



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2011-2012

**Adopté par le Conseil d'administration,
le 4 septembre 2012**

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

C'est avec plaisir que nous vous présentons le *Rapport annuel de gestion 2011-2012* du CRDI Normand-Laramée.

Au cours de l'automne 2011, le processus d'élection et de désignation des membres du Conseil d'administration a été mis en place, conformément à la Loi et ses règlements.

Outre le directeur général, le conseil d'administration du CRDI Normand-Laramée est composé de dix-sept personnes dévouées issues de différents milieux. Elles s'impliquent bénévolement dans les activités administratives de l'établissement. Voici les membres du nouveau conseil :

Monsieur Jean-Louis Bédard, président
Désigné par l'Agence de Laval

Monsieur Claude Belley
Directeur général

Monsieur Jean Bélanger
Élu par la population

Madame Lise Bergeron
Cooptée

Madame Françoise Charbonneau, trésorière
Élue par la population

Monsieur Yann Desbiens
Élu par le conseil multidisciplinaire

Monsieur Yannick Desjardins
Nommé par le Comité des usagers

Madame Lisane Dostie
Cooptée

Monsieur Marc Fillion
Coopté

Madame Anne Geneviève Girard

Désignée par l'Agence de Laval

Madame Nathalie Ladouceur

Nommée par le Comité des usagers

Monsieur Germain Lafrenière, vice-président

Coopté, issu des organismes communautaires

Madame Nicole Lanteigne

Élue par le conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Madame Linda Lessard, secrétaire

Cooptée

Monsieur Gilles Mailhot

Coopté

Monsieur Antoine Migdilani

Nommé par la Fondation du CRDI N.-L.

Madame Evelyne Paris

Élue par le conseil multidisciplinaire

Madame Marie Lise St-Pierre

Élue par le personnel non clinique

Le mandat des administrateurs, d'une durée de quatre ans, a débuté le 1^{er} février 2012.

Le conseil d'administration et la direction de CRDI Normand-Laramée ont traité plusieurs dossiers majeurs, dont la suite des travaux reliés à la planification stratégique 2010-2015 adoptée en novembre 2010. Les chartes de projet, les objectifs et le tableau de bord de gestion ont été présentés aux membres. Le tableau de bord de gestion cible quatorze indicateurs stratégiques qui, en s'actualisant dans le temps, illustreront l'évolution de la planification stratégique en se basant sur les résultats obtenus à la suite des actions entreprises pour chacun des cinq enjeux. Ces indicateurs feront l'objet d'un suivi rigoureux par le conseil d'administration.

Découlant des enjeux reliés à la planification stratégique, le CRDI a amorcé la révision de son plan d'organisation. De nombreux acteurs représentant l'ensemble des employés du CRDI ont été mis à contribution. Le CRDI devrait

être en mesure de déposer une proposition aux membres du conseil d'administration à l'automne 2012.

En cohérence avec de la planification stratégique, l'établissement a énoncé et défini les valeurs de gestion guidant les décisions et les actions à l'égard de notre personnel. Des travaux de recherche, de rédaction et de validation auprès de représentants de chacune des catégories d'emploi ont mené à l'élaboration de la philosophie de gestion.

Essentiellement, notre philosophie à l'égard de la gestion de nos ressources humaines traduit notre volonté et notre engagement d'offrir un milieu de travail sain et harmonieux, propice au développement et à l'épanouissement de notre personnel. Elle présente ainsi un ensemble de valeurs de gestion guidant nos pratiques, nos actions et décisions au quotidien.

Faisant suite à la signature de l'entente de collaboration sur l'offre de services de 1^{ère} et de 2^{ième} ligne entre le Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSSL) et le CRDI, les travaux visant à définir les liens de collaboration et les responsabilités de chacun quant à la mise en place d'une offre de service complémentaire pour la clientèle DI/TSA de Laval se sont poursuivis.

En cours d'année, le CRDI Normand-Laramée a travaillé intensément au renouvellement de son accréditation par le conseil québécois d'agrément (CQA). Le dossier de l'établissement sera remis au CQA en juin et la venue de l'équipe visiteuse est prévue en septembre.

Parallèlement à la démarche d'agrément et afin d'améliorer de façon durable, la santé, le mieux-être et la mobilisation du personnel, le CRDI s'est engagé dans l'implantation de la démarche **Entreprise en santé**. Promue et soutenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par l'intermédiaire de l'équipe-conseil *Programme santé des organisations et des individus* (PSOI), cette démarche vise une certification *Entreprise en santé* décernée par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ), à la suite d'un processus d'audit au terme de son implantation.

Alignée à notre vision et notre philosophie de gestion, cette démarche constitue également un levier privilégié pour soutenir la mise en place de l'offre de services spécialisés de 2^e ligne et renforcer notre positionnement Employeur, lequel est défini comme un milieu professionnel, avant-gardiste, stimulant et humain.

Enfin, la performance de l'établissement a été mesurée par le biais des cibles fixées dans l'Entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux et le respect des standards définis par le Plan d'accès,

lesquels ont été en très grande partie atteints. Vous trouverez en annexe les fiches de reddition de compte déposées à l'Agence.

Le présent rapport de gestion résume sommairement les activités de l'établissement et reflète peu toute l'énergie investie pour offrir, en cours d'année, des services de qualité à 1 841 personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, inscrites ou admises au CRDI Normand-Laramée. Les performances de notre organisation sont le résultat des efforts déployés par l'ensemble du personnel du CRDI Normand-Laramée.

Nous tenons à remercier les usagers et les parents pour leur confiance, le personnel pour son professionnalisme, les responsables des ressources résidentielles pour leur collaboration et nos partenaires pour leur soutien. Enfin, nous remercions plus particulièrement les membres du conseil d'administration sortant pour leur engagement des cinq dernières années, de même que les nouveaux administrateurs pour l'intérêt témoigné à l'égard de la mission que nous portons et de la clientèle que nous desservons.

Jean-Louis Bédard, président du conseil d'administration

Claude Belley, directeur général

2. LA DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

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

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 du CRDI Normand-Laramée, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



Claude Belley, directeur général

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Notre mission

La Loi sur les services de santé et les services sociaux confère au CRDI Normand-Laramée la mission de dispenser des services aux personnes qui, en raison de leurs incapacités intellectuelles, d'un retard significatif de développement (pour les enfants en attente d'un diagnostic officiel de « déficience intellectuelle »), de l'autisme ou autre TED (avec ou sans incapacités intellectuelles) et, le cas échéant, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, se retrouvent en situation de handicap et requièrent de tels services.

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

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

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

3.2 La vision

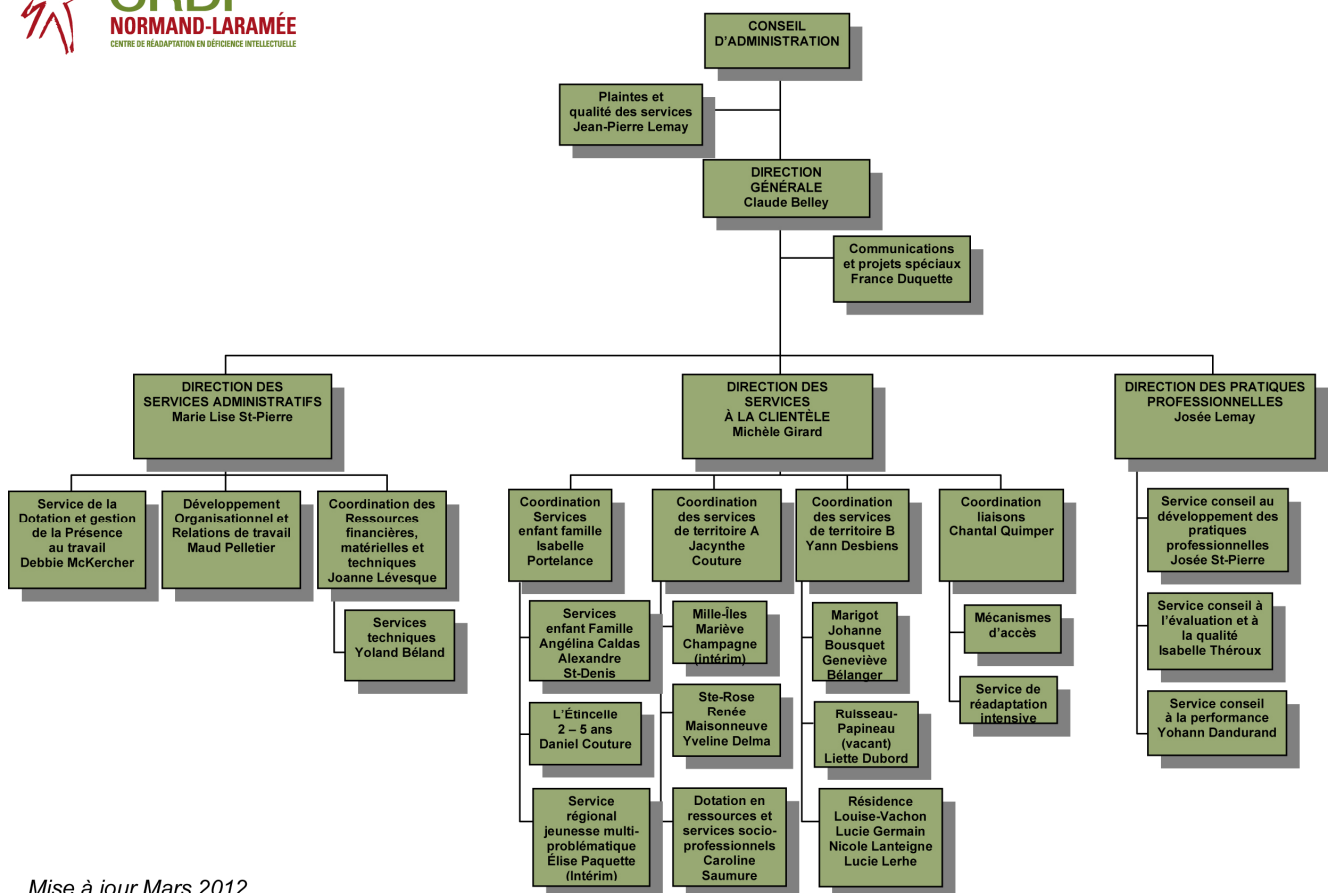
La planification stratégique du CRDI Normand-Laramée 2010-2015 définit la vision et les valeurs et transcende l'ensemble des actions de l'organisation. La vision du CRDI Normand-Laramée doit s'inspirer de nos clients de demain, traduire l'organisation de demain et refléter la reconnaissance extérieure souhaitée.

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

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

3.3 La structure organisationnelle

Notre organigramme de service en date du 31 mars 2012 se lit comme suit :



Mise à jour Mars 2012

3.4 Les faits saillants

Voici les principaux dossiers qui ont mobilisé le personnel du CRDI au cours de l'année 2011-2012 :

- La création d'une direction des services administratifs et les mesures d'optimisation
- La création d'un poste de conseiller cadre à la performance
- La mise en place des équipes enjeux de la planification stratégique, l'identification des chartes de projets, les objectifs, les actions et les échéanciers et la conception du tableau de bord de gestion;
- Le plan d'accès et le développement de places en RNI
- Le renouvellement de l'agrément du CRDI Normand-Laramée
- La démarche Entreprise en santé
- La philosophie de gestion du CRDI Normand-Laramée
- Le projet *Lean* de la Résidence Louise-Vachon
- Le plan fonctionnel et technique (PFT) pour la Résidence Louise-Vachon
- La charte du milieu de vie et du travail à la Résidence Louise-Vachon
- Le projet d'optimisation et de réorganisation du travail
- Le plan directeur informatique
- Le projet de recherche « Compagnon STL »
- La Plate-forme parents
- La politique relative à la gestion des insatisfactions.

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

3.5 La clientèle

Au 31 mars 2012, 1 597 personnes étaient inscrites ou admises au CRDI Normand-Laramée, pour une augmentation de 5% par rapport à l'exercice précédent. Toutefois, il est important de noter qu'entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 mars 2012, le CRDI a donné des services à un nombre total de 1 841 personnes.

Sur l'ensemble de la clientèle inscrite ou admise à l'établissement, 1 006 personnes vivent avec une déficience intellectuelle, 589 personnes présentent un trouble envahissant du développement (TED) et 2 personnes ont une déficience physique.

Vingt-sept pourcent (27%) de la clientèle sont des enfants de la naissance à 11 ans et 67% de ces derniers présentent un TED.

USAGERS RECEVANT DES SERVICES AU 31 MARS 2012						
PROGRAMME- CADRE ENFANT - FAMILLE		PROGRAMME- CADRE ADO - ADULTES - AÎNÉS		ADMIS RÉSIDENTE LOUISE- VACHON		DÉFICIENCE PHYSIQUE
DI	TED	DI	TED	DI	TED	DP
145	288	811	295	50	6	2
433		1 106		56		2
Nombre d'usagers recevant des services au 31 mars 2012						1 597
Nombre total d'usagers desservis entre le 1 ^{er} avril 2011 et le 31 mars 2012						1 841

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

RÉPARTITION DES USAGERS PAR CATÉGORIE D'ÂGE AU 31 MARS 2012						
CATÉGORIE D'ÂGE	INSCRITS		ADMIS		DP	TOTAL
	DI	TED	DI	TED		
0 - 4 ans	88	81				169
5 - 17 ans	186	374				560
18 - 21 ans	93	58				151
22 - 44 ans	341	59	24	6		430
45 - 64 ans	218	8	18		2	246
65 ans et +	30	3	8			41
TOTAL	956	583	50	6	2	1597

**RÉPARTITION DES USAGERS PAR PROGRAMME SERVICE
AU 31 MARS 2012**

PROGRAMME SERVICE	PROGRAMME-CADRE ENFANT-FAMILLE		PROGRAMME-CADRE ADOS-ADULTES-AÎNÉS		ADMIS RLV		DÉFICIENCE PHYSIQUE
	DI	TED	DI	TED	DI	TED	DP
Service d'adaptation et de réadaptation à la personne	145	255	861	301	50	6	0
Service d'intervention comportementale intensive (ICI)	---	36	---	---	---	---	0
Service d'intégration résidentielle	3	2	336	79	50	6	2
Service d'intégration au travail	---	---	281	26	---	---	0
Service d'intégration communautaire	---	---	11	3	---	---	0

4. LES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1 Description des services offerts

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

4.1.1 Les objectifs de l'offre de service

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

4.1.2 Les programmes et les services

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

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

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

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

Le soutien offert aux enfants comprend :

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

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

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

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

Le soutien spécialisé dans des formes variées de domicile comprend :

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

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

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

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

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

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

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

↳ **Les services complémentaires**

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

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

orthophonique) et les soins de santé (Résidence Louise-Vachon).

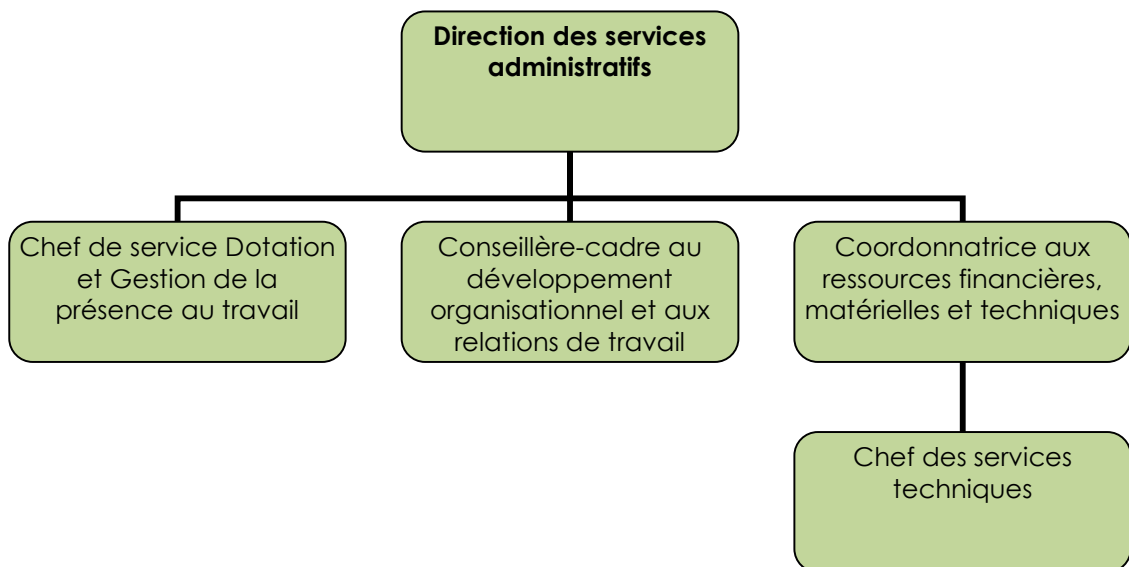
4.2 Modifications apportées durant l'exercice financier

Les principales modifications apportées durant l'année 2011-2012 ont été la création d'une direction des services administratifs et la création d'un poste de conseiller-cadre à la performance.

