



## **RAPPORT ANNUEL DE GESTION**

**2012-2013**

**Adopté par le Conseil d'administration,  
le 24 septembre 2013**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Le message du président et de la directrice générale intérimaire</b>	<b>4</b>
<b>Les déclarations</b>	<b>7</b>
Déclaration de la fiabilité des données	7
Rapport de la direction	8
<b>La présentation de l'établissement</b>	<b>9</b>
Notre mission	9
La vision	9
La structure organisationnelle	10
Les faits saillants	11
La clientèle	13
<b>Les activités de l'établissement</b>	<b>15</b>
Description des services offerts	15
Modifications apportées en 2012-2013	19
Orientations stratégiques et priorités d'action	21
Les moyens mis en place pour évaluer la satisfaction	24
Les résultats	25
Le rapport d'agrément	39
Prestations sécuritaire des services	42
Examen des plaintes et promotion des droits des usagers	45
Atteindre l'équilibre budgétaire dans le respect des règles	48
<b>Les conseils et comités de l'établissement créés en vertu de la Loi</b>	<b>49</b>
Conseil d'administration	49
Comité de gouvernance et d'éthique	50
Conseil des infirmières et infirmiers	51
Conseil multidisciplinaire	52
Comité de vigilance et de la qualité	56
Comité des usagers	57
Comité de résidents	58
Comité de gestion des risques	59

<b>Les ressources humaines</b>	<b>59</b>
<b>Les états financiers au 31 mars 2013</b>	<b>62</b>
État des résultats	64
État des surplus accumulés	65
État de la situation financière	66
État de la variation des actifs financiers nets	67
État des flux de trésorerie	68
État du suivi des réserves, commentaires et observations de l'auditeur indépendant	70
Rapport de l'auditeur indépendant	71
<b>Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs</b>	<b>73</b>
<b>Les fiches de reddition de comptes</b>	<b>81</b>

## **1. LE MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE PAR INTÉRIM**

C'est avec plaisir que nous vous présentons le *Rapport annuel de gestion 2012-2013* du CRDITED de Laval.

À la suite d'une demande formelle du Conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Normand-Laramée auprès des instances concernées, l'établissement se présente depuis le 6 août 2012 sous une nouvelle dénomination sociale, soit « **le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de Laval** ».

Ce changement de dénomination sociale est une recommandation de la Table des directeurs généraux de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficiente intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). Il a comme objectif d'harmoniser la dénomination sociale de l'ensemble des centres au niveau provincial et d'inclure dans son libellé autant la personne vivant avec une déficience intellectuelle (DI) que la personne présentant un trouble envahissant du développement (TED), deux clientèles qui reçoivent des services des CRDITED.

Suite à l'élection du nouveau Conseil d'administration en février 2012, l'année 2012-2013 s'est avérée une année de consolidation pour les membres de ce nouveau conseil. De nombreuses séances de travail ont été réalisées avec les membres de la direction et les gestionnaires concernés afin de les familiariser avec l'organisation et de mieux les outiller à exercer leur fonction.

En outre la création du Comité de gouvernance et d'éthique, nouvelle instance instituée par la Loi, a permis aux membres de traiter les dossiers suivants :

- **Révision du Règlement no 1 sur la gouvernance du conseil d'administration**
- **Règles de fonctionnement des comités issus du Conseil d'administration**
- **Révision du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs**
- **Profil du directeur général**
- **Profil des membres démissionnaires**
- **Processus d'amélioration.**

Vous retrouverez davantage d'informations sur les activités du Comité de gouvernance à la section 5, Conseils et comités de l'établissement créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Faisant suite à l'annonce de la démission de monsieur Claude Belley, directeur général du CRDITED de Laval, le Conseil d'administration a procédé à la nomination de madame Michèle Girard à titre de directrice générale par intérim et confié au Comité de gouvernance l'élaboration du profil du nouveau directeur général. Le Comité a réuni des gestionnaires, directeurs et membres du personnel afin d'établir un profil qui refléterait au mieux les compétences et qualités recherchées dans un contexte de transformations organisationnelles majeures.

Ce profil, retenu par le Comité de sélection du directeur général, a permis de procéder à l'affichage du poste de directeur général et aux entrevues de sélection. Le Comité de sélection du directeur général a proposé au Conseil d'administration une candidature et, à la séance extraordinaire du 23 avril dernier, le Conseil d'administration a procédé à la nomination de madame Julie Vaillancourt à titre de directrice générale de l'établissement. Madame Vaillancourt entrera en fonction le 3 juin prochain, et ce, pour un mandat de quatre ans. Les membres du Conseil d'administration remercient chaleureusement madame Girard pour sa grande disponibilité tout au long de l'année et tiennent à souligner la compétence et le professionnalisme démontrés dans le cadre de cet intérim.

En 2012-2013, le CRDITED de Laval a obtenu pour une troisième fois sa certification avec le CQA. Dans le cadre de cette démarche, un plan d'amélioration a été produit, visant les années 2012 à 2015. Il s'agit du regroupement des pistes d'amélioration pour le CRDITED de Laval identifiées par la clientèle, les employés et les gestionnaires. L'état d'avancement du plan d'amélioration est effectué régulièrement au Comité de la direction générale et auprès des gestionnaires. Le Conseil d'administration ainsi que l'ensemble du personnel en sont informés deux fois par année.

En cours de l'année, le Conseil d'administration et la direction du CRDITED de Laval ont traité plusieurs dossiers majeurs : à l'automne 2012, le Conseil d'administration a adopté le plan d'organisation 2012-2015. De nombreux acteurs représentant l'ensemble des employés du CRDITED ont été mis à contribution. Un plan de communication et un plan de mise en œuvre sont en place afin de déployer progressivement, d'ici le printemps 2014, la structure révisée.

Par le biais du tableau de bord de suivi de la planification stratégique, le Comité de la direction générale et les membres du Conseil d'administration ont pris connaissance des résultats reliés à la satisfaction de la clientèle, au plan d'accès, aux listes d'attente, à la formation du personnel sur les outils cliniques, à l'accueil de stagiaires, etc. Actuellement, 6 indicateurs sur 14 (43%) ont des résultats chiffrés. Cette proportion augmente en fonction du rythme de l'évolution des travaux et de la disponibilité de l'information.

En harmonie avec les différents travaux en cours, le Comité de la direction générale et le Conseil d'administration ont donné leur aval à un projet d'optimisation du travail. Ce nouveau modèle, mis en place à l'automne 2012, fait appel au travail à distance, aux postes de travail partagés et à une technologie mobile. Ce projet s'inscrit dans un contexte de mise en place d'une offre de services spécialisés de deuxième ligne, où les intervenants cliniques doivent accroître les heures de prestation de services (HPS) auprès des usagers et leur famille et où l'intervention de proximité demeure au cœur de nos approches cliniques.

Encore une fois cette année, le CRDITED a accueilli une équipe du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) venue effectuer une troisième visite d'appréciation de la qualité du milieu de vie et des services offerts par les ressources. Cette évaluation fut très concluante en regard des milieux visités. Bien que quelques observations fassent état d'améliorations à apporter, principalement concernant des aménagements physiques et le développement de l'autonomie des usagers, il n'en demeure pas moins que l'essentiel du message a été très positif.

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 de Laval. Le CRDITED est particulièrement fier des résultats liés à l'assurance-salaire. En date du 31 mars 2013, le ratio cumulatif en assurance-salaire s'élevait à 6,23%, soit 0,52% sous la cible de 6,75% inscrite à l'Entente de gestion.

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 1 860 personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, inscrites ou admises au CRDITED de Laval. Les performances de notre organisation sont le résultat des efforts déployés par l'ensemble du personnel du CRDITED de Laval.

