



Rapport annuel de gestion d'un établissement public

2006-2007

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Le mot du président et du directeur général

L'année qui vient de se terminer a été active à plus d'un titre. Elle a débuté par l'adoption du plan triennal 2006-2009 qui nous conviait à l'actualisation de trois orientations fondamentales par l'intermédiaire de divers plans d'action : l'offre de services spécialisés, le plan d'amélioration continue et l'entente de gestion et d'imputabilité. La ligne directrice de ce qui allait guider nos actions pour les trois prochaines années était tracée et nous avions les balises— sous forme d'indicateurs—pour nous guider sur le chemin de l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services que nous assurons auprès de notre clientèle.

L'année 2006-2007 représente la première phase d'actualisation du plan triennal. Nous avons consacré une part importante de nos actions à développer une compréhension commune des indicateurs et des modalités de suivi qui en découlent. Deux présentations formelles ont concerné les membres du conseil d'administration et l'Info CRDI, le bulletin mensuel de l'établissement, s'est fait le porte-parole auprès de notre personnel de notre progression face à l'atteinte des objectifs liés à nos trois orientations.

La route est passablement large et reflète bien nos ambitions. Les nouvelles modalités de gouvernance ont favorisé la mise en œuvre du comité de gestion des risques, dont les premières actions se sont soldées par l'adoption de deux politiques et de deux règlements sur la gestion des risques et sur les incidents-accidents. Il en a été de même pour la mise en application de la Loi 83 qui a conduit à l'élection d'un tout nouveau conseil d'administration et à la réorganisation des divers comités associés au conseil d'administration, soit le comité des usagers, le comité des résidents, le conseil multidisciplinaire, le conseil des infirmières et infirmiers et le comité de vigilance et de la qualité

Les administrateurs-trices ont aussi accordé une attention toute particulière à la préparation du plan de réinsertion sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon. L'actualisation de ce plan a d'ailleurs interpellé l'ensemble des instances de l'établissement. Nous sommes confiants que cette démarche mènera à un mieux-être et à une plus grande qualité de vie pour chacune des personnes concernées. Cette confiance, il nous faut aussi la transposer

dans un autre champ d'activités, en relation avec les négociations locales. Des ententes de principe ont été convenues avec trois des quatre accréditations syndicales et nous espérons pouvoir finaliser ce dossier majeur d'ici la fin de l'été.

Nous ne pouvons terminer notre survol de la dernière année sans mentionner la visite d'une équipe ministérielle en mars 2007, à la suite de certaines plaintes acheminées au Ministère; cette visite a succédé à celle réalisée au mois de janvier 2006. Finalement, il faut mentionner les travaux importants entourant la révision du plan d'organisation. Débutée en décembre 2006, la révision de cette pièce maîtresse devrait prendre fin en septembre 2007.

L'année qui se profile laisse entrevoir des dossiers qui nous tiennent à cœur, dont les principaux concernent les défis reliés au plan triennal, les attentes en regard du projet clinique lavallois, la mise en place du continuum de services par strates d'âge et la démarche d'agrément.

Nous tenons à adresser aux membres sortants du conseil d'administration des remerciements sincères pour leur grande contribution à l'actualisation de notre projet collectifs et une profonde reconnaissance pour le travail accompli. Nous profitons de l'occasion pour souhaiter la bienvenue aux nouveaux membres, qui se montrent désireux de poursuivre ce projet qui nous interpelle dans ce que nous avons de meilleur.

Jean-Jacques Camera, président

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 2006-2007 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 ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2007.

Claude Belley, directeur général

3. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration en place depuis l'hiver 2006, et ce, pour un mandat de trois ans, se compose de 15 personnes :

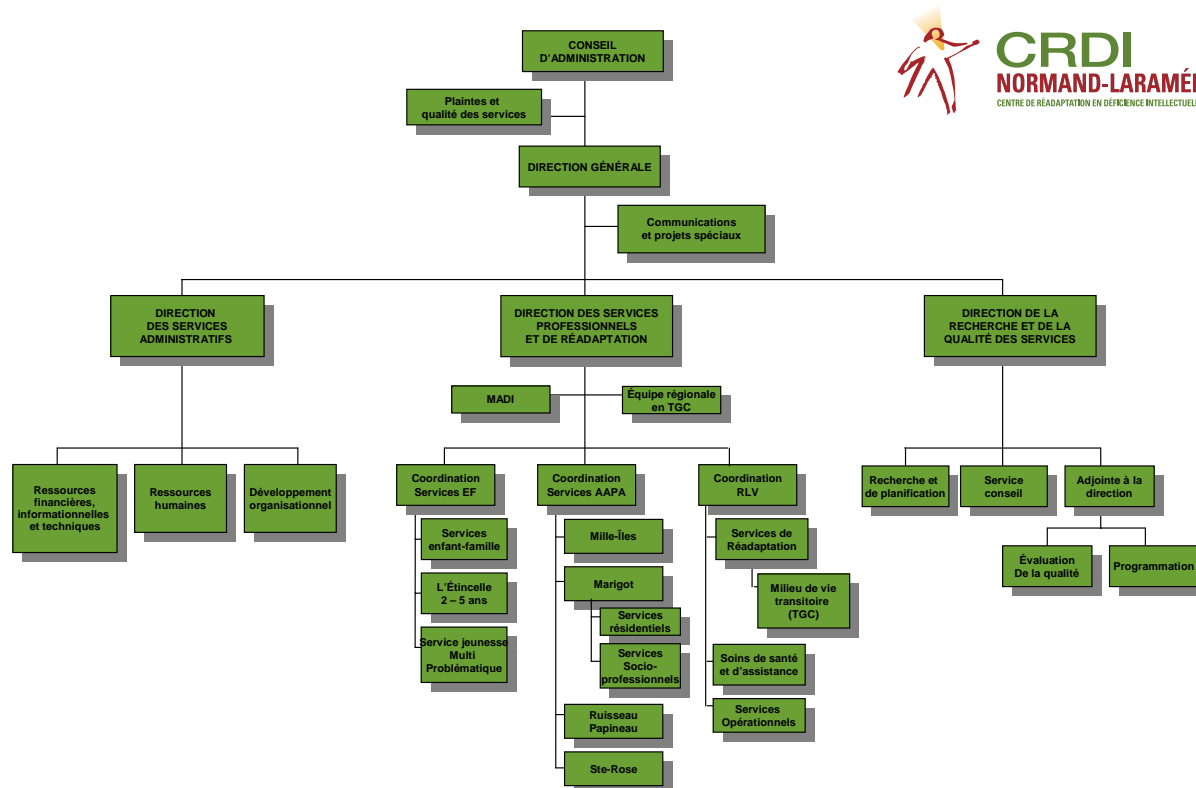
Monsieur Jean-Jacques Camera, président
Monsieur Jean-Marie Bouchard, vice-président
Madame Martine Talbot, secrétaire
Monsieur Robert Pilon, trésorier
Monsieur Claude Belley, directeur général
Madame Françoise Charbonneau
Madame Olga de Melo
Monsieur Yann Desbiens
Monsieur Yannick Desjardins
Madame 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



4.3 Le contexte

Les réalisations de la dernière année doivent se comprendre à travers deux prismes très importants : l'offre de services spécialisés de la Fédération québécoise des CRDITED et la mise en œuvre de la réforme dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'offre de service provinciale a généré des activités en relation avec une plus grande spécialisation des pratiques professionnelles, notamment par l'élaboration de standards de pratique et la mise sur pied d'un programme national de formation du personnel qui œuvre auprès des personnes présentant un trouble envahissant du développement. Un programme similaire devrait voir le jour sous peu pour les intervenants qui accompagnent les personnes présentant une déficience intellectuelle. Parallèlement à ces activités de formation, nous avons poursuivi la mise en place de la nouvelle offre de service par diverses activités réalisées et encadrées par une équipe de personnels issus de tous les paliers de l'organisation.

La mise en œuvre de la réforme a également sollicité notre contribution au désengorgement de l'urgence de l'hôpital Cité de la Santé de Laval. L'adoption prochaine du projet clinique lavallois, auquel nous contribuerons d'une façon plus directe à l'automne, devrait permettre d'établir diverses balises relativement à l'accès, la continuité et la qualité des services.

5. LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1 Plan triennal 2006-2009

Le plan triennal 2006-2009 vient de franchir sa première étape. Rappelons qu'il 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.

Le plan triennal tient compte 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 par le biais d'un tableau de bord de gestion qui regroupe les points suivants :

- Le plan d'action sur le suivi du 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)

La présente section du rapport annuel a pour objectif de dresser un portrait des principales actions découlant du plan d'amélioration continue.

- **La qualité des services**

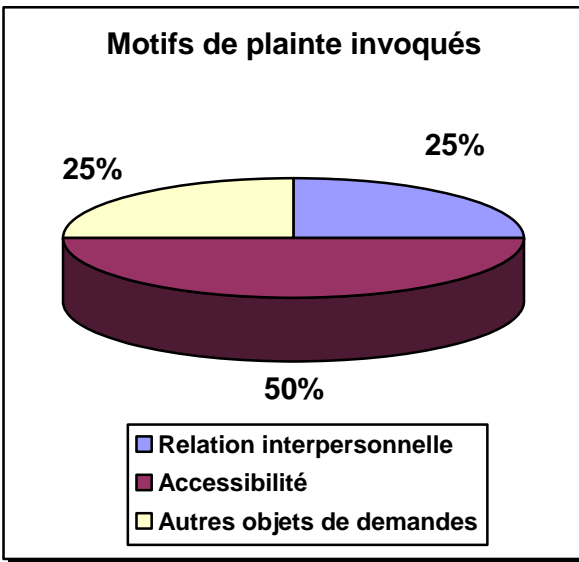
Au plan de la gestion de la qualité des services, différentes activités ont été réalisées au cours de l'année 2006-2007.