4.2.1 La création d'une direction des Services administratifs

En décembre 2011, le conseil d'administration a adopté la résolution proposant la création de la direction des services administratifs issue de la fusion de la direction des Ressources humaines (RH) et de la direction des Ressources financières, matérielles et techniques (RFMT). Répondant aux besoins de rationalisation et d'optimisation dans le secteur administratif, tels que stipulés dans la Loi 100, la nouvelle structure d'encadrement résulte de :

- l'abolition du poste de directeur RFMT et de la transformation en un poste de coordonnateur RFMT;
- l'abolition du poste de chef de secteur du fonctionnement et des installations.



Cette structure d'encadrement assure à la fois la gestion stratégique et intégrée des ressources humaines, financières, matérielles et techniques, tout en assurant une gestion opérationnelle efficace dans chacun des secteurs.

Alignées aux priorités ministérielles, telles que stipulées dans l'entente de gestion, des mesures d'optimisation ont également été mises en place dans le cadre de la création de la direction des Services administratifs. Parmi celles-ci, notons l'implantation du logiciel Logibec Budget intégré au logiciel Logibec Paie-RH ainsi que la mise en commun du processus d'approvisionnement avec le Centre jeunesse de Laval.

4.2.2 La création d'un poste de conseiller-cadre à la performance

Dans notre volonté d'évaluer notre performance organisationnelle, de tirer profit de nos systèmes d'information, notamment du SIPAD, et de soutenir la mise en œuvre de la planification stratégique 2010-2015, nous avons procédé à la transformation d'un poste d'encadrement existant à la direction des Pratiques professionnelles. Ainsi, le poste de «conseiller cadre à la performance» à la direction des Pratiques professionnelles s'inscrit dans la transformation organisationnelle que nous sommes à actualiser présentement.

4.3 Orientations stratégiques et priorités d'action

4.3.1 La planification stratégique

La mise en œuvre de la planification stratégique 2010-2015 du CRDI Normand-Laramée repose sur cinq équipes de projet. Chaque équipe est associée à un enjeu précis et est composée de représentants des différentes directions. Indistinctement de l'enjeu dont elles sont responsables, les équipes ont pour principales fonctions de :

- revoir les indicateurs d'avancement des travaux et proposer une liste révisée en fonction des actions;
- revoir l'échéancier des activités en lien avec l'enjeu;
- s'assurer du suivi des actions en fonction de l'échéancier adopté;
- revoir périodiquement l'échéancier, les problématiques, les obstacles et les écarts à la lumière des résultats obtenus et faire des recommandations au comité de gestion stratégique.

Pour nous permettre de suivre l'avancement des travaux reliés à chacun des enjeux, des chartes de projet ont été développées. Voici les chartes de projets pour chacun des enjeux.

ENJEU 1 Prévalence DI / TED

L'enjeu 1 se décline en deux projets. Le premier projet se définit par **le rehaussement de la pratique professionnelle afin d'offrir des services spécialisés de deuxième ligne** de qualité. Pour y parvenir, quatre objectifs ont été ciblés, soit :

1. Mettre à niveau (seuil de formation identifié) les compétences des intervenants.
2. Augmenter le sentiment de compétence des intervenants, dans un contexte d'une offre de service de deuxième ligne (DI et TED).
3. Offrir de la formation aux partenaires pour un service de qualité à l'usager dans le réseau Lavallois de service.
4. Accroître la satisfaction de la clientèle à l'égard des services reçus.

Le deuxième projet se définit par **l'organisation des services en fonction du taux de prévalence des usagers DI et TED inscrits à l'établissement**. Trois objectifs viennent préciser l'actualisation de ce deuxième projet, soit :

1. Atteindre un délai similaire d'attente pour un premier service pour les deux clientèles (DI et TED), dans tous les services et dans le respect du Plan d'accès.
2. Assurer une continuité de service pour les usagers entre les différents services et programmes-cadres, nonobstant le diagnostic.
3. Assurer une représentativité des usagers TED et DI au comité des usagers.

ENJEU 2 1^{ère} ligne / 2^e ligne

Pour l'enjeu 2, deux projets sont identifiés. Le premier projet se définit par **une offre de service régionale de 1^{re} et de 2^e ligne**. Deux objectifs ont été ciblés, soit :

1. Offrir un service spécialisé en fonction des caractéristiques et besoins de la clientèle DI/TED;
2. Assurer la fluidité dans le passage d'un établissement de 2^e ligne à un établissement de 1^{re} ligne et d'un établissement de 1^{re} ligne à un établissement de 2^e ligne (ex : modalités bidirectionnelles, mécanismes de liaisons...).

Le deuxième projet se définit par **une organisation de service par épisode de services spécialisés**. Deux objectifs viennent préciser l'actualisation de ce deuxième projet, soit :

1. Ajuster les processus administratifs et cliniques en fonction d'une organisation de service par épisode;
2. Augmenter l'accessibilité aux services.

ENJEU 3 RNI

Pour l'enjeu 3, deux projets sont identifiés. Le premier projet se définit par **le rehaussement de la qualité des services en RNI**. Quatre objectifs ont été ciblés, soit :

1. Augmenter l'autonomie de l'usager en RNI par des apprentissages de la vie quotidienne et par le développement de son pouvoir décisionnel (*empowerment*);
2. Accroître l'application de l'ensemble des outils cliniques identifiés par l'établissement ;
3. Accroître le niveau de satisfaction des usagers et de leurs proches en RNI;
4. Ajuster les processus en RNI en fonction de la Loi sur la représentation des responsables de ressources.

Le deuxième projet vise **le développement du continuum résidentiel**. Trois objectifs viennent préciser l'actualisation de ce deuxième projet, soit :

1. Offrir des milieux de vie adaptés à tous les besoins de la clientèle en développant de nouveaux modèles résidentiels;
2. S'assurer d'une circulation fluide entre les différents modèles résidentiels selon les besoins des usagers (ex. migrer d'une RTF vers le logement à soutien gradué ou vers un appartement supervisé);
3. Optimiser le service de dotation en ressources.

ENJEU 4 RLV

L'enjeu 4 se décline en deux projets. Le premier projet vise **l'implantation de l'approche milieu de vie à la RLV**. Trois objectifs ont été ciblés, soit :

1. Offrir des conditions d'habitation normalisantes pour les usagers;
2. Améliorer la qualité de vie des usagers (activités récréatives, organiser le travail en fonction des besoins et du rythme des résidents, etc.);
3. Maximiser le maintien et le renforcement des capacités des usagers ainsi que leur développement personnel en tenant compte de leur volonté personnelle.

Le deuxième projet vise l'**optimisation de l'utilisation des ressources humaines à la RLV**. Trois objectifs viennent préciser l'actualisation de ce deuxième projet, soit :

1. Améliorer les conditions de travail des intervenants cliniques du service TGC-TEC;
2. Accroître la gamme de services offerts pour répondre aux besoins variés des usagers;
3. Accroître l'offre de service des soins de santé et d'assistance de la RLV.

ENJEU 5 Recherche et enseignement

L'enjeu 5 se décline en deux projets distincts. Il s'agit d'un premier projet sur **la gestion des stages** et les objectifs sont :

1. D'assurer le recrutement, l'accueil, l'intégration, le soutien et l'encadrement de stagiaires par la mise en place de structures physiques et humaines (aménagement physique, encadrement professionnel, etc.)
2. D'accroître la contribution des stagiaires au sein de l'organisation (rétention, innovation, publication, conférence, etc.)

Le deuxième projet porte sur **l'amélioration du transfert des connaissances issues de la recherche et de l'enseignement** et les objectifs relatifs sont :

1. D'assurer la diffusion et la promotion des résultats de recherche
2. D'améliorer les pratiques à partir des résultats de recherche et de l'enseignement (nouveaux savoirs).
3. D'accroître l'apport du CRDI par la définition d'axes de recherche issus d'une programmation de recherche et par sa participation ainsi que son influence dans des activités de recherche (affiliation avec des universités ou des chaires de recherche).

Le tableau de bord de gestion

Dans le but d'assurer le suivi des enjeux de la planification stratégique 2010-2015, le CRDI Normand-Laramée a développé une série d'indicateurs stratégiques de résultats. Ces indicateurs, en s'actualisant dans le temps, illustreront l'évolution de la planification stratégique en se basant sur les résultats obtenus à la suite des actions entreprises pour chaque enjeu. Intégrée dans un tableau de bord dynamique, cette première génération d'indicateurs sera en expérimentation dans la prochaine année. Ce

tableau de bord nous permettra d'analyser la capacité des indicateurs à bien représenter les résultats découlant de l'effort déployé par l'organisation pour atteindre les objectifs fixés.

Voici les indicateurs identifiés qui feront l'objet d'un suivi rigoureux au conseil d'administration :

1. La satisfaction de la clientèle
2. L'attente de la clientèle¹
3. Le pourcentage d'intervenants formés aux outils cliniques
4. Le nombre d'employés ayant réussi le test de connaissance sur le processus clinique
5. Les résultats du sondage sur le sentiment de compétence des intervenants
6. Le ratio nombre de postes éducateurs clientèle
7. Le ratio usagers 1ère/2e ligne desservis par CRDINL
8. La durée moyenne des épisodes de services par diagnostic
9. Le pourcentage des usagers dont les besoins résidentiels sont adéquatement répondus (avec Go RNI)
10. Les sommes investies périodiquement dans l'amélioration locative des bâtiments en lien avec l'approche milieu de vie
11. Le taux de roulement et de rétention du personnel¹
12. Le nombre d'heures de services professionnels (technicien en réadaptation physique, ergothérapeute, orthophoniste, nutritionniste)
13. Le nombre ou le pourcentage de stagiaires **qualifiés?** embauchés
14. Le nombre de participations à des recherches en partenariat

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

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

- Sondage de la satisfaction de la clientèle lors de l'agrément en avril 2011.
- Évaluation de la qualité des services offerts en RNI (la phase projet a été réalisée; de légères modifications doivent être apportées à l'outil d'évaluation; les visites pourront se faire selon le rythme prévu).

¹ Indicateurs en lien direct avec les orientations ministérielles et régionales

- Évaluation ponctuelle concernant le taux de satisfaction des parents en regard du service éducatif d'appoint.
- Évaluation de la satisfaction des proches à l'Étincelle.
- Évaluation de la satisfaction de la clientèle (usagers-proches) lors de la cessation des services au Service régional jeunesse multiproblématique et des intervenants référents (annuellement).
- Évaluation du taux de satisfaction des parents en regard des « postes d'intervention en blocs ».
- La Plate-forme parents permet aussi de mesurer la satisfaction des familles et proches.

4.5 Les résultats

4.5.1 Nouvelles demandes

Les données recueillies permettent d'établir que le service AEO a reçu 363 demandes au cours de la dernière année. En comparaison avec la l'année précédente, le nombre de nouvelles demandes a connu une hausse de 19,8%, correspondant à 60 demandes de plus que l'an dernier.

Le tableau suivant fait état des **demandes acceptées** pour les programmes-services DI ou TED. Les demandes refusées, annulées, en attente de décision ou pour le SRJM sans DI ou TED sont exclues de ce tableau.

NOUVELLES DEMANDES ACCEPTÉES ENTRE LE 1^{ER} AVRIL 2011 ET LE 31 MARS 2012					
Programme-cadre	Retard global de développement	DI	TED	PIC (en attente d'évaluation)	Total
Enfant/famille (naissance-11ans)	18	29	118	85	250
Ados-Adultes-Aînés (12ans et plus)	-	46	42	-	88
Total	18	75	160	85	338

4.5.2 Liste d'attente

En date du 31 mars 2012, 190 usagers étaient inscrits sur la liste d'attente pour un premier service. Le nombre d'usagers en attente d'un premier service est supérieur à l'an dernier, soit 190 comparativement à 168 au 31 mars 2011. C'est au Service à l'enfant et à sa famille que le nombre de personnes en attente d'un premier service est le plus élevé, soit 63%.

NOMBRE D'USAGERS EN ATTENTE D'UN 1^{ER} PREMIER SERVICE AU 31 MARS 2012						
	SERVICE ENFANT / FAMILLE	TERR. MILLE-ÎLES	TERR. MARIGOT	TERR. RUISSEAU-PAPINEAU	TERR. STE-ROSE	TOTAL
TED	74	4	10	8	9	105
DI	46	5	10	12	12	85
TOTAL	120	9	20	20	21	190

4.5.3 Plan d'accès

Depuis près d'un an, l'ensemble des standards d'accès pour un premier service est implanté au CRDI. Bien que nos résultats démontrent un bon niveau de performance, un défi demeure sur le plan de la réponse aux demandes de priorités modérées dans les délais prescrits (1 an). Le nombre de demandes ne cesse d'augmenter depuis quelques années et les demandes de niveau modéré représentent le plus grand volume. Encore

cette année, ce sont les Services à l'enfant et à sa famille qui ont reçu le plus de demandes.

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe :	Services sociaux et de réadaptation
--------------	--

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

Indicateurs	Résultats* 2010- 2011	Cibles 2011- 2012	Résultats* * 2011- 2012
1.45.5.5 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,1%	90%	93,24%
1.45.5.6 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100%	90%	100%
1.45.5.7 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,6%	90%	84,62%
1.45.5.8 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100%	75%	93,24%

4.5.4 Places en RNI

Dans le cadre du Plan d'accès et pour répondre aux besoins urgents des usagers en liste d'attente pour un service résidentiel, l'Agence de Laval a octroyé un budget supplémentaire de 10 places.

Selon les besoins de la clientèle, le CRDI Normand-Laramée a développé trois nouvelles ressources et a augmenté la capacité d'une ressource existante. Ce budget a permis de répondre à des usagers qui ont des besoins très diversifiés. En effet, le parc résidentiel du CRDI Normand-Laramée comprend maintenant :

- une ressource de 3 places maison d'accueil pour jeunes filles et adolescentes;
- une ressource de groupe pour 4 adolescents et jeunes adultes ayant des troubles du comportement;

- une ressource maison d'accueil pour 2 jeunes hommes ayant des troubles de comportement;
- La dixième place a servi à ajouter une place dans une ressource du territoire de Ste-Rose gérée par une coopérative de parents.

En développant de petits milieux spécifiques et plus spécialisés, l'ajout de ces 10 places a répondu aux besoins de jeunes usagers (adolescents et jeunes adultes) dont les familles étaient épuisées. Cela a permis d'augmenter la diversité de l'offre de service résidentiel du CRDI et de bonifier l'éventail des services.

4.5.5 Projet clinique

Le projet clinique lavallois vise à favoriser un meilleur accès, une continuité, une complémentarité et une qualité de services aux personnes qui les concernent. Une rencontre de l'ensemble des partenaires du réseau local de services lavallois a eu lieu en octobre 2011. À cette occasion, le président du comité du réseau local de services (RLS) a diffusé le projet clinique 2011-2016. Après une phase de planification importante, nous abordons maintenant la phase d'implantation du projet clinique. Les tables de travail régionales poursuivent leurs activités en regard des priorités qu'elles ont établies.

4.5.6 Agrément

La dernière année est marquée par les nombreuses activités liées à notre troisième démarche d'agrément. Au 31 mars 2012, l'analyse des sondages faits auprès des usagers, des proches, du personnel et des responsables de RNI est complétée. Les quatre équipes d'évaluation ayant pour mandat d'apprécier l'actualisation et l'adéquation des vingt-sept (27) processus et dix (10) normes liés à la démarche ont aussi complété leur mandat. Le processus d'élaboration du plan d'amélioration est amorcé et l'engagement de la direction est de déposer le **dossier établissement** auprès du Conseil québécois d'agrément (CQA) en juin. La visite de l'équipe du CQA est prévue durant la première semaine de septembre.