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 pour leur engagement et pour l'intérêt témoigné à l'égard de la mission que nous portons et de la clientèle que nous desservons.

A handwritten signature in blue ink, reading "Jean-Louis Bédard".

Jean-Louis Bédard, président du Conseil d'administration

A handwritten signature in blue ink, reading "Michèle Girard".

Michèle Girard, directrice générale par intérim

## 2. LES DÉCLARATIONS

### 2.1 Déclaration de fiabilité des données

À titre de directrice générale par intérim, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion du CRDITED de Laval pour l'année 2012-2013 :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et correspondent à la situation, telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.



---

Michèle Girard, directrice générale par intérim

## 2.2 Rapport de la direction

Les états financiers du CRDITED de Laval ont été complétés par la Direction des services administratifs, laquelle est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le Conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité d'audit. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au Conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton, s.e.n.c.r.l., dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton, s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité d'audit pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



---

Michèle Girard  
Directrice générale par intérim



---

Marie Lise St-Pierre  
Directrice des services administratifs

### 3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

#### 3.1 Notre mission

La Loi sur les services de santé et les services sociaux confère au CRDITED de Laval la mission de dispenser des services spécialisés 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 CRDITED de Laval se définit comme suit :

***« Offrir à sa clientèle des services spécialisés 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

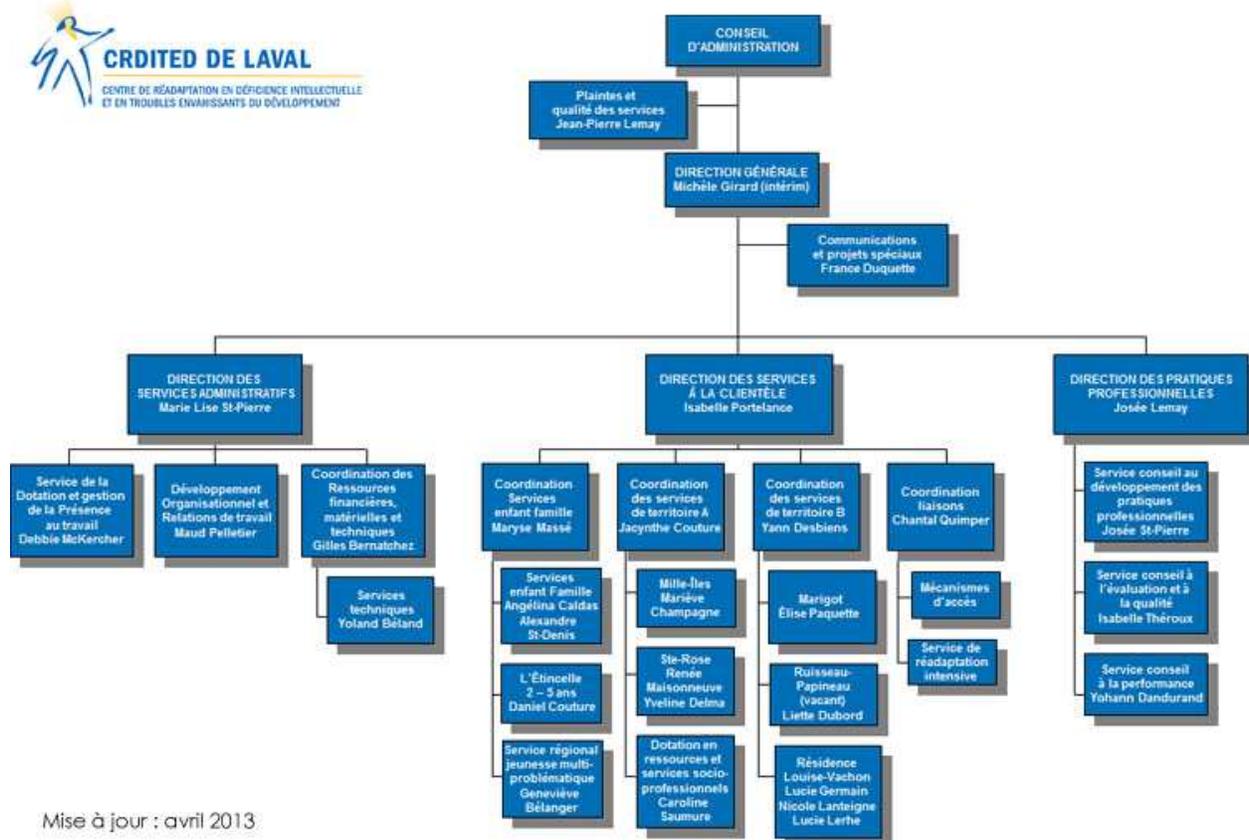
La planification stratégique du CRDITED de Laval 2010-2015 définit la vision et les valeurs et transcende l'ensemble des actions de l'organisation. La vision du CRDITED de Laval doit s'inspirer de nos clients de demain, traduire l'organisation de demain et refléter la reconnaissance extérieure souhaitée.

Une identité forte est nécessaire à la réalisation des ambitions du CRDITED de Laval 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 CRDITED de devenir une organisation performante où chacun comprend sa contribution et est fier de performer. Cette identité se traduit dans notre vision :

**« Le CRDITED de Laval 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 2013 se lit comme suit :



### **3.4 Les faits saillants**

Voici les principaux dossiers qui ont mobilisé le personnel du CRDITED au cours de l'année 2012-2013 :

- **La révision du plan d'organisation**

Débuté en 2011-2012, la révision du plan d'organisation a été approuvée par le Conseil d'administration, le 23 octobre 2012. En plus de s'inspirer de la mission, de la vision, de la philosophie de gestion et des valeurs de l'établissement, la planification stratégique 2010-2015 a servi de fondement à la démarche de révision du plan d'organisation.

Le plan d'organisation a fait l'objet de diffusion auprès d'instances formelles de l'établissement (Conseil multidisciplinaire, Conseil des infirmières et infirmiers, exécutifs syndicaux) et auprès de l'ensemble des employés, à l'hiver 2013, par la directrice générale intérimaire et la directrice des services à la clientèle. Un plan de communication et un plan de mise en œuvre pour le déploiement progressif, d'ici le printemps 2014, de la structure révisée.

- **La visite ministérielle dans les ressources non institutionnelles**

En mars 2013, nous avons accueilli une équipe du ministère de la Santé et des Services Sociaux, venue effectuer une troisième visite d'appréciation de la qualité du milieu de vie et des services offerts par les ressources. L'Agence de Laval a choisi, de façon aléatoire, quatre ressources intermédiaires.

Le mandat attribué aux responsables de cette visite était d'apprécier la mise en œuvre des milieux de vie substituts où vivent les usagers. Plusieurs éléments (16) ont été observés, notamment l'accueil, les activités, la sécurité, le respect de la confidentialité et l'autonomie des personnes.

Les responsables des ressources, avisés la veille avaient le défi de faire découvrir, en une heure trente, un milieu de vie de qualité, des services en lien avec les attentes de l'établissement (politiques et procédures) et les plans d'intervention pour les usagers.

Cette évaluation fut très concluante en regard des milieux visités. Bien que quelques observations fassent état d'améliorations à apporter, principalement concernant des aménagements physiques et le développement de l'autonomie des

usagers, il n'en demeure pas moins que l'essentiel du message est très positif et se traduit par :

- La chaleur humaine, l'amour et le respect dont les observateurs ont été témoin entre les intervenants et les usagers;
- L'appréciation de la présence, du support et de l'écoute des intervenants ainsi que de la direction du CRDITED de Laval auprès des ressources;
- Les énergies importantes déployées par le CRDITED de Laval pour supporter, encadrer et outiller les responsables.