Rappelons que notre plan d'amélioration continue est constitué de vingt-trois objectifs qui s'opérationnalisent à travers de nombreuses activités, lesquelles s'échelonnent jusqu'en novembre 2007. Au 31 mars 2007, cinq objectifs sont complétés, seize sont en voie de réalisation et deux relèvent d'ententes à convenir avec le Centre de santé et de services sociaux de Laval, dans le cadre de l'élaboration du projet clinique lavallois.

- **Le traitement des plaintes**

Au cours de l'année 2006-2007, le CRDI a enregistré huit nouvelles plaintes. Il y avait quatre plaintes en cours de traitement au début de l'exercice.

Au total, douze plaintes ont été traitées. Parmi celles-ci, une a été abandonnée en cours de traitement par l'utilisateur. Les onze autres ont suivi le processus habituel et ont donné lieu à des recommandations portant sur l'identification et l'ajustement de certaines mesures liées aux pratiques.



Mesures identifiées	
Obtention des services	9%
Information et sensibilisation des intervenants	18%
Révision de politique, règlement ou procédure	28%
Ajustement financier	9%
Changement d'intervenant	9%
Amélioration des communications	18%
Système d'accès	9%

Onze mesures identifiées; une plainte a été abandonnée.

Les délais de traitement	
De 2 à 30 jours	25%
De 31 à 45 jours	33%
De 46 à 60 jours	17%
De 61 à 90 jours	8%
91 jours et plus	17%

Tout comme l'an dernier, on constate que 75% des plaintes ont été traitées dans un délai de moins de soixante jours. Le dépassement des délais prescrits est dû à une période de vacance au poste de commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Depuis le mois d'octobre 2006, les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et au régime provincial de traitement des plaintes sont mises en application. Parmi les principaux changements, on retrouve la nomination d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services qui relève du conseil d'administration et qui exerce des fonctions exclusives, ainsi que la mise en place d'un comité de vigilance et de la qualité. Cette instance, issue du conseil d'administration, a pour principale responsabilité d'assurer le suivi des recommandations du commissaire local. Elle détient aussi le mandat de la coordination de l'ensemble des dossiers de qualité de l'établissement.

- **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 :

- Un dépliant informatif a été conçu et sera acheminé à l'ensemble des usagers, des familles, des responsables de ressources non institutionnelles et du personnel, au début de l'année 2007-2008, afin d'assurer une meilleure compréhension des mesures de contrôle. La version anglaise du document est en élaboration.
- Des efforts particuliers ont été apportés afin qu'un plan d'application soit élaboré pour chacune des personnes qui requiert une mesure de contrôle. Rappelons que lorsqu'une telle mesure doit être mise en place, la concertation et la planification avec les personnes concernées favorisent une intervention de meilleure qualité, en vue d'assurer la sécurité de la personne ou de son entourage.

Le dénombrement des mesures en cours, réalisé en mars 2007, donne le tableau suivant. :

Tableau 1 Dénombrement des mesures de contrôle 2006-2007							
DI							
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	64 et +	Total
Nombre de clients différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2006-2007	0	2	5	68	13	5	93
<i>Nombre de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention (protection)	0	2	7	103	19	9	140
Contention (contrôle)	0	0	0	16	1	1	18
Isolement	0	0	2	4	0	0	6
Substance chimique	0	0	3	28	14	4	49
Total	0	2	12	151	34	14	213
TED avec ou sans DI							
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	64 et +	Total
Nombre de clients différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2006-2007	1	0	0	4	0	0	5
<i>Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention (protection)	1	0	0	4	0	0	5
Contention (contrôle)	0	0	0	2	0	0	2
Isolement	0	0	0	1	0	0	1
Substance chimique	0	1	0	3	0	0	4
Total	1	1	0	10	0	0	12

**Note : Lorsqu'on compare ces données à celles de l'année 2005-2006, on observe une importante augmentation du nombre de mesures de contrôle. Toutefois, deux éléments doivent être pris en considération : alors que les mesures dénombrées l'année dernière concernaient uniquement les mesures de contention et d'isolement, le tableau de cette année intègre également les substances chimiques, lorsque celles-ci sont utilisées à titre de mesures de contrôle. D'autre part, nous croyons que cette augmentation reflète davantage un dénombrement plus exhaustif qu'une réelle augmentation de ce type de mesures.*

Notons qu'en 2007-2008, les travaux du comité de suivi sur les mesures de contrôle porteront particulièrement sur les alternatives en vue de diminuer le recours à de telles mesures.

- **Les ressources informationnelles**

Le comité sur les ressources informationnelles a tenu huit rencontres au cours de l'exercice. Ses travaux ont principalement porté sur les dossiers sous sa responsabilité, soit la catégorisation des actifs informationnels et la mise en œuvre du cadre global de gestion des actifs informationnels, volet sécurité.

Un mandat a été confié à un consultant externe pour la réalisation de la catégorisation des actifs informationnels. Complété à 85 %, nous souhaitons le terminer au cours de l'été 2007.

En ce qui concerne la mise en œuvre du cadre global de gestion des actifs informationnels, nous avons travaillé plus particulièrement sur le volet sécurité, à la suite de la demande adressée par le Ministère aux établissements de mettre en place quinze mesures prioritaires couvrant différents aspects de la sécurité des actifs informationnels.

Rappelons que la politique sur la sécurité des actifs informationnels a été adoptée par le conseil d'administration en mars 2006; elle a donné lieu à une formation auprès de l'ensemble du personnel au cours des mois qui ont suivi. L'élaboration d'un plan de communication et de sensibilisation a débuté à l'hiver; les travaux se poursuivent.

Le manque de ressources humaines spécialisées en informatique nous freine dans la mise en place des autres mesures prioritaires. Beaucoup de travail a été accompli, mais la partie documentation reste à compléter pour plusieurs mesures.

Le comité sur les ressources informationnelles a participé à la réalisation du plan stratégique régional de développement des systèmes d'information pour la région de Laval, dont les objectifs sont :

- Établir un portrait organisationnel et régional des actifs informationnels;
- Recueillir la satisfaction des utilisateurs;
- Évaluer les besoins futurs;
- Convenir d'un plan stratégique sur un horizon de cinq ans.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons procédé à une cueillette de données sur les systèmes actuels, les besoins et la satisfaction des utilisateurs.

5.3 Plan d'action sur le suivi de l'implantation de l'offre de services spécialisés du CRDI Normand-Laramée

L'implantation de l'offre de service vise l'atteinte de vingt-quatre cibles de changement et d'une cinquantaine d'objectifs répartis dans les secteurs suivants : la clientèle, les équipes de travail, les fonctions de soutien, les ressources humaines, les ressources résidentielles et le partenariat.

Voici les principales actions réalisées au cours de l'année 2006-2007 en lien avec l'implantation de l'offre de service.

- **Les programmes**

Le programme-cadre aux adolescents, adultes et personnes âgées et le programme clientèle TED ont été diffusés dans les différentes équipes.

La direction de la recherche et de la qualité des services (DRQS) poursuit l'écriture du PAIS. La formation portant sur les caractéristiques de la déficience intellectuelle a été déployée et des activités de consolidation de la démarche PSI ont été réalisées auprès des intervenants. De plus, la DRQS coordonne le soutien de groupe et la formation offerte aux spécialistes en activités cliniques. Des rencontres se tiennent aux six semaines.

- **Listes d'attente et mouvements de clientèles**

Au cours de l'année 2006-2007, plusieurs actions ont été réalisées afin de réduire les listes d'attente et d'harmoniser les mouvements de clientèles:

- Une procédure sur le cheminement d'une demande de service a été mise en place et une grille de priorisation pour l'attribution des dossiers de la liste d'attente a été élaborée;
- Une grille d'analyse de la nature et de l'intensité du soutien requis pour l'utilisateur a été expérimentée en cours d'année;
- Un bilan et une analyse des avantages et des désavantages des services ponctuels ont été effectués. Des aménagements sont en cours pour mettre fin aux services ponctuels offerts aux familles des enfants de 6-12 ans. Compte tenu de l'analyse, ce service ne sera pas mis en œuvre dans les territoires.

- **Services professionnels spécialisés**

Une évaluation est amorcée concernant les besoins de soutien à la communication non verbale dans les services aux adolescents, adultes et personnes âgées. Par la suite, nous devons planifier les besoins quant aux soins de santé, ergothérapie et autres services professionnels.

- **Dossier de l'utilisateur**

Les travaux entourant la révision de la politique relative à la gestion du dossier de l'utilisateur se poursuivent. Une consultation a eu lieu auprès des instances de l'établissement en vue de son dépôt, pour adoption, auprès du conseil d'administration en septembre 2007. Suivra son implantation.

- **Service d'intégration au travail**

Le document sur la démarche socioprofessionnelle est en cours de production. Cinq thèmes ont été retenus par le comité socioprofessionnel, soit :

- La définition des rôles et responsabilités de l'éducateur, de l'agent d'intégration et de l'éducateur-entraîneur ;
- Les rôles et mandats face au milieu scolaire ;
- La collaboration et le partenariat avec les milieux de travail ;
- Les rôles et mandat du socioprofessionnel face à l'emploi ;
- La définition des notions d'emploi, de stage, d'activité de travail et de bénévolat.

- **Les ressources résidentielles**

La synthèse du portrait de la clientèle de chacune des RNI par tranches d'âge et/ou par diagnostic (TED-DI-autres) est en cours; elle sera remise aux chefs de service en avril 2007.

La mise à jour du document « Procédures et outils concernant les services offerts en RNI », maintenant nommé « Guide pratique pour le suivi des RNI », a été réalisée en collaboration avec la direction des services administratifs (DSA). Nous avons à réviser l'aide-mémoire destiné aux RNI. Un chapitre sera ajouté afin de bien distinguer les rôles et responsabilités respectifs des intervenants du CRDI Normand-Laramée et des responsables des RNI.