Nous sommes fiers de l'implication du personnel qui, suite à la diffusion des résultats des sondages, s'est investi dans l'identification de stratégies pour remédier aux faiblesses organisationnelles.

Nous nous réjouissons également de l'atteinte de notre objectif «agrément vert» qui était de diminuer de façon significative l'impression de documents dans le cadre de la démarche et d'utiliser au maximum la technologie informatique disponible.



4.5.7 Entreprise en santé

Afin d'améliorer de façon durable la santé, le mieux-être et la mobilisation du personnel, l'établissement s'est engagé au cours de l'hiver 2011 dans l'implantation de la démarche Entreprise en santé. Promue et soutenue par le ministère de la Santé et des Services sociaux par l'intermédiaire de l'équipe-conseil Programme santé des organisations et des individus (PSOI), cette démarche vise une certification Entreprise en santé décernée par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) à la suite d'un processus d'audit au terme de son implantation.



Alignée sur notre vision et notre philosophie de gestion, cette démarche constitue également un levier privilégié pour soutenir la mise en place de l'offre de services spécialisés de 2^e ligne et renforcer notre positionnement Employeur, lequel est défini comme un milieu professionnel, avant-gardiste, stimulant et humain.

En avril 2011, le sondage sur la mobilisation du personnel relatif à la démarche Entreprise en santé et arimé à la démarche d'agrément a été réalisé auprès de l'ensemble de notre personnel. Couvrant les quatre sphères visées par la démarche Entreprise en santé, soit les pratiques de gestion, l'environnement de travail, la conciliation travail/vie personnelle, ainsi que les habitudes de vie (activités physiques, alimentation, tabagisme et santé/bien-être), ce sondage a permis de mettre en relief les dimensions à priorité élevée afin de maintenir et améliorer la santé globale et la mobilisation du personnel.

Les démarches Entreprise en santé et d'agrément étant arimées, les résultats du sondage sur la mobilisation du personnel, intégrés à ceux des sondages sur la satisfaction des usagers, des proches et des responsables de ressources résidentielles, ont été présentés au cours de l'automne à l'ensemble du personnel, dans le cadre des rencontres d'équipe. Animées par les gestionnaires, ces rencontres ont permis au personnel de développer une compréhension globale et intégrée de l'ensemble des

résultats des sondages, d'échanger sur les besoins d'amélioration ainsi que sur les pistes d'action.

Faisant suite aux travaux entourant la démarche d'agrément au cours de l'hiver 2012, la démarche Entreprise en santé a été relancée au printemps avec la planification de groupes de discussion prévus en mai. Ces groupes de discussion visent à approfondir les besoins d'amélioration spécifiquement liés aux dimensions prioritaires des quatre sphères nommées précédemment et proposer des pistes de solutions. Au cours de l'exercice 2012-2013, un comité Santé et Mieux-être sera mis sur pied afin d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre ainsi que le suivi d'un plan d'action permettant de maintenir et d'améliorer la santé globale et la mobilisation du personnel.

4.5.8 Philosophie de gestion



Déoulant de la planification stratégique 2010-2015, l'établissement a énoncé et défini au cours de l'exercice 2011-2012 les valeurs de gestion guidant les décisions et les actions à l'égard de notre personnel. Des travaux de recherche, de rédaction et de validation auprès de représentants de chacune des catégories d'emploi ont mené à l'élaboration de la philosophie de gestion.

Essentiellement, notre philosophie à l'égard de la gestion de nos ressources humaines traduit notre volonté et notre engagement d'offrir un milieu de travail sain et harmonieux, propice au développement et à l'épanouissement de notre personnel. Elle présente ainsi un ensemble de valeurs de gestion guidant nos pratiques, nos actions et décisions au quotidien. Partagées par l'ensemble des membres de l'établissement, ces valeurs soutiennent la réalisation de notre vision, soit d'être ***une organisation professionnelle et performante, à dimension humaine, reconnue pour son expertise et sa capacité d'innovation dans la réponse aux besoins diversifiés de la clientèle qui exige des résultats.***

Cette philosophie trouve essence dans les principes suivants :

- Soutenir l'adhésion et l'engagement de tout le personnel à la mission, aux orientations et aux valeurs de l'établissement;

- Promouvoir et soutenir l'engagement qualité à travers l'ensemble des processus cliniques et administratifs;
- Encourager et soutenir le développement des ressources humaines et la mise en commun des compétences;
- Reconnaître et valoriser la compétence et la contribution du personnel;
- Faciliter les échanges et le développement optimal des mécanismes de communication;
- Assurer l'amélioration continue des pratiques favorisant la santé, le mieux-être et la mobilisation du personnel.

Afin d'assurer la mobilisation de ses ressources humaines, indispensable à la réalisation de sa mission, le CRDI Normand-Laramée entend respecter et promouvoir dans ses relations avec son personnel quatre valeurs fondamentales, soit **le respect, la cohérence, le professionnalisme et la performance**.

Enfin, suite aux divers travaux menant à l'élaboration de la philosophie de gestion, des activités de diffusion et d'appropriation auprès de l'ensemble du personnel sont planifiées à la fin du printemps 2012 dans le cadre des rencontres d'équipes.

4.5.9 Gestion de la présence au travail

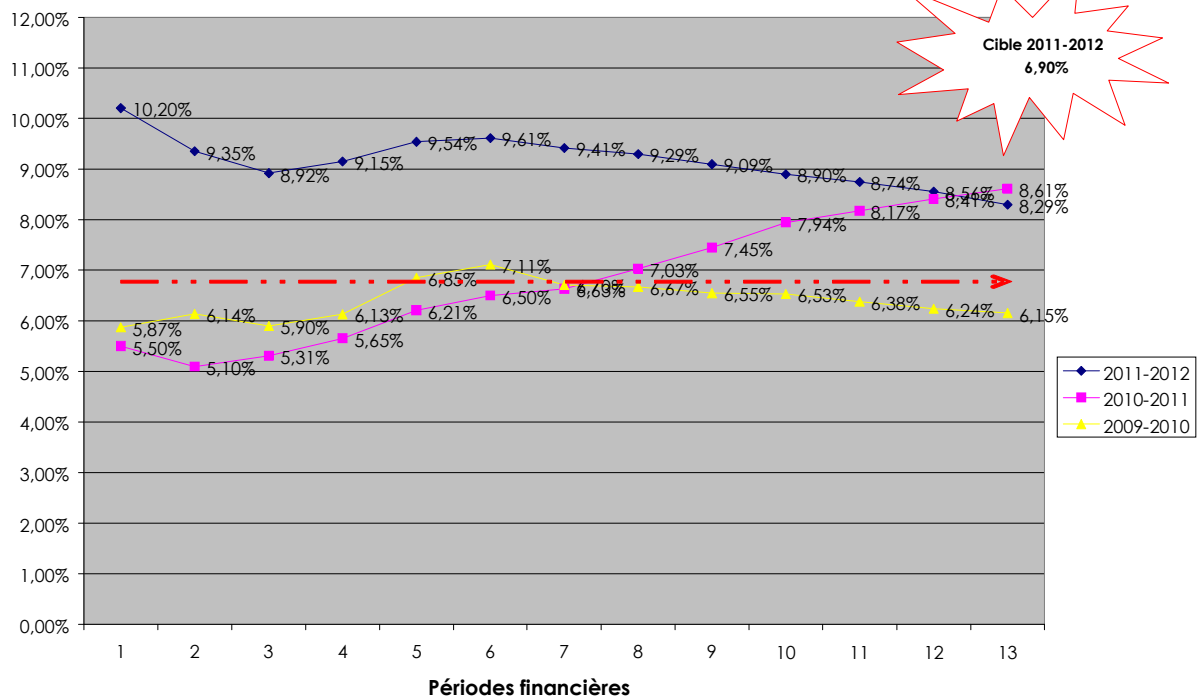
En date du 31 mars 2012, le ratio cumulatif en assurance-salaire s'élevait à 8,29%, dépassant la cible établie à 6,90%, mais présentant une diminution de 0,32% par rapport à l'exercice précédent.

GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL		
Exercice	Ratio cumulatif en assurance-salaire	Cible
2011-2012	8.29 %	6.90 %
2010-2011	8.61 % ²	6.05 %
2009-2010	6.15 %	5.00 %

L'exercice 2011-2012 a débuté avec un ratio très élevé de 10,20%. Comparativement à l'exercice 2010-2011 caractérisé par une augmentation soutenue du ratio cumulatif, celui-ci s'est stabilisé au cours de 2011-2012 pour connaître une baisse constante et graduelle à compter de la période 6.

² Suite à la publication du rapport annuel 2010-2011, le calcul du ratio en 2010-2011 a fait l'objet d'une correction en vertu des règles de calcul fournies par l'Agence.

Ratio cumulatif en assurance-salaire au cours des trois derniers exercices financiers



Afin d'améliorer la gestion de la présence au travail, l'établissement a procédé au cours de l'automne 2011 à un audit de l'ensemble de ce processus de gestion. Basé sur les constats soulevés dans le cadre de cet audit, un plan d'action a été élaboré et mis en œuvre à compter de décembre 2011. En rappelant l'importance stratégique de la présence au travail auprès de toutes les parties prenantes, ce plan d'action inclut notamment :

- la révision de la politique relative à la gestion de la présence au travail en responsabilisant les employés face à la présence au travail et en réaffirmant la responsabilité hiérarchique des gestionnaires en regard de la GPT;
- la formation des gestionnaires concernant la gestion de la présence au travail;
- la formation du personnel RH concernant la gestion de l'absentéisme excessif;
- la sensibilisation des instances syndicales face aux enjeux relatifs à la présence au travail;
- la diffusion auprès de l'ensemble du personnel, de la politique révisée;
- l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan d'action GPT dans chacun des services;

- la révision du tableau de bord GPT présentant les statistiques pour chacun des services et au niveau de l'ensemble de l'établissement;
- le soutien et le coaching auprès des gestionnaires dans l'élaboration de leur plan d'action GPT;
- la sensibilisation du médecin désigné de l'établissement face aux enjeux relatifs à la présence au travail;
- le rehaussement du budget (passant de 20K à 52K) pour évaluation et expertise médicale.

4.5.10 Programme d'appréciation des contributions (PAC)

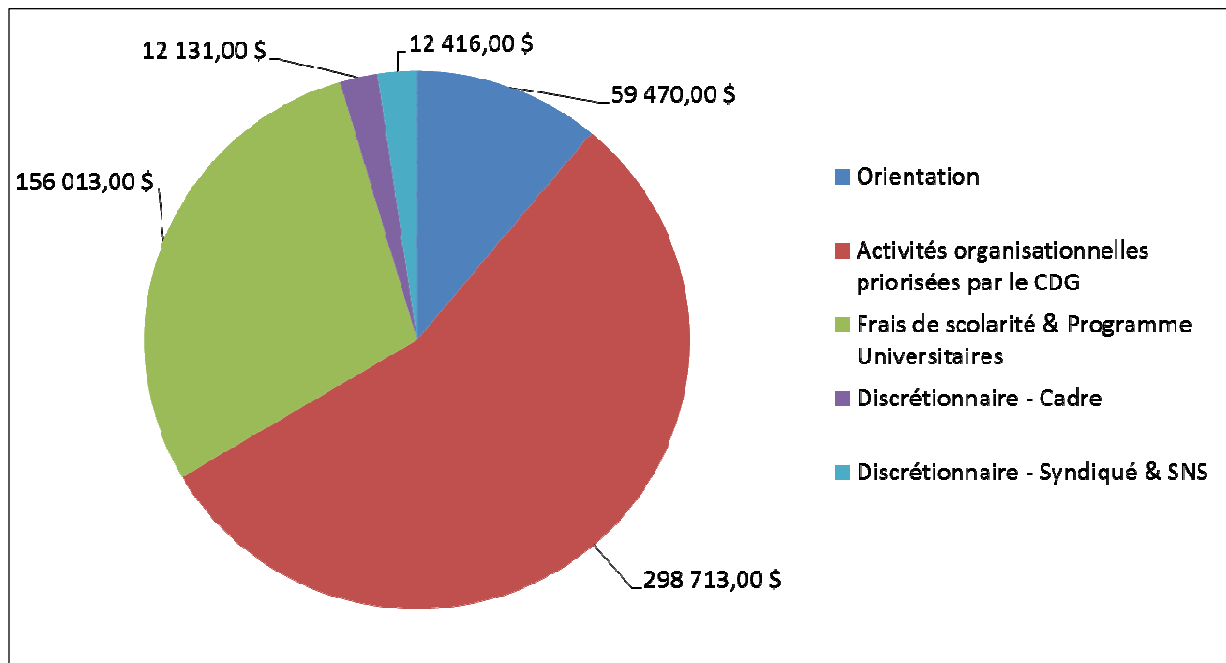
Fondé sur les valeurs d'amélioration continue, de soutien et de reconnaissance, ce programme a pour objectifs de donner un sens au travail en précisant la contribution attendue en lien avec le champ de responsabilités, de mieux soutenir les employés dans l'exercice de leurs fonctions, de favoriser le développement continu des compétences, d'évaluer l'atteinte des objectifs visés et la progression dans la maîtrise des compétences et, finalement, de reconnaître les efforts et les réalisations des employés de l'établissement.

D'abord implanté auprès du personnel cadre en 2007, puis en 2009 auprès du personnel administratif et du personnel clinique non supervisé par les spécialistes aux activités cliniques; le programme d'appréciation des contributions a été déployé au cours de l'automne 2010 auprès du personnel syndiqué et syndicable non syndiqué (SNS, excluant le personnel de la Résidence Louise-Vachon. Au cours de l'automne 2011, le programme a été déployé auprès du personnel éducateur et du personnel infirmier (excluant les infirmières auxiliaires) de la Résidence. Des activités d'appropriation à l'intention des cadres, des rencontres d'information auprès des partenaires syndicaux et des rencontres de diffusion et d'appropriation dans les équipes de travail ont été réalisées. Prévue au début 2013, la prochaine et dernière phase du déploiement du programme visera les infirmières auxiliaires, les assistants en réadaptation, les préposés aux bénéficiaires ainsi que les employés des services auxiliaires œuvrant à la Résidence. Les outils utilisés dans le cadre de ce programme seront préalablement adaptés au contexte spécifique de gestion à la Résidence, celui-ci étant caractérisé par une grande étendue de supervision de personnel.

4.5.11 Formation

Dans le cadre du processus d'élaboration du plan de formation, un exercice de priorisation des activités de développement des compétences a été réalisé en juin 2011 permettant ainsi d'analyser et de cibler les formations prioritaires, de valider la capacité budgétaire et la faisabilité opérationnelle, en tenant compte des cibles prévues à l'article 13 de la convention collective nationale.

Au cours de l'exercice 2011-2012, l'établissement a investi 538 743\$ (dont 414 819\$ en dépenses salariales), totalisant 11 524.85 heures de formation destinées au personnel.



Le diagramme ci-dessus illustre la répartition des dépenses actualisées relatives à l'enveloppe budgétaire prévue pour le développement et la formation du personnel en 2011-2012³.

Dans le but de soutenir le personnel dans la spécialisation des services et d'offrir une réponse constamment adaptée aux besoins de la clientèle, de nombreuses sessions de formation ont été dispensées. Au total, 254 activités de formation interne ont eu lieu entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012.

³ À noter, les enveloppes discrétionnaires pour le personnel cadre et le personnel syndiqué et SNS concernent la participation à des activités telles que congrès, colloques, conférences ou activités externes de formation répondant à des besoins individuels de développement.

Parmi celles-ci, les formations qui ont rejoint le plus grand nombre d'employés concernent :

- Formation sur les mesures d'urgence à la RLV
- Formation sur la gestion des risques à la RLV
- Formation sur les mesures de contrôle
- Introduction au modèle PPH
- Formations en lien avec la spécification TED
- Formations en lien avec la spécification DI
- Formation sur la gestion de la présence au travail offerte à tous les gestionnaires de l'établissement
- Les groupes de codéveloppement à l'intention du personnel d'encadrement.