▪ **Entente tripartite CJL-CSSS-CRDITED**

En juin 2012, le CRDITED de Laval a signé une entente tripartite. Avec l'entrée en vigueur de la loi 25 et l'élaboration du projet clinique porté par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval, l'entente entre le Centre jeunesse de Laval (CJL), le CSSS et le CRDITED de Laval vise à confirmer leur volonté de déterminer conjointement leurs mécanismes de collaboration. Celle-ci vise à définir les rôles et responsabilités de chacun des établissements afin d'offrir des services aux jeunes de la naissance à 18 ans qui présentent un retard global de développement, une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED).

S'inscrivant dans des objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, la contribution de chacun dans les interfaces de services apparaît comme essentielle dans l'entente. La collaboration s'actualisera à travers des mécanismes de liaisons, qui auront pour effet de consolider les orientations et les engagements issus de cette entente.

▪ **Le projet d'optimisation du travail**

Contrainte de déménager l'équipe du territoire de Ruisseau-Papineau à la suite du non-renouvellement du bail par le locateur, la direction du CRDITED de Laval a saisi cette opportunité pour réfléchir à un nouveau modèle d'organisation du travail afin d'optimiser l'intervention des équipes cliniques. Dans un contexte de mise en place d'une offre de services spécialisés de deuxième ligne, où les intervenants cliniques doivent accroître les heures de prestation de services (HPS) auprès des usagers et leur famille et où l'intervention de proximité demeure au cœur de nos approches cliniques, les principes d'optimisation suivants ont été explorés par un groupe de travail représentant les différents secteurs d'activités :

- Évaluation des processus liés aux tâches clinico-administratives des éducateurs visant la réduction du temps investi lors des déplacements ainsi que la diminution de la double saisie des données des intervenants (notes manuscrites prises lors des rencontres qui, par la suite, doivent être retranscrites dans les systèmes d'information clientèle).
- Réduction des coûts liés aux espaces locatifs par le partage des postes de travail permettant ainsi de fournir des équipements informatiques mobiles aux éducateurs spécialisés œuvrant en services externes. En plus de réduire la double saisie de données, l'équipement mobile permettra aux intervenants volontaires et répondant à des critères établis d'effectuer leurs tâches clinico-administratives dans un mode de télétravail à partir de leur domicile.

La démarche du comité lié à ce projet s'est appuyée sur un relevé de littérature axé sur le télétravail, sur du balisage dans d'autres organisation, sur l'expertise de l'ASSTAS et sur ses propres expériences pour déterminer les règles entourant ce projet. Plusieurs volets ont ainsi été considérés : technologie, santé/sécurité au travail, enjeux liés à la vie d'équipe, isolement potentiel des éducateurs...

Depuis novembre 2012, l'équipe du Ruisseau-Papineau vit cette nouvelle organisation du travail. Les premiers résultats nous démontrent que ce changement exige de nombreuses adaptations pour l'ensemble des personnes concernées et que le soutien à tous les niveaux demeure un levier pour franchir positivement cette évolution de pratique. En mars 2013, une deuxième cohorte démarrait ce projet, soit la moitié de l'équipe du SEF.

### **3.5 La clientèle**

Au 31 mars 2013, **1584** personnes étaient inscrites ou admises au CRDITED de Laval, pour une **diminution de 1%** par rapport à l'exercice précédent. Par ailleurs, il est important de noter qu'entre le 1<sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013, le CRDI a donné des services à un nombre total de **1860** personnes.

De la clientèle inscrite ou admise à l'établissement, **994** personnes vivent avec une déficience intellectuelle, **588** personnes présentent un trouble envahissant du développement (TED) et **2** personnes ont une déficience physique.

Vingt-huit pourcent (**28%**) de la clientèle sont des enfants de la naissance à 11 ans et **61%** de ces derniers présentent un TED.

USAGERS RECEVANT DES SERVICES AU 31 MARS 2013						
PROGRAMME- CADRE ENFANT - FAMILLE		PROGRAMME- CADRE ADOS - ADULTES - AÎNÉS		ADMIS RÉSIDENCE LOUISE- VACHON		DÉFICIENCE PHYSIQUE
DI	TED	DI	TED	DI	TED	DP
174	268	772	314	48	6	2
<b>442</b>		<b>1 086</b>		<b>54</b>		<b>2</b>
Nombre d'usagers recevant des services au 31 mars 2013						<b>1 584</b>
Nombre total d'usagers desservis entre le 1 <sup>er</sup> avril 2012 et le 31 mars 2013						<b>1 860</b>

Les tableaux suivants illustrent la répartition de la clientèle par catégorie d'âge et la répartition des usagers par programme-service au 31 mars 2013.

RÉPARTITION DES USAGERS PAR CATÉGORIE D'ÂGE AU 31 MARS 2013						
CATÉGORIE D'ÂGE	INSCRITS		ADMIS		DP	TOTAL
	DI	TED	DI	TED		
0 - 4 ans	110	69				179
5 - 17 ans	183	368				551
18 - 21 ans	89	72				161
22 - 44 ans	315	62	21	5		403
45 - 64 ans	216	8	20	1	2	247
65 ans et +	33	3	7			43
<b>TOTAL</b>	<b>946</b>	<b>582</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1584</b>

RÉPARTITION DES USAGERS PAR PROGRAMME SERVICE AU 31 MARS 2013							
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	174	241	772	314	48	6	0
Service d'intervention comportementale intensive (ICI)	---	39	---	---	---	---	0
Service d'intégration résidentielle	2	2	343	85	48	6	2
Service d'intégration au travail	---	---	272	28	---	---	0
Service d'intégration communautaire	---	---	10	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**

Faisant suite à l’adoption du plan d’organisation par le Conseil d’administration le 23 octobre dernier et conformément à l’offre de service provinciale de la Fédération québécoise des CRDITED, le CRDITED de Laval propose une gamme complète de services par le biais de deux programmes-cadres, de deux programmes clientèles (déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement) et de guides de pratique.

- ***Le programme-cadre des services aux jeunes (naissance – 21 ans), à leur famille et à leurs proches***

Destiné aux jeunes (naissance – 21 ans) qui présentent un diagnostic de déficience intellectuelle, de retard global de développement ou de trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches, le programme-cadre actuel devra être révisé pour tenir compte des nouveaux regroupements d’âges et des meilleures pratiques répertoriées à ce jour. Malgré tout, certains principes généraux découlant de la philosophie d’accompagnement et d’intervention spécialisés servent de balises aux actions des intervenants. Ces principes visent entre autres à reconnaître la globalité du jeune, à intervenir de manière précoce, à reconnaître les compétences et le pouvoir d’agir des parents et du jeune en tenant compte des différentes étapes de développement, à favoriser la continuité dans la réponse aux besoins des jeunes et à agir de manière concertée.

L’application de ce programme-cadre concerne directement les équipes du service d’intervention précoce pour les enfants (naissance à 5 ans), les équipes du service aux jeunes (6 à 21 ans) et l’équipe du Service régional jeunesse multiproblématique (SRJM) (6 à 17 ans). Précisons que les éducateurs auront sous leur responsabilité un groupe spécifié à l’un ou l’autre des diagnostics, à l’exception du SRJM et des éducateurs dédiés à la clientèle anglophone.

- ***Le programme-cadre des services aux adultes et personnes âgées (22 ans et plus) ainsi qu’à leurs proches***

Destiné aux adultes et aux personnes âgées (22 ans et plus) qui présentent une DI ou un TED, ce programme-cadre devra aussi faire l’objet d’une réécriture, en considération des modifications apportées

au présent plan d'organisation et des meilleures pratiques répertoriées à ce jour. Certains principes généraux découlant de la philosophie d'accompagnement et d'intervention spécialisés servent de balises aux actions des intervenants. Ces principes visent, entre autres, à favoriser le pouvoir d'agir par le développement des capacités, à maintenir le projet personnel au cœur de la planification des services, à développer ou maintenir un réseau de soutien efficient, à réduire les situations de handicap ou les difficultés complexes d'adaptation.