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

Au cours de l'année 2006-2007, les difficultés de recrutement pour divers titres d'emplois se sont confirmées. Outre le personnel infirmier, le recrutement de professionnels (ergothérapeute, orthophoniste), de spécialistes aux activités cliniques, d'agents de relations humaines et d'éducateurs pour le milieu de vie transitoire en troubles graves du comportement à la Résidence Louise-Vachon s'est avéré particulièrement ardu. À titre d'exemple, des postes de spécialistes aux activités cliniques sont demeurés vacants en raison de la très grande difficulté à recruter une main d'œuvre qualifiée pour assumer ce type de fonction.

Nous entendons réévaluer les moyens à mettre en place pour s'assurer d'une planification de main d'œuvre qui permettra d'anticiper et de répondre adéquatement aux besoins.

Tableau 2

Portrait des effectifs au 31 mars 2007

Nombre total de postes	310
Nombre de postes à temps complet	256
Nombre de postes à temps partiel	54
Nombre de postes équivalents temps complet (ETC)	275,57
Nombre d'employés occasionnels	133
Nombre total d'employés	408

Tableau 3**Répartition du personnel non syndiqué détenteur de poste au 31 mars 2007**

Hors-cadre (direction générale)	1
Cadres supérieurs	3
Cadres intermédiaires	23
Personnels syndicables non syndiqués	4

Tableau 4**Répartition du personnel syndiqué détenteur de poste au 31 mars 2007**

	Nombre de postes	Catégorie	
CRDI R.L.V.	12,9	1	Soins infirmiers et cardiorespiratoire
CRDI N.L.	8,4	2	Paratechniques et services auxiliaires
CRDI R.L.V.	45,96	2	Paratechniques et services auxiliaires
CRDI N.L.	18	3	Bureau, techniciens et professionnels en administration
CRDI R.L.V.	2,4	3	Bureau, techniciens et professionnels en administration
CRDI N.L.	136,6	4	Techniciens et professionnels de la santé
CRDI R.L.V.	20,71	4	Techniciens et professionnels de la santé

Tableau 5**Embauches au 31 mars 2007**

Nombre d'affichages	48
Nombre d'entrevues	154
Nombre d'embauches	85

- **Le développement des compétences**

Conformément aux orientations de l'établissement, le maintien et le développement des compétences du personnel ont été soutenus par diverses activités de formation autant dans les secteurs clinique qu'administratif. Concrètement, les dépenses reliées aux formations (internes et externes), aux colloques ainsi qu'aux congrès ont représenté près de 2,94 % de la masse salariale investie.

Des formations orientées notamment vers le processus d'accompagnement et d'intervention spécialisés ont permis de soutenir les intervenants dans leur développement. Spécifiquement, 160 intervenants ont participé à ces formations. De plus, afin de soutenir la spécialisation des intervenants, six nouveaux intervenants se sont ajoutés aux 22 personnes poursuivant un certificat universitaire en trouble envahissant du développement.

Dans le but de rendre plus accessible un service en langue anglaise à la population, 19 intervenants et gestionnaires issus de divers points de services ont participé à une formation régionale de perfectionnement en langue anglaise.

Au plan administratif, des formations sur les outils informatiques et bureautiques ont permis de consolider et développer des compétences chez le personnel de bureau

Le personnel d'encadrement a participé à une formation sur la gestion du changement dans le but d'y cerner les enjeux, les étapes et les gestes clés de gestion. Au cours de l'année 2006-2007, le CRDI a formalisé son plan de formation et de développement à l'intention des gestionnaires, afin de les soutenir dans l'exercice de leur rôle.

Il est à noter que 13 employés de divers secteurs de l'organisation poursuivent des études universitaires dans leur domaine respectif.

- **Le développement des ressources humaines**

Au chapitre du développement des ressources humaines, l'année 2006-2007 a été marquée par d'importants travaux entourant la conceptualisation d'un système d'appréciation de la contribution individuelle des employés. En mai 2006, l'établissement a adopté un document d'orientation balisant les fondements et principes directeurs qui guident le processus d'appréciation du personnel.

En vue de l'implantation de ce programme, l'établissement s'est engagé dans un projet de révision et de mise à jour de la majorité des descriptions de poste du personnel de l'établissement. Cette révision, qui vise à clarifier les rôles et responsabilités de chaque employé, permettra d'ancrer solidement le programme d'appréciation de la contribution à partir d'un portrait complet des responsabilités exercées et des résultats attendus dans chaque poste.

La révision des descriptions de poste et l'élaboration des profils de compétences attendues pour chaque fonction occupée se poursuivront au cours de la prochaine année, alors que les travaux visant le déploiement du programme d'appréciation de la contribution s'intensifieront. Le CRDI est convaincu que le programme d'appréciation de la contribution constituera un levier important pour l'actualisation de la spécialisation des intervenants.

La direction des services administratifs a revu ses façons de faire pour répondre à ses obligations légales en matière de développement des ressources humaines. La démarche proposée visant **l'élaboration d'un plan de développement pour les ressources humaines (P.D.R.H)** a été entérinée par le comité de gestion de la direction générale (CGDG) en mai 2006 et diffusée auprès de l'ensemble des gestionnaires par la suite. Pour l'essentiel, la démarche retenue permettra à l'établissement de se doter d'un plan triennal intégrateur des cibles et actions à réaliser en lien avec la gestion des ressources humaines (planification de la main d'œuvre, intégration des nouveaux employés, formation, etc.).

Enfin, un nouveau modèle visant une meilleure intégration des nouveaux employés a été adopté par le comité de gestion de la direction générale en avril 2006. La rédaction d'un guide d'accueil est en cours.

- **Négociations locales**

Les principaux enjeux et objectifs poursuivis dans ce processus de négociation concernent deux orientations majeures du plan triennal, soit :

- De mettre en place une organisation du travail et de services qui témoigne **de la spécialisation** des services offerts aux usagers;
- De favoriser une culture organisationnelle axée sur **la qualité des services et un processus d'amélioration continue**.

L'objectif est donc de conclure une convention collective négociée localement, qui soit «gagnante» pour les deux parties et qui contribue à l'atteinte de ces orientations au cœur de notre mission et de notre engagement.

La mise en place d'un processus d'amélioration continue de la dispensation des services et de l'accessibilité ne peut être efficace sans une collaboration entre les parties. D'autre part, nous croyons en une flexibilité dans l'organisation du travail tout en répondant aux besoins de la clientèle.

Au printemps 2006, deux comités de négociation ont été mis en place : un premier regroupant trois unités d'accréditation (personnel de bureau, infirmières et infirmières auxiliaires et services auxiliaires); le deuxième regroupant spécifiquement les éducateurs et les professionnels. D'un commun accord, les négociations ont débuté avec les matières comportant le moins d'enjeux pour les deux parties. Les rencontres se sont intensifiées en janvier 2007 autour des vingt-six matières à convenir localement dans un contexte de mise en commun des préoccupations et de recherche conjointe de solutions.

En date du 31 mars 2007, des ententes de principe pour onze matières étaient conclues dans les différentes catégories. Bien que la date butoir pour une entente négociée ait été fixée au 30 avril 2007 par le MSSS, les comités de négociation se disent confiants face à la conclusion d'ententes sur l'ensemble des matières, sans le recours de médiateur.

Tableau 6
Rencontre de négociations locales

Rencontres simultanées pour les 4 catégories de personnel	4
Rencontres pour les catégories 1-2-3	2
Rencontres pour la catégorie 4	6

- **Projet clinique**

Une première proposition de la direction générale adjointe du Centre de santé et de services sociaux de Laval a été déposée en décembre 2006 pour consultation. À la lumière des commentaires des établissements régionaux, le CSSS présentera une deuxième proposition de démarche de mise en place du réseau local de santé et de services sociaux et du projet clinique au printemps 2007.

Le CRDI est membre du comité accessibilité du CSSSL. Ce comité vise à mobiliser de façon proactive les intervenants du CSSSL et les partenaires du réseau local de santé et de services sociaux.

- **Partenariat**

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

- La diffusion du plan triennal ;
- Le lancement du programme-cadre aux adolescents, adultes et personnes âgées ;
- La mise en ligne et le lancement du site internet du CRDI Normand-Laramée ;
- La tenue de l'assemblée générale annuelle et la diffusion du rapport annuel ;
- Notre contribution à la réalisation et au lancement de la vidéo «La différence, qu'est-ce que tu en penses?», diffusée sur le sur le réseau régional de la télévision de Laval) ;
- La conception de matériel promotionnel pour le recrutement des ressources résidentielles et la production d'un dépliant sur les mesures de contrôle.

Avec les partenaires lavallois, nous avons collaboré à :

- La négociation du projet clinique régional avec les différentes instances associées et au développement d'alliances avec les établissements régionaux : l'Hôpital juif de réadaptation et le Centre jeunesse de Laval ;
- L'organisation de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle ;
- L'organisation de la journée «TED, Autisme et Interculturalisme» ;

Le CRDI a également appuyé la Société de l'autisme et TED de Laval dans sa démarche auprès de l'Agence de la santé et des services sociaux pour l'ouverture d'une autre maison de répit.

- **Recherche**

La recherche représente une façon privilégiée d'améliorer les programmes et services dans les services humains en général et dans le secteur de la DI-TED en particulier. Elle permet notamment de cerner les problèmes, énoncer des hypothèses de solution, cibler et expérimenter des solutions possibles.

C'est dans cette perspective que le CRDI Normand-Laramée a poursuivi sa collaboration à différents projets de recherche, au cours de l'année 2006-2007. Ces projets concernent les thèmes suivants :

- Les causes génétiques du retard global de développement ;
- La résolution des problèmes éthiques ;
- Le dépistage du cancer du sein. Vers des stratégies adaptées aux femmes présentant des incapacités ;
- Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et intersectorialité ;

- Étude des nouveaux liens inter-organisationnels pour une plus grande participation sociale des personnes ;
- Évaluation du processus d'intervention du programme Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (EVAAS) pour les personnes présentant des incapacités intellectuelles ;
- L'intégration professionnelle et résidentielle de groupes fragilisés, méthodologie de soutien à l'Intégration professionnelle et résidentielle des personnes en situation de handicap

Par ailleurs, certains projets de recherche ont été initiés à notre demande :

- Pratiques et facteurs en cause dans l'action intersectorielle lavalloise. L'exemple de deux projets du secteur jeunesse ;
- Évaluation de l'impact du « Logement à soutien gradué » pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et de ses conditions de réussite
- Étude descriptive des situations de handicap des usagers de CRDI en relation avec le modèle conceptuel du Processus de Production du Handicap (PPH) ;
- Évaluation du programme « Modèle intégré d'intervention » (MII) inspiré du programme SCERTS de Barry Prizant.