Outre les activités d'orientation, les activités de développement répondant à des besoins organisationnels ou individuels, l'établissement a également encouragé la participation des intervenants à l'un ou l'autre des programmes de formation universitaire spécialisée en DI ou en TED soit : le Plan national de formation TED (PNF-TED) offert par l'Université Laval et le Plan universitaire de formation en DI (PUF-DI) offert par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Voici quelques statistiques à cet effet :

- Programme universitaire de 1^{er} cycle en DI et TED :
 - 23 éducateurs ont participé au certificat en intervention auprès de la clientèle TED. De ce nombre, 2 éducateurs ont complété ce programme,
 - 10 intervenants ont participé aux microprogrammes PUF-DI 1^{er} cycle. De ce nombre, 5 éducateurs ont complété ce programme.
- Programme universitaire de 2^e cycle en DI et TED :
 - 5 intervenants ont participé au microprogramme PUF-DI 2^e cycle.

Voici les résultats globaux liés à la formation au 31 mars 2012 :

#	Catégorie d'employés	Nombre total d'heures de formation reçue	Frais liés au salaire	Total des frais de formation ⁴	Ratio Total des frais de formation / masse salariale en %	
					actuel	cible ⁵
n/a	Personnel cadre	948,75	47 168,63 \$	78 909,76 \$	2,81%	
n/a	Personnel SNS	228,92	9 244,10 \$	12 452,23 \$	2,46%	
1	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	231,00	7 865,28 \$	10 696,06 \$	1,05%	1,34%
2	Personnel para technique, services auxiliaires et métiers	1 946,18	44 004,52 \$	46 657,92 \$	1,26%	0,38%
3	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	291,25	10 780,73 \$	16 642,32 \$	1,10%	0,38%
4	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	7 878,75	295 756,05 \$	373 384,83 \$	3,50%	1,25%
TOTAL:		11 524,85	414 819,31 \$	538 743,12 \$		

4.5.12 Projet Lean

Au printemps 2011, nous avons amorcé une démarche de révision des processus de travail à la Résidence Louise Vachon afin d'optimiser l'efficacité, l'efficience, la qualité des services ainsi que la qualité de vie au travail dans le cadre d'une approche milieu de vie.

Avec la mise en place des projets *LEAN* les équipes de travail du Goéland, de La Clairière et du Carrousel ont d'abord travaillé à identifier puis à éliminer les irritants et les pertes de temps relevant de l'organisation du travail. La démarche a aussi permis une meilleure appropriation par les intervenants de leurs processus de travail. Les processus revus et optimisés permettent maintenant aux intervenants de consacrer plus temps de qualité aux usagers sous différentes formes, accompagnement personnalisé, activités récréatives, etc., et ce dans le respect de leur besoin ainsi que de leur rythme.

⁴ Incluant les dépenses salariales, les frais pédagogiques, les frais de déplacement et de séjour.

⁵ En vertu de l'article 13- Budget consacré au développement des ressources humaines de la convention collective (SQEES).

4.5.13 Plan fonctionnel et technique de la Résidence Louise-Vachon

Dans la foulée des travaux touchant la mise en œuvre de la consolidation et de la spécialisation de la RLV, le comité stratégique a adressé une recommandation au directeur général afin de demander l'autorisation à l'ASSSL de procéder à l'élaboration d'un plan fonctionnel et technique (PFT). Ce comité est composé de représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, du CSSSL, du comité des résidents et de directeurs du CRDI.

Soutenu par des ressources externes, l'établissement a retenu les services de la firme Bergeron Bouthiller architectes dans le cadre du mandat de transformation de la RLV.

À terme, la Résidence deviendra un milieu de vie novateur qui accueillera une clientèle qui trouve difficilement sa place dans le réseau de service actuel. Ainsi sur le terrain situé derrière les bâtiments de la RLV trois nouveaux condos seront construits. Quant aux espaces actuels, les dortoirs seront réorganisés en trois milieux de vie. Au total 56 personnes présentant soient des pertes d'autonomie liées au vieillissement, des troubles du comportement ou des troubles graves du comportement pourront vivre dans un véritable chez-soi. Le coût total du projet est évalué à 12M\$, de cette somme 4,2M\$ serviront à la construction des condos et 8M\$ au réaménagement des espaces de vie de la Résidence

La première phase du projet a été annoncée lors d'une conférence de presse en présence de plusieurs dignitaires, de parents et de personnel. Elle prévoit la construction de deux condos qui accueilleront 16 personnes, la création des liens de circulation entre les différents milieux de vie et l'aménagement des sous-sols des condos. Les travaux devraient commencer au cours de la prochaine année et se poursuivre jusqu'en 2015.

4.5.14 Charte du milieu de vie et du travail

Un comité formé de dix-sept membres a été mis sur pied dans le but d'élaborer une charte du milieu de vie et du travail à la Résidence Louise-Vachon. Cette charte vise à faire connaître concrètement les principes essentiels du milieu de vie et du travail des personnes présentes à la RLV (aux employés, aux parents des résidents). Par les principes qu'elle véhicule, la charte propose une définition organisationnelle du milieu de vie. Elle est l'expression de l'identité du milieu de vie. La charte permet de partager et d'affirmer les valeurs et les droits de chaque personne. Elle

permet aussi de construire un climat de travail et d'hébergement positif par :

- le développement d'un sentiment d'appartenance;
- le travail dans un esprit de collaboration.

Cette charte est en harmonie avec le Guide des valeurs - Repères éthiques et la philosophie de gestion. Elle reconnaît au représentant de la personne hébergée le droit de veiller à ses meilleurs intérêts.

La charte sera présentée aux parents de la RLV lors de la Fête des fleurs qui se tiendra en juin de même qu'au personnel au cours du même mois.

4.5.15 Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD)

L'utilisation du SIPAD s'est consolidée en 2011-2012. Une nouvelle version a été implantée (version 11) qui a permis d'éliminer certains problèmes récurrents et d'apporter des améliorations. De plus, la grande majorité des champs du SIPAD sont désormais dans le catalogue COGNOS, ce qui permettra une exploitation graduelle des informations que le système contient.

L'intégration se poursuit auprès des utilisateurs avec la confirmation d'un second poste de pilote SIPAD et la poursuite du surcroît de l'éducatrice dédiée au soutien. Les demandes de soutien permettent de constater que l'appropriation de l'application par les intervenants se consolide

Une tournée des équipes d'intervenants a été réalisée. Ces rencontres ont permis de constater une augmentation significative des volumes d'activités rapportés au SIPAD par les intervenants et de préciser les besoins et les objectifs pour la prochaine année.

4.5.16 Projet d'optimisation et de réorganisation du travail

L'établissement connaît actuellement un virage majeur et se dirige vers une culture professionnelle reposant sur l'efficacité et la performance. Parmi les moyens mis à contribution pour réussir cette transformation culturelle, nous avons choisi d'inclure les nouvelles technologies, en ayant comme objectif d'en tirer le plus d'efficacité possible. L'arrivée du SIPAD est un exemple parlant pour nous tous.

Le déménagement obligé de l'équipe du territoire du Ruisseau-Papineau nous fait saisir dès maintenant le moment de réfléchir et mettre en œuvre

un projet d'optimisation et de réorganisation du travail. Nous profitons donc de cette opportunité pour faire un pas de plus dans ce vaste projet d'amélioration de notre efficacité et de notre performance. Le projet d'optimisation du travail des équipes cliniques est démarré et sera implanté à la suite de la réalisation d'un projet-pilote. Ce projet-pilote vise deux équipes, celle du territoire du Ruisseau-Papineau et celle du Service à l'enfant et à sa famille (SEF).

L'adaptation de plusieurs acteurs, tant au niveau clinique qu'administratif sera requise. Il modifiera notamment le type de soutien offert par les techniciens en informatique, les habitudes de gestion des cadres intermédiaires, etc.

Parmi les volets qui sont actuellement étudiés par le comité de travail, ils s'en dégagent 3 qui, à ce stade, semblent constituer des piliers du nouveau modèle d'organisation du travail :

- Le partage des lieux de bureau;
- L'utilisation des technologies informatiques mobiles;
- Le travail à distance.

Ce projet représente un pas important dans notre objectif d'optimiser nos façons de faire et nos processus administratifs afin d'être en mesure d'augmenter de manière significative notre offre de service auprès des usagers : *Faire autrement, avec efficacité et agilité.*

4.5.17 Plan directeur informatique

Un plan directeur informatique a été produit en collaboration avec la firme Groupe GSC en mai 2010 et a permis de prioriser certains projets à actualiser entre 2010 et 2013, soit :

- La mise en place d'un système informatisé de requête et de suivi pour les services informatiques et techniques. Présentement le logiciel requis est installé sur nos systèmes et est utilisé pour la gestion des demandes de services informatiques et des services techniques. Nous constatons une utilisation accrue de ce système en 2011-2012.
- L'exploitation de la base de données SIPAD. Présentement, nous sommes à consolider les informations qui se trouvent dans l'application. Nous avons la possibilité d'exploiter certaines données par le biais de l'application COGNOS, mais certaines procédures

doivent être raffinées pour une utilisation plus exhaustive des données. Le catalogue COGNOS est plus complet que l'année précédente.

- L'outil de gestion et d'exploitation des données « Banque d'employeurs » est en fin de vie utile. L'exploitation des données est difficile et peu conviviale. Des recherches sont en cours afin de doter l'équipe d'un outil de travail plus performant.
- Le déploiement du SIRTIF. **L'outil de précision et de classification** dans la section usager a été complété pour l'ensemble des usagers et est utilisé en continu. **Le module Suivi de ressources, note de suivi**, est actuellement en cours de déploiement avec un groupe témoin.

✓ **Informatique - Autres projets**

- Le déploiement de Office 2010 a débuté. La migration de Office 2003 à Office 2010 se poursuivra au cours des deux prochaines années.
- Trois serveurs ont été remplacés.
- Trois serveurs ont été virtualisés.
- Le passage à la fibre optique est en cours dans tous les points de services (réalisé à la RLV).
- Le module de réservation de salle et d'équipement à partir de Lotus Notes est en cours d'élaboration.
- Les techniciens informatiques évaluent actuellement différents outils informatiques mobiles dans le cadre du projet d'optimisation et de réorganisation du travail des intervenants cliniques prévu en 2012-2013 dans deux équipes témoins.
- Enfin, mentionnons que nous avons augmenté la sécurité des salles de serveurs dans les points de services (installation de rateliers) et que nous avons également procédé à l'installation de prises réseau supplémentaires dans certaines salles des points de services.

4.5.18 Recherche-Compagnon STL

Cette recherche est effectuée en partenariat avec la Société des transports de Laval (STL), la chaire de recherche sur les technologies assistée de l'UQTR et le CRDI Normand-Laramée.

Les objectifs du projet sont: la création d'une application mobile d'assistance aux déplacements en transport en commun, son

expérimentation et l'évaluation de ses impacts auprès de notre clientèle. L'application sera installée sur un « téléphone intelligent ».

La réalisation du projet de recherche comprend l'expérimentation de la technologie mobile d'assistance aux déplacements, l'analyse des résultats et le transfert des connaissances sur une période d'un an et demi. Une trentaine de participants de l'établissement répondant aux critères d'inclusion seront choisis.

Depuis la signature de l'entente de partenariat, des travaux se poursuivent en vue de déposer un certificat éthique à la fin de l'été 2012. Des discussions sont amorcées avec la STL concernant la création de l'application mobile en collaboration avec la STL et l'UQTR et la recherche d'usagers potentiels répondant aux critères a été initiée par les éducateurs.

4.5.19 Plate-forme parents

Depuis sa création en 2009, la plate-forme est un levier de communication et de mobilisation de choix entre le CRDI et l'ensemble des parents dont l'enfant reçoit des services du CRDI. Durant la dernière année, les parents et le CRDI se sont mobilisés dans l'organisation d'un congrès destiné aux parents et aux partenaires du CDRI. Intitulé « À chaque âge son défi et à chaque défi des solutions », le congrès du 17 mai 2011 a remporté un véritable succès avec un taux de satisfaction de 98%.

Différents sujets ont aussi été traités dans la dernière année. Entre autres, la planification stratégique, la participation sociale, le programme PEVAAS et la révision du plan d'organisation. La plate-forme a aussi revu le mandat des comités de parents. Une nouvelle avenue a été proposée pour réunir les parents des différents services, soit la tenue de soirées thématiques en lien avec les besoins et préoccupations exprimés par les parents. Une première soirée sous le thème du continuum résidentiel a eu lieu en mars 2012 dans le cadre de la Semaine québécoise de la DI. Une quarantaine de personnes y ont assisté.

L'organisation d'un congrès en 2013 sera une des priorités de travail pour la plate-forme pour la prochaine année.

4.5.20 Communications

Le groupe tactique des communications a élaboré et déposé au comité de la direction générale son plan de travail 2011-2012, dans lequel nous retrouvons une annexe regroupant les actions découlant de la planification

stratégique. Cette section a été élaborée avec les membres du groupe tactique impliqués dans les équipes projet.

Au cours de la dernière année, le groupe tactique s'est rencontré à six reprises. Les principaux dossiers travaillés par le groupe tactique concernent :

- La contribution des membres aux différentes rubriques du portail;
- Le développement de la phase 2 du portail;
- La diffusion de l'information dans les équipes et la rétroaction du personnel sur les actions de communication;
- Le développement d'outils de communication en lien avec la planification stratégique;
- La contribution au plan de communication.

L'équipe des communications a aussi amorcé une réflexion sur les médias sociaux. En collaboration avec les ressources humaines et les ressources informationnelles, un comité de travail a été mis sur pied afin de pousser plus loin la réflexion et faire des recommandations au comité de la direction générale.

4.6 Suites aux recommandations du rapport d'agrément

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

Le dernier suivi a été réalisé en date du 31 mars 2012 concernant les 17 objectifs fixés, les 62 stratégies de réalisation et les 39 indicateurs de résultats. Le CQA avait émis 5 recommandations, dont 2 contraignantes. Ces dernières recommandations ont fait l'objet d'un plan de travail. Le CRDI a rencontré les exigences stipulées et en assure le suivi.

Les recommandations du plan d'amélioration ont été actualisées à 94%. Cinq objectifs n'ont pas été atteints à 100%. De ce nombre, 4 sont atteintes au-delà de 80%. Un seul objectif sera reconduit dans le plan d'amélioration 2012-2015, soit : «Actualiser un processus d'intégration pour les nouveaux employés.» La politique est élaborée mais non actualisée.

4.7 Prestation sécuritaire des services

4.7.1 Bilan des incidents-accidents

Au cours de l'année, 820 incidents-accidents furent déclarés (149 déclarations de plus qu'en 2010-2011). De ces déclarations, 773 sont des accidents et 47 sont des incidents.

La répartition des déclarations en fonction du type d'événement se présente de la façon suivante (81 déclarations ne figurent pas au tableau puisqu'elles appartiennent à une des 10 autres catégories de type d'événement moins fréquentes):

Types d'incidents-accidents	NB
Chutes	233
Constat de blessure d'origine inconnue	132
Événements en lien avec la médication	113
Possibilités d'abus (pairs)	102
Désorganisation et automutilation	86
Autre type	73

La saisie sur le formulaire de la catégorie « autre type » ne donne pas d'information précise sur l'événement et représente un obstacle à la prévention dans la gestion des risques.

La répartition des incidents-accidents en fonction de la gravité des événements se présente comme suit :

INCIDENTS	NB
Situation à risque	11
Échappée belle	36
ACCIDENTS	NB
Accident sans conséquences ni surveillance requise.	181
Accident demandant une surveillance car des conséquences sont craintes.	166
Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins non spécialisés	368
Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins spécialisés sans hospitalisation	50
Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins spécialisés avec hospitalisation	2
Accident ayant des conséquences permanentes pour la personne	0
Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie	0
Accident ayant contribué en la mort de la personne	0

4.7.2 Les mesures de contrôle

Pour la période de référence, une mesure de contention ou de protection fut utilisée au moins une fois auprès de 154 usagers totalisant 213 mesures (en 2010-2011, ce type de mesure avait été utilisé auprès de 143 usagers et totalisait 195 mesures).

