



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2007-2008

Juin 2008

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Mot du Président

Cette dernière année fut une année de changement au sein de la gouvernance du CRDI Normand-Laramée. En mars 2008, le conseil d'administration a reçu avec regret la démission de monsieur Jean-Jacques Camera, qui a présidé à la destinée du conseil d'administration durant trois années. C'est avec plaisir que je prends la succession de monsieur Camera avec l'engagement de mettre mon expérience au profit de la clientèle, des parents, du personnel et des partenaires de l'établissement.

C'est dans ce contexte que j'ai l'honneur d'être le porte-parole pour faire état du bilan de l'année qui vient de se terminer.

Au printemps 2007, les administrateurs furent saisis des quarante recommandations émises à la suite de la deuxième visite d'appréciation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans cette foulée, le ministère a désigné le docteur Raymond Carignan, ressource externe, pour accompagner le conseil d'administration et la direction générale du CRDI Normand-Laramée dans la réalisation des importants projets en cours dans l'établissement.

Tout au long de l'année, D^f Carignan a travaillé de concert avec le conseil d'administration et la direction générale à faire faire avancer les projets qui nous tenaient tous à cœur, tels le plan d'action faisant suite à la visite ministérielle et le plan de réintégration sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon.

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil d'administration a procédé à l'embauche d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, en la personne de monsieur Jean-Pierre Lemay, et à la mise sur pied du comité de vigilance et de la qualité. En mai 2007, les membres du conseil d'administration ont bénéficié d'une formation destinée aux nouveaux administrateurs sur les rôles et responsabilités qui leur incombent.

À l'automne, le plan d'organisation 2007-2010 fut déposé et discuté. Il a été adopté en mars 2008. Ce plan projette l'établissement vers une vision de services spécialisés et de partenariat avec le CSSS et les partenaires du réseau local lavallois. Il ajuste la structure d'encadrement à la réalité de l'établissement de même qu'à la nouvelle configuration régionale des services de santé et des services sociaux. Fait nouveau, le plan d'organisation reconnaît l'autonomie fonctionnelle du comité des résidents de la Résidence Louise-Vachon.

Dans le présent rapport de gestion, la description sommaire des activités de l'établissement reflète peu toute l'énergie investie pour offrir des services de qualité aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Pour terminer, je tiens à remercier les usagers et les parents pour leur confiance, le personnel pour son professionnalisme, nos partenaires pour le soutien à notre mission et, enfin, tous les membres du conseil d'administration pour leur engagement envers la clientèle.

Jean-Louis Bédard
Président du conseil d'administration

Mot du Directeur général

Au cours de l'année 2007-2008, le conseil d'administration et la direction de CRDI Normand-Laramée ont traité plusieurs dossiers majeurs, dont le nouveau plan d'organisation 2007-2010 adopté en mars 2008. Par ses orientations, le plan d'organisation transcende l'ensemble des actions de l'organisation pour les trois prochaines années. Il met à l'avant-scène et présente une structure d'encadrement ajusté aux besoins futurs de l'organisation en identifiant un poste de direction dédié aux services à la clientèle, en créant un poste de direction des pratiques professionnelles pour guider et soutenir la spécialisation des intervenants, et en priorisant un poste de direction des ressources humaines pour accompagner le personnel dans tous ces changements. Cette nouvelle équipe a, entre autres, le défi de la mise en place de la spécialisation des services et la participation à la conception du projet clinique du CSSS de Laval.

Pour la seconde fois, le CRDI Normand-Laramée a reçu en mars 2007 une équipe du ministère de la Santé et des Services sociaux mandatée pour procéder à l'appréciation de la qualité des services dans les ressources non institutionnelles. Le rapport d'évaluation a dégagé quarante recommandations qui ont été traduites dans un plan d'action. Pour arriver à cette planification, l'organisation a choisi une démarche participative avec l'ensemble des groupes ciblés, soit : les usagers, les parents, les responsables des RNI, le personnel et les partenaires. En septembre, une première activité a lancé le processus de consultation qui a consisté en la réalisation de dix focus groupes ; le tout s'est terminé par une journée-forum, le 30 novembre 2007. Lors de cette activité, l'ensemble des groupes cibles ont identifié onze recommandations prioritaires à mettre en œuvre dès la première année. Le plan d'action a été adopté au mois de mars par le conseil d'administration et transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'à l'Agence de la santé et des services de Laval.

Parallèlement, la direction des services à la clientèle a mis beaucoup d'efforts sur la conception et l'implantation d'un guide pratique à l'intention des intervenants du CRDI Normand-Laramée à l'égard du soutien et de l'intervention dans les ressources résidentielles. Une activité de reconnaissance des responsables RNI a eu lieu le 12 mars 2008 et nous avons profité de cette occasion pour faire le lancement d'un aide-mémoire à l'intention des responsables des ressources non institutionnelles du CRDI Normand-Laramée. Toutes ces actions confirment notre volonté d'harmoniser nos relations avec les RNI et d'améliorer les règles de gestion qui s'y rattachent

A l'automne 2007, des rencontres ont également été réalisées avec les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, D^r Raymond Carignan et les parents de la Résidence Louise-Vachon pour redéfinir l'avenir de cette installation. Il a été décidé, par consensus des partenaires impliqués, que la Résidence serait convertie en un centre régional de services spécialisés. Faisant suite à cette décision convenue à la satisfaction de toutes les parties impliquées, la direction du CRDI Normand-Laramée, le Comité des résidents et l'Association de parents de la Résidence Louise-Vachon ont rendu hommage au D^r Carignan pour souligner son apport dans le dossier de la Résidence Louise-Vachon. Dans les prochains mois, une planification des services à offrir ainsi qu'une consultation seront entreprises dans le cadre de la réalisation de ce projet.

Le CRDI Normand-Laramée a finalement procédé à la signature des conventions collectives du personnel syndiqué en décembre 2007. Ces ententes s'avèrent la pierre angulaire permettant d'actualiser la spécialisation des services.

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 objectifs fixées dans l'entente de gestion avec l'Agence de la santé et des services sociaux, lesquelles ont été en très grande partie atteintes tant au plan des cibles clientèles que des cibles administratives.

Pour réaliser sa mission d'offrir des services de qualité aux usagers, le CRDI Normand-Laramée reconnaît l'engagement de son personnel, la contribution des parents, la participation des responsables RNI et la collaboration des partenaires.

Cette dernière année, remplie de changements, est, j'en suis certain, le présage d'un avenir prometteur.

Claude Belley
Directeur général

2. LA DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2007-2008 du CRDI Normand-Laramée :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Claude Belley, directeur général

3. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

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 3 ans. En date du 31 mars 2008, le conseil d'administration était composé des membres suivants :

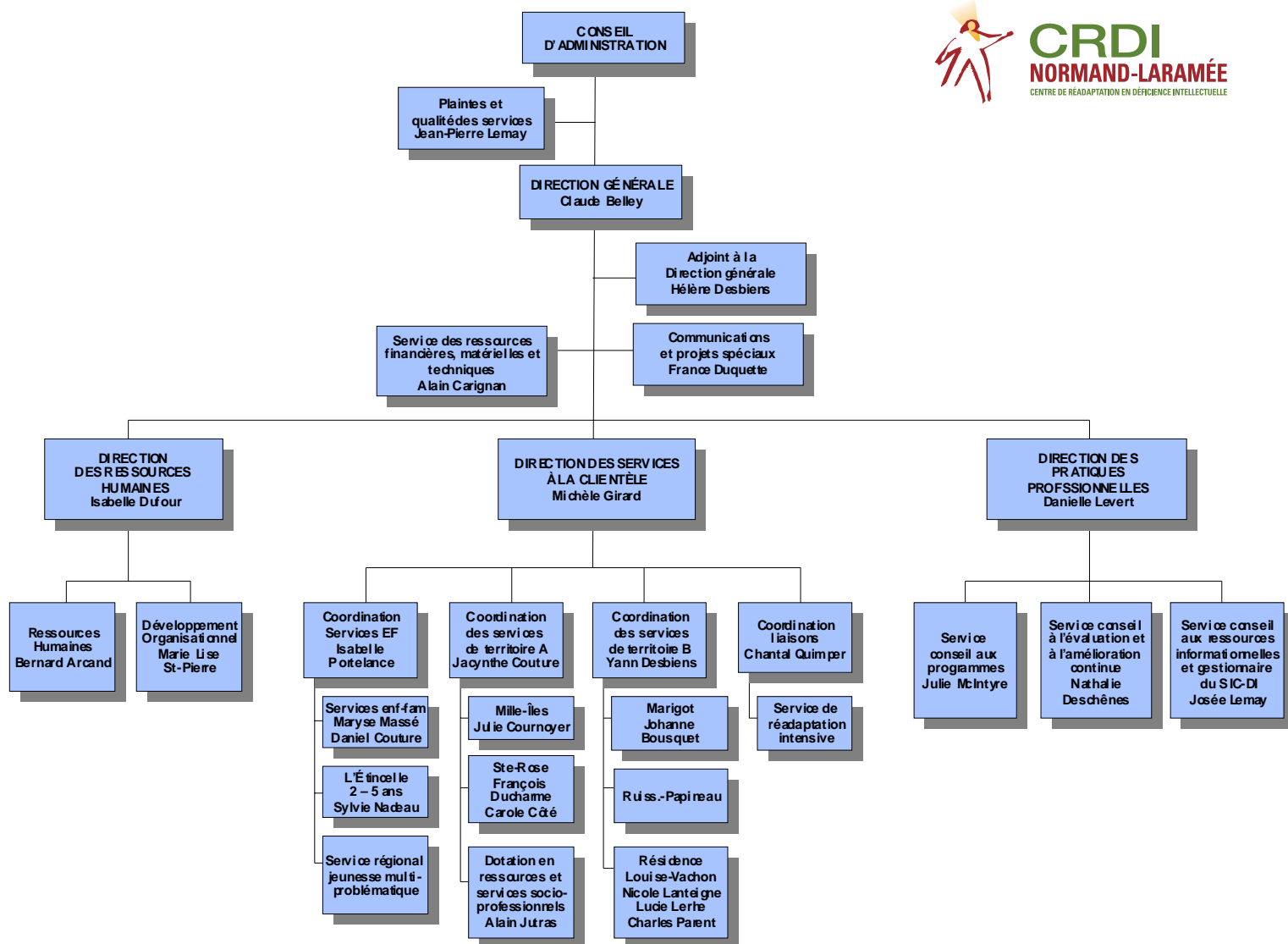
Monsieur Jean-Jacques Camera, président
Monsieur Jean-Marie Bouchard, vice-président
Madame Martine Talbot, secrétaire
Monsieur Robert Pilon, trésorier
Monsieur Claude Belley, directeur général
Madame Françoise Charbonneau
Madame Olga de Melo
Monsieur Yann Desbiens
Monsieur Yannick Desjardins
Madame Nicole Dufresne
Madame Louise Gagné
Madame Linda Gascon
Monsieur Gaston Joly
Monsieur Wilfrid Montreuil
Madame Jacynthe Ouimet.

4. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1 Notre mission et notre clientèle

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

4.2 L'organigramme des services en date du 31 mars 2008



5. LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1 Plan triennal 2006-2009

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

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

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

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

Nous proposons dans le présent rapport de gestion un suivi de l'actualisation des orientations du plan triennal qui regroupe les points suivants :

- Le plan d'action relatif au plan d'amélioration continue;
- Le plan d'action sur le suivi de l'implantation de l'offre de services spécialisés;
- Le plan d'action sur le suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité;
- Les indicateurs de gestion.

5.2 Plan d'action sur le suivi du plan d'amélioration continue (démarche d'agrément)

Au plan de la gestion de la qualité des services, différentes activités ont été réalisées au cours de l'année 2007-2008.

- **La qualité des services**

Afin d'améliorer de façon continue la qualité de ses services, le CRDI Normand-Laramée a complété, au cours de la dernière année, les activités prévues à son plan d'amélioration 2004-2007.

Rappelons que trois grandes thématiques étaient visées par ce plan, soit : la satisfaction de la clientèle – la mobilisation du personnel – la qualité des liens avec les RNI et les partenaires. La plupart des activités planifiées afin d'atteindre nos cibles d'amélioration ont été réalisées¹.

¹ Au cours des prochains mois, les activités relatives à la rédaction du programme clientèle en déficience intellectuelle, la mise en place d'un système d'appréciation du rendement ainsi que l'actualisation du plan directeur informatique viendront compléter les activités prévues au Plan d'amélioration.

Par ailleurs, le 1^{er} mai 2007, le conseil d'administration de l'établissement adoptait une résolution autorisant le Directeur général à inscrire l'établissement dans le renouvellement de son accréditation par le Conseil québécois d'agrément.

Cette démarche a été amorcée en février 2008 par l'envoi de sondages permettant à l'établissement de s'auto-évaluer. La suite de la démarche prévoit l'analyse des sondages en vue de cibler les améliorations requises, la révision des processus organisationnels, l'identification de pistes d'amélioration et le dépôt d'un plan d'amélioration 2009-2012.

- **Le traitement des plaintes**

Au cours de l'année 2007-2008, 6 nouvelles plaintes ont été enregistrées et traitées dans le cadre des nouvelles dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Parmi les objets d'insatisfaction exprimés par les usagers, les délais d'attente pour un premier service et l'accès à des services demeurent une grande préoccupation et une source d'inquiétude pour plusieurs proches des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

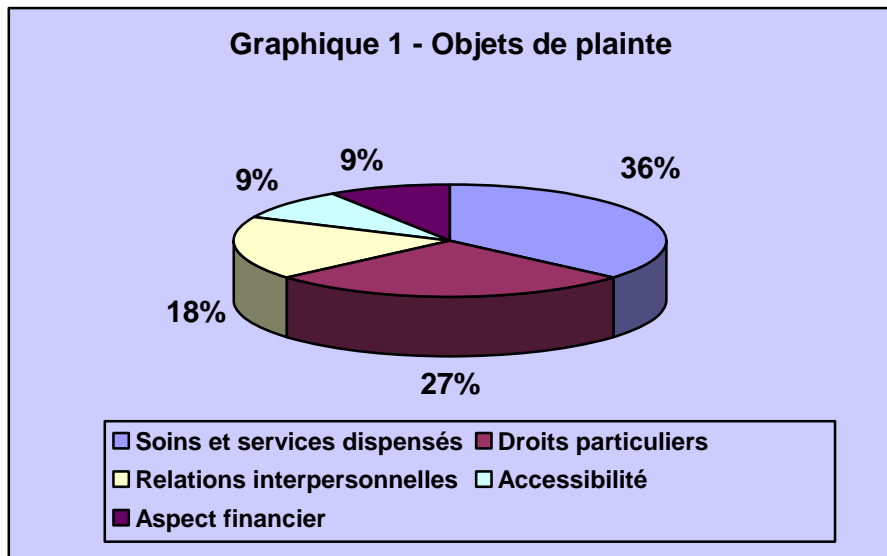


Tableau 1 - Mesures identifiées par les recommandations	
Obtention des services	50%
Amélioration des communications	17%
Ajustement financier	17%
Informations à transmettre	17%

Six (6) mesures identifiées; une (1) plainte abandonnée.

Tableau 2 - Les délais de traitement	
De 2 à 30 jours	20%
De 31 à 45 jours	40%
De 46 à 60 jours	20%
De 61 à 90 jours	20%
91 jours et plus	0%

On constate que 80% des plaintes ont été traitées dans un délai de moins de 60 jours. Le dépassement des délais prescrits est dû à la prise de vacances des personnes visées par la plainte déposée au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Des actions concrètes ont été posées dans le cadre de la poursuite et de l'implantation de la consolidation des nouvelles dispositions du régime provincial d'examen des plaintes. Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services a notamment commencé à exercer le pouvoir d'intervention que lui confère la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le comité de vigilance et de la qualité, qui a tenu six réunions depuis le printemps 2007, exerce une présence active dans les dossiers de qualité du CRDI Normand-Laramée et dans le soutien au commissaire local. Un nouveau «Règlement sur l'examen des plaintes formulées par les usagers» a été adopté par le conseil d'administration. Aussi, des séances d'information visant la promotion du régime d'examen des plaintes ont été mises sur pied. Les rencontres des équipes d'intervenants amorcées au printemps 2008 se poursuivront au cours des prochains mois.

- **Le traitement des mécontentes entre une ressource de type familial ou une ressource intermédiaire et le CRDI Normand-Laramée**

Le règlement sur le traitement des mécontentes entre une ressource de type familial ou une ressource intermédiaire (RNI) et le CRDI Normand Laramée a été adopté par le conseil d'administration le 2 octobre 2007. Lorsqu'une RNI est insatisfaite du traitement de son mécontentement par les intervenants et le chef de service, elle peut adresser par écrit la raison de la mécontente à la troisième instance désignée par l'établissement, soit la conseillère cadre à l'évaluation et la qualité de la direction des pratiques professionnelles. Cette dernière reprend alors l'examen de la mécontente et rend ses conclusions et recommandations par écrit à la RNI.

D'octobre 2007 à mars 2008, une seule ressource a fait appel à la troisième instance. Avec la collaboration des gestionnaires impliqués, un règlement de la mécontente a été conclu entre la ressource et l'établissement.

- **La prestation sécuritaire des services**

Comme prescrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), tous les incidents et accidents doivent être déclarés par les membres du personnel, les stagiaires et les ressources non institutionnelles à la gestionnaire de risques. Pour la période s'étendant du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2008, 273 événements ont fait l'objet de déclarations auprès de la gestionnaire de risques. Cent vingt-huit (128) de ces événements proviennent de la Résidence Louise-Vachon, 100 des territoires, 38 du milieu de vie transitoire et 7 du Service à l'enfant et à

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

Tableau 3 Incidents/accidents					
	Autres blessures	Erreur dans la médication	Chutes	Autres	Total
Milieu de vie transitoire	19 (50%)	5 (13%)	5 (13%)	9 (24%)	38
Résidence Louise- Vachon	17 (14%)	28 (22%)	44 (34%)	39 (30%)	128
Territoires	33 (33%)	27 (27%)	22 (22%)	18 (18%)	100
SEF	1 (14%)	0	3 (43%)	3 (43%)	7
	70 (26%)	60 (22%)	74 (27%)	69 (25%)	273

Afin de promouvoir l'importance de déclarer les incidents/accidents, le CRDI Normand Laramée a fait le choix de former au cours de l'année 2007-2008 tout le personnel sur la gestion des risques. De plus, afin de leur faire part des obligations liées à la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, les ressources de type familial (RTF) et les ressources intermédiaires (RI) ont également été conviées à une demi-journée de formation.

Le comité de gestion des risques s'est réuni à quatre reprises au cours de la dernière année. Cette année, le comité s'est particulièrement préoccupé du peu de déclarations reçues de la part des ressources. Il est important que le dossier de la gestion des risques demeure animé dans tous les milieux. C'est pourquoi le comité a proposé divers moyens pour que les gestionnaires, les intervenants et les RNI soient régulièrement sensibilisés à la prestation sécuritaire des services.

À la Résidence Louise-Vachon, dans un souci d'assurer des soins et des services sécuritaires, la chef de service des soins de santé et d'assistance réfère à la Direction de la santé publique lorsqu'il y a un risque possible de maladie infectieuse ou contagieuse. Elle suit alors les lignes directrices de la santé publique. Des membres du personnel infirmier suivent régulièrement des formations afin d'être à jour dans leurs connaissances sur ces questions.

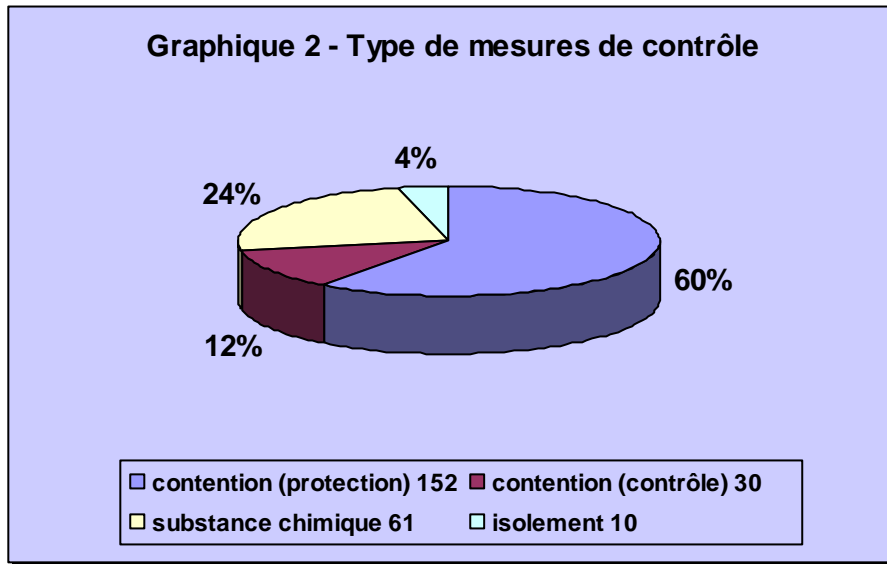
- **L'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle**

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

- De la formation a été donnée au cours de l'année aux nouveaux chefs de service et spécialistes aux activités cliniques ;
- Des services d'ergothérapie visant à évaluer la pertinence de mettre ou de maintenir une mesure de contrôle et à soutenir les éducateurs dans la rédaction du plan d'application ont été offerts en territoire ;
- De l'information a été transmise aux RNI à l'intérieur de l'aide-mémoire et lors d'une rencontre réalisée au printemps 2008.