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 2006-2007; voici les principales :

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

EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

Tableau 7

Revenus totaux	33 731 635 \$
Charges totales	33 618 026 \$
Excédent des revenus sur les charges	113 609 \$

Présentation d'un budget en équilibre pour l'exercice financier 2006-2007 avec un excédent de 113 609 \$. Pour le détail, voir la section 6 : Les états financiers et l'analyse des résultats des opérations.

- **Réintégration des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon**

Dans le cadre des actions prévues pour la mise en œuvre du plan de réintégration sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon, diverses activités ont été réalisées :

- Le « comité aviseur régional » s'est rencontré de façon assidue afin de suivre, entre autres, les travaux du comité de pilotage et ceux relatifs à l'évaluation et à l'orientation de la clientèle de la Résidence;

- Le « *comité de pilotage* » s'est réuni à sept reprises à partir d'avril 2006. Dès mai 2006, des sous-comités de travail ont été mis en place. Leurs mandats concernaient :
 - La clientèle pour qui l'orientation résidentielle était un milieu de vie de type CHSLD-DI et l'organisation de ce milieu et des services ;
 - La clientèle pour qui une intégration dans la communauté était recommandée ;
 - Les ressources humaines requises.

Les travaux des sous-comités ont été intégrés au « Plan de réintégration sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon ».

La « démarche d'évaluation et d'orientation clinique de la clientèle de la Résidence » débutée en février 2006 s'est poursuivie jusqu'en juin 2006, avec le dépôt, au comité aviseur régional, du rapport de madame Constance Lamarche intitulé « Rapport synthèse de la démarche d'évaluation et l'orientation clinique de la clientèle de la Résidence Louise-Vachon » (29 juin 2006). Préalablement au dépôt de ce rapport, il avait été convenu avec l'Association des parents de la Résidence de faire la présentation du canevas d'orientation personnalisé aux familles ou aux proches de chaque résident avec le soutien et l'accompagnement d'un parent de l'Association, si souhaité par les familles. La présentation des canevas d'orientation personnalisés a débuté en novembre 2006 pour faire relâche à la mi-février 2007.

Le « Plan de réintégration sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon » a été déposé au conseil d'administration le 18 décembre 2006. Le conseil a alors décidé de tenir une journée de travail sur ce plan, le 27 janvier 2007. Plusieurs éléments ont fait en sorte que le conseil d'administration, à sa séance spéciale du 27 février 2007, se prononce en faveur d'une suspension des activités entourant le plan, et ce, jusqu'à la mise en place d'une commission d'examen, telle que demandée au Ministre de la Santé et des Services sociaux.

- **Les personnes présentant des troubles graves du comportement en milieu de vie transitoire**

Le milieu de vie transitoire offre des services aux personnes de Laval présentant des troubles graves de comportement associés à une déficience intellectuelle, à un trouble envahissant du développement ou à une déficience physique. L'équipe d'éducateurs du milieu de vie transitoire travaille en étroite collaboration avec l'équipe régionale en intervention complexe de Laval et les autres professionnels nécessaires à la planification des interventions spécialisées prévues au plan de services individualisé de chacun.

Depuis avril 2006, nous avons accueilli trois nouveaux résidents, dont un présente une déficience physique et les deux autres une déficience intellectuelle. Actuellement, ce milieu offre des services à cinq personnes. Parmi celles-ci, deux du volet « déficience physique » et une du volet « déficience intellectuelle » sont en attente d'une ressource résidentielle dans la communauté.

- **Service de 2^e ligne en santé mentale**

Les données clientèles du Service régional jeunesse multiproblématique (SRJM) ont été recueillies du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007.

Tableau 8
Nombre d'usagers ayant reçu des services

Nombre d'usagers		25
Nombres de dossiers fermés		12
Moyenne d'âge		13 ans
Nombre de jeunes	Garçons	22
	Filles	3

Au cours de cette période, 25 usagers d'âge moyen de 13 ans et de sexe masculin dans 88% des cas ont reçu des services. Pour 12 d'entre eux, nous avons mis fin au service suite à la réalisation du projet identifié dans le contrat de collaboration signé avec eux, leur famille et leur intervenants.

Tableau 9
Diagnostics des usagers ayant reçu des services

Diagnostics	TED	3 = 12%	Autiste = 0
			Asperger = 1
			NS = 2
	DI	4 = 16%	
	DI ? ¹	11 = 44%	
	SGT	11 = 44%	

Il est à noter que les usagers du SRJM présentent de façon générale plus d'un diagnostic. Au cours de l'exercice, une majorité a été admise en fonction d'un diagnostic de syndrome Gilles de La Tourette associé à un fonctionnement s'apparentant à une déficience intellectuelle.

Tableau 10
Provenance des références

CRDI N-L. = 8		CJ L = 7				CSSS = 8				Autre = 2	
Territoires	SEF	LSJPA	Zones	Hébergement	E/O	Milles-îles	Marigot	Ruiss. Papineau	Ste-Rose	Pédopsychiatrie	CJM-IU ²
5	3	1	4	1	1	1	1	3	3	1	1

¹ DI ? = Fonctionnement s'apparentant à une déficience intellectuelle

² CJM-IU = Centre jeunesse de Montréal – Institut

Les intervenants qui nous ont référé des usagers provenaient dans 32 % des cas du CRDI Normand Laramée, 32% du Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSSL) et 28% du Centre jeunesse de Laval (CJL).

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

Au cours de l'année, un comité a été mis sur pied afin de préparer le plan local de lutte à une pandémie d'influenza. Des ressources de différents services ont été mises à contribution et plusieurs rencontres ont été nécessaires pour l'élaboration du plan. Ce dernier a été déposé à l'Agence de santé et des services sociaux de Laval à l'automne 2006. De plus, plusieurs activités de sensibilisation s'adressant au personnel ont eu lieu en cours d'année. Les travaux doivent se poursuivre dans la prochaine année et nous sommes à planifier, pour l'automne prochain, des activités de formation pour le personnel.

5.5 Les indicateurs de gestion

Extraits des trois plans d'action, voici les indicateurs identifiés et monitorés du tableau de bord de gestion qui font l'objet d'un suivi rigoureux par les membres du conseil d'administration et du comité de gestion de la direction générale. Il est noté que certaines données sur l'accessibilité aux services ont aussi été insérées dans cette section.

- **Le pourcentage d'usagers, de proches, de RNI et de personnel pour lesquels le système d'évaluation continue de la satisfaction est en place**

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de l'appréciation des services offerts aux usagers, un comité a débuté l'élaboration de questionnaires abrégés sur la satisfaction des usagers, des proches des RNI et du personnel. Dans le contexte où le CRDI procédera au cours des prochains mois au renouvellement de son agrément, il a été convenu que l'évaluation de la satisfaction par l'établissement se ferait aux deux ans, en alternance avec la démarche d'agrément. Notons toutefois qu'au service de l'Étincelle, une évaluation des services est réalisée annuellement auprès des parents.

- **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.

L'année 2006-2007 a permis de poursuivre les discussions afin de finaliser les ententes requises sur notamment les besoins de formation, la mutation volontaire du personnel, etc.

Les activités menant à la révision des groupes d'usagers en fonction des étapes de vie et du diagnostic devraient être initiées au cours de la prochaine année. Les données initiales consignées en 2005-2006 nous permettront d'assurer le suivi de l'implantation de ce changement.

- **Nombre et pourcentage de personnes pour lesquelles un PSI/PI est réalisé**

Depuis l'automne 2006, des outils de suivi ont été implantés afin de permettre aux chefs de service de s'assurer qu'un PSI/PI est réalisé pour chacun des usagers.

Le tableau 11 permet de constater qu'au 31 mars 2007, 88% des usagers bénéficiaient d'un plan de services ou d'un plan d'intervention. Toutefois, ceux-ci ne sont pas toujours révisés dans les délais prévus. En effet, nous observons un retard dans 27% des situations. Une attention particulière est apportée par l'ensemble des intervenants pour s'assurer que les services offerts aux usagers ont été convenus dans le PSI ou le PI et que celui-ci fait l'objet d'une révision régulière.

Tableau 11

Sommaire - établissement au 31 mars 2007	
Nombre total d'usagers	1371
Nombre d'usagers ayant un PSI/PI réalisé	1211
Nombre de PSI/PI à jour	846
Nombre de PSI/PI en retard	365
Nombre de personnes n'ayant aucun PSI	160

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

Au 31 mars 2007, 188 personnes étaient inscrites sur la liste d'attente, pour une demande de 224 services. À ce nombre, il faut ajouter 90 enfants recevant un soutien ponctuel dans l'attente d'un suivi régulier. Les 188 usagers en liste d'attente se répartissent comme suit :

Tableau 12			
Liste d'attente d'un service			
31 mars 2007			
Programmes-cadres	Nombre d'usagers sans service	Nombre d'usagers en attente mais recevant au moins un (1) service	Nombre d'usagers en attente de services
Enfant/famille	16	37	53
Ados/adultes/aînées	76	59	135
Total	92	96	188

Le nombre de personnes en attente de services est identique à celui de l'année dernière.