Voici les statistiques sur l'utilisation des mesures de contrôle et de protection :

DI							
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	65 et +	Total
Nombre d'usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2011-2012	0	7	4	62	41	10	124
<i>Nombre de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention (protection)	0	1	3	39	30	3	76
Contention (contrôle)	0	4	1	15	5	2	27
PRN/substance chimique	0	1	4	20	14	5	44
Isolement	0	1	0	5	2	1	9
Total	0	7	8	79	51	11	156

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 2011-2012	0	7	5	16	1	1	30
<i>Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention (protection)	0	0	0	0	7	0	7
Contention (contrôle)	0	8	5	10	0	0	23
PRN/substance chimique	0	5	6	11	0	1	23
Isolement	0	0	0	4	0	0	4
Total	0	13	11	25	7	1	57

De janvier à mars 2012, la formation du Ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les mesures de contrôle a été donnée à l'ensemble des employés et des responsables des ressources résidentielles. Cette formation favorise le changement de culture sur l'utilisation de ce moyen de dernier recours qui vise uniquement la sécurité des personnes.

Les actions découlant de ces formations permettront de limiter l'utilisation, la fréquence et la durée de ces mesures.

4.7.3 Les principaux constats

✓ Déclaration des incidents-accidents

Au cours de la dernière année, le CRDI a formé les éducateurs, les préposés aux bénéficiaires et les assistants en réadaptation de la Résidence Louise-Vachon afin qu'ils puissent faire des déclarations.

Le MSSS a revu sa position concernant le statut de la catégorie « C » (événement survenu sans conséquence) la faisant passer des incidents vers les accidents, ce qui augmente le nombre d'accidents en comparaison avec les années antérieures.

Constats qui auront une incidence sur les statistiques pour les années subséquentes :

Favorisant l'augmentation des déclarations...

- Plus grande sensibilisation faite auprès des équipes dont un suivi trimestriel auprès des chefs de services et un suivi mensuel auprès des coordonnateurs.
- Sensibilisation d'un plus grand nombre d'employés suite à l'inclusion de l'ensemble du personnel de la Résidence Louise-Vachon au processus de gestion des risques.
- Reprise des formations sur la gestion des risques auprès des employés et des responsables des ressources (fréquence de 2 fois par année, débutées en février 2012).

Favorisant une réduction des déclarations...

- Les déclarations retenues par la gestion des risques seront uniquement celles qui concernent la prestation des services, tel que précisé par le MSSS.

Certains constats touchent davantage la qualité du processus qui permet au gestionnaire de risques d'analyser les besoins de prévention pour le CRDI :

- Sensibilisation à venir concernant la rédaction de la déclaration sur les formulaires.
- Information à transmettre afin d'augmenter la précision des déclarants dans l'attribution du type d'événement (diminuer l'utilisation de la catégorie « autre type »).

Afin de travailler en prévention et de réduire les incidents-accidents de certains types, des actions sont à prévoir ou à poursuivre pour l'année 2012-2013. Un programme de prévention des chutes est à mettre en place et la formation sur l'administration de la médication est à poursuivre.

Au terme de ces actions, il sera possible d'observer une baisse de déclarations pour l'année 2012-2013 malgré la sensibilisation et la formation qui sont des facteurs permettant habituellement d'en augmenter le nombre.

✓ **Mesures de contrôle**

Constats qui auront une incidence sur l'utilisation des mesures de contrôle pour les années subséquentes :

- Sensibilisation suite à la formation concernant l'utilisation des mesures de contrôle en dernier recours seulement et pour des situations de risques imminents.
- Sensibilisation des équipes aux mesures de contrôle permettant d'en dépister l'utilisation et de procéder à leur évaluation.
- Amélioration du processus d'analyse des problématiques nécessitant une mesure de contrôle afin d'assurer la recherche d'alternatives.
- Ajustement du terme « mesure de protection » à la définition du MSSS.
- Un protocole de mesure de contrôle (encadrant l'utilisation de telles mesures pour le CRDI Normand-Laramée) devra être adopté.
- Sensibilisation à poursuivre auprès des responsables des ressources et des équipes sur l'importance de déclarer à la Direction des pratiques professionnelles toute utilisation d'une mesure de contrôle afin d'avoir son autorisation.

Il est à noter que l'augmentation pour cette année du nombre de mesures de contrôle peut être attribuable au fait que nous les répertorions davantage

4.7.4 Recommandations du Coroner

Aucun rapport du Coroner n'a été déposé au CRDI au cours de l'exercice financier 2011-2012.

4.8 Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

4.8.1 Le traitement des plaintes

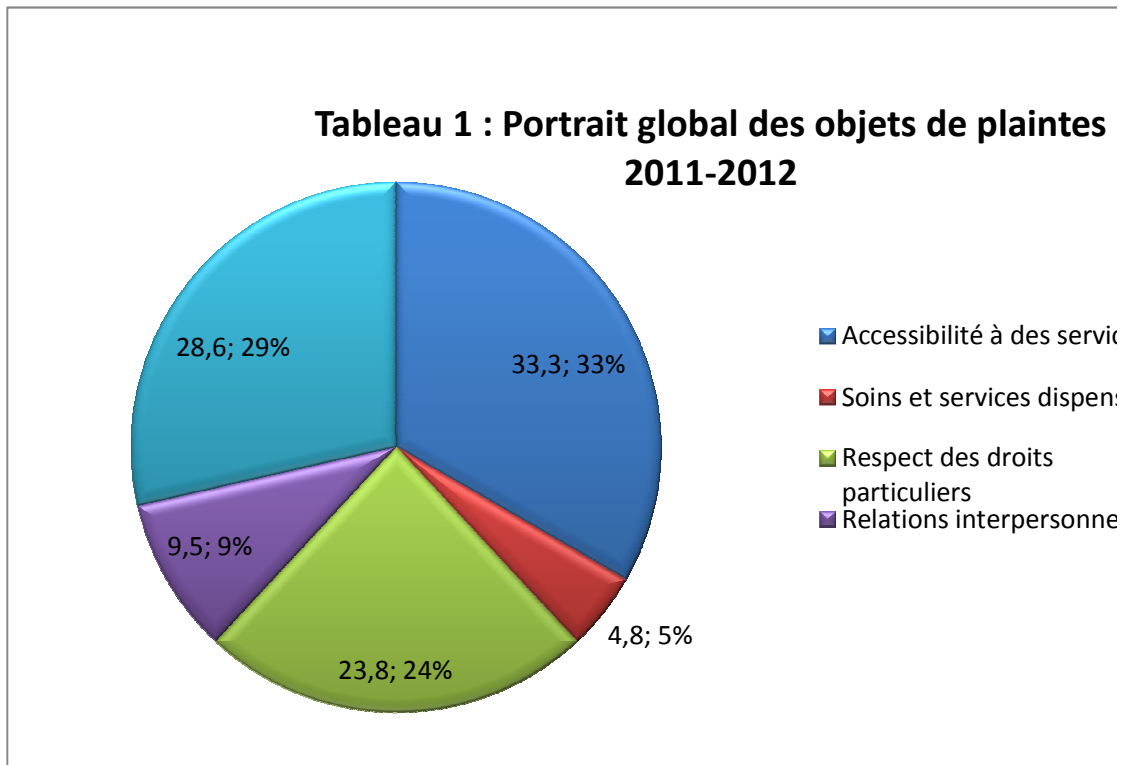
Pour l'année 2011-2012, 13 plaintes ont été déposées et traitées. L'année précédente, nous avons enregistré 6 plaintes formelles : le nombre de plaintes a plus que doublé. Par contre, le nombre d'interventions du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a diminué. En 2010-2011, le commissaire avait exercé son pouvoir d'intervention reconnu dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, suite à un signalement ou de sa propre initiative, à 7 reprises lors de situations d'insatisfactions liées à la qualité des services ou au respect des droits des usagers. Pour l'année 2011-2012, ce pouvoir d'intervention a été exercé à 3 reprises.

La dernière année écoulée a permis de compléter le chantier de diffusion lié à la promotion du mécanisme de traitement des plaintes entrepris l'année précédente. La vaste tournée d'information sur le mécanisme lui-même et sur les droits des usagers est terminée. Toutes les équipes qui offrent des services aux usagers ont été rencontrées. La très grande majorité des responsables des RNI (ressources non institutionnelles) ont participé à une séance de promotion. Le volet promotion semble avoir porté fruit puisque la plupart des personnes qui ont signalé des situations d'insatisfaction auprès du commissaire local mentionnent avoir été référées par un employé de l'établissement ou avoir obtenu les renseignements nécessaires sur le site web du CRDI.

4.8.2 Nature des motifs d'examen de plainte

Considérant que le dépôt d'une plainte peut viser plus d'un objet d'insatisfaction, nous avons dénombré 21 motifs différents regroupés dans les catégories qui font consensus au niveau de la pratique en cette matière dans la province. Pour l'exercice 2011-2012, la catégorie liée à des questions **d'accessibilité à des services** est la plus importante en termes de nombre : à 7 occasions des personnes intéressées se sont manifestées sur ce point. Suit de très près, avec 6 situations, la dimension relative à l'**organisation du milieu**, c'est-à-dire l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné. Des questions de respect des **droits particuliers** des usagers ont été invoquées à 5 reprises. Deux situations ont soulevé des questionnements sur la qualité des **relations interpersonnelles** ou sur le savoir-être et le savoir-faire de l'intervenant qui accompagne l'utilisateur. Finalement, la catégorie **soins et services dispensés** a soulevé des questionnements à une occasion.

Le tableau ci-dessous met en relief les plaintes et les interventions 2011-2012 selon leur objet, c'est-à-dire selon le motif évoqué lors du dépôt de la plainte.



4.8.3 Mesures d'amélioration

Le traitement des plaintes ou des insatisfactions ainsi que l'exercice du pouvoir d'intervention s'inscrivent dans le grand ensemble de l'amélioration de la qualité des services offerts aux usagers. Bien que chacune des situations portées à l'attention du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services soit traitée dans la plus grande confidentialité, nous pouvons dégager des pistes qui peuvent avoir une portée plus systémique et bonifier certaines pratiques.

À ce chapitre, il faut rappeler le rôle primordial exercé par le comité de vigilance et de la qualité des services qui est une instance du conseil d'administration. Une de ses principales responsabilités étant de voir au suivi des recommandations du commissaire local, on se doit de souligner sa collaboration, son implication et son soutien continu en cours d'année dans la recherche et la poursuite de voies d'amélioration des services. À titre d'exemple de certaines questions abordées, mentionnons la question préoccupante et très actuelle de l'accès à des services en langue anglaise pour une population anglophone qui a progressé de façon très

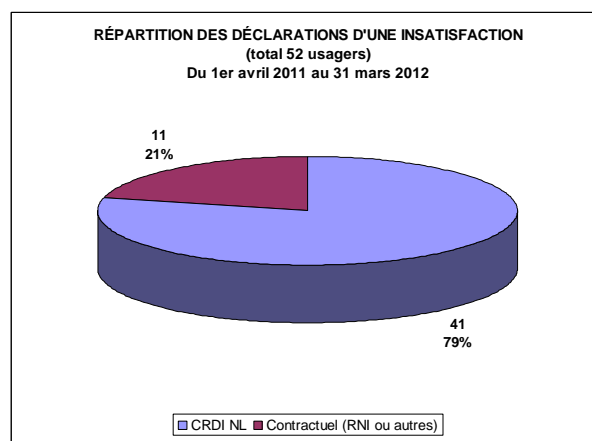
remarquée dans la région de Laval. Sur le plan de l'accès à des services professionnels, l'examen de certains cas vécus a été l'occasion de revoir des façons de faire et de mettre en place une utilisation des ressources humaines différente et plus efficiente. L'importance d'une tenue de dossier rigoureuse a aussi été mise de l'avant par le biais de l'examen de certaines situations. La compréhension et l'application des orientations de l'approche de la gestion des risques, c'est-à-dire du suivi des incidents et des accidents des usagers, demeurent une préoccupation constante. Il faut mentionner que ces différentes réalités ont été vues dans une perspective partagée de mieux servir la clientèle du CRDI.

4.9 Gestion des insatisfactions

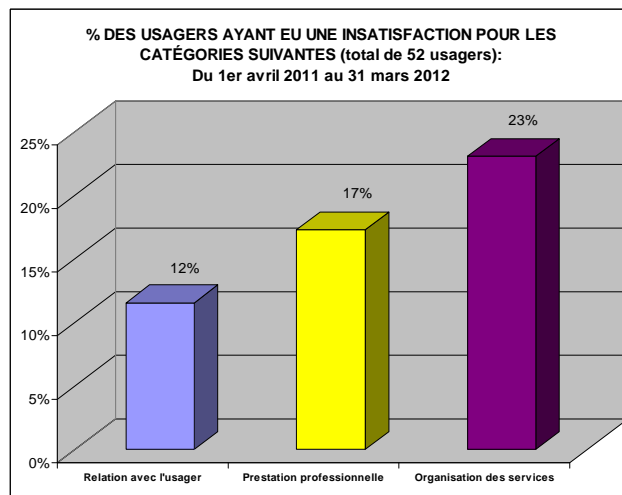
À l'hiver 2011, le conseil d'administration a adopté la **«Politique relative à la gestion des insatisfactions de la clientèle»**. Son actualisation a débuté le 1^{er} avril 2011 dans les services concernés. Il est à noter que la gestion des insatisfactions était déjà assumée par les différents acteurs de l'organisation. La politique vient formaliser un mécanisme afin de répertorier les insatisfactions et en assurer le suivi.

Les données répertoriées pour les périodes 1 à 9 ont été déposées auprès des gestionnaires en décembre 2011. Le premier élément constaté a été qu'un grand nombre d'intervenants n'avaient pas acquis le réflexe de compléter le formulaire. Les données ont été diffusées auprès des équipes et les attentes ont été précisées. Divers moyens de communication sont aussi prévus pour l'année 2012-2013.

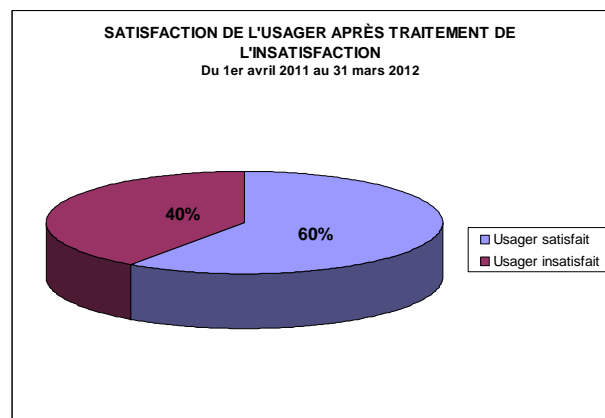
Voici les déclarations répertoriées pour l'année 2011-2012 : 52 déclarations répertoriées, dont 11 concernent les services dispensés par l'un ou l'autre de nos contractuels (RNI ou services professionnels achetés); les 41 autres déclarations concernent le CRDI.



Les insatisfactions sont réparties dans 3 catégories distinctes, soit : *la relation avec l'utilisateur, la prestation professionnelle et l'organisation des services*. Cette dernière catégorie comporte le plus grand nombre d'insatisfactions au cours de la dernière année.



Pour chaque insatisfaction répertoriée, le niveau de satisfaction de l'utilisateur est vérifié. Il est possible que l'utilisateur soit référé à une autre personne, plus apte à répondre à ses insatisfactions, cadres intermédiaires ou directeurs. Pour l'année 2011-2012, 60% des usagers se disent satisfaits à la suite du traitement de leur insatisfaction.



4.10 Atteindre l'équilibre budgétaire dans le respect des règles

RÉSULTATS EN DATE DU 31 MARS 2012	
Revenus totaux	40 566 216 \$
Charges totales	40 477 132 \$
Excédent des revenus sur les charges	89 084 \$

4.10.1 Résultats relatifs à l'application de la Loi 100

Pour l'exercice 2011-2012, le CRDI avait une cible de réduction de 136 579 \$. Les mesures actualisées pour répondre à cet objectif sont :

- La réorganisation des services administratifs effective en janvier 2012 , incluant notamment :
 - l'abolition des postes de directeur des Ressources humaines et de directeur des Ressources financières, matérielles et techniques,
 - la création des postes de directeur des Services administratifs et de coordonnateur des Ressources financières, matérielles et technique,
 - l'abolition du poste de chef de secteur du fonctionnement et des installations,
 - le transfert d'un poste de technicienne en administration aux services techniques, mettant fin au surcroît d'une agente administrative.