L'actualisation de ce programme-cadre concerne directement des équipes de services spécialisés offerts dans la communauté, un continuum de services auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement, les milieux de vie de la Résidence Louise-Vachon et des éducateurs dédiés à la clientèle anglophone.

Bien que deux programmes-cadres distinguent la gestion des services entre les clientèles, l'organisation fera preuve de souplesse dans la gestion des dossiers. Complémentarité, continuité et efficacité sont les caractéristiques premières de l'approche par programme. Elles serviront de guide pour déterminer la nature de l'accompagnement et des interventions spécialisées en vertu de l'évolution des besoins de la clientèle et de la nécessité d'organiser l'intervention selon des épisodes de service.

- ***Les programmes clientèles***

Les programmes-cadres s'actualisent à travers deux programmes clientèles. De manière générale, les programmes clientèles visent à présenter les caractéristiques des usagers en lien avec les spécificités de leurs diagnostics, tout en mettant de l'avant les objectifs généraux d'intervention préconisés. Le programme clientèle concernant les personnes présentant un TED a été lancé au printemps 2006. Il sera révisé au cours du présent plan d'organisation afin d'adapter les services spécialisés à une clientèle de 2<sup>e</sup> ligne. Pour ce qui est du programme clientèle visant les personnes présentant une DI, il sera lancé au cours de l'année 2013.

Les programmes clientèles requièrent une organisation de services axée sur les caractéristiques, le dénombrement et les besoins spécifiques de chaque clientèle. Il est important qu'ils reposent sur une vision commune des modalités d'accompagnement et d'intervention spécialisés requises. Ils contribuent à bonifier la réponse aux besoins particuliers des usagers, en s'appuyant sur les grands principes, les

meilleures pratiques reconnues et la philosophie d'accompagnement et d'intervention spécialisés inscrits dans le processus clinique. Ils précisent notamment les caractéristiques de chacune des clientèles, les principaux diagnostics associés, les stratégies d'intervention à privilégier, etc.

Le programme clientèle concernant les personnes présentant une DI doit considérer que les usagers présentant une DI sont hétérogènes. Chaque usager se distingue par ses particularités personnelles, son niveau de fonctionnement intellectuel et son répertoire de comportements adaptatifs manifestés dans ses différents milieux de vie.

Quant au programme clientèle concernant les personnes ayant un TED, il tient compte, dans des proportions différentes, selon la spécificité du diagnostic, des caractéristiques — qui servent de critères lors de l'évaluation diagnostique — relatives aux trois sphères suivantes<sup>1</sup>:

- Altération qualitative des interactions sociales
- Altération qualitative de la communication
- Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités

Tous les éducateurs ont une clientèle dédiée dans les différentes équipes de l'organisation. Des formations spécifiques à chacune des clientèles permettent aux intervenants d'acquérir le savoir et le savoir-faire pour actualiser les programmes clientèles. À la formation s'ajoutent la supervision clinique, l'interdisciplinarité, le travail d'équipe et la collaboration avec les partenaires internes et externes.

#### ▪ **Les guides de pratique**

Au Québec, dix-neuf guides de pratique ont été conçus par la Fédération québécoise des CRDITED. Ils s'adressent aux intervenants, aux professionnels et aux gestionnaires concernés par les services spécialisés destinés à l'ensemble de la clientèle des CRDITED, en fonction de l'âge et du contexte de service.

Résultats d'un travail de concertation, l'ensemble des guides de pratique s'inscrivent dans une même perspective. Ils prennent leurs

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association (2003). *Op cit.*

assises sur les orientations ministérielles (cf. *Plan d'accès*) et sur les politiques de soutien aux personnes présentant une DI ou un TED, à leurs familles et aux autres proches, intitulées « *De l'intégration sociale à la participation sociale* » (DI), ainsi que sur la politique « *Un geste porteur d'avenir* » (TED). Ils s'inscrivent aussi dans l'actualisation et l'évaluation de l'offre de service des CRDITED.

Les guides de pratique clinique ont été développés pour améliorer la qualité des services, diminuer les variations dans les pratiques entre les différents établissements et optimiser l'utilisation des ressources. Ils visent à concentrer une importante expertise basée sur les meilleures pratiques dans le but d'orienter la pratique clinique en CRDITED.

Deux guides de pratique sont présentement mis en œuvre au sein des différents CRDITED du Québec, dont le niveau d'implantation est mesuré par la FQCRDITED. Il s'agit de :

- Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC);
- Le service d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en trouble envahissant du développement.

Au CRDITED de Laval, deux autres guides de pratique, inspirés des travaux de la FQCRDITED, sont implantés dans les équipes d'intervenants. Il s'agit de :

- Le service d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO);
- Le service d'adaptation et de réadaptation dans un contexte d'intégration au travail.

Les autres guides, en cours de révision par un comité désigné par la FQCRDITED, seront implantés dans les organisations au fur et à mesure que les travaux seront complétés.

#### **4.2 Modifications apportées au cours de l'exercice 2012-2013**

Les principales modifications sont les suivantes :

#### **4.2.1 Entente de partenariat entre le Centre jeunesse de Laval et le CRDITED de Laval relativement à la mise en commun du processus d'approvisionnement des biens et services**

Alignés sur l'axe d'intervention Optimisation de l'utilisation des ressources de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Laval, le Centre jeunesse de Laval et le CRDITED de Laval ont conclu en septembre 2012, une entente de partenariat visant la mise en commun du processus d'approvisionnement des biens et services.

Cette entente de partenariat a pour objectifs de :

- Réaliser des gains d'efficience,
- Assurer la conformité avec le cadre réglementaire et légal relatif à ce processus,
- Réduire la vulnérabilité en cas d'absence,
- Assurer un contrôle efficace des coûts en approvisionnement.

Cette entente de partenariat précise les principes directeurs permettant d'assurer le succès de ce nouveau mode de fonctionnement, la portée et les limites, le partage des rôles et responsabilités entre les deux établissements, les mécanismes de coordination, de communication et de suivi.

Afin d'actualiser efficacement cette entente, le processus opérationnel d'approvisionnement a fait l'objet d'une importante révision dans une perspective d'intégration et d'optimisation. Ce processus révisé est actuellement en cours de déploiement.

#### **4.2.2 Déménagement des équipes du territoire du Ruisseau-Papineau**

Le CRDITED s'est vu contraint de déménager tout le personnel du territoire du Ruisseau-Papineau, soit un cadre et 24 employés, dans un nouvel espace locatif. Face à cet enjeu d'ordre locatif, l'établissement a profité de l'occasion afin de revoir ses façons de faire, de manière à optimiser son modèle traditionnel d'organisation du travail et de prestation de services. Ainsi, par le biais d'un projet pilote s'inscrivant dans le Projet d'optimisation décrit précédemment, un nouveau modèle faisant notamment appel au travail à distance, aux postes de travail partagés, et à une technologie mobile, a été mis en place à l'automne 2012.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2012, le service Ruisseau-Papineau a donc emménagé dans un espace situé au 2550, boul. Daniel Johnson, dont la superficie est de 285,9 m<sup>2</sup>, comparativement à 450,0 m<sup>2</sup> dans l'espace locatif précédent.