Le dénombrement des mesures en cours, réalisé en mars 2008, donne le tableau suivant :

Tableau 4 - Dénombrement des mesures de contrôle - 2007-2008							
DI							
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	64 et +	Total
Nombre d'usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2007-20087	0	4	5	83	35	11	138
<i>Nombre de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention (protection)	0	7	6	96	31	11	151
Contention (contrôle)	0	0	0	24	2	1	27
PRN		1	1	28	20	7	57
Isolement	0	0	1	5	0	2	8
Total	0	8	8	153	53	21	243
TED avec ou sans DI							
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	64 et +	Total
Nombre d'usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2007-2008	0	4	0	3	0	0	7
<i>Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention (protection)	0	1	0	0	0	0	1
Contention (contrôle)	0	2	0	1	0	0	3
PRN	0	2	0	2	0	0	4
Isolement	0	1	0	1	0	0	2
Total	0	6	0	4	0	0	10



**Lors du dénombrement de 2006-2007, deux erreurs ont été relevées. Nous aurions dû lire qu'au total il y a eu 140 usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au lieu de 98, et ce, pour un total de 229 mesures au lieu de 225.*

L'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers nous permet de voir une hausse de 10 % (24) du nombre de mesures pour une hausse de 3 % (5) du nombre d'usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de la dernière année. La hausse s'expliquerait par un dénombrement plus juste des mesures tout probablement en raison d'une meilleure compréhension de ce qu'est une mesure de contrôle.

- **Les ressources informationnelles**

Pour les ressources informationnelles, la dernière année est marquée par la mise en place de multiples moyens permettant le futur déploiement « clinico informationnel » au sein du CRDI Normand-Laramée. Dans un premier temps, les membres du comité des ressources informationnelles (CRI) ont concentré leurs activités autour de la diffusion de la politique relative à la technologie de l'information et à la sécurité des actifs informationnels, afin qu'elle soit connue par l'ensemble du personnel de l'établissement. Cette politique a fait l'objet d'une révision et a été adoptée par le conseil d'administration en janvier 2008.

De plus, dans son nouveau plan d'organisation, la direction du CRDI Normand-Laramée attribue la responsabilité de la gestion du système d'information clientèle en déficience intellectuelle (SIC-DI), la gestion sécuritaire et confidentielle des informations cliniques et nominatives qui sont confiées au système centralisé, la gestion et la sécurité des actifs informationnels de l'établissement ainsi que la gestion du parc informatique à une seule direction : la Direction des pratiques professionnelles. La centralisation des différents aspects de ce dossier sous une seule direction permet une approche globale des besoins et des différents enjeux tant pour les actifs informationnels que pour les utilisateurs, les propriétaires d'actifs, les aspects technologiques, etc.

Les différentes mesures de sécurité prescrites par le ministère sont de plus en plus actualisées au sein de l'établissement. Mise à part sa contribution à la diffusion de la politique, le comité sur les ressources informationnelles (CRI) a repris ses travaux au printemps 2008, à la suite de la

révision de sa composition et de son mandat en lien avec les modifications induites dans le plan d'organisation 2007-2010.

Sur le plan technique, le rehaussement des bandes passantes a été actualisé au cours de l'automne 2007. Cet ajout était un incontournable pour assurer une meilleure performance du réseau informatique et comme préalable à la mise en chantier d'un plan d'action visant à compléter l'implantation « clinico informationnelle ». Ce plan d'action a pour but de doter les intervenants cliniques de l'équipement informatique nécessaire à une utilisation plus efficiente du SIC-DI.

5.3 Plan d'action sur le suivi de l'implantation de l'offre de services spécialisés

- **Les programmes**

Au cours de la dernière année, la Direction des pratiques professionnelles a poursuivi ses travaux d'écriture relatifs au programme clientèle en déficience intellectuelle DI et au processus d'accompagnement et d'intervention spécialisés (PAIS).

Des guides de rédaction concernant la démarche de plan de services individualisé (PSI), les plans d'intervention, les rapports trimestriels ainsi que les bilans ont été conçus en collaboration avec les spécialistes en activités cliniques. Par ailleurs, de la formation concernant la démarche PSI a été dispensée aux nouveaux gestionnaires.

Se rattachant au programme clientèle en troubles envahissants du développement (TED), des sessions de formation portant sur le modèle intégré d'intervention (MII) ont été offertes aux spécialistes en activités cliniques. De plus, des sessions de formation sur les outils cliniques et des activités de soutien ont été animées au sein des équipes de l'Étincelle et de l'équipe d'intervenants dédiés aux TED dans le Service à l'enfant et à sa famille,

La Direction des pratiques professionnelles coordonne par ailleurs le soutien de groupe et la formation offerte aux spécialistes aux activités cliniques. Des rencontres se tiennent aux six semaines.

- **Services professionnels spécialisés**

Des services en ergothérapie ont été disponibles de septembre à mai, plus particulièrement au sein des services aux adolescents, adultes et personnes âgées. La priorité a été mise sur l'évaluation des usagers hébergés en ressources non institutionnelles pour lesquels il y avait une mesure de contrôle en place. Nous sommes à planifier les services professionnels requis pour l'année à venir en tenant compte des besoins de la clientèle.

D'autre part, à la suite de la cueillette des besoins en termes de soutien à la communication dans les services aux adolescents, adultes et âgés, six usagers ont bénéficié d'une évaluation en orthophonie au cours de l'année. D'autres évaluations sont à prévoir au cours des prochains mois.

- **Dossier de l'utilisateur**

La nouvelle politique relative à la gestion du dossier de l'utilisateur est en vigueur et elle a fait l'objet d'une formation pour tout le personnel clinique. La tenue du dossier de l'utilisateur a été complètement revue dans un souci d'harmonie et de respect des exigences légales. Dans le but de soutenir les équipes dans la mise en place et le respect de la politique et pour seconder les responsables de l'accès à l'information, l'établissement s'est adjoint une archiviste.

Depuis octobre 2007, un registre des demandes d'accès à l'information au dossier de l'utilisateur est mis en place. D'octobre 2007 à mars 2008, nous avons reçu 46 demandes d'accès, dont 24 provenaient d'un partenaire du réseau de la santé et des services sociaux.

- **Service d'intégration au travail**

Dans le plan d'organisation 2007-2010, un poste cadre a été dédié à deux services, dont les services d'intégration au travail, afin d'actualiser la démarche socioprofessionnelle. La première étape est de synthétiser les travaux du comité socioprofessionnel et de s'attarder principalement aux changements de pratique à introduire pour assurer des services de qualité aux usagers. Le document synthèse traduit les orientations du service socioprofessionnel du CRDI Normand-Laramée en lien avec l'offre de service proposée par la FQCRDITED et les standards de pratique pour la clientèle qui présente une DI ou un TED. Nos orientations tiennent également compte de la mise en place de la spécialisation dans nos services.

Dans ce contexte, les travaux réalisés sont :

- La mise à jour de la banque «employeurs» et informatisation de cette banque;
- La planification du guide socioprofessionnel;
- La révision de l'organisation du travail

- **Les ressources résidentielles**

Au cours de l'année, plusieurs travaux ont été finalisés et d'autres amorcés dans le but d'améliorer la qualité des services résidentiels. Dans un premier temps, le « **Guide pratique pour le suivi des RNI** » a été diffusé lors de la journée-forum aux employés, aux usagers et à leur famille, aux ressources résidentielles et aux partenaires. Par la suite, des activités d'appropriation ont eu lieu pour l'ensemble des intervenants du CRDI Normand-Laramée. De plus, l'« **Aide-mémoire à l'intention des responsables de ressources non institutionnelles** » a été révisé, diffusé et distribué à tous les responsables de ressources. Dans ces documents, nous retrouvons deux nouveaux outils : ❶ le plan de soutien ajusté aux besoins des ressources mais aussi aux attentes du CRDI Normand-Laramée et ❷ le plan d'intervention à l'intention des ressources, lequel spécifie les besoins des usagers et les objectifs à travailler.

Dans un second temps et en lien avec différentes recommandations, de nouveaux travaux ont été amorcés : la mise à jour de l'évaluation des nouveaux postulants résidentiels, le continuum des services résidentiels vers des ressources plus spécialisées et le projet d'éducateur-ressource dans le but de diminuer le nombre d'éducateurs par ressource.

- **La planification de la main-d'œuvre**

Au cours de l'année 2007-2008, les difficultés de recrutement pour l'ensemble des titres d'emploi se sont confirmées. Nous sommes constamment à la recherche de nouveaux médiums plus efficaces et plus ciblés pour afficher nos demandes de remplacement et de poste, et ce, dans le but de rejoindre le plus grand nombre possible de candidats. Nous tentons de trouver les endroits les plus appropriés en fonction des différents postes à combler et de nos exigences en tenant compte des coûts associés. Nous participons également à différents salons d'emploi pour élargir notre éventail de candidats. Malgré nos efforts d'amélioration continue, il s'avère de plus en plus difficile de recruter puisque de nombreux candidats exigent une garantie de remplacement minimal (à titre d'exemple, pour une période de trois mois). Dans un tel contexte, combler les remplacements ponctuels et ceux à durée indéterminée est particulièrement ardu.

Tableau 5	
Données relatives à la dotation du 1er avril 2007 au 31 mars 2008	
Nombre d'affichages	60
Nombre d'entrevues	167
Nombre d'embauches	60

Qui plus est, pour certains titres d'emploi tels que préposé aux bénéficiaires et agente administrative, nous constatons une pénurie quant à la qualité de la main-d'œuvre disponible. La sélection s'avère alors laborieuse puisque de nombreux candidats ne répondent pas aux compétences spécifiques recherchées pour travailler dans nos différents services.

Au cours de l'hiver 2008, nous avons révisé le profil de compétences recherchées pour chaque famille de postes. Nous avons également amorcé un processus de révision continue des descriptions de poste. Les descriptions de poste révisées ainsi que les nouveaux profils de compétences ont été utilisés, entre autres, dans le cadre de la révision et la mise à jour de certains outils de sélection, afin de mieux cibler les exigences et compétences recherchées. Grâce à ces outils révisés, nous avons amélioré notre processus de sélection en nous assurant de retenir le candidat qui répond le mieux aux exigences du poste en diminuant le temps de recherche et de sélection.

Tableau 6	
Portrait des effectifs de l'établissement au 31 mars 2008	
Nombre total de postes	320,00
Nombre de postes à temps complet	265,00
Nombre de postes à temps partiels	55,00
Nombre de postes équivalents temps complet (ETC)	285,47
Nombre d'employés occasionnels	134,00
Nombre total d'employés	405,00

Tableau 7 Portrait des détenteurs de poste par catégorie de personnel au 31 mars 2008	
Détenteurs de poste ETC	
Directeur général	1
Cadres supérieurs	3
Cadres intermédiaires	26
Personnel syndicable non syndiqué	6,8
Personnel des soins infirmiers	12,9
Personnel para-technique et des services auxiliaires	52,46
Personnel de bureau, techniciens et professionnels administratifs	23,4
Techniciens et professionnels de la santé	159,91
Total	285,47

Afin de combler nos besoins anticipés au plan du personnel d'encadrement, notre établissement a effectué une démarche de repérage et d'identification de relèves cadres intermédiaires. Dans le cadre du programme régional de développement de relèves cadres, sept employés de notre établissement compléteront un microprogramme en gestion et développement des organisations de l'Université Laval. Nous avons également amorcé des travaux en vue de mettre en place, au cours de la prochaine année, un programme d'identification et de développement de relève pour la fonction de superviseur clinique actualisée par les spécialistes en activités cliniques au sein de notre établissement.

