automne 2010**

- Implantation de l'approche multimodale avec l'équipe du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) : une cohorte de six usagers en territoires et une cohorte de quatre usagers à la Résidence Louise-Vachon.
- Formation continue auprès des éducateurs et des spécialistes aux activités cliniques concernés par la cohorte.
- Formation de deux jours avec l'équipe du SQETGC à l'ensemble des gestionnaires du CRDI Normand-Laramée.

**Recommandation no 3**

- Diffuser aux responsables de ressources non institutionnelles le document « aide à la décision » du Guide d'autosoins rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dès que celui-ci sera disponible, afin de faciliter la prise de décision en présence de symptômes d'allure grippale.

► **Les actions réalisées**

- A l'automne 2009, la Direction de la santé publique de Laval a distribué à tous les citoyens de la région de Laval le Guide d'autosoins.
- A l'été 2009, la Direction des services à la clientèle et responsable de la coordination de la pandémie, a fait parvenir par courrier une affichette diffusée par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les « Mesures de prévention des infections à l'intention des partenaires du

*réseau de la santé et des services sociaux qui offrent de l'hébergement ».*

Dans ce courrier, on retrouve également les liens internet du ministère concernant les questions relatives à la pandémie.

#### **Recommandation no 4.1**

- Compléter pour chacun des usagers hébergés en ressources non institutionnelles l'outil « Évaluation de l'état de bien-être ». Une formation de trois heures est recommandée avant l'utilisation de cet outil.

#### ► **Les actions en cours de réalisation**

La formation, telle que prévue dans le plan d'action, n'a pas été mise en place. Par ailleurs, un travail de collaboration avec la Direction des pratiques professionnelles et la Direction des services à la clientèle nous a permis d'identifier la clientèle vulnérable et ainsi développer des moyens pour assurer leur bien-être. Il s'agit donc de :

- Huit usagers identifiés comme étant inaptes et non communicatifs, sans représentant légal ou proche connu pour assurer leur intérêt.
- Les demandes de régime de protection ont été réalisées.
- Quarante usagers qui présentent certaines caractéristiques d'inaptitude et pour lesquels nous devons procéder à une évaluation psychosociale et ainsi être en mesure de statuer sur leur niveau d'aptitude.
- Un questionnaire d'aptitude/d'inaptitude a été remis aux agents de relations humaines et aux travailleurs sociaux pour réaliser une évaluation psychosociale. L'échéancier prévu pour compléter cet exercice est le 30 septembre 2011.
- Nous amorçons un processus d'évaluation médical pour confirmer ou non l'état de vulnérabilité de cent quinze usagers qui manifestent des signes flagrants d'inaptitude. Par la suite, nous procéderons aux démarches d'ouverture d'un régime de protection.

- Un suivi sera assuré par les chefs de services afin que chaque professionnel enclenche les démarches prévues avec le médecin respectif.

#### **Recommandation no 4.2**

- Diffuser aux responsables de ressources non institutionnelles un algorithme facilitant la prise de décision en présence de symptômes physiques anormaux.

##### ► **Les actions réalisées**

- A l'automne 2010, un algorithme décisionnel des symptômes physiques anormaux a été développé par l'équipe de soins et transmis aux responsables de ressources non institutionnelles. Cet outil est inspiré du guide «Aide à la décision» que l'on retrouve dans le Guide d'autosoins réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

#### **Recommandation no 5**

- Recommander l'achat d'un thermomètre auriculaire aux responsables de ressources non institutionnelles. Il s'agit d'un instrument de mesure fiable et rapide d'utilisation.

##### ► **Les actions réalisées**

- A l'automne 2010, le chef de service des soins de santé et d'assistance a rédigé des recommandations écrites s'adressant aux responsables de ressources non institutionnelles pour l'utilisation d'un thermomètre digital. Les règles d'usage et le lieu de rangement du thermomètre sont indiqués dans ces recommandations.

#### **Recommandation no 6**

- Porter une attention particulière, lors de l'élaboration du plan d'intervention des usagers recevant des services socio-résidentiels afin de proposer, lorsque jugé pertinent, des outils de communication permettant d'exprimer leurs malaises.

► **Les actions en cours de réalisation**

- Élaborer un plan d'intervention de tous les usagers inaptes et non communicatifs en fonction des besoins spécifiques de chacun.
- La supervision clinique est assurée par les spécialistes aux activités cliniques.

## **4.8 Examen des plaintes et promotion des droits des usagers**

### **4.8.1 Le traitement des plaintes**

Deux principaux constats se dégagent pour l'année 2010-2011 en matière de traitement des insatisfactions des usagers. Le premier touche à l'exercice du pouvoir d'intervention du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Il s'agit de la première année où le nombre d'enquêtes menées par le commissaire, sans qu'il y ait dépôt formel d'une plainte, dépasse le nombre de plaintes déposées par un usager ou un proche de celui-ci. En cours d'année, on enregistre sept interventions en matière d'examen sur la qualité des services alors que six plaintes ont été retenues et traitées. Ce dernier nombre correspond à celui qui revient le plus souvent au cours des dix dernières années au CRDI Normand-Laramée.

Le deuxième grand constat pour l'année écoulée porte sur le volet promotion du mécanisme de traitement des plaintes et sur les droits des usagers. Un grand plan de diffusion a été réalisé au cours des derniers mois. Différents types d'activités ont été tenues. Parmi celles-ci, il y a eu plusieurs présentations du mécanisme auprès du personnel du CRDI et des responsables des ressources non institutionnelles. Tous les services liés à la clientèle du CRDI ont été rencontrés. La présence, lors de certaines séances, d'un membre du Comité de vigilance et de la qualité, représentant du Conseil d'administration, a été l'occasion de mieux faire connaître le rôle de cette instance et de ses acteurs. Afin de rejoindre le plus grand nombre de personnes, des articles ou chroniques ont été diffusés par voie électronique ou dans des revues (*Accent* et *L'Éclaircie*). Afin de faciliter l'accès au commissaire local, des mises à jour des voies à suivre ont été réalisées sur le portail intranet et sur le site internet de l'établissement.