Compte tenu des coûts de transition, les économies attendues de cette réorganisation pourront s'actualiser à compter du prochain exercice financier.

- Les autres mesures s'inscrivant dans l'application de la Loi 100 totalisent une économie de 158 185\$, soit :
 - La réduction des coûts de développement des ressources humaines de 147 643\$,
 - La réduction des frais de déplacement de 10 542 \$.

Les économies découlant de ces autres mesures dépassent la cible attendue de 21 606\$

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

5.1 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

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

- Mme **Nicole Dufresne** représente le CII au Comité d'agrément et à la Commission infirmière régionale (CIR).
- Mme **Catherine Rousseau** est membre du Comité de santé et sécurité au travail.
- Mme **Nicole Lanteigne** est membre du Comité de gestion des risques, du Comité sur les mesures de contrôle et du comité sur la pandémie.
- Mme **Sophie Martel** est membre du Comité d'éthique clinique.
- Mesdames **Sophie Martel**, **Nicole Lanteigne** et **Nicole Dufresne** sont membres de l'Association des infirmières en prévention des infections.
- Madame **Nicole Lanteigne** représente le CII au CA de l'établissement

✓ **Implication dans des dossiers prioritaires**

- Démarche d'agrément.
- Plan de consolidation et de spécialisation de la RLV en lien avec l'enjeu 4 de la Planification stratégique.
- Suivi des travaux sur le projet Lean.
- Réalisation d'une activité commune des infirmières et infirmières auxiliaires pour souligner la Semaine des infirmières et la Journée de l'infirmière auxiliaire.
- Participation au Comité de suivi des recommandations émises par les professionnels.
- Consultation sur la Planification stratégique 2010-2015.
- Activité conjointe avec le conseil multidisciplinaire sur le développement des compétences interprofessionnelles.
- Journée d'étude pour l'ensemble du CII sur la pratique professionnelle, les descriptions de poste et l'offre de service des soins infirmiers.
- Ordonnance collective pour l'administration de l'oxygène.
- Suivi des travaux de la Sous-table sur la prévention des infections urinaires découlant de la Table régionale des infections nosocomiales, sous l'autorité de la Direction de la Santé publique.
- Participation à la tournée régionale de l'OIIQ sur les enjeux et défis de la pratique infirmière.

- Membre du jury pour les mentions annuelles de reconnaissance du personnel.
- Suivi sur le dossier rougeole et punaise de lit.

Les membres du CII :

Claude Belley
 Nicole Dufresne, présidente
 Mélissa Fournier
 Élane Kieffer
 Nicole Lanteigne
 Josée Lemay
 Sophie Martel, vice-présidente et secrétaire
 Nancy Robert
 Catherine Rousseau

5.2 Conseil multidisciplinaire

✓ **Mot du Président**

Une autre année vient de s'écouler et il est déjà le temps de porter un regard sur les réalisations effectuées par l'exécutif du conseil multidisciplinaire. L'évolution de nos changements de pratique vers une spécialisation de deuxième ligne demeure un sujet actuel, tel un grand théâtre où l'on définit les rôles associés à la scène et ceux des coulisses. Je m'engage quotidiennement à comprendre les réalités de nos deux terrains respectifs dans un souci de complémentarité, de respect et d'ouverture. Selon moi, l'un des plus grands défis actuel est de bien discerner l'orientation des projecteurs dans cette pièce où l'écriture demeure inachevée. Certes, les grandes lignes de notre prochaine histoire professionnelle se définissent de plus en plus mais je demeure avec de grandes questions quant à la mise en scène, celle qui reflète la qualité de nos pratiques professionnelles.

Depuis 2003, la Loi 25 a considérablement modifié les rapports entre les usagers et les intervenants des CRDITED. L'offre de services spécialisés bouleverse l'exercice des fonctions des intervenants et du milieu de la déficience intellectuelle. Le colloque portant sur les identités professionnelles en 2010 a permis de dresser un portrait de l'identité professionnelle des intervenants en montrant que les changements sont bien installés dans le réseau de la DI/TED. À titre de président, je tiens à souligner que mes actions n'ont qu'un seul but : influencer en tant

qu'agent de changement collectif. Je souhaite contribuer à développer de nouvelles habitudes de travail et de nouvelles compétences, à partager l'expertise en tant que membre d'une communauté de pratique et à mettre en évidence une image de soi viable dans une culture professionnelle attrayante ayant des pratiques exemplaires et cohérente.

✓ **L'âge des compétences interprofessionnelles**

Depuis quelques années, les intervenants ont la responsabilité de relever ensemble des défis, en assumant une part active dans le processus de la transformation des services. Actuellement, nous ne pouvons passer à côté de la collaboration qui fait partie intégrante de notre travail au quotidien. Nos compétences collectives dépendent de la réussite des services offerts aux usagers et dès lors nous apparaissent comme un projet global pour l'émergence de notre savoir, savoir faire et savoir être. Dans un souci de compétences interprofessionnelles l'exécutif du conseil multidisciplinaire s'associe à l'exécutif du conseil des infirmières et infirmier afin de partager nos préoccupations ainsi que notre savoir dans l'évolution de nos changements de pratique. Une séance de travail conjointe est prévue en avril pour réfléchir sur nos pratiques actuelles. Des projets communs nous stimulent, dont l'organisation d'une journée professionnelle à l'intention des employés de l'établissement à l'automne 2012.

De plus, la responsabilité des éducateurs spécialisés et des ARH dans les RNI suscite des questionnements. Les membres se demandent jusqu'où va la responsabilité de l'éducateur et de l'ARH dans la résolution de problèmes avec les RNI. Suite à des discussions, nous avons convenu que chacun a une responsabilité partagée face à la qualité des services d'hébergement. L'éducateur et l'ARH doivent documenter les situations et peuvent demander, au besoin, une visite d'appréciation. D'ailleurs, un projet est en cours de route via le portail afin de présenter des capsules vidéo mettant en lumière des préoccupations liées à la qualité des pratiques en RNI. De plus, les intervenants peuvent se référer au guide de pratiques concernant les RNI.

✓ **Entente CSSSL-CRDI Normand-Laramée**

Au printemps dernier, une amorce a été faite pour une entente entre le CSSS de Laval et le CRDI Normand-Laramée. À ce moment, mesdames Michèle Girard et Chantal Quimper nous ont présenté les grands panneaux de l'entente :

- le contexte de cette première étape importante;
- les missions respectives;
- la nature et les objectifs de l'entente;

- les principes directeurs;
- la clientèle visée;
- les engagements respectifs;
- les offres de services respectives;
- la trajectoire d'accès aux services en DI-TED;
- les critères d'accessibilité;
- les mécanismes de suivi;
- etc.

Une présentation de l'entente a été complétée auprès des gestionnaires. Lorsque l'offre de service de première ligne sera définie, une activité conjointe s'adressant à l'ensemble des personnels sera réalisée afin de transmettre l'information.

✓ **Dîners-conférences**

La mise en place de dîners-conférences au sein de l'établissement est étroitement liée au plan d'action élaboré par les membres de l'exécutif. Il est important de mentionner que l'organisation de telles activités à l'intention du personnel se veut un moyen de répondre à une demande face aux activités de perfectionnement et de formation. Un comité de travail s'est réuni à plusieurs reprises au cours de l'année et la concrétisation des dîners-conférences devrait voir le jour au printemps 2012.

✓ **D'autres perspectives**

Le professeur et chercheur Jean-Claude Kalubi a présenté un nouveau cadre conceptuel des compétences interprofessionnelles ainsi que son rapport de recherche sur l'ensemble de la démarche portant sur l'identité professionnelle.

La journée d'études a également servi de tremplin pour une démarche de réflexion sur les compétences interprofessionnelles. Trois activités de mise en commun et de discussion ont été fixées en 2012 et 2013. La première aura lieu en mai 2012.

La collaboration entre l'exécutif du conseil multidisciplinaire et monsieur Jean-Claude Kalubi se poursuit d'année en année avec la volonté d'actualiser les compétences pour chaque intervenant qui œuvre dans un CRDITED du Québec. Nous souhaitons trouver une voie pour articuler les savoirs, savoirs-faire et savoirs-être, pour mieux se projeter dans l'avenir, afin de se renforcer individuellement et collectivement pour un seul objectif, la qualité des pratiques professionnelles.

Les membres du conseil multidisciplinaire :

Lise Alarie	Josée Lemay
Claude Belley, secrétaire	Sylvie Lemire
Mariève Champagne, vice-présidente	Evelyne Paris
Jacinthe Couture	Maud Pelletier
Steven Desbiens, président	Martine Perreault
Yann Desbiens	Sylvie Tardi
Marc-André Delisle	
Isabelle Faucher	
Isabelle Pothier	
Martine Rainville	

5.3 Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à cinq reprises au cours de la dernière année.

✓ *Bilans périodiques et recommandations du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services*

À chacune des séances du comité, les membres ont été saisis du bilan et des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services en lien avec les diverses situations qu'il a dû traiter. Le commissaire les a également informés de ses interventions et assistances.

Les rencontres ont aussi été l'occasion de suivre le plan d'action annuel que s'était donné le commissaire en matière de diffusion et de promotion. Outre ses activités courantes de traitement et de suivi des plaintes et insatisfactions, le commissaire a réalisé plusieurs activités de façon à mieux faire connaître son rôle dans l'organisation, de même que le mandat du comité de vigilance et de la qualité. La présidente l'a souvent accompagné dans ses diverses rencontres, expérience qu'elle a trouvée particulièrement intéressante.

✓ *Rapports du Coroner du Québec*

Les membres du comité de vigilance ont été saisis des mesures mises en place pour répondre aux recommandations du Coroner à la suite du décès de deux usagers survenus en 2007 et en 2009. Ils ont manifesté une grande satisfaction par rapport à la mobilisation des personnels concernés pour l'actualisation des plans d'action retenus.

✓ **Rapports du Protecteur du Citoyen**

Quelques plaintes portées en deuxième instance—auprès du Protecteur du citoyen—ont également donné lieu à diverses actions à la suite des recommandations formulées.

✓ **Recommandations du Comité de vigilance et de la qualité au conseil d'administration**

En lien avec une situation de plainte récurrente en matière d'accès aux services en langue anglaise, le comité de vigilance a adressé des recommandations au conseil d'administration. Le conseil d'administration a bien accueilli ces recommandations et a mandaté la direction des services à la clientèle à l'effet de documenter les statistiques en matière d'accessibilité à ces services et aux mesures d'accommodement offertes dans l'attente des services requis. Le conseil a bien compris que malgré la meilleure volonté, l'établissement ne dispose pas de ressources suffisantes pour répondre à la demande, et ce, dans un contexte d'établissement désigné, sans obligation légale d'offrir des services en langue anglaise.

✓ **Comité de vigilance et de la qualité renouvelé**

Faisant suite à l'élection d'un nouveau conseil d'administration à l'automne 2012 et à l'hiver 2012, de nouvelles personnes se sont jointes au comité de vigilance et de la qualité en date du 1^{er} février 2012. Lors d'une première rencontre, le comité procédera à la désignation d'un(e) président(e), d'un(e) vice-président(e) et d'un(e) secrétaire.

✓ **Participation à l'appréciation du Commissaire local**

Le comité de vigilance a été interpellé par le comité d'évaluation du commissaire local dans le cadre du processus d'évaluation annuelle de ce dernier. Les membres du comité de vigilance ont été invités à partager leur appréciation du travail du commissaire tout au cours de la dernière année, appréciation qui s'est avérée très positive. Faisant suite à cet exercice, les membres du comité de vigilance et le commissaire ont partagé le même avis à savoir que le processus d'évaluation demande certains ajustements pour rendre justice à toutes les parties impliquées.

Les membres du comité sortant :

Claude Belley, secrétaire
Nathalie Ladouceur, administratrice

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

Jean-Marie Bouchard, vice-président

Jacinthe Ouimet, présidente

Les membres du comité en date du 1^{er} février 2012 :

Jean Bélanger

Claude Belley

Lise Bergeron

Nathalie Ladouceur

Jean-Pierre Lemay

5.4 Comité des usagers

Au cours de la dernière année:

- Nous avons répondu aux demandes des usagers qui avaient des insatisfactions en répondant à leurs questions, en les accompagnants dans leurs démarches ou encore en intervenant directement quand cela était nécessaire. Nous avons consulté le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services à deux reprises pour des cas spécifiques.
- Nous avons eu régulièrement des réunions du comité des usagers.
- Nathalie Ladouceur et Louis Charbonneau ont participé aux réunions du conseil d'administration du CRDI Normand-Laramée, depuis le 1^{er} février Yannick Desjardins a remplacé Louis Charbonneau.
- Louis Charbonneau a travaillé avec le comité de la semaine québécoise de la déficience intellectuelle et participe à l'organisation des activités de la semaine de la DI avec Sébastien Lacombe.
- Nathalie Ladouceur a participé au comité vigilance.
- Le comité a été présent dans toutes les activités pour la clientèle du CRDI Normand-Laramée.
- Comme par le passé les membres du comité ont soutenus et aidés bénévolement et avec grand plaisir le CRDI Normand-Laramée pour des envois aux usagers et à leurs familles, pour assembler différents documents, etc.

- Le comité a été présent au premier congrès de la plate-forme parents du CRDI Normand-Laramée et leur a offert soutien et assistance par le biais de bénévoles.
- Nathalie Ladouceur représente le comité des usagers au conseil d'administration de l'Agence de la Santé et des services sociaux de Laval et assiste aux formations qui sont données par celle-ci, aux différents comités des usagers de la région Lavalloise.
- Yannick Desjardins qui est délégué au comité de la gestion des risques du CRDI Normand-Laramée.
- Yannick Desjardins est également secrétaire du comité des usagers.
- Jannick Doucet et Nathalie Ladouceur ont réalisées le nouveau journal du comité des usagers qui a été distribué lors de l'assemblée générale annuelle.
- Le comité des usagers a organisé en collaboration avec le MPDA le Barbecue de fin d'année du Café-rencontre à la Résidence Louise-Vachon et la Cabane à sucre au printemps dernier.
- Le local du comité des usagers a été entièrement repeint et réaménagé par Sébastien Lacombe.
- Nous avons déménagé nos bureaux et à la Résidence Louise-Vachon, nous y voyons une belle opportunité de nous rapprocher de nos usagers les plus isolés et les plus démunis. Déjà à notre Barbecue de fin d'année des résidents, ce sont joints à nous.

Voici nos projets pour l'année 2012-2013 :

- Travailler à l'accessibilité des informations et à des supports visuels pour les usagers au CRDI Normand-Laramée, autant sur les comités que sur le site internet, etc.
- Faire la tournée des points de services.
- Étudier les rôles, fonctions et responsabilités des membres du comité.
- Continuer les représentations auprès des différents comités du CRDI Normand-Laramée et de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Laval.

- Travailler à trouver des moyens d'augmenter la visibilité du comité des usagers : Action, journal, site internet, téléphone...
- Revoir le dépliant: Guide sur les droits des usagers.
- Formation et travail sur les enjeux de la 1^{ère} ligne, 2^e ligne et sur l'accueil au sein de notre comité des personnes présentant un trouble envahissant du développement.
- Révision des règlements généraux du comité des usagers.
- Révision de la politique de fonctionnement du comité des usagers.

Les membres du comité :

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

5.6 Comité des résidents

En date de la transmission du présent rapport annuel de gestion à l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, le 22 juin, aucun rapport ne nous a été soumis par le Comité des résidents.

Les membres du comité :

Louis-Roger Carrier, président
 Diane Laferrière, secrétaire
 Pierre Louergli, vice-président

5.5 Comité de gestion des risques

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, quatre rencontres du Comité de gestion des risques ont été planifiées mais celle devant avoir lieu à l'automne (septembre) a été annulée en raison de la démission de la gestionnaire de risques.

Un contrat de services a permis d'assurer la gestion des risques dans l'attente de l'arrivée de la nouvelle gestionnaire de risque à la fin octobre 2011.