- **Le développement des compétences**

Le développement des compétences constitue un levier privilégié pour assurer la mise en œuvre des orientations de l'établissement. Au cours de l'exercice 2007-2008, l'établissement a investi plus de 2,68 % de sa masse salariale en activités de formation tant au plan clinique qu'administratif. Cet investissement de plus 492 853,14\$ (dont 411 397,78\$ en dépenses salariales) correspond à 15 081,08 heures de formation reçues par le personnel. Fait à souligner, les objectifs fixés pour chacune des catégories d'employés dans le cadre de l'article 13 – Budget consacré au développement des ressources humaines de la convention collective (SQEES), ont été dépassés.

Parmi les activités majeures de formation en 2007-2008, notons les formations en lien avec :

- la politique sur la sécurité des actifs informationnels (244 cadres et employés de toutes les catégories d'emploi),
- la politique de gestion des risques (209 cadres et employés de toutes les catégories d'emploi),
- la politique sur la tenue de dossier de l'utilisateur (188 cadres et employés du personnel clinique et du personnel de soutien),
- l'application informatique Lotus Notes, version 6,5 (43 utilisateurs),
- le programme d'appréciation des contributions (26 cadres),
- les groupes de codéveloppement à l'intention du personnel cadre (10 cadres).

Afin de soutenir l'actualisation de la spécialisation du personnel clinique, l'établissement permet à des intervenants de poursuivre un programme de formation universitaire spécialisée en trouble envahissant du développement ou en déficience intellectuelle. C'est ainsi que :

- trente-et-un (31) éducateurs ont suivi le programme de certificat en interventions auprès de la clientèle TED (Université Laval). De ce nombre, sept (7) éducateurs ont complété ce programme à l'été 2007;
- quatre (4) éducateurs et professionnels ont suivi le programme de diplôme en supervision TED (Université Laval);
- neuf (9) éducateurs ont suivi le cours Troubles de comportement 1 dans le cadre du microprogramme spécialisé en interventions auprès de la clientèle DI (UQTR).

Outre ces activités, le plan de formation 2007-2008 comportait plusieurs autres activités plus ciblées, que ce soit des activités externes ou internes à l'établissement, la participation à des congrès ou colloques, ou l'inscription à un programme universitaire. À ce chapitre, onze (11) employés—dont cinq (5) identifiés comme relève-cadre—et trois (3) cadres ont poursuivi un programme universitaire.

Tableau 8					
Résultats liés à la formation au 31 mars 2008					
Catégorie d'employés	Nombre total d'heures de formation reçue	Dépenses salariales consacrées à la formation	Total des frais de formation ²	Ratio Total des frais de formation/Masse salariale (en %)	
				Cible ³	Résultat atteint
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires (1)	439,75	11 775,11\$	14 424,70\$	1,15	1,35
Personnel para-technique, services auxiliaires et métiers (2)	1 166,58	20 228,30\$	21 382,10\$	0,38	0,62
Personnel de bureau, techniciens, professionnels de l'administration (3)	714,75	15 125,20\$	25 122,53\$	0,38	2,03
Techniciens, professionnels de la santé et des services sociaux (4)	10 118,25	268 998,43\$	301 480,57\$	1,05	3,02
Personnel cadre	2 216,50	82 076,57\$	109 370,42\$		4,98
Personnel syndicable, non syndiqué	425,25	13 194,17\$	21 072,82\$		4,43
TOTAL	15 081,08	411 397,78\$	492 853,14\$		2,68

² Incluant les dépenses salariales, les frais pédagogiques, les frais de déplacement et de séjour.

³ Tel qu'établie à l'article 13 - Budget consacré au développement des ressources humaines de la convention collective (SQEES)

- **Le développement des ressources humaines**

En 2006-2007, l'établissement avait adopté un système d'appréciation de la contribution individuelle des employés, appelé le Programme d'appréciation des contributions



(PAC). Au cours de l'année 2007-2008, des travaux ont été réalisés afin de préparer l'implantation dudit programme auprès de tous les gestionnaires de l'établissement. Divers formulaires, guides et outils ont été élaborés à l'intention des gestionnaires. Outre les formulaires et instruments développés pour les fins de l'appréciation des contributions du personnel cadre, l'établissement a procédé à la révision de toutes les descriptions de poste des fonctions cadres en y intégrant les principaux résultats attendus pour chacune.

En septembre 2007, une formation d'une journée a été offerte à tous les gestionnaires en vue de l'implantation du programme. Depuis, chaque gestionnaire, de concert avec son supérieur immédiat, est convié à fixer ses objectifs individuels qui s'inscrivent avec les objectifs poursuivis par l'établissement et avec les résultats attendus pour le poste occupé.

En ce qui a trait au personnel salarié, des travaux entourant le PAC ont été réalisés afin d'en préparer l'implantation. À l'automne 2007, une présentation du programme a été offerte à tous les exécutifs syndicaux afin de leur faire connaître le PAC et recevoir leurs commentaires et préoccupations. À l'hiver 2008, les profils de compétences clés ont été développés pour toutes les catégories d'employés via des focus groupes. Des projets de formulaires et de politiques ont été développés pour le personnel non cadre, mais demeurent à être validés par le milieu.

Au chapitre de l'accueil et de l'intégration des nouveaux employés, une politique a été adoptée par le conseil d'administration en lien avec le modèle adopté par l'établissement au cours de l'exercice précédent. Des travaux en vue d'assurer l'actualisation de la politique sur l'accueil et l'intégration des nouveaux employés demeurent à être réalisés.

- **L'application et le suivi des négociations locales**

Au cours de l'automne 2007, nous avons signé une convention collective locale pour chacune des quatre catégories de personnel présentes dans l'établissement (soins infirmiers, para-technique et services auxiliaires, bureau, et techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux). En rappel, les principaux enjeux et objectifs sous-jacents à ce processus de négociation concernaient deux orientations majeures du plan triennal : mettre en place une organisation du travail qui témoigne de la spécialisation des services offerts aux usagers et favoriser une culture organisationnelle axée sur la qualité des services et un processus d'amélioration continue.

Au cours du printemps et de l'automne 2007, et ce, jusqu'à la signature des conventions locales, les deux comités de négociation ont poursuivi leurs discussions. Ainsi, pour la négociation des conventions locales des unités d'accréditation regroupant le personnel des soins infirmiers, le personnel para-technique et des services auxiliaires ainsi que le personnel de bureau, quinze (15) rencontres patronales-syndicales ont été nécessaires. Pour le personnel technique et professionnel de la santé et des services sociaux, dix-huit (18) rencontres ont été réalisées. Tel que souhaité par les parties impliquées, le processus de négociation locale s'est déroulé dans un climat de respect

et d'entente mutuels. De plus, l'objectif poursuivi à l'effet de conclure des conventions collectives locales qui soient gagnantes pour les deux parties a été atteint.

C'est dans cet esprit de recherche de partenariat et de collaboration patronale-syndicale qu'une tournée des divers services a été réalisée à l'hiver 2008 par le comité de négociation locale pour la catégorie des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux. La tournée de ce comité paritaire de négociation visait à présenter et expliquer aux employés des divers services les valeurs et principes à partir desquels le comité patronal-syndical avait négocié la convention locale, les défis rencontrés au cours de la négociation ainsi que les changements les plus significatifs pour les syndiqués.

Afin de poursuivre dans cette voie et permettre la résolution des difficultés liées à l'application de la convention locale, un comité paritaire de suivi de la convention locale pour la catégorie des techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux a été mis sur pied. La mise sur pied de ce comité vise à trouver des solutions aux interprétations de celle-ci. Des suivis des conventions locales sont également faits par le biais des comités de relations de travail.

Également, des actions ont été entreprises afin d'assurer l'appropriation par les gestionnaires et les employés des services administratifs concernés des conventions locales. Notamment, des formations adaptées pour chaque catégorie de personnel ont été offertes à l'ensemble des gestionnaires. Également, des modalités de rencontres régulières ont été mises en place entre des représentants de la direction des ressources humaines et les gestionnaires de la direction des services à la clientèle afin d'assurer une compréhension et une harmonisation dans l'application des différents articles des conventions locales.

- **Projet clinique**

L'adoption des lois 25 et 83 a permis de revoir les fondements de l'organisation des services de santé et des services sociaux en préconisant une approche populationnelle et une accentuation de la hiérarchisation des services de 1^{ère}, 2^e et 3^e ligne.

Au cours de l'hiver dernier, le CSSSL a débuté la mise sur pied de comités d'orientation et de coordination ainsi que de tables de travail concernant chaque programme clientèle sous sa responsabilité auxquels les établissements et organismes concernés collaborent.

Parallèlement, l'établissement prévoit mettre en place des modalités conjointes de collaboration avec le CSSSL afin de favoriser un meilleur accès, une continuité, une complémentarité et une qualité de services aux usagers en précisant entre autres les critères de 1^{ère} et de 2^e ligne.

Enfin, en janvier 2008, la direction a ajouté une fonction de coordination liaisons afin d'établir, entre autres, les liens avec le CSSSL dans le cadre de la définition du projet clinique et d'œuvrer à la mise en place du futur plan d'accès ministériel.

- **Communication et partenariat**

Diverses activités furent l'occasion d'augmenter notre visibilité auprès des partenaires en faisant mieux connaître nos services :

- À la suite de l'adoption du plan d'organisation 2007-2010, les membres du comité de gestion de l'établissement ont rencontré les comités de direction du Centre jeunesse de Laval, de l'Hôpital juif de réadaptation, du Centre de santé et de services sociaux de Laval ainsi que de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, afin de présenter le contenu du plan triennal et du plan d'organisation et d'échanger sur les impacts de cette nouvelle organisation du travail.
- La diffusion des pochettes sur les programmes-cadres, où nous retrouvons notamment l'information sur les critères d'accès, a été complétée auprès des différents partenaires.
- Des contacts réguliers ont eu lieu avec les organismes communautaires. Les activités annuelles auxquelles ils ont été invités, avec le personnel d'encadrement, ont été de belles occasions pour la présentation de certains dossiers et pour échanger sur des préoccupations communes.
- Les activités réalisées en collaboration avec les organismes communautaires de Laval dans le cadre de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle, du Mois de l'autisme (la «Journée TED») et de la Semaine des personnes handicapées.
- Le site internet (www.crdinl.qc.ca), mis à la disposition du public depuis novembre 2006, est révisé trimestriellement. Il rend accessible à toute personne intéressée l'information sur les services offerts par le CRDI et les critères pour y avoir accès.
- L'activité de reconnaissance à l'intention des responsables de ressources résidentielles (RNI) a permis la diffusion vidéo de témoignages en regard du travail accompli par les responsables et la distribution de *l'Aide-mémoire à l'intention des responsables de ressources non institutionnelles*.
- La séance publique d'information (assemblée générale annuelle)—et sa période de question—est une autre plate-forme pour renseigner nos publics (usagers, parents, responsables de RNI, partenaires et personnel).
- Le rapport annuel de gestion s'avère un média d'information intéressant quant à nos services et réalisations.
- Les séances du conseil d'administration sont autant d'occasions pour le public de prendre connaissance des dossiers en cours.