#### **4.2.3 Entretien et maintien des actifs immobiliers**

En 2012-2013, l'établissement a réalisé plusieurs travaux d'entretien et de maintien des actifs à la Résidence Louise-Vachon. Parmi les plus importants projets, notons :

- La finalisation des terrasses des milieux de vie Carrousel, Tournesol et Clairière,
- L'installation de rideaux séparateurs dans les chambres des résidents,
- Le changement des unités de chauffage et de climatisation,
- La préparation des plans et devis et l'appel d'offres publiques pour l'installation de la nouvelle génératrice,
- L'installation d'un système d'ouvre-porte automatique et d'un système de sécurité et d'accès par cartes magnétiques,
- Ainsi que la réalisation d'un plan fonctionnel et technique (PFT) relatif au projet de consolidation et de spécialisation des services à la Résidence.

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

#### **4.3.1 La planification stratégique**

Les cinq équipes de projet poursuivent leurs travaux liés aux enjeux identifiés dans la planification stratégique. Chacun des enjeux a son propre plan de réalisation qui mène à l'actualisation de leurs projets respectifs. Voici un résumé des travaux réalisés par chaque équipe :

##### **Enjeu 1 : Prévalence DI-TED**

- Rehausser la pratique professionnelle afin d'offrir des services spécialisés de deuxième ligne.

Un plan de formation sur mesure a été mis en place :

- la révision du processus clinique de l'établissement s'est soldée par une formation à l'ensemble des intervenants cliniques
- la révision du guide de supervision et celle du programme clientèle DI sont en cours et leur appropriation est prévue au cours du prochain exercice
- Organiser les services en fonction des taux de prévalence DI et TED inscrits à l'établissement

La révision du plan d'organisation s'inscrit dans les objectifs de ce projet. L'organisation future des services de la Direction des services à la clientèle (DSC) fait l'objet de réflexion pour répondre à l'enjeu des taux de prévalence. L'équipe enjeu a soutenu les travaux de révision du plan d'organisation menés par la DSC. Finalement, des échanges ont eu lieu avec le Comité des usagers au cours de l'année.

### **Enjeu 2 : 1<sup>re</sup> / 2<sup>e</sup> ligne**

- Développer une offre de service régionale de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne.

Des travaux importants ont eu lieu, en partenariat avec des représentants du CSSS de Laval, afin de déterminer des points de repères et des critères d'orientation pour les services de première ou de deuxième ligne. Un consensus est établi en ce qui a trait aux offres de services distinctives des deux établissements. Ces travaux, de longue haleine, permettront de procéder à l'exercice de distinction de la clientèle.

- Avoir une organisation de service par épisode de services spécialisés.

Le bilan du projet de services en épisode au territoire du Marigot permet de placer les premiers jalons de l'épisode de services. Des travaux importants seront réalisés par l'équipe projet au cours de la prochaine année.

### **Enjeu 3: RNI (ressource non institutionnelle)**

- Rehausser la qualité des services en RNI.

La politique de l'établissement pour une saine alimentation a été diffusée à l'ensemble des RNI. Les responsables de RNI sont encouragés à appliquer les recommandations du guide alimentaire canadien.

Des *focus group* ont permis d'identifier les priorités et les écarts sur le plan de la participation des usagers aux activités de la vie quotidienne et domestiques en RNI. Afin de soutenir cet objectif, un plan de formation

annuel destiné aux responsables de RNI a été déterminé et actualisé en cours d'année.

- Poursuivre le développement du continuum résidentiel.

L'utilisation de l'outil *GO RNI*, exigée par le MSSS, permet de mieux évaluer le pairage entre les besoins de l'utilisateur en matière d'hébergement et la RNI. Bien qu'exigeante, cette démarche permet aussi d'identifier le type de RNI à développer en fonction du profil des besoins des usagers.

Le CRDITED a aussi participé à la conception, en partenariat avec tous les établissements lavallois, du Guide régional en matière de retrait et de placement d'un jeune. Cet outil régional nous assure de bien offrir le soutien aux familles avant et pendant l'hébergement et de prévoir le retour à la maison dès que possible.

#### **Enjeu 4 : Résidence Louise-Vachon (RLV)**

- Implanter l'approche milieu de vie.

Un plan d'action est en place pour favoriser l'appropriation de l'approche milieu de vie dans tous les milieux de vie de la Résidence Louise-Vachon. L'équipe enjeu suit de près les résultats du projet pilote en place au Goéland.

- Optimiser l'utilisation des ressources humaines à la RLV.

Des travaux se poursuivent afin d'optimiser l'utilisation des ressources humaines à la RLV. Entre autres, une technicienne en loisirs a été embauchée afin de mettre en place une programmation d'activités de loisirs variées et adaptées aux résidents.

Aussi, des efforts sont consentis à trouver des stratégies pour offrir des conditions de travail améliorées au personnel des milieux de vie troubles extrêmes du comportement et troubles graves du comportement (TEC/TGC).

Finalement, plusieurs processus en gestion des ressources humaines ont été revus.

## Enjeu 5 : Enseignement et recherche

- Gérer les stages.

Les travaux ont permis de développer une procédure et des outils nécessaires à la gestion optimale des stages au CRDITED. Les résultats des travaux ont été présentés à l'ensemble des équipes.

- Améliorer les transferts des connaissances issues de la recherche et de l'enseignement.

Une subvention du CNRIS a permis l'embauche d'une APPR recherche en cours d'année. Des liens s'établissent progressivement avec les maisons d'enseignement et de recherche. Sa présence favorise l'appropriation des résultats de recherche dans la mise en place de programmations ou d'utilisation d'outils cliniques au CRDITED de Laval.

Un tableau de bord de gestion est utilisé afin de suivre l'évolution des différents indicateurs liés aux enjeux de la planification stratégique 2010-2015.

### **4.3.2 Le tableau de bord de gestion**

L'année 2012-2013 a été marquée par des efforts importants de l'ensemble de l'organisation pour mettre en œuvre les projets et objectifs visés par la planification stratégique.

Les équipes enjeux se rencontrent régulièrement pour faire le suivi et la mise en commun de leurs projets.

L'ensemble des projets et objectifs visés par la planification stratégique fait l'objet d'un suivi à tous les deux mois auprès de Comité de gestion stratégique de la direction générale : on y discute de l'état d'avancement des projets, des échéanciers, des ressources nécessaires pour mener à terme les actions, et des impacts des activités de la planification stratégique sur les opérations quotidiennes.

Un tableau de bord de suivi de la planification stratégique a été conçu. S'y retrouvent les résultats de la satisfaction de la clientèle, du plan d'accès, des listes d'attente, de la formation du personnel sur les outils cliniques, de l'accueil de stagiaires, etc. Actuellement, six indicateurs sur quatorze (43%) ont des résultats chiffrés. Cette proportion augmente en fonction de l'évolution des travaux et de la disponibilité de l'information.

#### **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 complétées :

- Sondage sur l'évaluation des services reçus par les usagers hébergés au sein de leur ressource (Enjeu RNI).
- 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 et proches) lors de la cessation des services au Service régional jeunesse multiproblématique.
- Évaluation du taux de satisfaction des parents en regard des « postes d'intervention en blocs ».
- La Plate-forme parents, animée par la DSC, permet aussi de mesurer la satisfaction des familles et des proches.

#### **4.5 Les résultats**

##### **4.5.1 Nouvelles demandes**

Les données recueillies permettent d'établir que le service AEO a accepté 297 demandes au cours de la dernière année. Toutefois, 35 demandes sont en traitement actuellement, ce qui nous permet d'estimer que le nombre total pour l'année 2013 atteindra 332 demandes. Nous constatons qu'en comparaison avec la dernière année, le nombre de nouvelles demandes acceptées s'est maintenu.

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.