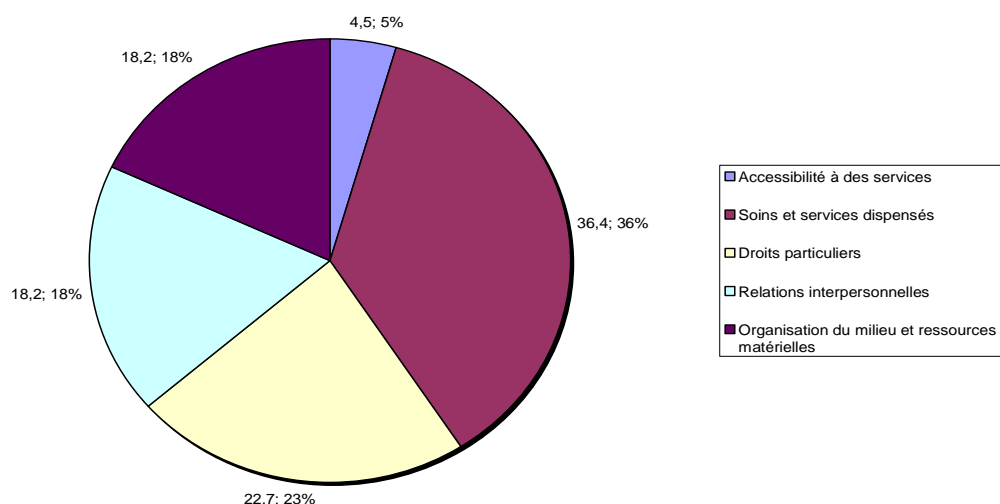
### **4.8.2 Nature des motifs d'examen de plainte ou des interventions**

Afin de dresser un tableau d'ensemble plus complet des motifs d'insatisfaction, nous avons regroupé les situations traitées par voie

d'examen de plainte et celles examinées par voie du pouvoir d'intervention du commissaire local. Au total, vingt-deux (22) motifs d'insatisfaction ont été étudiés (une situation peut impliquer plusieurs motifs). La catégorie **soins et services dispensés** a été l'objet d'investigation à huit (8) occasions. La catégorie **droits particuliers** est revenue à cinq (5) reprises. Les **relations interpersonnelles** ainsi que **l'organisation du milieu** ont été invoqués quatre (4) fois chacune. Finalement, la question de **l'accessibilité à des services** a fait l'objet d'un examen.

Le tableau ci-dessous met en relief les plaintes et les interventions 2010-2011 selon leur objet, c'est-à-dire selon le motif évoqué lors de la saisie de l'insatisfaction.

Tableau 1 : Portrait global des objets d'insatisfactions 2010-2011



### 4.8.3 Nature des recommandations formulées

Bien que les pratiques relatives à la gestion des risques soient bien comprises, intégrées et appliquées par l'ensemble du personnel, il y a eu certaines situations particulières qui ont nécessité des ajustements et des révisions des façons de faire en conformité avec les orientations préconisées par l'établissement. Les recommandations découlant de ces événements ont visé à s'assurer de l'adhésion de tous à la nécessité et à l'obligation de déclarer et de divulguer les événements qui touchent à la santé et à la sécurité des usagers. Une recommandation spécifique a servi de tremplin pour l'amélioration de l'accès aux services en langue anglaise pour la population de Laval dont la proportion d'anglophones s'est accrue de façon significative au cours des dix dernières années. L'examen de certaines situations a permis aussi de mesurer l'impact de l'implantation



dans la communauté de services résidentiels pour des usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ou présentant des problèmes de comportement. D'autre part, des situations portées à l'attention du commissaire local ont mené à la clarification des droits et obligations entre usagers et prestataires de services. La démarcation entre les services attendus et les services rendus, en particulier dans les ressources non institutionnelles, a fait l'objet de mises au point et de compromis à quelques reprises.

#### **4.9 Atteindre l'équilibre budgétaire dans le respect des règles**

<b>RÉSULTATS EN DATE DU 31 MARS 2011</b>	
Revenus totaux	38 703 411 \$
Charges totales	38 703 411 \$
Excédent des revenus sur les charges	- \$

##### **4.9.1 Résultats relatifs à l'application de la Loi 100**

Pour l'année 2010-2011, le CRDI avait une cible de réduction de 130 080 \$. Afin d'atteindre cet objectif, nous avons mis en place les mesures suivantes :

- Réduction des effectifs de 750 heures travaillées pour 26 250 \$ du centre d'activité 7320 Administration des Services techniques. Cette cible a été atteinte et même dépassée : réduction de 1550 heures travaillées pour 54 250 \$
- Réduction des frais de déplacement de 42 545 \$. Cible atteinte à la hauteur de 20 994 \$.
- Processus modifié d'assignation de la travailleuse enceinte : économies visées 60 000 \$. Cible atteinte et dépassée : 98 533 \$.
- Assurance-salaire : cible de 1 285 \$. Cette cible n'a pas été atteinte.

L'ensemble de ces mesures a amené une réduction de 173 777 \$ et nous a permis de dépasser la cible visée de 43 697 \$.

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

### **5.1 Conseil d'administration (CA)**

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, de façon consécutive, pour deux années par le Ministère.

#### **Les membres du Conseil d'administration :**

Jean-Louis Bédard, président	Nathalie Ladouceur
Robert Pilon, secrétaire	Germain Lafrenière, vice-président
Claude Belley	Pierre Louergli
Jean-Marie Bouchard	Wilfrid Montreuil, membre sortant
Françoise Charbonneau, trésorière	Jacinthe Ouimet
Louis Charbonneau	Evelyne Paris
Yann Desbiens	Marie Lise St-Pierre
Nicole Dufresne	

### **5.2 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)**

Par le biais de son comité exécutif, 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). Elle fait partie du sous-comité de la Santé publique sur la surveillance des infections urinaires, ainsi que du comité de suivi des recommandations émises par les professionnels.
- Mme Catherine Rousseau est membre du Comité de santé et sécurité au travail.
- 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.