- L'outil *Le Postier*, installé sur le site internet du CRDI, nous permet désormais de communiquer électroniquement avec nos publics qui ont une adresse de courriel.
- La tenue d'une journée-forum annuelle s'avère un lieu d'échanges et d'information pour les participants issus de nos différents publics.
- La rédaction et la diffusion à tous nos publics de la revue *Accent*, notre journal interne publié quatre fois par année, permet de traiter en profondeur de différents sujets.
- Le CRDI effectue trois fois par année l'envoi de la programmation et des modalités d'inscription aux activités de jour des organismes communautaires, aux usagers, responsables des ressources résidentielles, parents et aux intervenants.
- La traduction de la majorité de notre documentation en langue anglaise favorise l'accessibilité de l'information aux usagers et familles de diverses origines culturelles. Nous poursuivons notre travail de traduction de notre site internet.

- **La recherche**

Au cours de l'année 2007-2008, l'établissement a poursuivi sa collaboration à différents projets de recherche, tant avec des équipes de recherche institutionnelles qu'avec des étudiants de 2^e et de 3^e cycle universitaire.

Notre établissement s'est engagé dans cinq nouvelles recherches qui visent, soit l'amélioration des programmes et services dans le secteur de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement, soit l'approfondissement des connaissances en relation avec notre clientèle.

Par ailleurs, le conseil d'administration a procédé, en janvier 2008, à l'adoption d'une Politique relative à la recherche. La mise en place d'un comité de la recherche est planifiée pour le printemps 2008. Un registre des projets de recherche et des travaux scientifiques a été élaboré afin de permettre un meilleur suivi des recherches en cours. Cet exercice nous a permis de constater l'implication de notre personnel dans une vingtaine de projets de recherche au cours des dix dernières années.

5.4 Plan d'action sur le suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité

Diverses actions découlent de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec l'Agence de la santé et des services sociaux pour l'année 2007-2008. Voici les principales :

- **Atteinte de l'équilibre budgétaire dans le respect des règles**

EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008

Tableau 9	
Revenus totaux	33 762 261 \$
Charges totales	33 762 261 \$
Excédent des revenus sur les charges	0 \$

Présentation d'un budget en équilibre pour l'exercice financier 2007-2008. Pour le détail, voir la section 6 : *Les états financiers et l'analyse des résultats des opérations.*

- **Les personnes présentant des troubles graves du comportement**

Cette année, nous avons reçu la visite du directeur du Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement (CEM TGC). Sa visite avait pour but de se familiariser avec notre établissement, de rédiger un projet de développement de l'expertise et de prioriser l'évaluation de base d'une partie de la clientèle cible présentant des troubles graves du comportement.

Les travaux avec le CEM TGC se poursuivront au cours de la prochaine année : dénombrement de la clientèle présentant des troubles du comportement et développement de l'expertise, plus particulièrement auprès des équipes de territoire.

- **Plan de lutte à une pandémie d'influenza**

Un comité de travail composé de représentants de l'ensemble des directions de l'établissement s'est rencontré à sept reprises au cours de l'année 2007-2008. Une des rencontres a eu lieu avec les représentants de l'ASSSL, ce qui a permis de d'éclaircir certains points.

En 2007-2008, les travaux suivants ont été réalisés :

- Recensement et rapatriement des documents nécessaires (outils) pour répondre aux actions (phases préparation et intervention) et élaboration de procédures.
- Sensibilisation continue du personnel par le biais d'affiches et de visionnement de CD et DVD.
- Sensibilisation du personnel sur l'importance de la vaccination.
- Préparation de rencontres avec les responsables de RNI et les partenaires pour les sensibiliser, leur présenter notre plan d'action et répondre à leurs questions (automne 2008)
- Création d'un sous-comité pour déterminer les activités externes pouvant être suspendues dans le cas d'une pandémie.
- Élaboration et transmission à l'ASSSL du plan d'action sur la mobilisation du personnel.
- Élaboration de la liste de produits disponibles et de la réserve nécessaire.
- Mise sur pied de l'équipe psychosociale locale et identification des relayeurs d'information et des responsables de la supervision clinique.

Dans la poursuite de l'élaboration du plan local de lutte, de nouvelles rencontres sont prévues à l'automne 2008 avec le CSSSL et l'ASSSL, afin de préciser certains aspects liés à la santé publique, à la santé physique, aux services psychosociaux et au maintien des services.

5.5 Les indicateurs de gestion

- **La mise en place de la spécialisation des intervenants en fonction des caractéristiques des usagers (*étape de vie et diagnostic*)**

La mise en place de la spécialisation des intervenants en fonction des caractéristiques des usagers est tributaire de différents éléments, dont les modalités de mise en œuvre négociées avec les représentants des professionnels. Toutes les conventions collectives ont été signées à la fin de l'année 2007 et les activités menant à la révision des groupes d'usagers en fonction des étapes de vie et du diagnostic sont initiées et se poursuivront au cours de la prochaine année.

- **Suivi du délai moyen d'attente pour l'ensemble des services assurés par l'établissement**

Au 31 mars 2008, 279 usagers étaient inscrits sur la liste d'attente pour 322 services. Le nombre d'usagers en attente a augmenté de 48%. Cette importante augmentation est due principalement à l'abolition des services ponctuels offerts aux enfants en liste d'attente. En comptabilisant le nombre d'enfants qui recevaient des services ponctuels au 31 mars 2007, soit 90, le nombre de personnes en attente au 31 mars 2007 aurait été de 278.

Tableau 10			
Liste d'attente d'un service au 31 mars 2008			
Programmes-cadres	Nbre d'usagers sans service	Nbre d'usagers en attente mais recevant au moins un (1) service	Nbre d'usagers en attente de services
Enfant/famille	39	81	120
Ados/adultes/aînées	93	66	159
Total	132	147	279

Tableau 11
Répartition des usagers en attente
par type de services au 31 mars 2008

	2007-2008
Services de soutien éducatif et psychosocial :	
Enfants/Familles	121
Ados/Adultes	100
Total des services	221
Services résidentiels (RTF+RI+Répit+Dépannage+Îlot de jour)	
Enfants/Familles	08
Ados/Adultes	62
Total des services	70
Stages et emplois :	
Enfants/Familles	N/A
Ados/Adultes	31
Total des services	31
Total des services	322
Total des personnes	279

- **L'accessibilité aux services**

Dans le présent rapport, l'accessibilité aux services est abordée en fonction de cinq types de données : les nouvelles demandes adressées à l'établissement, le nombre d'usagers recevant des services, le nombre de services par usager, le nombre d'usagers recevant des services par territoire et la répartition par type de service.

Le nombre de **nouvelles demandes de services** a augmenté de 11% par rapport au 31 mars 2007, soit 261 demandes (tableau 12). Sur ce nombre, 63% des demandes sont faites pour les services du programme-cadre enfant/famille.

En 2007-2008, les nouvelles demandes en relation avec la clientèle DI représentent une augmentation de 12%, tandis que le nombre des nouvelles demandes pour la clientèle TED est comparable à l'an dernier. Il faut relativiser l'augmentation (12%) des demandes en lien avec la clientèle DI, car le nombre total de demandes (173) inclut les usagers en attente de diagnostic au CARL.

Tableau 12
Nouvelles demandes
01.04.07 au 31.03.08

Programmes-cadres	DI + Frontière	TED			DP	Total
		Avec DI	Sans DI	Attente de diagnostic DI		
Enfants/Familles (Naissance-11 ans)	97	1	34	26	2	160
Ados/Adultes/Aînés (12 ans et plus)	76	4	15	4	2	101
Total	173	5	49	30	4	261

Pour ce qui est du **nombre d'usagers recevant des services**, nous pouvons tirer des données inscrites au tableau 13 les informations suivantes :

- 55% des usagers à qui un premier service a été assuré durant l'année sont des enfants;
- Le nombre élevé de dossiers fermés concernant les enfants s'explique en grande partie par la fermeture normale des dossiers des enfants qui reçoivent des services du projet d'intervention concertée (PIC). Ce programme conjoint avec l'Hôpital juif de réadaptation offre des services spécialisés de stimulation et de soutien aux enfants de 5 ans et moins qui sont en attente d'une évaluation diagnostique. Lorsque l'enfant est reçu pour son premier rendez-vous à une clinique de développement, les services du programme d'intervention concertée prennent fin et entraînent une fermeture de dossier s'il n'y a pas de diagnostic de DI ou de TED.
- En comparaison des données de l'an dernier, le nombre d'usagers ayant reçu un « premier service » a quelque peu diminué, soit 15 usagers;
- Le nombre de dossiers fermés a augmenté de 6%;
- Enfin, le nombre d'usagers recevant des services a connu une très légère baisse, soit 6 personnes en moins.

Tableau 13
Nombre d'usagers recevant des services
2007 - 2008

	Programmes-cadres				DP	Total
	Enfants/Familles		Ados/Adultes/ Aînés			
	DI	TED	DI	TED		
Nbre de personnes recevant des services au 1 ^{er} avril 2007	152	224	867	149	13	1405
Nbre de personnes qui ont reçu un premier service durant l'année	63	40	43	13	2	161
Nbre de dossiers fermés durant l'année	52	30	73	9	3	167
Nbre de personnes recevant des services au 31 mars 2008	163	234	837	153	12	1399

Au 31 mars 2008, en regard du **nombre de services par usager**, nous dispensons 2459 services à 1387 usagers admis ou inscrits dans notre établissement. En termes de nombre d'usagers, si nous comparons les données du rapport annuel 2006-2007, la clientèle ayant une DI diminue de

3% pour cette période alors que le nombre d'usagers ayant un TED augmente de 7%. De façon générale, le nombre de services dispensés par usager a quelque peu fléchi depuis le dernier exercice, passant de 1,81 à 1,77 service/usager.