<b>NOUVELLES DEMANDES ACCEPTÉES ENTRE LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2012 ET LE 31 MARS 2013</b>					
Programme-cadre	Retard global de développement	DI	TED	PIC (en attente d'évaluation)	Total
Enfant/famille (naissance-11ans)	15	16	99	81	<b>211</b>
Ados-Adultes-Aînés (12ans et plus)	-	53	33	-	<b>86</b>
En traitement au 31 mars 2013					<b>35</b>
<b>Total</b>					<b>332</b>

#### **4.5.2 Liste d'attente**

Au 31 mars 2013, 195 usagers étaient inscrits sur la liste d'attente pour un premier service. Ce nombre est légèrement supérieur à l'an passé où on dénombrait 190 usagers en attente à la même date. Une fois de plus, c'est aux Services à l'enfant et à sa famille que le nombre d'usagers en attente est le plus élevé. En effet, le pourcentage de demandes pour ce service représente 65% de l'ensemble de la liste d'attente. De même, nous constatons que la clientèle TED est la plus représentée dans ce service.

<b>NOMBRE D'USAGERS EN ATTENTE D'UN 1<sup>ER</sup> PREMIER SERVICE AU 31 MARS 2013</b>						
	SERVICE ENFANT / FAMILLE	TERR. MILLE-ÎLES	TERR. MARIGOT	TERR. RUISSEAU-PAPINEAU	TERR. STE-ROSE	TOTAL
<b>TED</b>	89	2	12	5	5	<b>113</b>
<b>DI</b>	37	3	7	15	20	<b>82</b>
<b>TOTAL</b>	126	5	19	20	25	<b>195</b>

#### **4.5.3 Plan d'accès**

Pour ce qui est des standards urgents et élevés, les résultats sont satisfaisants et respectent les attentes signifiées. Toutefois, le taux global de respect des délais a vécu une baisse considérable cette année. En effet, l'implantation du dernier standard d'accès, soit le niveau modéré, fait ressortir le défi pour l'établissement d'atteindre la cible visée. Nous observons encore que les Services à l'enfant et à sa famille obtiennent le plus grand nombre de demandes qui dépassent largement la capacité d'accueil. De même, le nombre de nouvelles demandes demeure significativement supérieur au nombre de fermetures. ce qui contribue à ce résultat. Un défi demeure donc au niveau de la réponse aux demandes de priorités modérées dans les délais prescrits (1 an), lesquelles représentent le plus grand volume de demandes traitées.

### Fiche de reddition de comptes 2012-2013

<b>Axe :</b>	<b>Services sociaux et de réadaptation</b>
<b>Objectifs de résultats 2010-2015</b>	<b>Assurer aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis.</b>

<b>Indicateurs</b>	<b>Cibles 2011-2012</b>	<b>Résultats 2011-2012</b>	<b>Cibles 2012-2013</b>	<b>Résultats 2012-2013</b>
1.45.5.5 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDITED pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90%	93,24%	90%	78.72%
1.45.5.6 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDITED pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90%	100%	90%	100%
1.45.5.7 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDITED pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90%	84,62%	90%	86.49%
1.45.5.8 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDITED pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	75%	93,24%	90%	78.03%

#### **4.5.4 Développement de places en RNI**

- ***Ouverture de 10 places résidentielles et 5 places en développement***

Dans le cadre de la Table régionale des personnes ayant des troubles multi-problématiques complexes, l'Agence de Laval a octroyé un budget supplémentaire pour 5 usagers. À partir de l'évaluation des besoins de certains usagers, des mesures préventives à mettre en place dans la ressource (milieu physique plus vaste) et des plans d'intervention de chaque usager, le CRDITED a développé une ressource de 4 places. Celle-ci est dédiée aux usagers présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et ayant des troubles graves du comportement associés. La cinquième place a été développée dans une ressource existante pour un usager présentant des troubles complexes.

De plus, dans le cadre du financement national de 35 M, le CRDITED a travaillé conjointement avec le CSSSL pour bonifier le continuum résidentiel de première et de deuxième ligne. Dans ce contexte, les établissements ont évalué les demandes et les urgences du réseau et ils ont travaillé à une offre de service commune.

Pendant cette période, l'Association lavalloise de la déficience intellectuelle (ALDI) a proposé une ressource d'hébergement en alternance pour adultes. Une nouvelle ressource a donc vu le jour. Cette ressource donnera des services à 20 usagers annuellement, à raison d'une semaine par mois, à 5 usagers à la fois.

Dans le même cadre financier, un autre projet, « les appartements supervisés », est en cours de réalisation pour développer 5 places supplémentaires. Ce projet s'adresse à des usagers qui sont prêts à intégrer leur propre appartement mais qui ont besoin de soutien quotidien pour réaliser leur projet de vie. Nous sommes en évaluation de postulants qui pourraient encadrer ce modèle de service. En plus des 5 places, un appartement sera réservé pour le développement de l'autonomie résidentielle. Les usagers, accompagnés de leur éducateur, pourront y avoir accès pour finaliser des apprentissages et valider des acquis.

#### **4.5.5 *Projet clinique***

Le projet clinique lavallois concerne l'ensemble des acteurs régionaux et vise à favoriser un meilleur accès, une continuité, une complémentarité et une qualité de service aux personnes. Durant la dernière année, l'implantation du réseau local de services s'est poursuivie. Pour leur part, les tables de travail régionales qui concernent la clientèle DI/TED ont poursuivi leurs activités par le biais d'équipes projets. Ces équipes ont travaillé sur des mandats précis en lien avec les différentes priorités régionales.

#### **4.5.6 Révision de l'offre de service des soins de santé et d'assistance**

Afin de soutenir les services d'adaptation et de réadaptation offerts, le CRDITED déploie une offre de service en soins de santé et d'assistance accessible aux usagers hébergés dans l'une ou l'autre des ressources résidentielles sous sa responsabilité. Cette offre de service s'inscrit dans un travail en interdisciplinarité pour répondre aux besoins des usagers, dont les situations de handicap demandent une intervention professionnelle au niveau de la santé physique. La double expertise des infirmières (santé physique et clientèle vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement) permet de répondre à des besoins en santé pouvant être complexifiés par certaines caractéristiques propres à la clientèle et permet une approche d'intervention adaptée.

L'offre de service en soins de santé a été présentée au Conseil des infirmières et des infirmiers le 28 mars 2013. Elle sera présentée au cours de l'année 2013 au Comité exécutif du conseil multidisciplinaire pour être par la suite diffusée à l'ensemble du personnel.

#### **4.5.7 Entreprise en santé**

Suite au sondage sur la mobilisation du personnel mené en 2011 dans le cadre des démarches intégrées Agrément et Entreprise en santé, nous avons réalisé au printemps 2012 quatre groupes de discussion réunissant sur une base volontaire des employés provenant d'un échantillon aléatoire et représentatif des effectifs de l'établissement, en tenant compte de diverses caractéristiques (catégorie d'emploi, sexe, groupe d'âge et d'ancienneté, direction, etc.). Ces groupes de discussion ont permis d'approfondir et mieux cerner les besoins d'amélioration identifiés dans le cadre du sondage, et proposer des pistes de solution.



Au cours de l'automne 2012, le Comité Santé et Mieux-être a été mis sur pied, réunissant des employés représentant chacune des catégories d'emploi. Sous la responsabilité d'un chargé de projet, ce comité a entrepris ses travaux à l'hiver 2013 en vue d'élaborer un plan d'action visant à maintenir et améliorer de façon durable la santé globale et la mobilisation du personnel. Sous le thème *En route*

vers la santé, ce plan d'action visera notamment à promouvoir et encourager l'activité physique comme saine habitude de vie auprès du personnel.