Tableau 13
Répartition des usagers en attente
par type de services
31 mars 2007

	2006-2007
Services de soutien éducatif et psychosocial :	
Enfants/Familles	50
Ados/Adultes	90
Total des services	140
Services résidentiels (RTF+RI+Répit+Dépannage+Îlot de jour)	
Enfants/Familles	05
Ados/Adultes	51
Total des services	56
Stages et emplois :	
Enfants/Familles	N/A
Ados/Adultes	28
Total des services	28

Total des services	224
Total des personnes	188

- **L'accessibilité aux services**

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

Le nombre de **nouvelles demandes de services** est pratiquement identique à celui des deux dernières années, soit 235 demandes (tableau 14). Cette donnée nous permet d'avancer que nous avons atteint un plateau de saturation des nouvelles demandes se situant à 235 par année.

Par contre, nous constatons que le léger fléchissement observé l'an dernier dans le nombre de demandes pour les services du programme-cadre enfant/famille n'était pas significatif puisque le nombre de nouvelles demandes correspond cette année à 66% de toutes les demandes.

En ce qui concerne la clientèle concernée par le programme-cadre aux adolescents, adultes et personnes âgées, le taux de nouvelles demandes connaît une baisse importante, alors qu'il ne représente plus que 34%, soit 78 demandes.

En 2005-2006, les nouvelles demandes en relation avec la clientèle TED représentaient une diminution de 6% mais cette année, elles ont connu une hausse de 30%, passant de 62 à 80 demandes.

Tableau 14					
Nouvelles demandes					
01.04.06 au 31.03.07					
Programmes-cadres	DI + Frontière	TED			Total
		Avec DI	Sans DI	Attente de diagnostic DI	
Enfant/famille (Naissance-11 ans)	87	0	24	46	157
Ados/adultes/aînés (12 ans et plus)	68	0	5	5	78
Total	155	0	29	51	235

Pour ce qui est du **nombre d'usagers recevant des services**, nous pouvons tirer des données inscrites au tableau 15 les informations suivantes :

- 74% 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), lorsqu'ils débutent le processus d'évaluation diagnostique;
- En comparaison des données de l'an dernier, le nombre d'usagers ayant reçu un « premier service » a quelque peu diminué, soit 11 usagers;
- Le nombre de dossiers fermés a augmenté de 11%;
- Enfin, le nombre de personnes recevant des services a connu une très légère hausse de 1%, soit 18 personnes de plus.

Tableau 15						
Nombre de personnes recevant des services						
2006-2007						
	Programmes-cadres				DP	Total
	Enfant/famille		Ados/adultes/ aînés			
	DI	TED	DI	TED		
Nbre de personnes recevant des services au 1 ^{er} avril 2006	156	204	877	135	15	1387
Nbre de personnes dont un premier service a débuté durant l'année	97	33	41	4	1	176
Nombre de dossiers fermés durant l'année	61	19	67	8	3	158
Nombre de personnes recevant des services au 31 mars 2007	192	218	851	131	13	1405

Au 31 mars 2007, nous dispensons 2516 services à 1392 personnes admises ou inscrites dans notre établissement. En termes de nombre d'usagers, si nous comparons les données des rapports

annuels 2005-2006-2007, la clientèle ayant une DI diminue de 1% pour cette période alors que le nombre d'usagers ayant un TED augmente de 27%. Cette différence se reflète aussi dans le nombre de services dispensés qui demeure stable pour la DI mais en croissance de 32% pour les personnes ayant un TED.

Tableau 16					
Services par usager					
31 mars 2007					
Programmes- cadres	Nbre services		Nbre usagers		Moyenne
	DI	TED	DI	TED	
Enfant/famille (Naissance-11 ans)	240	416	152	224	1,74
	656		376		
Ados/adultes/aînés (12 ans et plus)	1600	260	867	149	1,83
	1860		1016		
Total	1840	676	1019	373	1,81
	2516*		1392*		

* Il nous faut ajouter à ces données 13 services assurés à 13 personnes ayant une DP

Les données précisant la répartition des usagers dans les équipes de territoires font ressortir une stabilité avec celles de l'an dernier de même qu'une dispersion non uniforme des usagers. Le point majeur concerne le ratio des usagers du programme-cadre enfant/famille présentant une déficience intellectuelle et des usagers ayant un TED. En 2004-2005, il était de 173 DI/177 TED ; en 2005-2006, il est de 154 DI/202 TED et en 2006-2007, de 149 DI/223 TED. Ainsi, nous assurons des services à plus d'enfants ayant un TED (59%) qu'à des enfants présentant une déficience intellectuelle (40%).

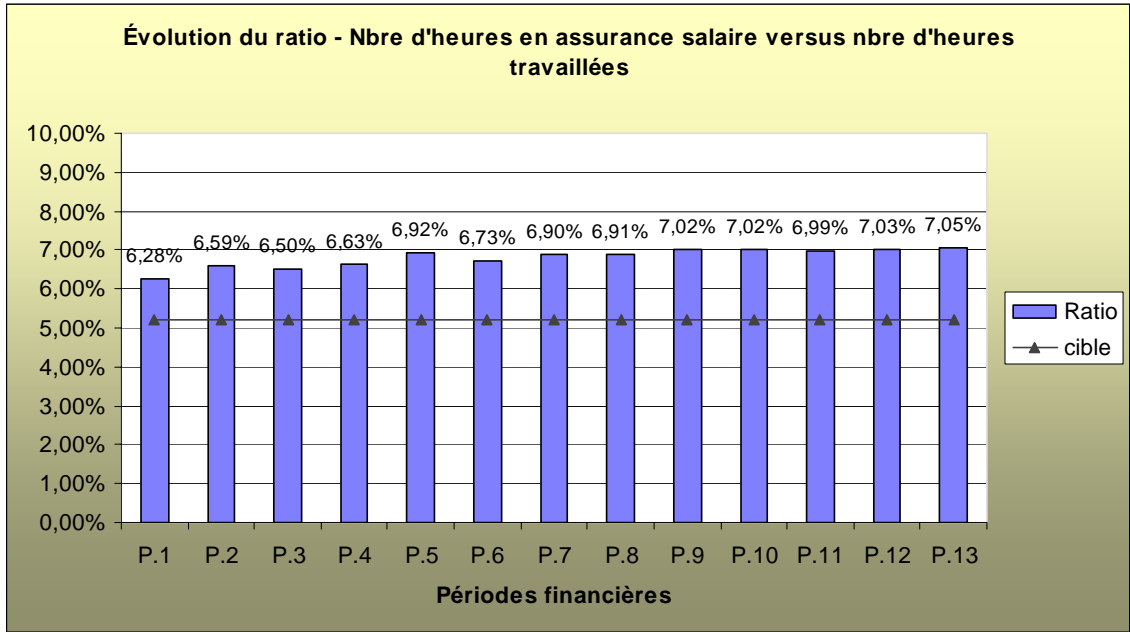
Tableau 17					
Nombre d'usagers recevant des services par territoire					
2006-2007					
	Programmes-cadres				Total
	Enfant/famille		Ados/adultes/aînés		
	DI	TED	DI	TED	
Mille-Îles	21	30	143	30	224
Marigot	32	59	180	33	304
Ruisseau-Papineau	42	62	198	26	328
Ste-Rose	54	72	270	44	440
Résidence Louise-Vachon	0	0	58	6	64
Total partiel	149	223	849	139	1360
Hors-territoire et DP	5		40		45
Grand total	377		1028		1405

De façon générale, le **nombre de services dispensés par usager** a quelque peu fléchi depuis le dernier exercice, passant de 1,83 à 1,81 service/usager pour un nombre accru de services (10). La répartition par type de service demeure sensiblement la même, sauf pour les services d'orthophonie, qui connaissent une augmentation de 21%, et les services de répit qui présentent une baisse de 16%.

Tableau 18
Nombre de services dispensés
2006-2007

Type de services	Programmes-cadres		Total
	Enfants/ Famille	Ados/Adultes/ Aînés	
Soutien éducatif (intégration à la vie de quartier)	371	853	1224
Soutien intensif (Logement. sout. gradué)	0	21	21
Soutien multiproblématique	3	8	11
Programme ICI (TED/Autisme)	29	0	29
Stage individuel	0	365	365
Suivi et maintien à l'emploi	0	35	35
Centre d'activités de jour	0	11	11
Soutien psychosocial	0	21	21
Orthophonie	96	2	98
Ergothérapie	124	11	135
RTF CRNL (inclus FA + RA)	1	84	85
Ress. intermédiaires + RI autres	9	302	311
Résidence Louise-Vachon	0	65	65
Répît	24	91	115
Dépannage	0	3	3
Total	657	1872	2529

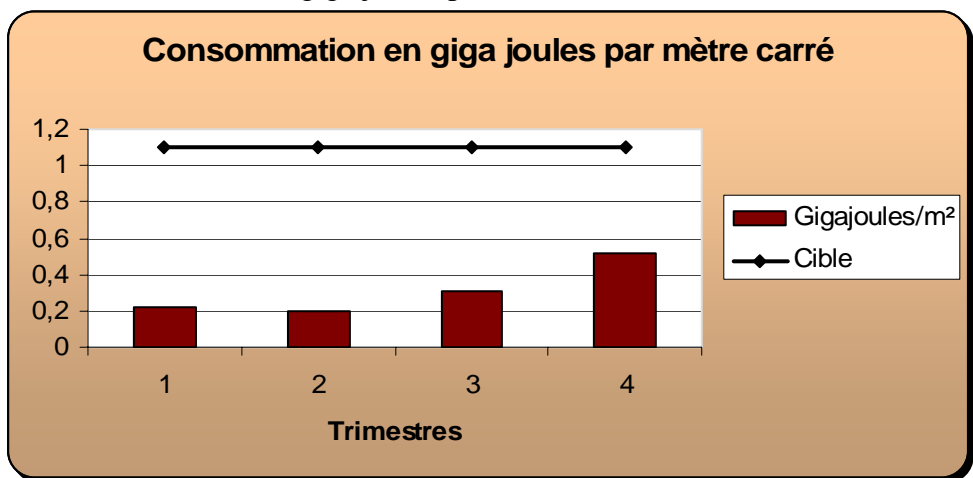
- **Gérer adéquatement la main d'œuvre**
 - Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées



L'exercice 2006-2007 s'est terminé avec un ratio de 7,05%. Différents facteurs ont contribué à l'augmentation du nombre d'heures en assurance salaire au cours de la dernière année. Parmi ceux-ci, notons l'inquiétude qu'ont pu susciter auprès de certains employés les travaux entourant la réintégration de la clientèle hébergée à la Résidence Louise-Vachon. D'autre part, l'important roulement de personnel—lié notamment aux départs d'employées pour un retrait préventif ou un congé de maternité—crée également de l'instabilité et une surcharge de travail pour les différentes équipes de travail.