Tableau 14					
Services par usager au 31 mars 2008					
Programmes-cadres	Nbre de services		Nbre d'usagers		Moyenne
	DI	TED	DI	TED	
Enfants/Familles (Naissance-11 ans)	165	386	136	224	1,53
	551		360		
Ados/Adultes/Aînés (12 ans et plus)	1602	306	852	175	1,86
	1908		1027		
Total	1767	692	988	399	1,77
	2459*		1387*		

* Il nous faut ajouter à ces données 12 services assurés à 12 personnes ayant une DP

Au tableau 15, **Nombre d'usagers recevant des services par territoire**, les données précisant la répartition des usagers dans les équipes de territoires font ressortir une augmentation de 5% de la clientèle dans le territoire des Mille-Îles et une diminution de 3% dans le territoire du Marigot, alors que la clientèle des autres territoires est relativement stable. Le point majeur concerne les usagers du programme-cadre s'adressant aux adolescents, adultes et personnes âgées ayant un TED, ce groupe a connu une augmentation de clientèle de 17%.

Tableau 15 - Nombre d'usagers recevant des services par territoire					
2007 - 2008					
	Programmes-cadres				Total
	Enfants/Familles		Ados/Adultes/Aînés		
	DI	TED	DI	TED	
Mille-Îles	24	29	148	36	237
Marigot	28	55	175	36	294
Ruisseau-Papineau	33	68	191	32	324
Ste-Rose	49	71	267	55	442
Résidence Louise-Vachon	0	0	55	6	61
Total partiel	134	223	836	165	1358
Hors territoire et DP	4		37		41
Grand total	361		1038		1399

La **répartition par type de services** demeure assez stable, sauf pour les services en ressources intermédiaires, qui connaissent une augmentation de 5%, et les services de stage qui présentent une hausse de 3%. Les services d'orthophonie et d'ergothérapie ont connu une baisse importance due à la difficulté de recrutement pour cette catégorie de personnel.

**Tableau 16 - Nombre de services dispensés
2007 - 2008**

Type de services	Programmes-cadres		Total
	Enfants/ Familles	Ados/Adultes/ Aînés	
Soutien éducatif (intégration à la vie de quartier)	356	886	1242
Soutien intensif (logement à soutien gradué)	0	18	18
Soutien multiproblématique	2	6	8
Programme ICI (TED/Autisme)	29	0	29
Stage individuel	0	377	377
Suivi et maintien à l'emploi	0	36	36
Centre d'activités de jour	0	14	14
Soutien psychosocial	0	14	14
Orthophonie	59	3	62
Ergothérapie	75	25	100
RTF CRNL (inclus FA + RA)	1	75	76
Ress. intermédiaires + RI autres	14	314	328
Résidence Louise-Vachon	0	64	64
Répit	16	82	98
Dépannage	0	5	5
Total	552	1919	2471

- **Gérer adéquatement la main d'œuvre**

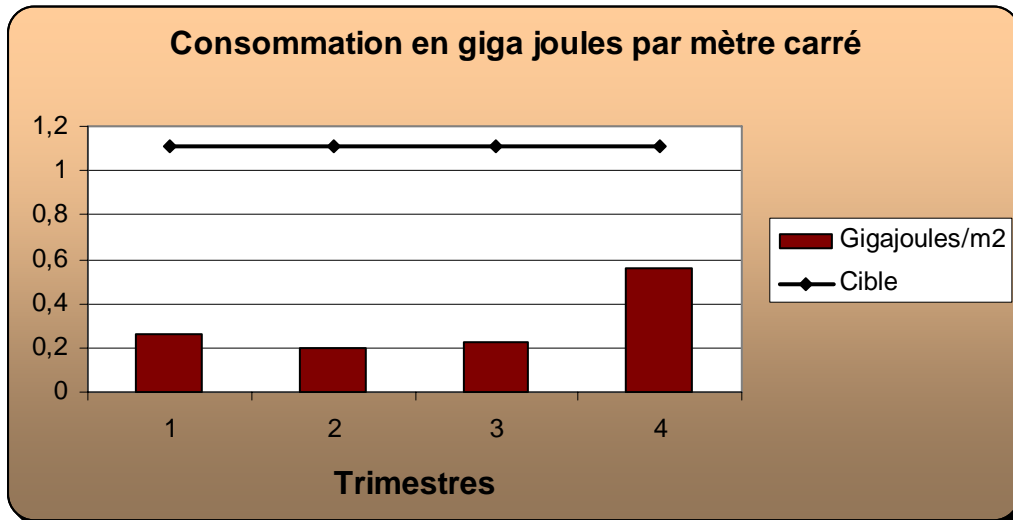
Dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de santé et services sociaux de Laval, la cible à atteindre pour le ratio d'heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées avait été fixée à 6,70%. Grâce à un travail continu, nous avons atteint et même dépassé cette cible puisque l'exercice 2007-2006 s'est conclu avec un ratio cumulatif de 6,05%.

À l'automne 2007, le comité de gestion de la direction générale, fort préoccupé par cet indicateur de gestion, a mandaté la direction des services administratifs afin qu'un plan d'action soit proposé. À cet effet, un plan d'action pour 2007-2009 sur la gestion globale de la présence au travail a été adopté par l'établissement. Des actions concrètes ont été réalisées depuis l'adoption du plan d'action, notamment, une politique relative à la gestion de la présence au travail (sanctionnée par le conseil d'administration). En plus d'identifier les valeurs, philosophie, objectifs et responsabilités des différents acteurs, cette politique définit les modalités de gestion des absences pour cause de maladie de courte durée, de longue durée et des accidents de travail. Nous comptons poursuivre au cours de la prochaine année l'actualisation de notre plan d'action en matière de présence au travail et assurer un suivi rigoureux quant à cet indicateur. Ainsi, diverses activités d'appropriation de la politique sur la gestion de la présence au travail sont déjà prévues avec les gestionnaires et les diverses équipes de travail.

- **Gestion des bâtiments et des équipements**

- *Consommation en giga joules par mètre carré*

Graphique 2



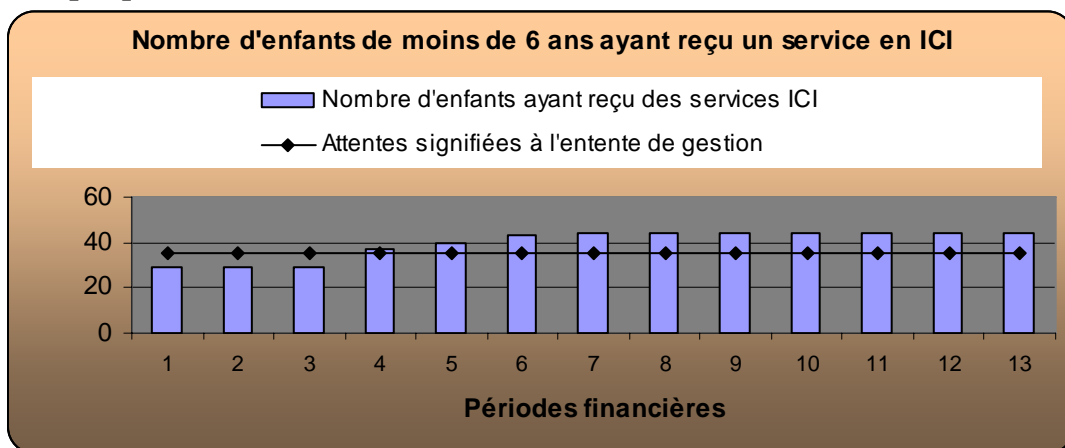
L'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux a été convié à réduire sa consommation énergétique au cours des prochaines années. En ce qui nous concerne, la cible maximale de consommation prévue à l'entente de gestion est de 1,11 giga joule par mètre carré.

Notre consommation moyenne en giga joules/m² est nettement sous la cible fixée pour les quatre trimestres de la dernière année. Nous complétons le dernier trimestre avec une consommation de 0,56 giga joules/m². Rappelons que seule la Résidence Louise Vachon est visée par cet indicateur.

- **Atteinte des résultats au plan des programmes services**

- *Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service en intervention comportementale intensive (ICI)*

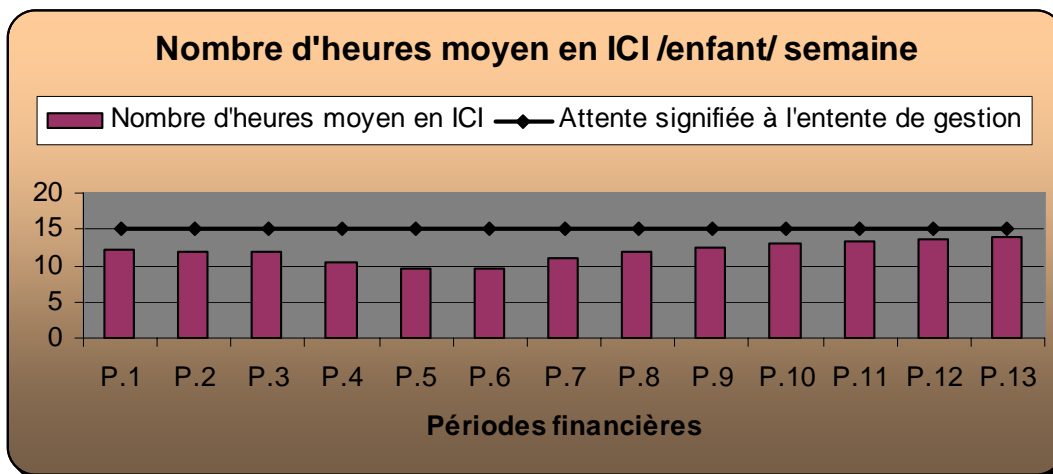
Graphique 3



L'objectif visé à l'entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008 est dépassé. En effet, l'attente signifiée était que 35 enfants de moins de six ans reçoivent en cours d'année des services d'intervention comportementale intensive. Dans les faits, 44 enfants ont reçu ces services.

- *Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI)*

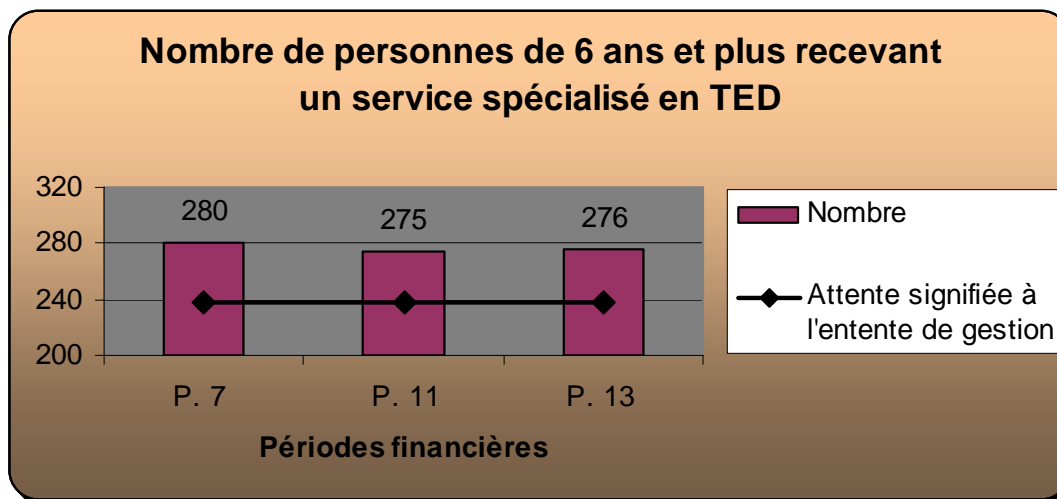
Graphique 4



L'objectif visé à l'entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008 n'est pas atteint. En effet, l'attente signifiée était que les enfants reçoivent un nombre moyen d'heures hebdomadaires de services en ICI de 15,08 heures. Nous avons complété l'année de référence avec une moyenne de 13,94 heures de service par enfant (comparativement à 10,22 pour l'année 2006-2007).