L'implication du CII dans le cadre des dossiers prioritaires :

- Démarche d'agrément
- Plan de consolidation et de spécialisation de la RLV
- Élaboration d'un plan d'action 2010-2012 dans le but de faire cheminer les différents mandats confiés au Conseil des infirmiers et infirmières (CII) en regard de la qualité des soins infirmiers.
- Suivi du projet : Service automatisé robotisé de la médication (SARDM)
- Réalisation d'une activité commune des infirmières et infirmières auxiliaires pour souligner la Semaine des infirmières et la journée de l'infirmière auxiliaire.
- Avis émis au Directeur général sur le rôle de l'infirmière dans le cadre du déploiement du Plan de consolidation de la RLV
- Création d'un algorithme de décision des symptômes physiques anormaux à l'intention des RNI en collaboration avec la DPP.
- Présentation du Guide des valeurs : repères éthiques
- Journée d'étude pour l'ensemble du CII sur la pratique professionnelle
- Collaboration à la rédaction de la politique sur les activités reliées aux non-professionnels.
- Ordonnance collective pour l'utilisation de la cotazym
- Création d'un dépliant CII papier et informatisé (Portail intranet) en collaboration avec le service des communications.
- Participation à la démarche sur la planification stratégique 2010-2015.
- AGA tenue le 23 novembre : Le rôle de l'infirmière en vertu d'une organisation de service par programme.
- Participation au projet LEAN.

De plus, des membres ont assisté aux formations ou activités suivantes :

- Journée de réflexion sur l'identité professionnelle et participation au colloque Sommet 2010.
- Formation Logibec.
- Formation RCR.
- Formation sur la grille multimodale.

#### **Les membres du comité :**

Nicole Dufresne, présidente  
Sophie Martel vice-présidente et secrétaire  
Marie Lévesque  
Catherine Rousseau  
Claude Belley  
Nicole Lanteigne  
Mélissa Fournier  
Josée Lemay

### **5.3 Conseil multidisciplinaire**

#### ***Mot du président***

C'est avec un grand plaisir que je suis revenu à l'automne 2010 dans mes fonctions de président au comité exécutif du Conseil multidisciplinaire afin de poursuivre les défis liés à l'évaluation et l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles au sein de notre établissement. Depuis quelques années, la culture du réseau des CRDI-TED du Québec vit des changements et des évolutions importantes, entre autres par la spécialisation et les guides de pratique qui suscitent de grands questionnements quant aux pratiques professionnelles pour l'ensemble des intervenants. D'une façon engagée, je tente de mettre toute l'énergie nécessaire afin de bâtir des ponts entre la pratique et la gestion pour que puissent émerger la cohérence, l'ouverture et le respect dans cette ère de transformation des pratiques d'intervention.

Ci-contre, vous trouverez les grands dossiers qui ont interpellé de façon particulière les membres du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire au cours de la dernière année.

#### ***L'âge des identités professionnelles***

Depuis déjà quelques années, le CRDI Normand-Laramée a entamé un processus de réflexion sur l'identité professionnelle, propulsant ce sujet à l'échelle nationale au cours de l'année 2010-2011 dans le cadre du colloque *Agir ensemble, être autrement*.

À l'interne, une journée particulière de réflexion a été réalisée avec les membres du Conseil multidisciplinaire en mai 2010, afin d'alimenter les échanges et les débats concernant la réalité de la pratique professionnelle et ainsi enrichir le contenu du colloque chapeauté par monsieur Claude Belley. « L'identité n'a pas de source que dans ses racines, elle porte aussi ses fruits », dit Boukar Diouf.

En effet, ce processus de réflexion nous amène à constater tout le travail exceptionnel que les intervenants effectuent depuis des années auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle et un trouble envahissant du développement. Aussi, cette réflexion met en lumière les enjeux et les défis à relever tant pour les systèmes organisationnels d'intervention que pour les personnes ayant une DI et un TED. Des analyses nous montrent l'importance à réorganiser les services dans l'arrimage des actions à poser pour les intervenants ainsi que de clarifier les rôles de tous les acteurs du réseau.

À la lumière des échanges qui ont eu lieu dans le cadre de la journée de réflexion du Conseil multidisciplinaire tenue en mai 2010 et du colloque *Agir ensemble, être autrement*, les membres de l'exécutif du Conseil multidisciplinaire ont fait un exercice de priorisation d'énoncés afin d'élaborer le plan d'action pour l'année. Ils ont retenu les énoncés suivants :

- **Thème 2 : énoncé 5**

- Rapport avec la famille et les parents :**

- Recadrer le rôle de l'éducateur auprès de la famille; besoin d'orientations claires et d'outils d'évaluation pour faire l'analyse des besoins et cibler les objectifs de l'intervention (permettant de recadrer l'intervention).*

- **Thème 3 : énoncé 8**

- Activités de perfectionnement ou de formation continue :**

- Souhait d'avoir des modalités de développement variées (réunions cliniques, jumelage, mentorat...).*

- **Thème 4 : énoncé 4**

- Sentiment d'appartenance :**

- Souhait d'avoir des occasions de se réunir davantage pour augmenter le sentiment d'appartenance envers le CRDI.*

Actuellement, nous sommes à l'étape d'établir des moyens appropriés afin de bien répondre aux pistes de solution mentionnées ci-haut. Avant d'établir ces moyens, il est primordial pour chaque membre de l'Exécutif de bien réfléchir aux conditions gagnantes à mettre en place pour favoriser une mobilisation optimale des employés. Il ne faut pas oublier que le processus de l'identité professionnelle est avant tout une démarche permettant de laisser la place aux intervenants vivant l'expérience de la pratique. C'est l'occasion de s'appropriier les zones grises et de les transformer en une pratique positive de l'intervention, en espérant que ce sujet continuera d'interpeller bon nombre d'intervenants pour qu'il demeure stimulant, enrichissant et vivant.

D'ailleurs, je tiens à souligner l'excellent travail du Regroupement des ARH, qui témoigne à la fois de leur mobilisation et de leur engagement :

- Élaboration d'une grille d'intensité d'intervention ARH (projet pilote dans le territoire de Mille-Îles);
- Pérennité de cette plate-forme que représente le Regroupement des ARH;

- Mise en place de rencontres statutaires avec les ARH qui sont porteurs de dossiers particuliers dans leur service;
- Suivi du dossier « ressources » par le biais du SIRT pour tous les ARH, SAC, chefs de services et coordonnateurs.

### ***D'autres perspectives***

Au cours de l'année, les membres de l'exécutif du Conseil multidisciplinaire ont été invités à réagir et à commenter la présentation de la planification stratégique dans ces cinq enjeux identifiés par l'équipe de direction et corroborée par l'équipe des gestionnaires et le Conseil d'administration :

- la prévalence DI-TED,
- l'offre de services spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne,
- le projet de consolidation et de spécialisation des services pour la RLV,
- les RNI,
- la recherche et l'enseignement.