- **Gestion des bâtiments et des équipements**

- Consommation en giga joules par mètre carré

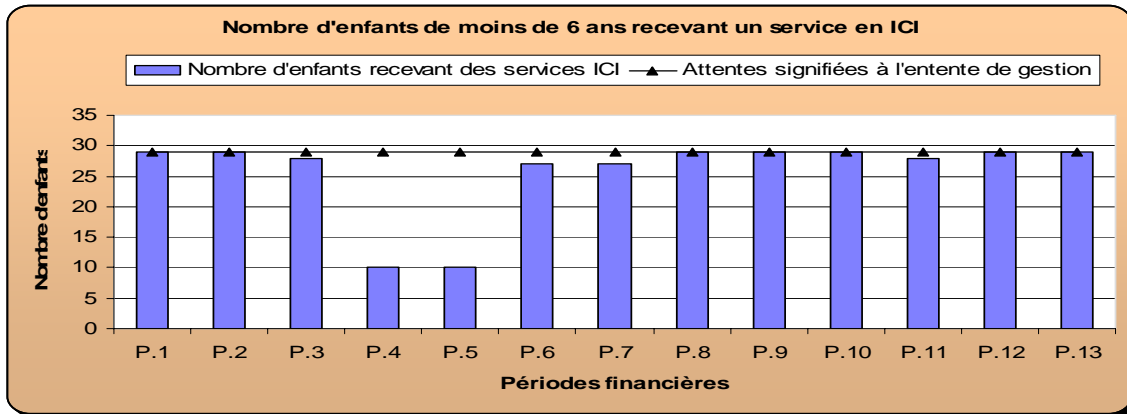


L'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux a été convié à réduire sa consommation énergétique de 14% au cours des prochaines années. En ce qui nous concerne, la cible maximale de consommation prévue à l'entente de gestion est de 1,1 giga joule par mètre carré.

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 0,52 giga joules/m². Rappelons que seule la Résidence Louise Vachon est visée par cet indicateur.

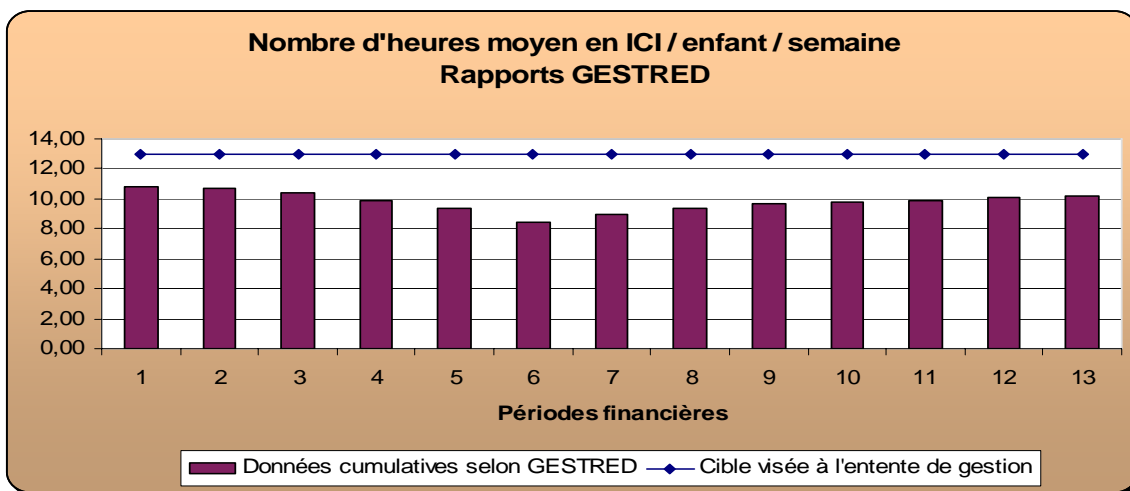
- **Atteinte des résultats au plan des programmes-services**

- Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service ICI



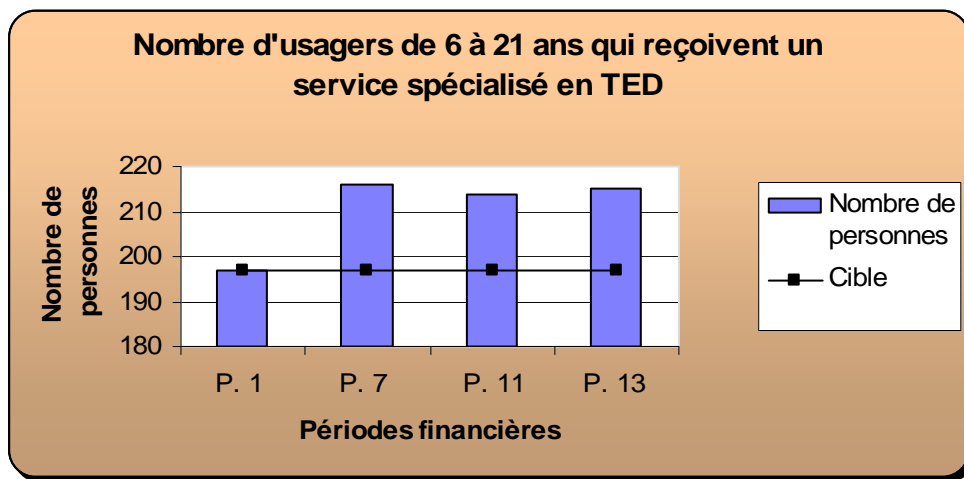
Cet objectif est atteint. En effet, l'entente de gestion prévoyait des services d'intervention comportementale intensive (ICI) auprès de 29 enfants. Les périodes 4 et 5—qui correspondent à la période d'été—permettent de compléter les services pour les enfants qui ont atteint l'âge de six ans et de préparer l'accueil de nouveaux enfants.

- Nombre moyen d'heures en ICI pour les enfants de moins de 6 ans



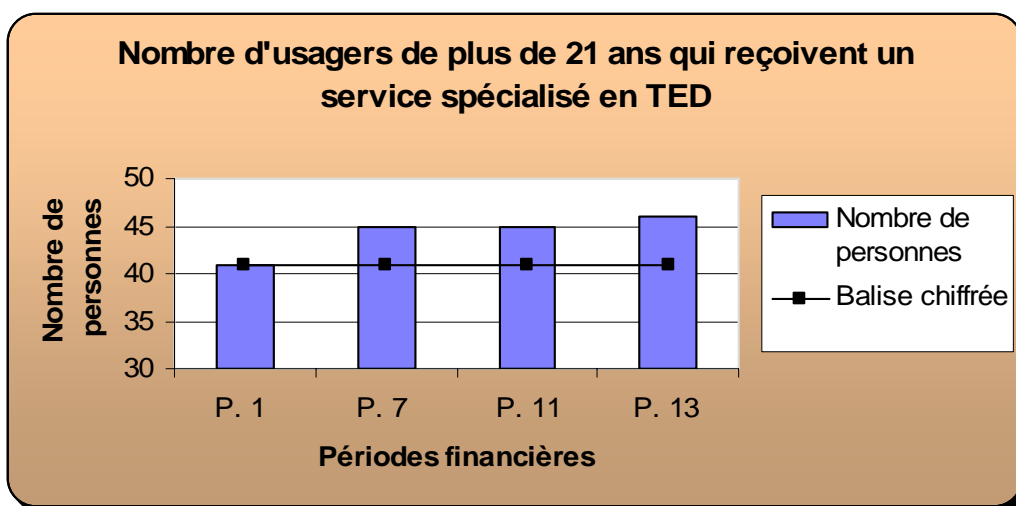
Cet objectif est partiellement atteint : au 31 mars 2007, notre offre de service était de 10,22 heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive auprès de la clientèle de moins de 6 ans.

- Nombre de jeunes 6-21 ans recevant un service spécialisé en TED



Nous avons dépassé la cible d'offrir des services spécialisés en TED à 197 jeunes âgés de 6 à 21 ans. En effet, au 31 mars 2007, c'est à 215 personnes de ce groupe d'âge que des services étaient offerts.

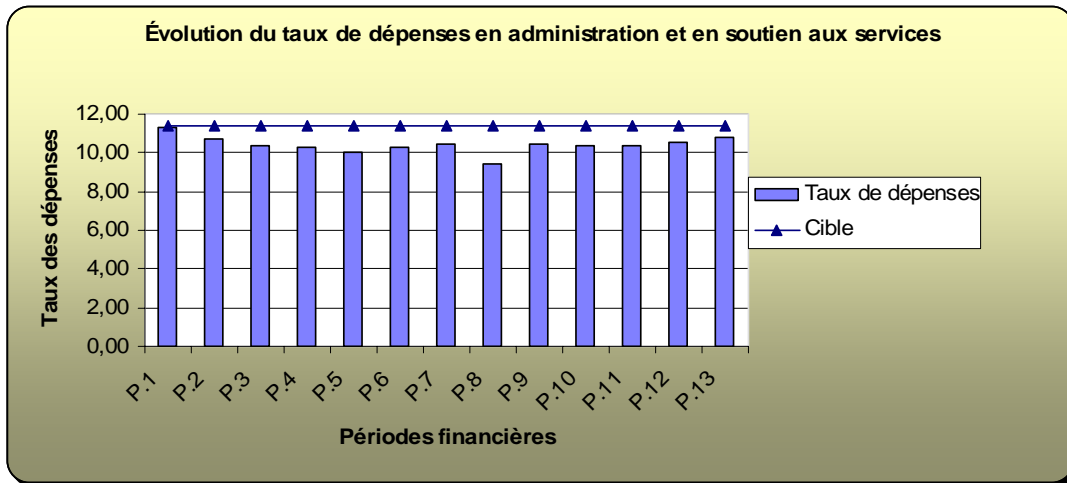
- Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé en TED



L'objectif d'offrir des services spécialisés en TED à plus de 41 personnes a également été dépassé, puisqu'au 31 mars 2007, on dénombre 46 personnes de plus de 21 ans à qui ces services sont dispensés.