- *Nombre de personnes de 6 ans et plus recevant un service spécialisé (TED)*

Graphique 5

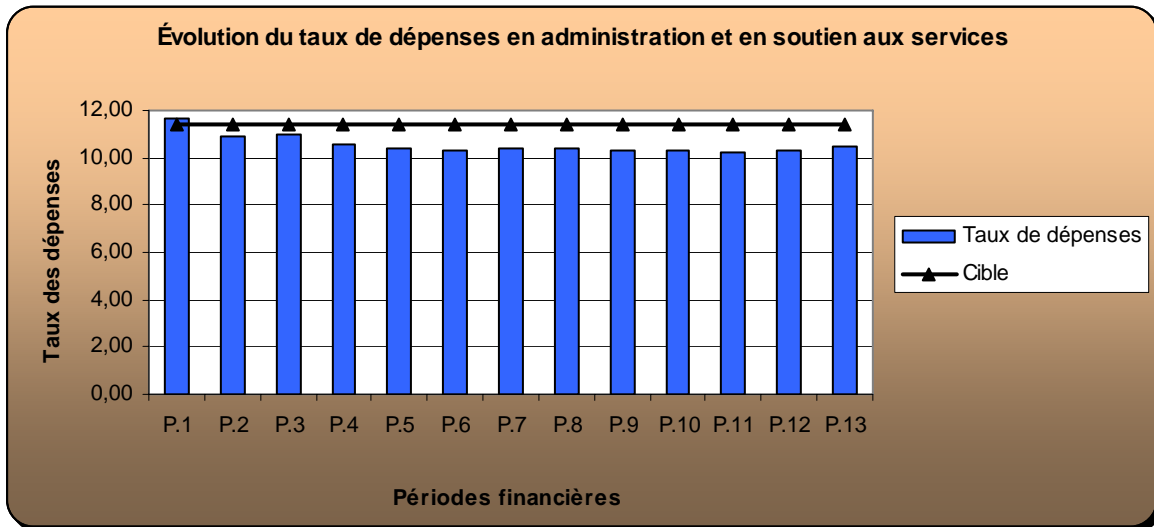


L'objectif signifié à l'entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008 est atteint : en effet, 276 personnes de 6 ans ou plus ont reçu un service spécialisé en TED, alors que la cible visée était de 238 personnes.

- **Au plan des programmes soutien**

- *Taux des dépenses en administration et en soutien aux services*

Graphique 6



L'entente de gestion pour l'année 2007-2008 ciblait un taux maximal de 11,42% relativement aux dépenses en administration et en soutien aux services. Cette cible est atteinte, alors que notre taux de dépenses moyen s'établit à 10,56 au cours de la dernière année (10,46 au 31 mars 2008).

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

6.1 LES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION DE L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008

	<u>2008</u>	<u>2007</u>
Revenus		
Financement R.R.S.S.L.	30 250 824 \$	30 310 245 \$
Autres sources	3 511 437 \$	3 421 390 \$
TOTAL	<u>33 762 261 \$</u>	<u>33 731 635 \$</u>
Nature des charges		
Salaires	12 238 196 \$	11 116 050 \$
Avantages sociaux	3 691 739 \$	3 432 116 \$
Charges sociales	1 971 756 \$	1 830 418 \$
Médicaments	192 346 \$	183 199 \$
Fournitures médicales	43 158 \$	38 411 \$
Denrées alimentaires	173 150 \$	170 770 \$
Autres		
Païement allocation ress. de type familial	1 311 306 \$	1 379 586 \$
Païement allocation ress. intermédiaires	10 393 205 \$	9 562 414 \$
Frais de déplacement du personnel	334 704 \$	334 698 \$
Allocations de fréquentation	209 433 \$	208 026 \$
Location de locaux	828 718 \$	868 189 \$
Honoraires professionnels	495 083 \$	604 866 \$
Dépenses administratives	467 567 \$	306 063 \$
Frais de formation externe	53 535 \$	83 503 \$
Frais de fonctionnement	472 656 \$	454 729 \$
Répit spécialisé	103 617 \$	106 230 \$
Literie et lingerie	6 187 \$	10 998 \$
Charges non réparties	27 343 \$	2 255 548 \$
Autres éléments	748 562 \$	672 212 \$
TOTAL	<u>33 762 261 \$</u>	<u>33 618 026 \$</u>
EXCÉDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS	<u>- \$</u>	<u>113 609 \$</u>

6.2 LE BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION AU 31 MARS 2008

ACTIF

	2008	2007
À COURT TERME		
Encaisse	1 380 438 \$	2 140 253 \$
Placements temporaires	215 385 \$	207 200 \$
Débiteur – A.S.S.S.L.	155 456 \$	574 108 \$
Débiteurs - Autres	346 991 \$	338 327 \$
Charges payées d'avance	151 195 \$	20 595 \$
Avance au fonds d'immobilisation	23 271 \$	57 781 \$
Autres éléments		
Total de l'actif à court terme	2 272 736 \$	3 338 264 \$

AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS

Congés à traitement différé	76 629 \$	19 816 \$
-----------------------------	-----------	-----------

TOTAL DE L'ACTIF 2 349 365 \$ 3 358 080 \$

PASSIF

À COURT TERME

Créditeurs et charges à payer	2 064 827 \$	2 982 610 \$
Revenus reportés - Agence	54 331 \$	- \$
Autres éléments	848 \$	49 335 \$
Total du passif	2 120 006 \$	3 031 945 \$

AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF

Service de la dette prise en charge par le M.S.S.S. -

Solde du fonds	229 359 \$	326 135 \$
----------------	------------	------------

TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DU FONDS 2 349 365 \$ 3 358 080 \$

6.3 LES CHARGES BRUTES ET LES DONNÉES OPÉRATIONNELLES

LES CHARGES BRUTES PAR CENTRES D'ACTIVITÉS

	2008	2007
5516 Ressources intermédiaires - D.I	7 077 711 \$	6 491 866 \$
5517 Ressources intermédiaires D.P	177 185 \$	242 755 \$
5526 RTF-Famille d'accueil	79 202 \$	111 503 \$
5536 RTF-Résidence d'accueil	1 232 104 \$	1 268 083 \$
5546 Autres ressources non institut. d'hébergement D.I et TED	2 939 250 \$	2 602 663 \$
5547 Autres ressources non institut. d'hébergement D.P	129 478 \$	127 612 \$
6430 R.I. et R.T.F. - Encadrement	378 620 \$	337 978 \$
6945 Internat (D.I.)	4 986 135 \$	4 603 014 \$
7050 Ress. Résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue	69 581 \$	97 518 \$
7000 Centre pour activités de jour (D.I.)	103 617 \$	106 230 \$
7021 Support des stages en milieu de travail (D.I.)	1 999 905 \$	1 808 060 \$
7031 Intégration à l'emploi (D.I.)	159 410 \$	146 485 \$
7100 Adaptation / Soutien à la personne, à la famille, aux proches (D.I.)	6 703 824 \$	6 211 638 \$
7140 Intervention comportementale-TED	1 317 224 \$	1 125 944 \$
7180 Soutien aux programmes-CRDI	1 048 653 \$	1 028 851 \$
7300 Administration générale	2 519 219 \$	2 210 245 \$
7320 Administration des services techniques	99 167 \$	152 158 \$
7340 Informatique	225 044 \$	191 706 \$
7530 Réception, archives et télécommunications	155 769 \$	136 844 \$
7552 Alimentation - Internat (D.I.)	406 953 \$	429 867 \$
7602 Buanderie et lingerie - Internat (D.I.)	242 028 \$	234 087 \$
7644 Hygiène et salubrité - tâches opérationnelles	339 197 \$	322 536 \$
7690 Transport des usagers	26 668 \$	16 372 \$
7701 Fonctionnement des installations - Internat (D.I.)	426 916 \$	404 055 \$
7703 Fonctionnement des installations - Autres	534 761 \$	580 226 \$
7710 Sécurité	75 426 \$	77 070 \$
7800 Entretien et réparation des installations - Charges non réparties	281 871 \$ 27 343 \$	189 627 \$ 2 255 548 \$

LES DONNÉES OPÉRATIONNELLES

	2008	2007
Jours rétribués D.I. et TED	145 341	143 829
Jours rétribués D.P	3 610	4 325
Jours présences	23 310	23 885
Présences en ateliers, stages ou activités de jour	94 369	95 282
Nombre moyen d'usagers suivis en intégration à l'emploi	44	43
Usagers suivis en adaptation et soutien à la personne, aux proches	1 391	1 374

7. LES COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

7.1 Le conseil multidisciplinaire

Pour l'année 2007-2008, les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire ont été interpellés sur plusieurs sujets, qui se sont traduits par les activités suivantes :

- Participation active à l'organisation et à l'animation de la journée ressourcement à l'intention du personnel.
- Participation à la consultation sur la politique ministérielle «À part égale».
- Réflexion sur l'identité professionnelle de l'éducateur et mise en place d'un groupe de réflexion, en collaboration avec la direction des pratiques professionnelles.
- Animation autour du Cadre de référence sur la supervision clinique.
- Animation autour des travaux en cours concernant la révision des pratiques en matière de tenue de dossier de l'usager.
- Animation autour du rapport de visite ministérielle et de la démarche d'appropriation du plan d'amélioration proposé.
- Participation active à l'animation de la journée thématique «Ma vision, mon œil», organisée dans le cadre du Mois de l'autisme.
- Accueil d'un projet d'échange d'expertises proposé par des éducatrices.

Les membres : Steven Desbiens, *président*, Elise Paquette, *vice-présidente*, Claude Belley, *secrétaire*, Rachid Ababou, Geneviève Bélanger, Mathilde De Préaumont, Yann Desbiens, Francine Énard, Jocelyne Fournier, Danielle Levert, André Pelletier, Patricia Plasse, Isabelle Pothier, Marie Lise St-Pierre, Sylvie Tardif.