Les membres ont été interpellés par le projet RLV qui suscite beaucoup d'intérêt, d'autant plus qu'il s'inscrit dans l'offre de service de 2<sup>e</sup> ligne que nous sommes à développer. La Résidence pourrait également s'avérer un milieu privilégié pour nos premières assises de recherche et éventuellement d'enseignement.

De plus, une proposition est sur la table à l'effet d'interpeller le personnel dans des « focus groupes » qui aurait pour objet de suivre l'évolution des travaux autour des cinq grands enjeux et d'influencer, au besoin, les équipes-projets. Cette formule *focus groupes* est pour certains un moyen privilégié de créer un sentiment d'appartenance à la troisième thématique priorisée dans le plan d'action.

Le projet de consolidation et de spécialisation de la Résidence Louise-Vachon est fort intéressant, voire emballant pour le personnel de la RLV. Outre la bonification des milieux de vie pour la clientèle actuelle, le projet vient répondre à des besoins spécifiques et très précis sur le territoire de Laval.

Actuellement, une réorganisation du travail est en cours afin de répondre aux besoins des diverses clientèles. L'équipe-projet, qui s'inscrit à l'intérieur de la planification stratégique, réfléchit aux stratégies qui permettront de s'assurer de la réussite du projet qui sera séquencé en trois étapes. L'approche préconisée « milieu de vie » fait son chemin tout doucement, mais elle demande d'importants et de nombreux ajustements de la part de tout le personnel dans son application au quotidien. Le projet s'actualisera sur une période de cinq ans.

Dans un autre ordre d'idées, la gestion des avoirs des usagers a suscité des interrogations sur le plan du rôle de l'éducateur spécialisé. À cet effet, une orientation a été prise par la DSC en concertation avec la DRFMT à la suite d'une recommandation d'un comité de travail : l'éducateur est le mieux placé et le plus au fait du projet de vie de l'utilisateur pour apprécier les dépenses engagées à son égard par la RNI qui l'accueille. Ce changement de pratique sera intégré dans le guide RNI afin de préciser les balises quant à la gestion des avoirs des usagers. Il est important de mentionner que si l'éducateur observe des irrégularités, il doit alors se référer à l'ARH qui agira auprès de la ressource d'hébergement.

### **Nos professionnels**

Au cours de l'année, madame Josée Lemay a fait part de la démarche initiée par la DPP à la suite du constat, par les professionnels, que plusieurs de leurs recommandations ou pistes d'intervention demeuraient sans suite.

Étant donné que l'apport des services professionnels devient un incontournable dans l'actualisation d'une offre de services spécialisés, la mise sur pied d'un comité de travail s'est avérée essentielle pour clarifier les rôles et responsabilités de chacun, identifier les obligations inhérentes à la tenue du dossier, déterminer les outils de suivi et de communication entre les différents intervenants impliqués au dossier de l'utilisateur. Le comité de travail inclut un éducateur spécialisé de l'exécutif du Conseil multidisciplinaire.

De plus, à la suite de la dissolution de la Table provinciale mise en place par la FQCRDI-TED il y a une dizaine d'années afin de soutenir les ergothérapeutes et les orthophonistes, une nouvelle plate-forme verra probablement le jour, s'adressant celle-là à tous les titres d'emploi professionnels recensés en CRDI. Deux focus groupes seront mis sur pied en lien avec les objectifs suivants : identifier les actes professionnels—ce que font les professionnels actuellement et ce qui devrait être fait dans une offre de service de deuxième ligne—et bonifier les guides de pratique et le soutien professionnel requis pour être en interrelation à l'échelle nationale, le tout, dans le but ultime d'une offre de service harmonisée.

### **Les membres du comité :**

Lise Alarie  
Isabelle Aubin, membre sortant  
Claude Belley, secrétaire  
Caroline Bilodeau  
Mariève Champagne, vice-présidente  
Jacinthe Couture

Josée Lemay  
Sylvie Lemire  
Elise Paquette, membre sortant  
Evelyne Paris  
Maud Pelletier  
Martine Perreault

Steven Desbiens, président  
Yann Desbiens  
Francine Émard  
Isabelle Faucher  
Daniel Hétu, membre sortant  
Isabelle Pothier  
Martine Rainville

Mathieu Richard-Corbeil,  
membre sortant  
Marc-André Délisle  
Cynthia Rousseau, membre  
sortant  
Marie Lise St-Pierre, membre  
sortant  
Sylvie Tardif

#### **5.4 Comité de vigilance et de la qualité**

Le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre (4) reprises en 2010-2011. Faisant suite à la démission de monsieur Wilfrid Montreuil comme administrateur de l'établissement, la présidence du Comité a été confiée à madame Jacinthe Ouimet.

Les membres du Comité se sont penchés sur les dossiers suivants :

##### **↳ *Politique relative à la gestion des insatisfactions de la clientèle***

Les membres ont étudié diverses propositions et recommandé au Conseil d'administration l'adoption d'un modèle hybride de politique permettant de répondre aux attentes du CQA en regard de la gestion des insatisfactions de la clientèle. Ladite politique a été adoptée par le Conseil d'administration le 1<sup>er</sup> février 2011.

##### **↳ *Guide des valeurs et des responsabilités : repères éthiques***

Les membres ont pris connaissance du projet travaillé par le comité ad hoc issu du Comité d'éthique clinique en vue de la mise à jour du Guide des valeurs : repères éthiques. Ils ont formulé leurs commentaires et attentes tant pour le contenu du document que pour sa diffusion et son appropriation par les publics cibles.

##### **↳ *Plan d'action du Commissaire***

Le Comité a accepté le plan d'action du Commissaire en regard de ses activités de promotion et de diffusion tant de son rôle dans l'organisation que du rôle du Comité de vigilance et de la qualité, tel que prescrit par la Loi. Le Comité a suivi de façon périodique les réalisations du Commissaire ainsi que les embûches rencontrées. Les efforts du Commissaire local de promouvoir et de diffuser en continu son rôle et celui du Comité de vigilance tant à l'interne qu'à l'externe (partenaires communautaires) ont



été appréciables. La présidente ou le vice-président du Comité se sont investis dans la tournée du Commissaire.