Les membres du comité de gestion des risques ont réalisé les actions suivantes :

- Adoption du règlement sur la mise en place et la composition du comité de gestion des risques.
- Adoption de la politique sur la déclaration des incidents et des accidents ainsi que leur divulgation.
- Approbation de la règle de fonctionnement concernant la perte de qualité d'un membre.

Les membres du comité :

Lise Bergeron
Marc-André Delisle
Yannick Desjardins
Louise Joly
Nicole Lanteigne
Caroline Lebeau
Josée Lemay
Pierre Louergli
Caroline Parent
Isabelle Thérooux, présidente
Ginette Vigneux

6. LES RESSOURCES HUMAINES

Au 31 mars 2012, l'établissement comptait 350 postes, soit 282 postes à temps complet et 68 postes à temps partiel correspondant à 28,30 ETC (équivalent à temps complet) pour un total de 311,30 ETC.

En cours d'année, l'établissement a embauché 56 nouvelles personnes. Le nombre total d'employés s'élève à 427.

PORTRAIT DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2012		
Les effectifs de l'établissement	2010-2011	2011-2012
Les postes cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	32	31
Temps partiel, équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
Nombre de cadre en stabilité d'emploi	0	0
Les postes réguliers		
Les temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	263	251
Temps partiel, équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	26,9	68 postes
		28,3 ETC
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	151 631	131 147
Équivalent temps complet	82	67

Le tableau suivant présente la distribution des postes en fonction des catégories d'emploi, 269 des 350 postes (soit 76,9 %) étant dédiés au soutien direct à la clientèle.

PROFIL DE LA MAIN-D'ŒUVRE AU 31 MARS 2012	
Catégories d'emploi	Nombre de titulaires de poste
Éducateurs	134
Infirmières et infirmières auxiliaires	18
Préposés aux bénéficiaires et assistants en réadaptation	70
Agents de relations humaines, travailleur social et spécialistes aux activités cliniques	23
Orthophonistes et ergothérapeutes	13
Psychologue et Psychoéducateur	2
Alimentation et buanderie	9
Total des postes en soutien direct à la clientèle	269
Soutien administratif et technique	38
Services auxiliaires	12
Cadres	31
GRAND TOTAL	350

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

Note aux états financiers

Modification de conventions comptables

Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux Normes canadiennes pour le secteur public, et l'établissement a adopté pour la première fois le modèle de présentation du rapport financier annuel proposé par ce référentiel. Par conséquent, les données financières relatives aux fonds de dotation, à destinations spéciales, de stationnement ou affectés ont été intégrées selon leurs fins, soit au fonds d'exploitation, soit au fonds d'immobilisations, les seuls fonds subsistants. Le nouveau modèle de présentation introduit l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette).

L'adoption de ce nouveau modèle de présentation n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et événements, uniquement dans la présentation au rapport financier annuel, notamment les immobilisations, les stocks de fournitures et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation actifs non financiers à l'état de la situation financière.

7.1 État des résultats – exercice financier terminé le 31 mars 2012

	Exploitation 2012	Immobilisations 2012	Total	
			2012	2011
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	35 968 103 \$	464 051 \$	36 432 154 \$	35 135 408 \$
Contributions des usagers	3 130 087 \$		3 130 087 \$	3 050 599 \$
Ventes de services et recouvrements	934 754 \$		934 754 \$	888 422 \$
Revenus de placement	65 262 \$	986 \$	66 248 \$	3 449 \$
Autres revenus	2 973 \$		2 973 \$	58 937 \$
TOTAL	40 101 179 \$	465 037 \$	40 566 216 \$	39 136 815 \$
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	22 175 010 \$		22 175 010 \$	21 052 023 \$
Médicaments	184 977 \$		184 977 \$	164 760 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	37 816 \$		37 816 \$	41 085 \$
Denrées alimentaires	190 580 \$		190 580 \$	177 803 \$
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	13 644 543 \$		13 644 543 \$	13 107 006 \$
Frais financiers		59 118 \$	59 118 \$	65 036 \$
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	265 139 \$		265 139 \$	311 948 \$
Amortissement des immobilisations		408 814 \$	408 814 \$	398 887 \$
Autres charges	3 511 135 \$		3 511 135 \$	3 848 786 \$
TOTAL	40 009 200 \$	467 932 \$	40 477 132 \$	39 167 334 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	91 979 \$	(2 895 \$)	89 084 \$	(30 519 \$)

7.2 État de la situation financière – Exercice terminé le 31 mars 2012

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation 2012	Immobilisations 2012	2012	2011
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert de banque)	1 969 380 \$	28 983 \$	1 998 363 \$	2 284 603 \$
Placements temporaires	1 372 227 \$		1 372 227 \$	1 332 094 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	508 274 \$	18 137 \$	526 411 \$	
Autres débiteurs	368 752 \$	3 104 \$	371 856 \$	208 802 \$
Créances interfonds (dettes interfonds)	251 384 \$	(251 384 \$)		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	1 850 595 \$	734 547 \$	2 585 142 \$	2 276 527 \$
Frais reportés liés aux dettes		1 484 \$	1 484 \$	2 969 \$
Autres éléments	160 180 \$		160 180 \$	167 336 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	6 480 792 \$	534 871 \$	7 015 663 \$	6 272 331 \$
PASSIFS				
Emprunts temporaires		1 108 637 \$	1 108 637 \$	551 815 \$
Créditeurs - Agence et MSSS				42 801 \$
Autres créditeurs et autres charges à payer	5 935 140 \$	3 665 \$	5 938 805 \$	5 677 102 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées				362 204 \$
Intérêts courus à payer		18 137 \$	18 137 \$	18 661 \$
Revenus reportés	23 100 \$		23 100 \$	38 257 \$
Dettes à long terme		1 187 782 \$	1 187 782 \$	1 241 772 \$
Autres éléments	249 343 \$		249 343 \$	
TOTAL DES PASSIFS	6 207 583 \$	2 318 221 \$	8 525 804 \$	7 932 612 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS	273 209 \$	(1 783 350 \$)	(1 510 141 \$)	(1 660 281 \$)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		1 780 455 \$	1 780 455 \$	1 832 292 \$
Stocks de fournitures	15 771 \$		15 771 \$	19 419 \$
Frais payés d'avance	79 034 \$		79 034 \$	85 927 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	94 805 \$	1 780 455 \$	1 875 260 \$	1 937 638 \$
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS	368 014 \$	(2 895 \$)	365 119 \$	277 357 \$

7.3 État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) – Exercice terminé le 31 mars 2012

	FONDS		TOTAL	
	Exploitation 2012	Immobilisations 2012	2012	2011
ACTIFS FINANCIERS NETS (dette nette) AU DÉBUT				
Déjà établis	172 011 \$	(1 832 292 \$)	(1 660 281 \$)	(1 206 043 \$)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	(1 322 \$)		0 \$ (1 322 \$)	
ACTIFS FINANCIERS NETS (dette nette) AU DÉBUT REDRESSÉ	170 689 \$	(1 832 292 \$)	(1 661 603 \$)	(1 206 043 \$)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	91 979 \$	(2 895 \$)	89 084 \$	(30 519 \$)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		(356 977 \$)	(356 977 \$)	(639 019 \$)
Amortissement de l'exercice		408 814 \$	408 814 \$	220 065 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		51 837 \$	51 837 \$	(418 954 \$)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures				(5 964 \$)
Utilisation de stocks de fournitures	3 648 \$		3 648 \$	
Utilisation de frais payés d'avance	6 893 \$		6 893 \$	1 199 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	10 541 \$		10 541 \$	(4 765 \$)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	102 520 \$	48 942 \$	151 462 \$	(454 238 \$)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	273 209 \$	(1 783 350 \$)	(1 510 141 \$)	(1 660 281 \$)

7.4 Le rapport du vérificateur sur les états financiers

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012, l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) et du fonds d'immobilisation et l'état de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CRDI Normand-Laramée pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2012 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités du CRDI Normand-Laramée.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CRDI Normand-Laramée pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des

anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CRDI Normand-Laramée pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, tel qu'exigé par le MSSS, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadienne pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'établissement.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que, tel qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CRDI Normand-Laramée au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autres points

Les états financiers du CRDI Normand-Laramée pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion avec réserves en date du 13 juin 2011, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

6

Montréal

Le 26 juin 2012

⁶ Comptable professionnel agréé auditeur permis n°

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

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

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

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

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

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

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

DÉFINITIONS

3. Dans le présent code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
 - 3.1 *administrateur* : désigne un membre du Conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé ;
 - 3.2 *conflit d'intérêt* : désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt ;
 - 3.3 *entreprise* : désigne toute forme que peut prendre l'organisme de la production de biens ou services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement ;
 - 3.4 *proche* : désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

Dans l'exercice de ses fonctions,

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

Disponibilité et participation active

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

Soins et compétence

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

Neutralité

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

Discrétion

11. Il fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles, dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer à une personne physique ou morale un avantage indu.
12. Il garde confidentiels les faits et renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du Conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

13. Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibée par la loi.
14. Il s'efforce, dans les meilleurs délais, de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir ; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
15. Il adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

16. Il agit de bonne foi, au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie, sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité. Il évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.
17. Il lutte contre toute forme d'abus de pouvoir, tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

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

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

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

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

Conflits d'intérêts : le directeur général

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

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

20. Le directeur général doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit

être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination (Annexe II).

21. Le directeur général doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence d'un tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

Exclusivité de fonctions du directeur général

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

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

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

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

Notamment, est considéré comme un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à un taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire

appréciable, qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

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

Transparence

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

Interventions abusives

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

34. Il ne fait aucunement usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
35. Il évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

MÉCANISMES 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. FICHES DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

CRDI NORMAND-LARAMÉE

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Entente de gestion - Chapitre III : Priorités régionales

Urgences (désencombrement)

Objectifs de résultats 2010-2015	Respecter la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS pour chacune des catégories
----------------------------------	---

Engagement du CRDI 2011-2012 inscrit à l'Entente	En ce qui a trait à ces catégories, eu égard à votre mission, le CRDI Normand-Laramée devra consentir les efforts nécessaires afin de réduire le nombre de personnes en attente d'une ressource non institutionnelle.
--	---

Commentaires

Le CRDI a mis plusieurs moyens en place pour éviter les hospitalisations à l'urgence et réduire le temps d'occupation des lits des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Voici, en bref, les actions entreprises :

- La création d'équipes RNI et RNI+ qui ont pour objectif de supporter concrètement les responsables de RNI et leur personnel en assurant un soutien ajusté aux besoins de la ressource qui héberge des usagers requérant une offre de service plus complexe.
- L'augmentation, dans un territoire, d'une spécialiste en activités cliniques qui apporte un soutien aux éducateurs travaillant notamment avec des usagers aux besoins complexes.
- L'aménagement physique effectué pour accueillir un usager avec des troubles extrêmes de comportement à la Résidence Louise-Vachon.
- La collaboration professionnelle avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) qui favorise la mise en place et le suivi rigoureux d'un plan intégré de soutien et de traitement. Depuis 2010, le CRDI a formé 42 intervenants et 31 gestionnaires à l'approche multimodale et offre une intervention intensive à 21 usagers. Le CRDI, avec le SQETGC, a collaboré avec le personnel du service de psychiatrie de la Cité de la Santé à favoriser la réinsertion d'un usager ayant des troubles extrêmes du comportement et qui présentait un défi au plan régional.

- La participation à différents comités de travail comme :
 - Gestion des flux à la Cité de la Santé
 - Continuum d'hébergement pour les cas multiproblématiques complexes ou non
 - Groupe de travail suprarégional portant sur les services résidentiels (Laval-Laurentides-Lanaudière)

Au cours de la dernière année, le CRDI a travaillé étroitement avec les différentes directions du CSSS afin de dénouer plusieurs situations complexes qui touchaient l'orientation résidentielle des personnes.

À venir

- A. Dans la foulée du projet clinique, la direction des pratiques professionnelles du CRDI, en collaboration avec les partenaires, doit animer un groupe de travail qui se penchera sur les cibles suivantes :
- Assurer l'accès à un service d'évaluation et de traitement de 3^e ligne pour les cas complexes adultes TED - DI ayant des symptômes sévères menant à des ruptures de fonctionnement au quotidien.
 - Développer et mettre en place une équipe inter disciplinaire (2^e ligne) pour la clientèle TED - DI.
 - Prioriser l'identification de psychiatres afin d'assurer la prise en charge des cas de comorbidité et de troubles complexes.
- B. Par le biais de l'enjeu RLV de la planification stratégique, le CRDI prévoit réviser l'offre de service interdisciplinaire en TGC-TEC, ce qui permettra d'instaurer une intervention spécialisée en amont et ainsi éviter des hospitalisations.

En conclusion, le CRDI fournit beaucoup d'efforts pour éviter les hospitalisations. Toutefois, il est important de porter à votre attention que les ressources humaines et financières sont très limitées et, malgré les efforts consentis, ces situations sont et seront toujours difficiles à gérer sans l'apport de budget additionnel.

Nom : Michèle Girard	24 mai 2012
-----------------------------	--------------------

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention :	<i>Personnes ayant une déficience et leur famille</i>
Objectifs de résultats 2010-2015	2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille.
Engagements régionaux 2011-2012 inscrits à l'Entente	Élaboration d'un document présentant les orientations relativement au PSI eu égard à la définition du concept, des responsabilités respectives de chacun et des processus requis. Conformité des établissements quant aux orientations retenues.
Engagements du CRDI 2011-2012 inscrits à l'Entente	<ul style="list-style-type: none">• Contribution du CRDI Normand-Laramée à la révision des documents sur les PSI au comité des gestionnaires d'accès.• S'assurer de la conformité de l'application des orientations dans votre établissement.

Commentaires

Les gestionnaires d'accès de la région se sont donné un plan de travail au cours de la dernière année dans lequel un objectif visait le PSI, soit :

- Obtenir une compréhension commune (régionale) de ce qu'est un PSI, du moment où on le fait et convenir de l'outil utilisé régionalement.

Les travaux ont permis de convenir d'une compréhension commune autour de la définition proposée dans le manuel de référence pour la réalisation des PSI et PSII, « Ensemble vers un même horizon » (2007). De même, la situation qui requiert un PSI a été discutée. Nous convenons que la participation de plus d'un partenaire n'implique pas nécessairement une démarche PSI, mais que ce sont plutôt les contextes de vie de la personne qui déterminent le choix d'une telle démarche. (Réf. compte-rendu d'une rencontre inter-établissement, initiée par l'Agence, 20 octobre 2011)

À Laval, nous avons accès, de façon continue, à une formation régionale PSI pour le volet jeunesse. Les gestionnaires d'accès notent qu'il serait intéressant de l'étendre à la clientèle adulte. De même, étant donné que le manuel de référence, volet jeunesse, est bien réalisé, il pourrait être revisité afin d'y inclure la clientèle adulte. Il serait même pertinent de l'actualiser pour tous les programmes clientèles (PALV, SM, etc.).

Au 18 mai 2012, 1257 PI/PSI étaient actifs, ce qui représente un nombre important de PI/PSI actualisé. Toutefois, il est difficile de distinguer actuellement le PI et le PSI étant donné que le module PSI (SIPAD) n'est accessible que depuis un peu plus d'un an. De plus, pour des raisons techniques, la révision du PSI a dû se faire dans le module PI jusqu'à tout dernièrement.

Concernant la saisie de données, il semble y avoir une problématique pour ce qui est du I-CLSC. De plus, le CRDI a intégré SIPAD alors que le CRDP n'a pas encore ce système. Le calcul du nombre de PSI réalisés régionalement est donc impossible à ce moment-ci.

À venir

Pour la prochaine année, il est convenu de poursuivre les travaux au niveau du partage d'une vision commune avec les autres programmes clientèles de la région, d'actualiser le manuel de référence pour toutes clientèles et tous âges et, par la suite, d'adapter la formation régionale au nouveau cadre de référence.

Au CRDI Normand-Laramée, la démarche PSI est actualisée depuis plusieurs années. Toutefois, l'orientation donnée quant à la précision de contextes menant à une démarche PSI change une pratique inscrite dans la culture de l'établissement et demandera une activité de diffusion et d'appropriation pour les gestionnaires et les intervenants.