- **Au plan des programmes soutien**

- Taux des dépenses en administration et en soutien aux services



L'entente de gestion pour l'année 2006-2007 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 10,43 au cours de la dernière année. (10,8 au 31 mars 2007).

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 2007

	<u>2007</u>	<u>2006</u>
Revenus		
Financement R.R.S.S.S.L.	30 310 245 \$	26 372 391 \$
Autres sources	3 421 390 \$	2 954 077 \$
TOTAL	<u>33 731 635 \$</u>	<u>29 326 468 \$</u>
Nature des charges		
Salaires	11 116 050 \$	10 489 579 \$
Avantages sociaux	3 432 116 \$	2 796 719 \$
Charges sociales	1 830 418 \$	1 639 532 \$
Médicaments	183 199 \$	166 134 \$
Fournitures médicales	38 411 \$	44 020 \$
Denrées alimentaires	170 770 \$	169 672 \$
Autres		
Paiement allocation ress. de type familial	1 379 586 \$	1 051 419 \$
Paiement allocation ress. intermédiaires	9 562 414 \$	9 392 957 \$
Frais de déplacement du personnel	334 698 \$	337 501 \$
Allocations de fréquentation	208 026 \$	210 736 \$
Location de locaux	868 189 \$	790 705 \$
Honoraires professionnels	604 866 \$	339 515 \$
Dépenses administratives	306 063 \$	345 014 \$
Frais de formation externe	83 503 \$	81 516 \$
Frais de fonctionnement	454 729 \$	469 937 \$
Répit spécialisé	106 230 \$	122 687 \$
Literie et lingerie	10 998 \$	2 196 \$
Charges non réparties	2 255 548 \$	11 431 \$
Autres éléments	672 212 \$	757 581 \$
TOTAL	<u>33 618 026 \$</u>	<u>29 218 851 \$</u>
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES	<u>113 609 \$</u>	<u>107 617 \$</u>

6.2 LE BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION AU 31 MARS 2007

ACTIF

	2007	2006
À COURT TERME		
Encaisse	2 140 253 \$	1 446 544 \$
Placements temporaires	207 200 \$	200 000 \$
Débiteur - R.R.S.S.S.L.	574 108 \$	127 888 \$
Débiteurs – Autres	338 327 \$	262 018 \$
Charges payées d'avance	20 595 \$	18 472 \$
Avance au fonds d'immobilisation	57 781 \$	- \$
Autres éléments		
Total de l'actif à court terme	3 338 264 \$	2 054 922 \$
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS		
Congés à traitement différé	19 816 \$	59 775 \$
TOTAL DE L'ACTIF	3 358 080 \$	2 114 697 \$

PASSIF

À COURT TERME

Créditeurs et charges à payer	2 982 610 \$	1 698 449 \$
Dettes interfonds	- \$	3 936 \$
Revenus reportés	- \$	202 276 \$
Autres éléments	49 335 \$	- \$
Total du passif	3 031 945 \$	1 904 661 \$

AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF

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

Solde du fonds	326 135 \$	210 036 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DU FONDS	3 358 080 \$	2 114 697 \$

6.3 LES CHARGES BRUTES ET LES DONNÉES OPÉRATIONNELLES

LES CHARGES BRUTES PAR CENTRES D'ACTIVITÉS				LES DONNÉES OPÉRATIONNELLES		
		2007	2006		2007	2006
5516	Ressources intermédiaires-D.I	6 491 866 \$	6 513 532 \$	Jours rétribués D.I. et TED	143 829	141 877
5517	Ressources intermédiaires-D.P	242 755 \$	265 311 \$	Jours rétribués D.P	4 325	4 588
5526	RTF-Famille d'accueil	111 503 \$	117 319 \$			
5536	RTF-Résidence d'accueil	1 268 083 \$	934 100 \$			
5546	Autres ressources non institut. d'hébergement D.I et TED	2 602 663 \$	2 503 367 \$			
5547	Autres ressources non institut. d'hébergement D.P	127 612 \$	110 746 \$			
6430	R.I. et R.T.F. - Encadrement	337 978 \$	297 629 \$			
6945	Internat (D.I.)	4 603 014 \$	4 028 149 \$	Jours présences	23 885	22 959
7050	Ress. Résidentielles avec allocations					
	pour assistance résidentielle continue	97 518 \$	62 910 \$			
7000	Centre pour activités de jour (D.I.)	106 230 \$	122 687 \$			
7021	Support des stages en milieu de travail (D.I.)	1 808 060 \$	1 746 843 \$	Présences en ateliers, stages ou activités de jour	95 282	96 697
7031	Intégration à l'emploi (D.I.)	146 485 \$	136 289 \$			
7100	Adaptation / Soutien à la personne, à la famille, aux proches (D.I.)	6 211 638 \$	5 754 621 \$			
7140	Intervention comportementale-TED	1 125 944 \$	1 072 803 \$			
7180	Soutien aux programmes-CRDI	1 028 851 \$	813 678 \$			
7300	Administration générale	2 210 245 \$	2 083 668 \$			
7320	Administration des services techniques	152 158 \$	154 978 \$	Nombre moyen d'usagers suivis en intégration à l'emploi	43	41
7340	Informatique	191 706 \$	145 926 \$			
7530	Réception, archives et télécommunications	136 844 \$	149 412 \$			
7552	Alimentation - Internat (D.I.)	429 867 \$	396 675 \$			
7602	Buanderie et lingerie - Internat (D.I.)	234 087 \$	217 877 \$			
7644	Hygiène et salubrité-tâches opérationnelles	322 536 \$	274 518 \$			
7690	Transport des usagers	16 372 \$	28 703 \$	Usagers suivis en adaptation et soutien à la personne et aux proches	1 374	1 193
7701	Fonctionnement des installations - Internat (D.I.)	404 055 \$	420 305 \$			
7703	Fonctionnement des installations - Autres	580 226 \$	481 686 \$			
7710	Sécurité	77 070 \$	79 274 \$			
7803	Entretien et réparation des installations - Internat (D.I.)	189 627 \$	159 103 \$			
7801	Entretien et réparation des installations - Autres	107 486 \$	135 311 \$			
	Charges non réparties	2 255 548 \$	11 431 \$			
	Total des charges brutes des centres d'activités	33 618 027 \$	29 218 851 \$			

7. LES COMITÉS RELEVANT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

7.1 Le conseil multidisciplinaire

- **Les activités internes**

En avril 2006, au terme d'un mandat de trois ans (prolongation d'une année), le comité exécutif sortant a révisé les règles de fonctionnement et les modalités d'élection de ses membres. Les amendements proposés ont été entérinés en assemblée générale du conseil multidisciplinaire le 31 mai, puis adoptés par le conseil d'administration le 27 juin.

La direction générale a enclenché le processus électoral en mai 2006 en vue de renouveler la composition du comité exécutif. Ont été élus (ou désignés) au comité exécutif les personnes figurant dans la liste des membres citée ci-après. Au 31 mars 2007, cinq postes demeurent sans titulaire malgré des appels renouvelés auprès des équipes et des groupes non représentés.

À sa première rencontre tenue en juin 2006, le comité exécutif nouvellement élu a été saisi des différents dossiers pour lesquels il sera interpellé dès l'automne : le projet clinique régional, l'offre de services spécialisés, la réintégration sociale des personnes hébergées à la résidence Louise-Vachon et l'élection des membres du conseil multidisciplinaire au conseil d'administration.

La seconde rencontre réalisée au mois de septembre a porté sur l'élection des officiers et les travaux préalables à l'élaboration du plan d'action pour la première année d'activités. Ont été élus : Steven Desbiens à la présidence, Élise Paquette à la vice-présidence et Claude Belley au secrétariat.

En novembre, les membres ont échangé sur le rôle et le mandat du comité exécutif et plus particulièrement sur leurs rôle et responsabilités face à leurs collègues, au directeur général et au conseil d'administration.

Lors de la réunion de décembre, les membres ont formulé leurs commentaires et recommandations en regard du plan de réintégration sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon pour dépôt d'un avis formel auprès de la direction générale. Les membres ont aussi adopté leur plan d'action, en priorisant certaines thématiques nommées par leurs pairs.

Un suivi de l'implantation du programme clientèle TED a été réalisé en janvier et les membres ont été saisis d'un document de réflexion sur le soutien à la vie affective, amoureuse et sexuelle des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

À la séance de février, le comité exécutif a été invité à échanger sur le thème de la responsabilité professionnelle. La réflexion se poursuivra au cours des prochains mois.

Enfin, en début d'avril, le comité exécutif a été sollicité dans le cadre de la consultation régionale de l'OPHQ en lien avec la révision de la politique ministérielle de 1984 « À part... égale ». Les membres ont également reçu le Cadre de référence sur la supervision clinique et ont été saisis de la politique sur la gestion du dossier de l'utilisateur, en cours de révision.

En association avec le service des ressources humaines, le conseil multidisciplinaire organisera une journée ressourcement, le 28 mai prochain, à l'intention de l'ensemble du personnel. Cette activité inclura le gala reconnaissance dont l'objectif est de reconnaître les performances individuelles et d'équipe du personnel et de souligner le travail des employés ayant cumulé 10 ans et plus d'ancienneté au sein de l'établissement.

- **Les activités externes**

Le personnel clinique de l'établissement est représenté à la Commission multidisciplinaire régionale par madame Francine Émard, qui informe régulièrement le comité exécutif des travaux réalisés régionalement.