#### ↳ **Suivi des activités du commissaire en matière de traitement des plaintes et insatisfactions, en matière d'intervention et d'assistance**

Les membres du comité ont été appelés à jouer un rôle conseil très actif auprès du Commissaire, en prenant connaissance des bilans semestriels et périodiques de ses recommandations et engagements suite au traitement des plaintes, aux interventions et aux assistances.

Les échanges de fond avec le Commissaire local ont permis de faire cheminer certains dossiers, notamment par l'émission d'une recommandation destinée au Conseil d'administration en lien avec l'accès aux services pour la clientèle anglophone. Un état de situation complet et diverses pistes de solutions provenant de la DSC sont attendus par le Conseil d'administration en juin 2011 à la lumière des statistiques fournies par le SIPAD.

#### ↳ **Gestion des risques**

La gestionnaire des risques a fait une présentation du bilan des incidents et accidents, de même que des recommandations du Comité de gestion des risques pour bonifier notre prestation de service.

#### ↳ **Rapports du Coroner**

En lien avec le décès de deux usagers survenus en 2008 et 2009, les membres du Comité de vigilance ont été saisis des rapports et des recommandations formulées par le Coroner. Ils ont également pris connaissance des mesures (plans d'action) mises en place pour éviter la répétition d'événements malheureux dans des circonstances similaires.

La Présidente du comité a fait un suivi régulier des faits saillants auprès du Conseil d'administration.

#### **Les membres du comité :**

Claude Belley, secrétaire  
Nathalie Ladouceur  
Jean-Pierre Lemay  
Jean-Marie Bouchard, vice-président  
Jacinthe Ouimet, présidente

## 5.5 Comité des usagers

<b>PRIORITÉS ET RÉALISATIONS DE L'ANNÉE 2010-2011</b>
<b>1. Participation et organisation de la semaine DI.</b>
<b>2. Participation au 1<sup>er</sup> congrès de la Plate-forme parents et CRDI</b>
<b>3. Participation aux comités : guide des valeurs, vigilance, gestion des risques, travaux de l'Agrément</b>
<b>4. Représentation active dans les différentes activités au centre.</b>
<b>5. Préparation et organisation de l'assemblée annuelle.</b>
<b>6. Suite au départ de la personne-ressource (Diane Leclerc), arrivée en décembre 2010 de Martine Gagné. Travail des membres à la transition, reprise des activités et du fonctionnement du Comité des usagers.</b>
<b>OBJECTIFS ET ACTIVITÉS PRÉVUS EN 2010 - 2011</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ En 2010, un nouveau membre au Comité des usagers : Francis Grandbois en remplacement de Maxime Cloutier.</li><li>➤ Étude du <i>Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités des résidents-MSSS</i></li><li>➤ Rôles, fonctions et responsabilités des membres du comité</li><li>➤ Représentations aux différentes instances</li><li>➤ Visibilité du Comité des usagers Actions, journal, site internet, téléphone...</li><li>➤ Sortie en septembre 2011 du dépliant: guide sur les droits des usagers.</li><li>➤ Guide des valeurs à s'approprier</li></ul>

- Formation : à prévoir
- Suivi des services du CRDI : rencontrer la DSC, la DPP, commissaire aux plaintes
- Révision de la politique de fonctionnement du comité

**Les membres du comité :**

Nathalie Ladouceur, présidente  
Louis Charbonneau  
Yannick Desjardins  
Sébastien Lacombe  
Francis Granbois

## 5.6 Comité des résidents

Comité des Résidents de la Résidence Louise-Vachon de Laval

**Extrait** du « Rapport annuel d'activités 2010-2011 »

Une fois de plus, les Membres du Comité de Résidents de la Résidence Louise-Vachon tiennent à renouveler un vibrant hommage au Docteur Raymond Carignan qui demeurera à jamais gravé 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 mandat<sup>1</sup> est « d'Être le gardien des droits des Résidents ». Il veille à ce que les Personnes hébergées soient traitées 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'usager 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 réunions ont eu lieu. Malheureusement, il n'y a pas eu de rencontre depuis décembre 2010
- Poursuite de l'entente de partenariat pour toutes communications adressées aux Parents, Proches et responsables légaux est respectée. La correspondance est établie conjointement
- Participation :
  - À la divulgation mensuelle des "États de compte en fiducie des Résidents" et de "l'inventaire de leurs biens"
  - À des rencontres régulières avec la direction du CRDI N-L (Mme Michèle Girard et M. Claude Belley) animées avec la collaboration de Mme Mireille Doré, Consultante
  - Aux réunions du Conseil d'administration du CRDI N-L en occupant un siège sur le C-A
  - Aux travaux du Comité d'agrément en vue du maintien de l'accréditation du CQA
  - Aux rencontres du Comité stratégique concernant le projet de conversion de la RLV
  - Aux travaux du Comité de réflexions sur la « Fin de vie »
  - Aux travaux du Comité sur la « Politique d'une saine alimentation »
  - À l'organisation de la « Journée d'information et d'échanges », entre les Comités des Usagers et de Résidents de la région 13, Laval, avec l'ASSSL
  - À des « Visites d'appréciation » du MSSS dans des CHSLD
  - Aux soirées musicales et dansantes organisées gracieusement par des Membres du personnel de la RLV
  - Aux réunions ordinaires du Comité de Résidents de la RLV (26) et spéciales (+ de 30)
  - Aux activités du CPM<sup>2</sup>
  - Aux activités du RPCU<sup>3</sup> dont un de nos Membres siège sur le Conseil d'administration
  - À la Table Parents
  - Aux Fêtes de Noël et des Fleurs

Durant cet exercice, nous avons :

<sup>1</sup> **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.