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

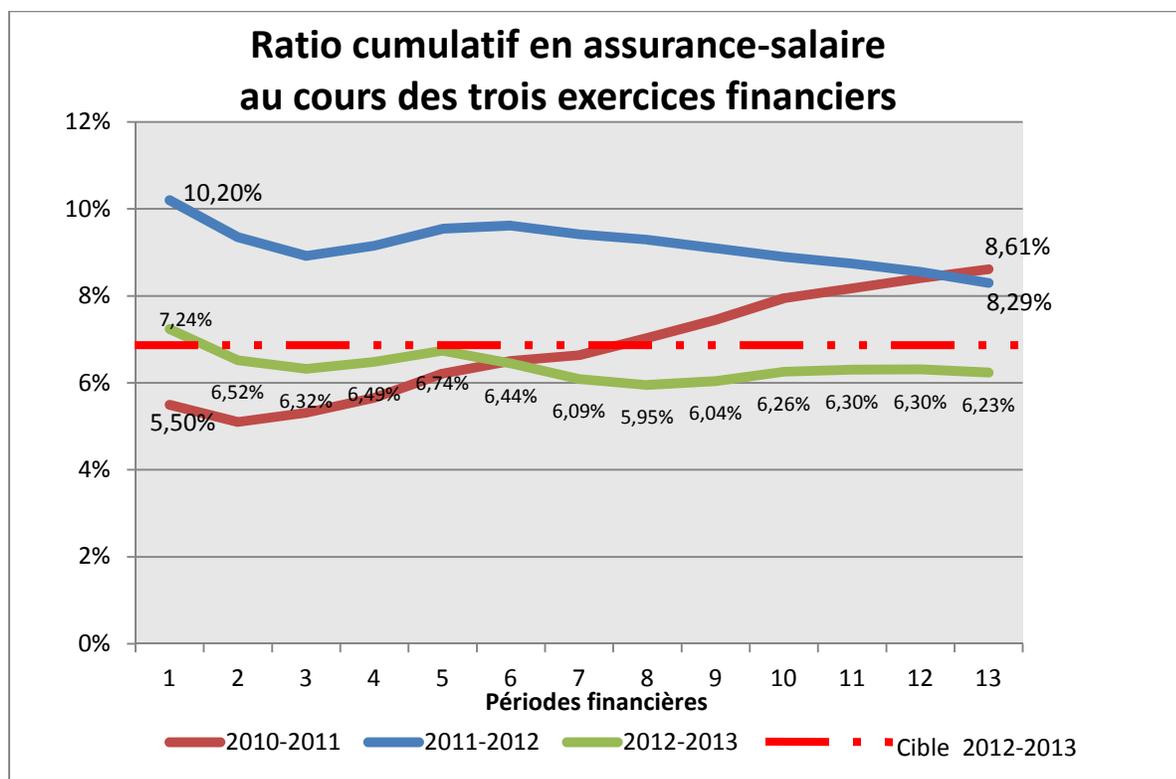
Au 31 mars 2013, le ratio cumulatif en assurance-salaire s'élève à 6,23%, soit 0,52% sous la cible de 6,75% inscrite à l'entente de gestion. Il s'agit d'une importante diminution par rapport aux exercices précédents où le ratio cumulatif atteignait plus de 8,29% en 2011-2012 et 8,61% en 2010-2011.

<b>Gestion de la présence au travail</b>		
<b>Exercice</b>	<b>Ratio cumulatif/assurance-salaire</b>	<b>Cible</b>
2012-2013	6,23 %	6,75 %
2011-2012	8,29 %	6,90 %
2010-2011	8,61 %	6,05 %

Comme le démontre la figure ci-dessous, nous avons débuté l'exercice financier avec un ratio cumulatif en assurance-salaire de 7.24%. Au cours des périodes financières subséquentes, le ratio a généralement oscillé à l'intérieur de l'échelle 6,00 à 6,50%, atteignant un seuil minimal de 5,95% à la période 8 (soit du 21 octobre au 17 novembre 2012) et un seuil maximal de 6,74% à la période 5 (soit du 29 juillet au 25 août 2012)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ce ratio étant basé à la fois sur les heures en assurance-salaire et les heures travaillées, une tendance à la hausse en période estivale s'explique notamment par une diminution importante des heures travaillées, le personnel (sauf à la Résidence Louise-Vachon) n'étant pas remplacé lors de vacances.



Comparativement aux exercices précédents, l'exercice 2012-2013 s'est distingué par une nette amélioration en ce qui a trait à la gestion de la présence au travail, en affichant un ratio cumulatif meilleur que la cible inscrite à l'entente de gestion. Il importe ici de rappeler le plan d'action mis en œuvre en décembre 2011 pour améliorer la présence au travail, laquelle constitue une condition essentielle à la réalisation de notre mission d'offrir des services de réadaptation efficaces, efficaces et de qualité.

En regard de la présence au travail, l'établissement poursuit le déploiement de ce plan d'action en :

- Assurant une gestion efficiente des suivis médico-administratifs des dossiers d'absences;
- Assurant une utilisation optimale du budget d'évaluation et d'expertise médicale afin de mieux cibler les problématiques et les traitements requis permettant d'améliorer de façon plus efficace et proactive la condition médicale des employés en invalidité et favoriser un retour au travail prompt, sain et durable;
- Sensibilisant les gestionnaires au suivi du taux d'absentéisme de leur service et en les soutenant dans le suivi de la gestion de la présence au travail.

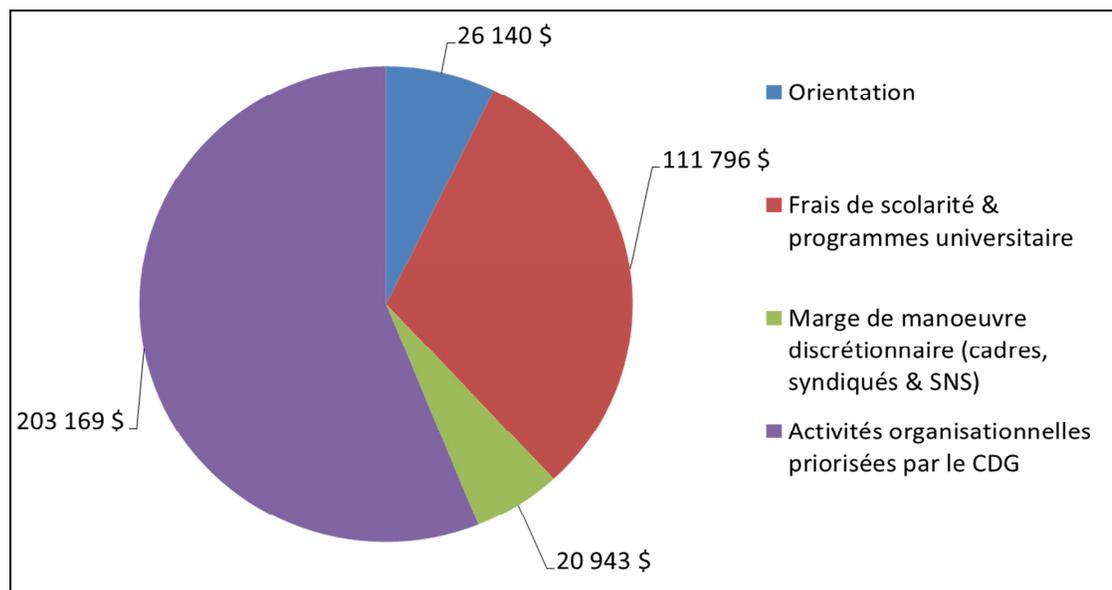
Par ailleurs, dans le cadre de la démarche Entreprise en santé, l'établissement mettra de l'avant, en 2013-2014, des actions ciblées pour améliorer la santé globale des employés, incluant notamment :

- Des activités de promotion et de soutien aux saines habitudes de vie, tout particulièrement liées à l'activité physique,
- Des actions visant l'amélioration continue des pratiques de gestion priorisées dans la cadre du plus récent sondage sur la mobilisation du personnel, et alignées aux nouveaux enjeux de gestion associés au déploiement du plan d'organisation et la mise en place du projet d'optimisation, tel que présentés précédemment,
- L'identification des risques pour la santé et la sécurité au travail et des mesures de prévention,
- La mise à jour des pratiques et procédures de maintien et de retour au travail.