Les membres : Claude Belley, Carolle Bernier, Sylvie Bourguignon, Ariane Charest, Mathilde de Préaumont Yann Desbiens, Steven Desbiens, Francine Émard, Jocelyne Fournier, Richard Lachapelle, Élise Paquette, André Pelletier, Patricia Plasse, Isabelle Pothier.

7.2 Le conseil des infirmières et infirmiers

Au cours de l'année 2006-2007, les membres de l'exécutif du CII (CECII) ont traité plusieurs dossiers et réalisé diverses activités :

- Le plan de réintégration sociale des usagers de la Résidence Louise-Vachon. Les membres du CECII ont émis un avis au Conseil d'administration;
- La présidente du CECII a été nommée et siège à la Commission infirmière régionale ainsi qu'au conseil d'administration de l'établissement;
- L'évolution du plan d'action pour la grippe aviaire a été discutée;
- Le CECII a pris connaissance du plan triennal 2006-2009 et une rencontre explicative avec l'équipe de la direction générale a eu lieu;
- Le mandat et les objectifs du comité d'éthique clinique a fait l'objet d'une présentation;
- La loi 90 obligeant l'élaboration d'un plan thérapeutique infirmier pour chacun des usagers de la RLV à compter de 2009, les infirmières de la résidence ont participé à une formation afin d'intégrer progressivement dans leur pratique cette nouvelle façon de procéder;
- Des membres du CECII ont assisté au colloque des CII tenu à Montréal les 2 et 3 mai 2007 ayant pour thème « Les gestion des risques »;
- Les membres ont pris connaissance et ont discuté de la politique relative à la gestion du dossier de l'utilisateur;
- Un membre du CECII a été sollicité pour lire l'ensemble des politiques et obligations légales de l'établissement en vue de leur adoption par le conseil d'administration à l'automne 2007;
- Le rapport annuel du CIIA a été déposé.

Les membres : Claude Belley, Sylvie Bourguignon, Renée Desjardins, Nicole Dufresne, Lucie Gratton, Nicole Lanteigne, Sophie Martel, Nancy Robert.

7.3 Le comité des usagers et le comité des résidents

Au cours de l'année 2006-2007, le comité des usagers a initié et réalisé plusieurs activités; mentionnons entre autres :

- Organisation et tenue de l'assemblée générale d'information du comité des usagers pour l'année 2005-2006;
- 6 accompagnements au PSI;
- 3 accompagnements au processus de plaintes/insatisfactions;
- Participation aux élections du CRDI;
- Visite de la Résidence Louise-Vachon;
- Participation au Congrès de l'AQIS;
- Promotion du film « Pour que mon PSI m'appartienne » dans les différents points de services du CRDI, ainsi qu'auprès de différents partenaires et organismes lavallois. Une soirée cinéma avec des usagers, des familles et différents collaborateurs a eu lieu pour présenter le film.

- **Formations**

Encore cette année, différentes formations ont été offertes aux membres du comité des usagers, principalement sur les rôles et responsabilités d'un comité d'usagers et de ses officiers, sur l'organisation d'événements et sur l'éthique.

- **Élections du comité des usagers et du comité des résidents**

À l'automne 2006, le comité des usagers a principalement œuvré à la préparation des élections qui se sont tenues le 10 octobre 2006. A la suite d'une contestation en regard du droit de vote des représentants d'usagers sous tutelle et curatelle, nous avons demandé un avis juridique sur cet aspect. Une reprise des élections a eu lieu le 28 novembre 2006.

Les membres élus du comité des usagers sont :

- ✓ Madame Nathalie Ladouceur, présidente et représentante des usagers
- ✓ Monsieur Yannick Desjardins, vice-président et représentant des usagers
- ✓ Madame Olga De Melo, parent, trésorière et représentante des usagers
- ✓ Madame Rachel Fortin, secrétaire et représentante des usagers
- ✓ Monsieur Louis Charbonneau, représentant des usagers
- ✓ Monsieur Pierre Louergli, parent, représentant du comité de résidents
- ✓ Madame Alice Paris, parent, représentant des usagers
- ✓ Monsieur Daniel St-Martin, parent, représentant de la clientèle naissance - 17 ans

Madame Anne-Marie Billet agit comme personne-ressource auprès des membres usagers.

Les élections au comité des résidents se sont tenues en juin 2006 et les membres élus sont :

- ✓ Monsieur Louis-Roger Carrier, président et représentant d'un usager de la Résidence Louise-Vachon
- ✓ Monsieur Pierre Louergli, représentant d'un usager de la Résidence Louise-Vachon
- ✓ Madame Lynn Manconi, représentante d'un usager de la Résidence Louise-Vachon

- **Représentation**

Conseil d'administration du CRDI Normand Laramée : monsieur Yannick Desjardins et madame Olga de Melo représentent le collègue électoral «comité des usagers» au conseil d'administration. Ils participent ainsi activement aux décisions concernant les orientations, les politiques et le suivi budgétaire de l'établissement. Une dizaine de rencontres annuelles sont à l'agenda de plus que des séances de travail.

Traitement des plaintes (accompagnement) : trois accompagnements lors de plaintes ou d'insatisfactions ont été effectués par la personne-ressource, à la demande des membres du comité. Chacun des dossiers a été accepté et réglé dans un délai de 30 jours.

Comité organisateur régional de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle : encore cette année, les membres du comité ont pris activement part à la programmation de la Semaine, afin d'offrir aux usagers des activités variées et intéressantes en plus de faire connaître à la population leur réalité et leurs capacités. Le comité a aussi participé à l'organisation d'une partie de hockey entre les Différents et les comédiens de la série *Lance et compte*.

Comité sur l'éthique : monsieur Louis Charbonneau est représentant des usagers au comité sur l'éthique. Cette instance consultative a pour mandat d'analyser les situations à caractère éthique et de produire des avis et recommandations, si requis.

Comité sur la gestion des risques : madame Nathalie Ladouceur a participé activement au comité de gestion des risques.

Comité aviseur régional sur la réintégration sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon : la présidente, madame Nathalie Ladouceur, agit comme représentante du comité des usagers. Le comité aviseur a pour objectif principal de suivre les travaux en cours sur le plan de réintégration sociale des personnes hébergé à la Résidence Louise Vachon.

En janvier 2007, le comité des usagers a été interpellé pour donner son avis sur le plan de réintégration sociale des personnes hébergées à la Résidence Louise-Vachon. Une seule rencontre a eu lieu avec l'ensemble des membres du comité. Différentes tensions entre les membres n'ont pas permis de poursuivre les travaux entourant le plan de réintégration et les rencontres régulières ont du être annulées. De ce fait, l'assemblée annuelle d'information et le dépôt du bilan des activités ont été reportés. Le comité travaille à trouver des voies de passage qui permettront de dénouer l'impasse afin de reprendre son rythme de travail habituel par la tenue de rencontres périodiques.

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 une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si

l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

Conflits d'intérêts : le directeur général

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

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

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

L'exclusivité de fonctions du directeur général

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

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

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

L'administrateur ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou d'une entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives 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.

9. LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES (2002, c.71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q., c. S-4.2), exercice 2006-2007

ANNEXE 3.

Identification de l'agence : Agence de santé et de services sociaux de Laval

Numéro d'identification de l'établissement : 2149-1667

Nom de l'établissement : CRDI Normand-Laramée

Nom du répondant : Levert Prénom Danielle

Titre du répondant : Directrice de la recherche et de la qualité des services par intérim – gestionnaire de risques

1. Comité de gestion des risques et de la qualité

1.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité : **Oui** **Non**

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA): 05/10/2006

1.3 Nombre de membres :

	Fonction	Fonction
1.4	Directeur général du CRDI	Coordonnatrice aux services à la qualité de vie - FIQ
Membres :	<u>Directeur de la recherche et de la qualité des services</u>	<u>Représentant de la Direction des services professionnels et de réadaptation</u>
	<u>Infirmière (membre du CII)</u>	<u>Représentant de la direction des ressources humaines</u>
	<u>Éducateur spécialisé (représentant du Conseil Multidisciplinaire)</u>	<u>Représentant du comité de suivi de la démarche d'agrément</u>
	<u>Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services</u>	<u>Représentant des parents (DI)</u>
	<u>Représentante du comité de suivi sur les mesures de contrôle</u>	<u>Représentant des parents (TED)</u>
	<u>Représentante du comité de</u>	<u>Gestionnaire de risques</u>

suivi sur les soins invasifs
 Représentant du comité de
 liaison RTF
 Représentant du comité de
 liaison RI

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours :

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain :
 1. Analyse plus spécifique des incidents-accidents
 2. Systématiser la divulgation

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain :
 1. Implanter les rapports d'analyse des incidents – accidents
 2. Implanter les rapports de divulgation des incidents - accidents

2. Divulgation de tout accident

2.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives :

- à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident :

Oui	X	Non	
-----	---	-----	--
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés :

Oui	X	Non	
-----	---	-----	--
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident :

Oui	X	Non	
-----	---	-----	--

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) : 26/09/2005

2.3 Les règles de divulgation sont respectées :
 Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :
 Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse

approfondie :

Jamais

Quelques fois

La plupart du temps

Difficile à savoir

2.6 De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de votre organisation pendant l'année en cours :

Ou Non

3. Déclaration de tout incident et accident et constitution d'un registre local

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse :
20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.3 Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :
20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :*
Actuellement non distingués des incidents dans les rapports de déclaration.

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie :
20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :
20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.7 Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès :

3.8 Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés :

3.9 Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents : Oui Non

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : 02/10/2005

3.11 Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

4. Agrément des services dispensés

4.1 Sollicitation d'un organisme d'agrément :

Oui Non

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : Conseil québécois d'agrément

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : _____

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : Résolution du conseil d'administration en vue de renouveler l'agrément, adoptée le 01 mai 2007

4.5 Agrément obtenu : Oui Non

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : Agrément pour une durée de trois ans

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis :	Ou i	No n
- au ministre :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à l'agence :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux ordres professionnels concernés :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>