<sup>2</sup> Conseil pour la Protection des Malades

<sup>3</sup> Regroupement Provincial des Comités des Usagers

- Reçu et adressé plus de 2 000 messages électroniques à différents destinataires
- Parcours plus de 60 documents pertinents
- Été présents à une douzaine d'activités diverses
- Rencontré des personnalités du monde politique, tant municipal, provincial et fédéral

Le Comité des Résidents est en discussion avec la direction du CRDI N-L à propos des points suivants qui sont une préoccupation :

- Implanter, le plus rapidement possible, l'approche « Milieu de vie » :
  - Engager une ressource spécialisée en la matière (accompagnement et coaching)
  - Établir un « Plan d'action »
  - Allouer les ressources nécessaires
  - Revoir l'ambiance, la décoration, l'atmosphère, l'affichage dans l'environnement
  - Respecter l'**intimité**, l'intégrité des Résidents et la confidentialité : promotion et application active du « Guide des valeurs (repères éthiques), le rendre « Vivant »
- Assurer les besoins en soins et services des Résidents : Révision du processus d'établissement du P.S.I.
- Participer et contribuer aux travaux du Comité de « Gestion des risques »
- Garantir les besoins en activités, sports et loisirs des Résidents :
  - Engager une ressource spécialisée (récréologue ou autres)
  - Mettre en place une programmation adaptée aux besoins individuels et collectifs des Résidents : nature, fréquence, lieu, équipements, etc.
  - Récupérer les espaces utilisés à d'autres fins et les redonner aux Résidents (gymnase, piscine etc.)
  - Utiliser le Terrain, les terrasses, la piscine et autres lieux
  - Permettre aux Résidents d'être en contact avec la communauté et vice versa
- Procéder, tel que prescrit dans la loi, à des visites d'appréciations de soins et services :
  - Vérifier les horaires : repas, visites, levers, couchers, activités, soins d'hygiène, traitements
  - Suivre de près et rigoureusement l'implantation de la « Politique d'une saine alimentation »
  - Procéder à des sondages de mesure du taux de satisfaction
  - S'assurer du bon fonctionnement des services complémentaires : cuisine, salle à manger, office religieux, coiffure, etc.
  - S'assurer qu'un programme d'amélioration continue est en place : Projets Lean, 5 S, inventaire de Non-conformité, cartographie des processus, processus d'analyse des problèmes en place, etc.)
  - S'assurer que des ressources humaines soient affectées en quantité et en qualité suffisantes (pénurie de main-d'œuvre, roulement du personnel, rétention du personnel, attraction du capital humain, présence au travail, environnement de travail, santé sécurité au travail, etc.)
- Offrir un environnement physique adéquat : récupérer et utiliser les espaces au profit des Résidents, de leurs Proches et des Responsables légaux
- S'assurer que les aménagements soient et continue à être propre et sécuritaire
- Allouer un espace vital chaleureux, approprié et aménagé en conséquence, aux Parents & Proches qui souhaitent rencontrer et partager des moments privilégiés avec leur Être cher (e)
- Permettre aux Résidents ainsi qu'à leurs Familles et Proches, lorsque le moment sera venu, de vivre sereinement les derniers moments de vie
- Assurer la transition « Milieu de vie » entre maintenant et la conversion
- Participer et contribuer à la réalisation du projet de conversion de la Résidence Louise-Vachon tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel.

Le Comité de Résidents de la RLV est Membre : de l'ALDI, du CPM, du RPCU, de la FQLI<sup>4</sup>.

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

<sup>4</sup> Fédération Québécoise des Loisirs en Institutions

Pour cet exercice, le Comité des Résidents accuse un déficit (consulter le « Bilan annuel financier 2006-2011 ») de fonctionnement d'un montant de 1 534,14 \$ (avant impression du « Rapport annuel 2010-2011»). Nous demanderons donc, à la direction du CRDI N-L, une révision du montant de notre allocation budgétaire afin que nous puissions pleinement accomplir notre mandat et nos fonctions, et ce, tel que prévu par le législateur (bulletin périodique, et autres activités de promotion et d'information).

**Il est à noter, une fois de plus, qu'aucune activité, ni rencontre, ni contact n'ont été fait avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services, M. Jean-Pierre Lemay.**

**Au nom des Résidents, des Parents, des Proches et des responsables légaux, les Membres du Comité des Résidents tiennent à remercier chaleureusement M. André Locas et M. Rino Boudreau, Membres du personnel de la Résidence Louise-Vachon et bénévoles qui organisent gracieusement des soirées musicales et dansantes pour nos protégés (es).**

***Note : Toute modification, altération, modification ou reproduction de ce document devra faire l'objet d'une consultation et d'une entente écrite préalable avec le Comité des Résidents.***

**Louis-Roger Carrier**

Président du Comité de Résidents de la Résidence Louise-Vachon

**Les membres du comité :**

Louis-Roger Carrier, président

Diane Laferrière, secrétaire

Pierre Louergli, vice-président

## **5.6 Comité de gestion des risques**

Cinq rencontres étaient prévues au calendrier mais deux ont dû être annulées pour des raisons organisationnelles : changement de postes de la directrice des pratiques professionnelles et de la gestionnaire des risques. Voici les principaux sujets abordés:

- ⇒ Modification de la composition du comité : retrait des postes réservés au directeur général, à la directrice des services à la clientèle et à la représentante du comité d'agrément.
- ⇒ Démarche de recrutement pour combler les sièges vacants : représentant du Conseil multidisciplinaire, représentant du Comité des résidents, représentant des agents de relations humaines.
- ⇒ Mesures préventives en lien avec trois événements sentinelles distincts (chutes, ridelles de lits mal enclenchées et portes non sécuritaires). Un suivi a été fait par la gestionnaire des risques et des mesures ont été mises en place pour assurer un ensemble d'aménagements positifs.
- ⇒ État de situation sur les incidents/accidents, en lien notamment avec le suivi des recommandations du coroner, l'algorithme décisionnel de symptômes physiques anormaux et les règles de vérification de la médication.
- ⇒ Activités de sensibilisation et de formation faites par la gestionnaire des risques, à l'intention des RNI, des intervenants et des chefs de services; présentation du bilan auprès des chefs de services et du Comité des résidents.

### **Les membres du comité :**

Lise Bergeron  
Nathalie Brosseau, présidente  
Sébastien Lacombe  
Nicole Lanteigne  
Caroline Lebeau  
Josée Lemay  
Julie Morin  
Ginette Vigneux

## 6. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Au 31 mars 2011, l'établissement comptait 367 postes, soit 295 postes à temps complet et 72 postes à temps partiel correspondant à 26,9 ETC (équivalent temps complet), pour un total de 321,9 ETC.

En cours d'année, l'établissement a embauché 43 nouvelles personnes. Le nombre total d'employés s'éleva à 457.