7.2 Le conseil des infirmières et infirmiers

En 2007-2008, les membres du comité exécutif du CII (le «CECII») ont traité plusieurs dossiers. Voici leurs principales réalisations :

- Participation à la consultation menée par la direction générale sur les valeurs organisationnelles et la philosophie de gestion dans le cadre des travaux préalables à l'élaboration du plan d'organisation. Animation subséquente autour du plan d'organisation adopté par le conseil d'administration.
- Suivi continu du projet de réintégration sociale des usagers de la Résidence Louise Vachon et, par la suite, des travaux préalables au projet de conversion en un centre régional de services spécialisés.
- Suivi des travaux en cours à la Commission régionale infirmière.
- Réalisation du plan thérapeutique infirmier (PTI) et formation conjointe infirmières/infirmières auxiliaires.
- Dépôt par un membre d'une situation auprès du comité d'éthique clinique.
- Participation à l'organisation de la journée de ressourcement à l'intention du personnel.
- Participation au comité d'agrément.
- Participation à diverses formations :
 - formation sur l'influence des CECII,

- formation conjointe (médecins/infirmières) sur les ordonnances collectives,
- formation sur la vaccination.
- Réflexion et mise en place de mesures faisant suite au rapport annuel du comité de gestion des risques.
- Accueil du Directeur général dans le cadre du projet «Intervenant d'un jour».
- Participation au comité sur la pandémie.

Les membres : Nicole Dufresne, *présidente*, Renée Desjardins, *secrétaire*, Claude Belley, Hélène Desbiens, Lucie Gratton, Nicole Lanteigne, Sophie Martel, Catherine Rousseau, Nancy Robert.

7.3 Le comité des usagers

Mot de la Présidente :

Cette année en fut une extrêmement ardu pour les membres du Comité, mais, nous sommes fière de pouvoir affirmer aujourd'hui que nous sommes un comité plus fort et expérimenté. Nos membres sont de plus en plus impliqués et conscients du rôle important qu'ils ont à jouer. L'année qui s'amorce en sera une de réalisation concrète pour nos membres.

Nathalie Ladouceur

Représentation :

- Conseil d'Administration du CRDI : Mme Olga De Melo et M Yannick Desjardins
- Comité éthique : M Louis Charbonneau
- Comité gestion des risques : Mme Nathalie Ladouceur
- Comité SQDI : M Louis Charbonneau
- Comité aviseur : Mme Nathalie Ladouceur
- Sous comité éthique (guide des valeurs) M Louis Charbonneau
- Sous comité éthique (journée forum) M Louis Charbonneau

Rencontres :

- 3 rencontres régulières
- 6 rencontres comité éthique
- 5 rencontres sous comité de la journée forum
- 4 rencontres comité gestion des risques
- 10 rencontres C.A CRDI
- 3 rencontres SQDI
- 4 rencontres sur le guide des valeurs

Réalisations :

Membre du comité organisateur de la journée forum : Lors de cette journée, nous avons invité plus de 100 personnes à travailler avec nous sur les pistes de solutions concrètes du plan d'amélioration demandé par le ministère de la santé et des services sociaux.

Présentation de la partie de hockey « les différents vs le national de Québec » : Comme chaque année les membres du Comité des Usagers s'impliquent activement à l'organisation de la partie de hockey annuelle. Cette année l'activité visant principalement l'autofinancement de l'équipe nous permis d'amasser plus de \$8000.00. Cette somme permet à une trentaine d'usager de s'entraîner au hockey une fois par semaine gratuitement.

Accompagnement individuelle à 9 démarches PSI : L'accompagnatrice du comité a été interpellée à 16 reprises pour des questionnements au sujet de la démarche PSI (6 parents/4 éducateurs/6 usagers). Elle a aussi accompagné 9 usagers à différents moment de leurs démarches.

Participation à la guignolée du CRDI : Comme à chaque année les membres du comité participent activement à la cueillette de denrée du CRDI et du CJ de Laval. Cette activité (un peu en dehors du cadre de leurs responsabilités) permet de remettre des denrées non périssables qui sont redonné sous forme de panier de Noël par les différents organismes de la région.

Nos défis en 2008-2009 :

- Remplacement de 2 postes au sein du comité (un poste pour un usager un poste pour un parent).
- Présentation de l'assemblée annuelle d'information.
- Travaux entourant le guide des valeurs.
- Rédaction des règlements généraux et politiques de fonctionnement du comité.
- Publication de 3 infos usager (petit journal).
- Formation continu de nos membres.

Les membres: Nathalie Ladouceur, *présidente* (usagère), Alice Paris (parent), Lise Bergeron (parent), Louise Desnoyer (parent), Rachelle Fortin (usagère), Louis Charbonneau (usager), Danny Gamache usager.

*un poste usager est a se jour vacant.

7.4 Le comité des résidents

Le comité de Résidents de la RLV et la direction du CRDI N-L n'ont pas ménagé leurs efforts et énergies pour faire **évoluer** le dossier de la Résidence Louise-Vachon.

Durant l'exercice 2007-2008, le comité de Résidents a donc :

- Tenu plus de 110 réunions représentant quelques 2 200 heures de travail.
- Acquis sa pleine autonomie (le comité de Résidents n'est plus sous la tutelle du comité d'Usagers).
- Rencontré, à plusieurs reprises, les directions de l'Agence, du CRDI N-L, du C-A du CRDI N-L, les Membres de la députation provinciale de Laval, le Dr Raymond Carignan représentant du MSSS et autres pour en arriver à un consensus sur :
 - Le maintien des Résidents à la Résidence Louise-Vachon;
 - La nouvelle vocation de la Résidence Louise-Vachon.
- Mis en place un « Comité permanent d'activités ».

- Obtenu un poste au sein du Conseil d'administration du CRDI N-L.
- Tissé des liens avec l'Association lavalloise pour la déficience intellectuelle (ALDI) et obtenu pour les Résidents de la Résidence Louise-Vachon, à prix modique, plusieurs jouets et jeux provenant de la Ludothèque.
- Etc.

Un vent nouveau nous inspire et nous entendons poursuivre notre collaboration avec la direction du CRDI N-L pour faire en sorte que ce magnifique projet d'évolution de la Résidence Louise-Vachon se concrétise dans les meilleures conditions pour le bien de tous mais surtout des Résidents.

Les membres : Louis-Roger Carrier, *président et trésorier*, Pierre Louergli, *vice-président*, Diane Laferrière, *secrétaire*, Lynn Manconi, Hélène Vettese, Ginette Guevremont, Louise Sirois, Line Toussaint, Alvaro Vettese, André Guevremont, Pierre Boucher, Guy Cadieux, Mario Masone, Carmen Arblaster et Mario Manzo.

7.5 Le comité de vigilance et de qualité

Pour répondre aux obligations de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil d'administration a procédé à la mise en place du comité de vigilance et de la qualité, le 13 mars 2007.

Pour sa première année de mandat, le comité s'est réuni à cinq (5) reprises. Après s'être donné des règles de fonctionnement interne, il a procédé à la nomination de ses officiers et établi un calendrier de rencontres. Puis, les membres ont pris connaissance des mandats et responsabilités confiés au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de même qu'au comité, conformément à la Loi.

Ainsi, le comité doit :

- assurer le suivi des recommandations du commissaire local à la suite de l'analyse et des conclusions relatives aux plaintes, dans le but d'améliorer les services;
- coordonner les activités et le suivi en lien avec les recommandations des autres instances (comité de gestion des risques, CQA, MSSS, etc...);
- établir des liens systémiques entre les rapports, avis, recommandations portées à l'attention du conseil d'administration;
- soumettre des recommandations qui s'intègrent dans un plan d'ensemble d'amélioration continue;
- assurer, par le biais du directeur général, les ressources suffisantes et nécessaires au commissaire pour l'exécution des fonctions, de même que l'accessibilité aux services requis dans le cadre de celles-ci.

En cours d'année, le comité a sanctionné une nouvelle politique ainsi que le règlement amendé en matière d'examen et de traitement des plaines formulées par les usagers. Ces documents ont été adoptés par le conseil d'administration.

De façon périodique, les membres ont été saisis des bilans et rapports produits par le Commissaire, de même que des diverses activités réalisées dans le cadre de son mandat.

Le comité s'est penché sur le rapport complémentaire d'appréciation complété par l'équipe ministérielle à l'issue d'une visite réalisée dans l'établissement les 8 et 9 mars 2007, de même que sur le plan d'action élaboré par l'équipe de direction au terme d'une vaste consultation et d'une journée forum visant à bonifier le plan d'action et à s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés (usagers, parents/familles, responsables de ressources d'hébergement, personnels, partenaires). Un outil de suivi des mesures inscrites au plan d'action est en voie de développement par la direction des pratiques professionnelles.

La gestionnaire des risques a présenté au comité le bilan de ses recommandations pour l'exercice 2006-2007, dans un objectif de suivi des mesures en place pour répondre auxdites recommandations.

Le commissaire a alimenté la réflexion des membres par le dépôt de divers documents, notamment le Cadre de référence en lien avec le pouvoir d'intervention du Commissaire.

Enfin, les membres ont exploré diverses avenues pour répondre à l'obligation légale de faire rapport au conseil d'administration, et ce, dans le plus grand respect de la confidentialité en regard des plaignants, des objets de plaintes et des personnes concernées.

Madame Jacynthe Ouimet a été déléguée par le comité de vigilance pour prendre part aux travaux du comité d'agrément dans le cadre de la démarche amorcée avec le CQA en vue du renouvellement de l'agrément de l'établissement.

Les membres : Wilfrid Montreuil, *président*, Jean-Pierre Lemay, *commissaire local aux plaintes et à la qualité des services*, Claude Belley, Olga De Melo, Jacynthe Ouimet.

8. LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

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

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

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

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

- ✓ Traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts ;
- ✓ Traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts ;
- ✓ Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs ;
- ✓ Traiter des devoirs et des obligations des administrateurs même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions ;
- ✓ Prévoir des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.

1. Le présent code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur ; il vise plutôt à énoncer les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration, conformément à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif.
2. Les administrateurs doivent respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent code. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent. En cas de doute, les administrateurs doivent agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

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

DÉFINITIONS

3. Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
 - 3.1 *administrateur* : désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé ;
 - 3.2 *conflit d'intérêt* : désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt ;

- 3.3 *entreprise* : désigne toute forme que peut prendre l'organisme de la production de biens ou services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement ;
- 3.4 *proche* : désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

Dans l'exercice de ses fonctions,

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

Disponibilité et participation active

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

Soins et compétence

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

Neutralité

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

Discrétion

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

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

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

Relations publiques

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

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

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

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

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite un 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 bénéfiques 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 bénéfique est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

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

Transparence

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

Interventions abusives

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

MÉCANIMES D'APPLICATION DU CODE

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

Introduction d'une demande d'examen

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

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

Examen sommaire

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

Tenue de l'enquête

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

Information de l'administrateur concerné

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

Transmission du rapport au conseil

42. Lorsque le Comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au

conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

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

Sanction

45. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont : le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge

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

ENGAGEMENTS

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

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