En 2012-2013, l'établissement va amorcer l'évaluation de la qualité des PI/PSI afin de s'assurer de la pertinence et de la cohérence entre les besoins de l'utilisateur et le plan d'intervention proposé.

Nom : Michèle Girard	Date : 24 mai 2012
-----------------------------	---------------------------

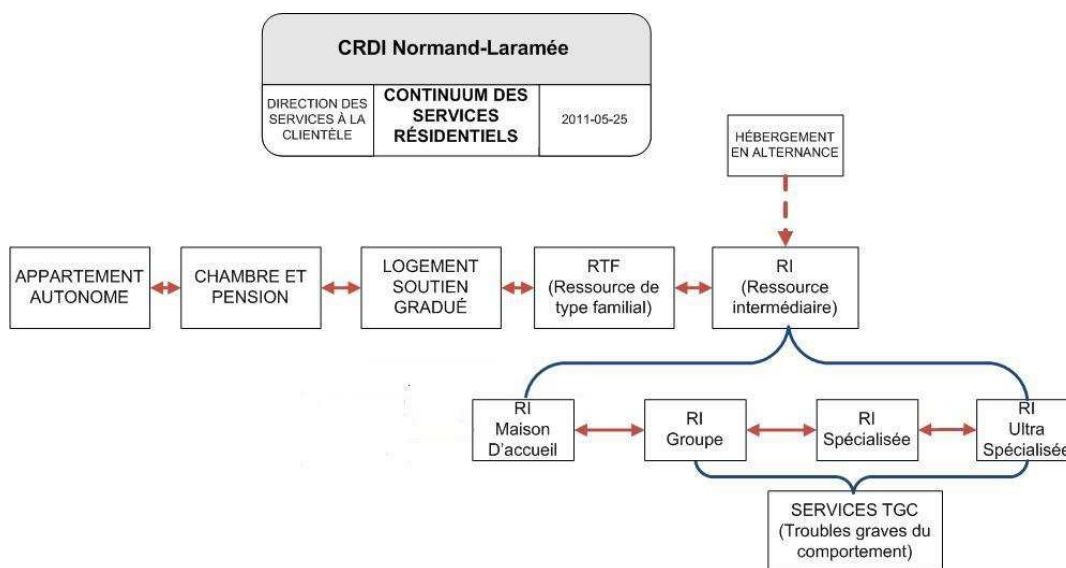
Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention :	<i>Diversification des milieux de vie</i>
Objectifs de résultats 2010-2015	2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (<i>personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres</i>)
Engagements régionaux 2011-2012 inscrits à l'Entente	Élaboration d'un document, pour novembre 2011, établissant le continuum des milieux résidentiels en incluant le portrait des ressources et des besoins des personnes en attente. Élaboration, pour mars 2012, d'un plan d'optimisation de l'utilisation des milieux résidentiels actuels.
Engagements du CRDI 2011-2012 inscrits à l'Entente	Dépôt d'un rapport d'analyse sur les problématiques rencontrées par l'offre de ressources résidentielles actuelles versus les besoins des personnes. Établir un portrait des besoins en milieu résidentiel des personnes en attente d'hébergement incluant un plan d'optimisation (diversification, développement, transformation).

Commentaires

Le CRDI a consacré des efforts soutenus afin d'améliorer et d'optimiser la diversification de ses milieux de vie. Voici un schéma illustrant le continuum des services résidentiels :



De plus, suite à l'élaboration de la planification stratégique, 5 enjeux témoignent de notre volonté d'améliorer l'offre de services aux usagers et à leur famille. L'un de ces enjeux porte sur les RNI et vise le développement de nouveaux modèles résidentiels. Des indicateurs de résultats sont suivis périodiquement par le comité stratégique de la direction générale.

Dans l'optique de diversifier les milieux, le CRDI a élaboré un plan de formation à l'intention des responsables de RNI et de leur personnel afin que ces derniers puissent mieux saisir les caractéristiques des usagers en lien avec leur diagnostic TED ou DI. De cette manière, ils sont plus à l'aise d'accueillir une clientèle différente, ce qui offre une meilleure mobilité lors du pairage de la clientèle.

Le service de dotation en ressources a poursuivi la révision de ses processus en vue d'augmenter l'efficacité du recrutement des postulants. À ce titre, l'équipe de la dotation a traité 193 dossiers de postulants au cours de la dernière année. Après les différentes étapes soit, entrevues de groupes, entrevues individuelles, évaluations psychosociales, etc., 7 postulants ont été retenus.

À venir

Actuellement, nous sommes à recueillir l'ensemble des données nécessaires à la production d'un bilan qui dressera le portrait des besoins en milieu résidentiel des personnes en attente d'hébergement. Ce portrait permettra ainsi d'évaluer les écarts entre l'offre actuelle et les besoins requis. Échéancier : été 2012.

Le CRDI est en attente du cadre de référence qui va définir les nouvelles règles de gouvernance pour les RNI. Le CPNSSS nous indique déjà qu'il y aura des changements importants notamment sur la notion de contrôle de la qualité. Il faudra évaluer les impacts de l'implantation de la Loi 24 et s'ajuster aux ententes collectives qui seront convenues entre le gouvernement et les associations des RNI.

En conclusion, la situation de l'hébergement demeure très préoccupante. Le CRDI réussit, bon an mal an, à répondre aux besoins urgents mais il est presque impossible de diminuer la liste d'attente qui demeure élevée. Un ajout de ressources financières sera nécessaire si nous voulons poursuivre efficacement, et selon les besoins de la population DI – TED, la diversification des milieux d'hébergement.

Nom : Michèle Girard	Date : 24 mai 2012
-----------------------------	---------------------------

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention :	<i>Services sociaux et de réadaptation</i>
-----------------------------	--

Objectifs de résultats 2010-2015	<p>3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
----------------------------------	--

Indicateurs	<i>Résultats*</i> 2010-2011	<i>Cibles</i> 2011-2012	<i>Résultats**</i> 2011-2012
1.45.5.5 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	96,1%	90%	93,24%
1.45.5.6 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	100%	90%	100%
1.45.5.7 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,6%	90%	84,62%
1.45.5.8 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	100%	75%	93,24%

Commentaires

Bien qu'un peu à la baisse, l'indicateur incluant toutes les priorités confondues est atteint à 93,24%, dépassant ainsi la cible visée. De même, les standards visant les priorités urgentes et modérées dépassent aussi leur cible.

Par contre, en ce qui a trait à la cible visant les priorités de niveau élevé, celle-ci n'est pas atteinte. Toutefois, considérant le nombre de demandes de niveau élevé soit 19 dont 13 étaient traitées à la P13, on peut constater que le résultat concerne 2 demandes traitées hors délai. Une de

ces demandes s'explique par la non-disponibilité de la famille au moment de l'assignation. Pour ce qui est de la deuxième, l'utilisateur concerné a pu recevoir des services 8 jours après le délai ce qui, nous croyons, ne lui a pas porté préjudice dans la réponse à ses besoins.

Pour ce qui est des demandes de niveau modéré, le défi persiste alors que la prochaine année nous permettra encore mieux d'évaluer notre capacité à répondre à ce standard avec la cible identifiée. Durant la dernière année, le CRDI a traité 343 demandes, acceptées ou acceptées sous condition, ce qui représente une augmentation d'une quarantaine de demandes par rapport à l'année 2010-2011. Le suivi régulier des listes d'attente est fait par la coordonnatrice liaisons auprès des gestionnaires.

Enfin, si l'on compare avec les autres CRDI, le CRDI Normand-Laramée obtient un résultat au dessus de la moyenne provinciale pour l'ensemble des standards prescrits.

Nom : Michèle Girard	Date : 24 mai 2012
-----------------------------	---------------------------

Fiche de redditions de compte 2011-2012

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention :	<i>Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau</i>
Objectifs de résultats 2010-2015	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.
Engagement régional 2011-2012 inscrit à l'Entente	100 % des établissements et l'Agence mettront à jour un plan de main-d'œuvre pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.
Engagement du CRDI 2011-2012 inscrit à l'Entente	Produire et mettre à jour un plan de main-d'œuvre.

Commentaires

Faisant suite à l'implantation du système intégré Logibec Paie-RH en février 2011, l'établissement procédera, en juin prochain, au déploiement du module PMO coïncidant avec la mise en place du nouveau cadre normatif sur la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (mai 2012). Doté des systèmes d'information adéquats et d'un nouveau cadre de référence, notre établissement sera en mesure d'élaborer et rendre compte, à l'automne 2012, d'un plan de main-d'œuvre répondant efficacement aux enjeux stratégiques et aux orientations du nouveau plan d'organisation actuellement en cours de révision. Dans une perspective triennale 2012-2015, ce plan de main-d'œuvre permettra d'identifier :

- les besoins de main-d'œuvre de façon qualitative et quantitative,
- les vulnérabilités (expertise unique, départs à la retraite, départs en congés parentaux, etc.),
- les stratégies et les actions à mettre en place pour que l'établissement dispose de la main-d'œuvre requise pour réaliser son mandat et assurer la mise en œuvre efficace de son plan stratégique.

Bien que l'établissement ne dispose pas encore d'un plan formel de main-d'œuvre, plusieurs actions ont été entreprises, au cours de l'exercice 2011-2012, afin de répondre aux enjeux d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre :

- Participation active aux travaux entourant le nouveau site de la FQCRDITED (volet recrutement) et dans le cadre du comité de travail Positionnement Employeur à la FQCRDITED;

- Plusieurs salons de l'emploi visant notamment le personnel professionnel et éducateur et les nouveaux diplômés bilingues (issus d'établissements d'enseignement anglophones);
- En lien avec l'enjeu stratégique Recherche/enseignement, soutien à la mise en place d'un processus de recrutement et d'accueil de quatre stagiaires anglophones (2 éducateurs, 1 orthophoniste et 1 ergothérapeute) en septembre 2012 (Programme « Un pont vers l'embauche »);
- Interventions ciblées afin de répondre efficacement aux enjeux spécifiques d'attraction et de rétention du personnel à l'unité TGC et du personnel SAC;
- Pour la période estivale, projection des besoins de main-d'œuvre pour le remplacement et mise en place d'une offre d'heures garanties;
- Mise en place d'entrevues de groupe (avec mises en situation relatives au travail en équipe) pour le recrutement « massif » de personnel PAB/assistant en réadaptation;
- Révision du processus et des outils de suivi de probation pour le personnel PAB/assistant en réadaptation;
- Révision du rôle des agentes administratives (classe 2) travaillant dans les services de réadaptation, élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action pour soutenir l'actualisation de ce nouveau rôle (incluant un volet formation);
- Analyse de la classification de plusieurs postes et reclassification, le cas échéant;
- Suivi du projet de loi 21 concernant les actes professionnels réservés, analyse et réflexion avec les directions Services à la clientèle et Pratiques professionnelles afin de se doter des bons titres d'emploi.

Nom : Marie-Lise St-Pierre	Date : 24 mai 2012
-----------------------------------	---------------------------

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS

Axe d'intervention :	<i>Rétention et mieux-être</i>
Objectifs de résultats 2010-2015	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
Engagement régional 2011-2012 inscrit à l'Entente	25 % des établissements publics débuteront la démarche d'implantation d'un PROG. 25 % des établissements publics rencontreront la cible négociée au regard de l'assurance salaire. Respect du taux suivant : Réseau 5,54%
Engagements du CRDI 2011-2012 inscrit à l'Entente	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer une démarche d'un programme de type Entreprise en santé dont l'étape du sondage et de la diffusion des résultats. • Atteinte de la cible signifiée au Chapitre III soit : 6,9 %

Indicateurs	<i>Résultat* 2010-2011</i>	<i>Cible 2011-2012</i>	<i>Résultat** 2011-2012</i>
3.01-PS : Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,05	5,54	P12 : 6,48 P13 projetée : 6,48

Indicateurs	<i>Résultat du CRDI* 2010-2011</i>	<i>Cible du CRDI 2011-2012</i>	<i>Résultat du CRDI** 2011-2012</i>
3.01-PS : Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,61 ⁷	6,90	8,29

Commentaires

⁷ Suite à la publication du rapport annuel 2010-2011, le calcul du ratio en 2010-2011 a fait l'objet d'une correction en vertu des règles de calcul fournies par l'Agence.

Démarche Entreprise en santé

En avril 2011, le sondage sur la mobilisation du personnel relatif à la démarche Entreprise en santé et arrimé à la démarche d'agrément a été réalisé auprès de l'ensemble de notre personnel. En juin 2011, les faits saillants de ce sondage ont été présentés lors d'un lac à l'épaule réunissant l'ensemble des gestionnaires. Nous avons initialement prévu et préparé un bulletin d'information à l'intention du personnel pour diffusion avant la fin septembre. Toutefois, lors de la rencontre de septembre du comité des opérations pilotant la démarche d'agrément, il a été recommandé de réviser la stratégie de communication afin de diffuser de façon globale et intégrée les résultats des quatre sondages (satisfaction des usagers, proches, responsables de ressources résidentielles⁸ et mobilisation du personnel) afin de permettre à notre personnel de mieux saisir les interrelations entre ces résultats. D'autre part, afin de favoriser un échange avec le personnel quant aux besoins d'amélioration et pistes d'action, le mode de présentation dans les équipes a été préconisé pour assurer la diffusion des résultats des quatre sondages (incluant les résultats Entreprise en santé). Animées par les gestionnaires dans chacune des équipes, ces rencontres se sont déroulées au cours du mois de novembre 2011. Le plan de communication relatif à la démarche Entreprise en santé, mis en œuvre au cours de l'exercice 2011-2012, incluait également une capsule-vidéo diffusé, au printemps 2011, sur le portail intranet à l'occasion du lancement de la démarche Entreprise en santé et de la tenue du sondage ainsi que la diffusion de deux bulletins L'Info-Agrément (début septembre et fin novembre 2011).

Suite aux travaux des équipes d'évaluation dans le cadre de la démarche d'agrément au cours de l'hiver 2012, nous avons relancé la démarche Entreprise en santé en planifiant la tenue des groupes de discussion, lesquels se dérouleront à la fin mai 2012.

Ratio cumulatif en assurance-salaire

Au 31 mars 2012, le ratio cumulatif en assurance-salaire s'élève à 8,29%, dépassant la cible établie à 6,90%. L'exercice 2011-2012 a débuté avec un ratio très élevé de 10,20%. Comparativement à l'exercice précédent caractérisé par une augmentation soutenue du ratio cumulatif, le ratio cumulatif au cours de l'exercice 2011-2012 s'est stabilisé, puis a connu une baisse constante et graduelle à compter de la P6.

Afin de redresser efficacement la situation, l'établissement a confié à madame Danielle Lachance, consultante spécialisée en gestion de la présence au travail (GPT), le mandat de procéder à un audit de l'ensemble du processus, lequel a été réalisé à l'automne 2011. Basé sur les constats soulevés dans le cadre de cet audit, un plan d'action a été élaboré et mis en œuvre à compter de décembre 2011.

En rappelant l'importance stratégique de la présence au travail auprès de toutes les parties prenantes, ce plan d'action inclut notamment :

⁸ Dont les résultats ont été disponibles en octobre.

- la révision de la politique relative à la gestion de la présence au travail en responsabilisant les employés face à la présence au travail et en réaffirmant la responsabilité hiérarchique des gestionnaires en regard à la GPT;
- la formation des gestionnaires concernant la gestion de la présence au travail;
- la formation du personnel RH concernant la gestion de l'absentéisme excessif;
- la sensibilisation des instances syndicales face aux enjeux relatifs à la présence au travail;
- la diffusion auprès de l'ensemble du personnel, de la politique révisée;
- l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un plan d'action GPT dans chacun des services;
- la révision du tableau de bord GPT présentant les statistiques pour chacun des services et au niveau de l'ensemble de l'établissement;
- le soutien et le coaching auprès des gestionnaires dans l'élaboration de leur plan d'action GPT;
- la sensibilisation du médecin désigné de l'établissement face aux enjeux relatifs à la présence au travail;
- le rehaussement du budget (passant de 20K à 52K) pour évaluation et expertise médicale.

Nom : Marie-Lise St-Pierre	Date : 13 juin 2012
-----------------------------------	----------------------------