<b>PORTRAIT DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2011</b>		
<b>Les effectifs de l'établissement</b>	<b>2010-2011</b>	<b>2009-2010</b>
<b>Les postes cadres</b>		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	32	32
Temps partiel, équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<b>Les postes réguliers</b>		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	263	254
Temps partiel, équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	26,9	19,65
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<b>Les employés occasionnels</b>		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	151 631	285 802
Équivalents temps complet	82	154*

- Écart important dû au fait que nous avons changé de fournisseur pour le système de paye et les critères de regroupement ne sont pas les mêmes.



Le tableau suivant présente la distribution des postes en fonction des catégories d'emploi, 285 des 367 postes (soit 77,7 %) étant dédiés au soutien direct à la clientèle.

<b>PROFIL DE LA MAIN-D'ŒUVRE AU 31 MARS 2011</b>	
<b>Catégories d'emploi</b>	<b>Nombre de titulaires de postes</b>
Éducateurs	145
Infirmières et infirmières auxiliaires	18
Préposés aux bénéficiaires et assistants en réadaptation	79
Agents de relations humaines, travailleur social et spécialistes aux activités cliniques	23
Orthophonistes et ergothérapeutes	11
Psychologue	1
Alimentation et buanderie	8
<b>Total des postes en soutien direct à la clientèle</b>	<b>285</b>
Soutien administratif et technique	38
Services auxiliaires	12
Cadres	32
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>367</b>

## 7. LES ÉTATS FINANCIERS ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

### 7.1 Les résultats du fonds d'exploitation pour l'exercice terminé le 31 mars 2011

	2011	2010
<b><u>Revenus</u></b>		
Financement R.R.S.S.S.L.	34 709 918 \$	34 367 634 \$
Autres sources	3 962 974 \$	3 870 140 \$
Contribution avoir propre	30 519 \$	
<b>TOTAL</b>	<b><u>38 703 411 \$</u></b>	<b><u>38 237 774 \$</u></b>

	2011	2010
<b><u>Nature des charges</u></b>		
Salaires	14 081 221 \$	13 781 491 \$
Avantages sociaux	4 530 888 \$	4 347 016 \$
Charges sociales	2 439 914 \$	2 265 594 \$
Médicaments	164 760 \$	167 941 \$
Fournitures médicales	41 085 \$	58 748 \$
Denrées alimentaires	177 803 \$	187 061 \$
<b><u>Autres</u></b>		
Paiement allocation ress. de type familial	1 150 064 \$	1 152 326 \$
Paiement allocation ress. intermédiaires	11 956 942 \$	11 615 839 \$
Frais de déplacement du personnel	316 772 \$	338 140 \$
Allocations de fréquentation	173 455 \$	179 133 \$
Location de locaux	958 894 \$	963 532 \$
Honoraires professionnels	652 077 \$	679 657 \$
Dépenses administratives	168 364 \$	346 388 \$
Frais de formation externe	101 495 \$	103 408 \$
Frais de fonctionnement	473 793 \$	395 161 \$
Répit spécialisé	156 850 \$	157 585 \$
Literie et lingerie	162 362 \$	5 129 \$
Charges non réparties	22 390 \$	129 647 \$
Autres éléments Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit	974 282 \$	1 195 479 \$
<b>TOTAL</b>	<b><u>38 703 411 \$</u></b>	<b><u>38 069 275 \$</u></b>
<b>EXCÉDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS</b>		<b><u>168 499 \$</u></b>

## 7.2 Le bilan du fonds d'exploitation au 31 mars 2011

<b>ACTIF</b>		
<b>À COURT TERME</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Encaisse	2 212 824 \$	1 624 289 \$
Placements temporaires	1 332 094 \$	1 329 577 \$
Débiteur – A.S.S.S.L.		153 704 \$
Débiteurs - Autres	200 257 \$	388 722 \$
Charges payées d'avance	85 927 \$	87 126 \$
Créances inter fonds	88 696 \$	
Stocks	19 419 \$	13 455 \$
Autres éléments	1 337 \$	488 \$
<b>Total de l'actif à court terme</b>	<b><u>3 940 554 \$</u></b>	<b><u>3 597 361 \$</u></b>
<b>AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS</b>		
Réforme comptable subvention à recevoir	1 879 628 \$	1 911 463 \$
Autres éléments	165 476 \$	125 232 \$
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b><u>5 985 658 \$</u></b>	<b><u>5 634 056 \$</u></b>

<b>PASSIF</b>		
<b>À COURT TERME</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Créditeur – Agence et MSSS	42 801 \$	
Créditeurs et charges à payer	5 627 243 \$	5 149 033 \$
Dette inter établissements (détail page 645)		70 009 \$
Dette interfonds		6 950 \$
Revenus reportés - Agence	38 257 \$	100 188 \$
Autres éléments		
<b>Total du passif court terme</b>	<b><u>5 708 301 \$</u></b>	<b><u>5 326 180 \$</u></b>
<b>AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF</b>		
Service de la dette prise en charge par le M.S.S.S. -		
Solde du fonds	277 357 \$	307 876 \$
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DU FONDS</b>	<b><u>5 985 658 \$</u></b>	<b><u>5 634 056 \$</u></b>

### 7.3 Les charges brutes et les données opérationnelles

LES CHARGES BRUTES PAR CENTRES D'ACTIVITÉS			
		2011	2010
5516	Ressources intermédiaires - D.I	10 604 060 \$	9 664 434 \$
5517	Ressources intermédiaires D.P	20 481 \$	26 591 \$
5526	RTF-Famille d'accueil DI et TED		19 733 \$
5536	RTF-Résidence d'accueil DI et TED	1 129 583 \$	1 132 593 \$
5546	Autres ressources non institut. d'hébergement D.I et TED	1 352 882 \$	1 951 405 \$
6430	Encadrement des ressources non Institutionnelles	409 377 \$	
6945	Internat – DI et TED	5 389 168 \$	5 111 169 \$
7001	Adaptation et réadaptation contexte intégration Communautaire – DI et TED	95 780 \$	147 389 \$
7024	Support des stages individuels DI et TED	173 455 \$	962 021 \$
7031	Intégration à l'emploi (D.I. et T.E.D.)		355 178 \$
7051	Ress. Résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue – DI et TED	38 500 \$	41 357 \$
7107	Adaptation et soutien à la personne - jeunes multiproblématiques	338 063 \$	328 168 \$
7180	Soutien aux programmes-CRDI	1 258 652 \$	1 347 168 \$
7300	Administration générale	2 879 267 \$	2 854 938 \$
7320	Administration des services techniques	141 879 \$	259 785 \$
7340	Informatique	445 429 \$	547 903 \$
7401	Déplacements des usagers entre établissements	19 242 \$	12 582 \$
7533	Réception, archives et télécommunications (non réparti)	211 323 \$	157 623 \$
7552	Alimentation - Internat (D.I.)	444 367 \$	447 223 \$
7553	Nutrition clinique	1 870 \$	
7602	Buanderie et lingerie - Internat (D.I.)	231 005 \$	219 792 \$
7644	Hygiène et salubrité - tâches opérationnelles	452 162 \$	293 957 \$
7690	Transport des usagers	7 211 \$	6 929 \$
7701	Fonctionnement des installations - Internat (D.I.)	406 979 \$	391 062 \$
7703	Fonctionnement des installations - Autres	713 760 \$	712 353 \$
7710	Sécurité	15 128 \$	73 986 \$
7800	Entretien, réparation parc immobilier-mobilier équipement	467 420 \$	446 414 \$
	Charges non réparties	22 390 \$	129 646 \$
7995	Lutte à une pandémie d'influenza		64 468 \$
8001	Accueil, évaluation et orientation DI et TED	438 771 \$	
8050	Service d'adaptation et de réadaptation à la personne DI, TED	10 995 207 \$	10 363 408 \$
		<b>38 703 411 \$</b>	<b>38 069 275 \$</b>

LES DONNÉES OPÉRATIONNELLES			
		2011	2010
Jours rétribués en ressource non institutionnelle - RNI			
	<b>DI</b>	146 460	143 374
Jours présences			
		20 081	20 954
Présence en ateliers, stages ou activités de jour			
		82 422	83 443
Assistance résidentielle continue			
		17	19
Usagers suivis en adaptation et soutien à la personne et aux proches			
	<b>DI</b>	1 143	1 080
	<b>TED</b>	616	508

## 7.4 Le rapport du vérificateur sur les états financiers

Nom de l'établissement  
CRDI Normand-Laramée

Code  
2149-1667

Page  
120-00

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières exercice terminé le 31 mars 2011

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

### Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du CRDI Normand-Laramée inclus dans la section auditée du rapport financier annuel qui comprennent les bilans des fonds d'exploitation et d'immobilisations au 31 mars 2011, ainsi que les états des résultats et de solde de fonds des mêmes fonds pour l'exercice clos à cette date. Les états financiers audités incluent également le bilan du fonds en fiducie et le bilan regroupé au 31 mars 2011, ainsi que les états des résultats, de solde de fonds et des flux de trésorerie regroupés pour ce même exercice. De plus, ils comprennent un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives de la section auditée. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660 puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

### Responsabilité de la direction pour les états financiers

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

### Responsabilité des auditeurs

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

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

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

### Fondement de l'opinion avec réserves

Comme mentionné à la note 3, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire et aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Établissement.

Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, conformément à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

#### Opinion avec réserves

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans les paragraphes " Fondement de l'opinion avec réserves ", les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CRDI Normand-Laramée au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

#### Autres points

Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 3 des états financiers qui indique que le CRDI Normand-Laramée a adopté les normes comptables canadiennes pour le secteur public au 1er avril 2010. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives du 31 mars 2010.

#### Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

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

- aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables.

Montréal, Québec  
Le 13 juin 2011

Société en nom collectif à responsabilité limitée  
Comptables agréés



CA auditeur permis no 19643

## **8. 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

divulgarion 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.

## CRDI NORMAND-LARAMÉE

### Fiche de reddition de comptes 2010-2011

<b>Axe :</b>	<b>Services sociaux et de réadaptation</b>
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis.
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats** 2010-2011</i>
1.45.5.5 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	94,1	75	96,5
1.45.5.6 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100	75	100
1.45.5.7 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	92,9	75	90,63
1.45.5.8 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	NA	75	À venir

#### **Commentaires**

Une troisième et dernière année d'implantation du Plan d'Accès se termine. Depuis novembre 2010, l'ensemble des standards d'accès est appliqué dans les établissements concernés. En effet, le dernier standard d'accès, celui des demandes de niveau de priorité modéré, offert dans un délai maximum d'un an, est dorénavant implanté. Avec plus de 300 demandes cette année, le respect des standards pour l'ensemble des demandes reçues représentera un défi pour l'établissement dans les prochaines années.

**Nom :**

**Date :**

\* Résultats en date du 31 mars 2010

\*\* Résultats en date du 31 mars 2011



## CRDI NORMAND-LARAMÉE

### Fiche de reddition de comptes 2010-2011

<b>Axe :</b>	<b>Personnel du réseau et du Ministère</b>
--------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
----------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats*</i> 2009-2010	<i>Cibles</i> 2010-2011	<i>Résultats**</i> 2010-2011
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,26	6,05	8,35

#### **Commentaires**

La gestion des dossiers en invalidité s'appuie sur un suivi médico-administratif rigoureux et le recours à une évaluation médicale par notre médecin expert. À noter, en 2010-2011, un seul dossier a fait l'objet d'un arbitrage médical.

Au cours de l'exercice 2010-2011, nous avons réalisé diverses interventions afin d'agir en amont des problématiques de présence au travail, incluant notamment des interventions ciblées auprès du personnel à risque, la référence au Programme d'aide aux employés et le lancement de la **démarche Entreprise en santé**. Cette démarche encouragée et soutenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à promouvoir et soutenir la santé, le mieux-être et la mobilisation du personnel.

Rappelons que la gestion proactive de la présence au travail par la prévention et la promotion de la santé, du mieux-être et de la mobilisation des ressources humaines s'inscrit de façon intégrante dans le cadre de notre plan stratégique 2010-2015. Elle constitue un levier d'action fondamental pour répondre efficacement à l'enjeu 2<sup>e</sup> ligne, à savoir la mise en place de l'offre de services spécialisés à notre clientèle. Notre établissement s'engage à prendre les moyens et mettre en œuvre les actions requises pour assurer une gestion efficace et proactive de la présence au travail.

**Nom :**

**Date :**

\* Résultats en date du 31 mars 2010

\*\* Résultats en date du 31 mars 2011