#### **4.5.9 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 mai 2012 permettant ainsi d'analyser et de cibler les formations prioritaires, correspondant à la capacité budgétaire et la faisabilité opérationnelle de l'établissement, et en tenant compte des cibles prévues à l'article 13 de la convention collective nationale.

Au cours de l'exercice 2012-2013, l'établissement a investi plus de 362 048\$ (dont 275 717\$ en dépenses salariales), totalisant 7 452.79 heures de formation reçues par le personnel.



Le diagramme ci-dessus illustre la répartition des dépenses actualisées relativement à l'enveloppe budgétaire prévue pour le développement et la formation du personnel en 2012-2013<sup>3</sup>.

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, 219 activités de formation internes ont eu lieu entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013. Parmi celles-ci, les formations qui ont rejoint le plus grand nombre d'employés concernent :

- Formation RCR (Réanimation Cardio-respiratoire) (employés de la catégorie 1)
- Formation sur les mesures d'hygiène et salubrité (employés de la catégorie 2)
- Formation sur la mise à niveau Excel de la suite MS Office (employés des catégories 3 et 4)
- Formation sur la gestion des priorités et l'efficacité (employés de la catégorie 3)
- Formation ITCA (Intervention Thérapeutique lors de Conduites Agressives) (employés des catégories 2 et 4)
- Formation sur l'outil Go RNI (employés de la catégorie 4)
- Formation sur la gestion des risques (employés de la catégorie 4)
- Formation sur les mesures de contrôle (employés de la catégorie 4)
- Poursuite de la formation sur l'introduction au modèle PPH (employés de la catégorie 4)
- Formations en lien avec la spécification TED (employés de la catégorie 4)
- Formation sur la civilité au travail (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. Voici quelques statistiques à cet effet :

---

<sup>3</sup> À noter, la marge de manœuvre discrétionnaire pour le personnel cadre, le personnel syndiqué et SNS concerne la participation à des activités telles que congrès, colloques, conférences ou activités externes de formation répondant à des besoins individuels de développement.

- Programme universitaire de 1<sup>er</sup> cycle en Di et TED :
  - 22 éducateurs ont participé au certificat en intervention auprès de la clientèle TED. De ce nombre, 13 éducateurs ont complété ce programme,
  - 7 intervenants ont participé aux microprogrammes PUF-DI 1<sup>er</sup> cycle. De ce nombre, 6 éducateurs ont complété ce programme.
- Programme universitaire de 2<sup>ième</sup> cycle en Di et TED :
  - 4 intervenants ont participé au microprogramme PUF-DI 2<sup>ième</sup> cycle.

Voici les résultats globaux liés à la formation au 31 mars 2013 décrivant l'investissement en formation pour chacune des catégories d'emploi :

#	Catégorie d'employés	Nombre total d'heures de formation reçue	Frais liés au salaire	Total des frais de formation <sup>4</sup>	Ratio Total des frais de formation / masse salariale en %	
					actuel	cible <sup>5</sup>
n/a	Personnel cadre	691.40	37 904,18	58 243,09	<b>2.07%</b>	
n/a	Personnel SNS	157.00	5 882,75	9 692,43	<b>2.17%</b>	
1	Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	300.75	13 548,58	15 938,20	<b>1.40%</b>	1.34%
2	Personnel para technique, services auxiliaires et métiers	891.14	21 472,94	22 517,18	<b>0.55%</b>	0.38%
3	Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	346.50	11 058,79	18 722,13	<b>1.23%</b>	0.38%
4	Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	5 066.00	185 849,51	236 935,08	<b>2.05%</b>	1.25%
<b>TOTAL:</b>		<b>7 452.79</b>	<b>275 716,75\$</b>	<b>362 048,11\$</b>		

Tel que le démontre ce tableau, chacune des cibles prévues à l'article 13 de la convention collective nationale a été dépassée.

<sup>4</sup> Incluant les dépenses salariales, les frais pédagogiques, les frais de déplacement et de séjour.

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

#### **4.5.10 Informatique**

La dernière année a été ponctuée des travaux identifiés par le plan directeur informatique produit en 2010, soit:

- La mise en place d'un système informatisé de requête et de suivi pour les services informatiques et techniques. Le système est implanté et utilisé par les deux services.
- L'exploitation de la base de données SIPAD : l'exploitation de l'information se fait de façon continue. En 2012-2013, la FQCRDITED a par ailleurs présenté une offre de soutien aux CRDITED dans l'exploitation des données du SIPAD.
- Le renouvellement de l'outil de gestion et d'exploitation des données « Banque d'employeurs » : les travaux de développement de l'application ont eu lieu en 2012-2013 et sont toujours en cours.
- Le déploiement du SIRTF. *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 suiv* est actuellement en cours de déploiement.

#### **4.5.11 Projets informatiques au CRDITED**

- Le service informatique participe à la mise en œuvre du projet « Optimisation et réorganisation du travail des intervenants » tant pour son rôle conseil que pour le soutien à l'implantation des nouveaux équipements informatiques mobiles et la diffusion des règles de sécurité des actifs qui s'y rattachent. L'élaboration du module de réservation de salle et équipement, intégré dans Lotus Notes, s'est terminée et a été mis en service en 2012-2013 afin de permettre aux éducateurs « optimisés » de réserver leurs postes de travail et faire bénéficier l'ensemble du personnel d'un système de réservation de salles et d'équipements.
- Le point de service du Ruisseau-Papineau a été déménagé et le service informatique a procédé à l'installation du matériel dans les nouveaux locaux.
- Le déploiement de Microsoft Office 2010, entamé en 2011-2012, s'est poursuivi en 2012-2013; il se terminera en 2014-2015.

#### **4.5.12 Projets ministériels et régionaux**

- Conformément à une nouvelle exigence du MSSS, une planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI) a été produite et saisie dans l'application web Actif + réseau.
- Conformément à une nouvelle exigence du MSSS, une programmation annuelle des activités en ressources informationnelles (PARI) a été produite et saisie dans l'application web Actif + réseau.
- Le CRDITED de Laval participe à un projet d'optimisation des ressources informationnelles des 3L, Le mandat de l'équipe projet consiste en la mise en place des cinq chantiers suivants :
  - Gouvernance intégrée des ressources informationnelles;
  - Regroupement des ressources dédiées aux ressources informationnelles;
  - Centre de service suprarégional (soutien aux opérations);
  - Bureau de gestion de projets suprarégional (soutien au développement);
  - Centres de traitement informatique centralisés (CTI 3L).
- Une planification conjointe avec le Technocentre de Laval pour la virtualisation des postes de travail (ordinateurs) a eu lieu en 2012-2013 et est toujours en cours. Le début des travaux de virtualisation est prévu en 2013-2014.
- Le CRDITED participe également aux travaux régionaux pour planifier et implanter la téléphonie I.P.
- Le passage à la fibre optique est actualisé dans la grande majorité de nos points de service, il n'en reste qu'un seul point à compléter.

#### **4.5.13 Sécurité des actifs informationnels**

La représentation du Comité des ressources informationnelles (CRI) a été modifiée afin de se conformer au nouveau plan d'organisation. Deux rencontres se sont tenues en 2012-2013 pour faire état des travaux et convenir du plan de travail pour 2013-2014. Les principaux travaux effectués au cours de la dernière année sont :

- La révision de la politique sur la sécurité des actifs informationnels,
- L'inventaire et la catégorisation des actifs (fin prévue à l'automne 2013),

- La publication sur le portail d'une brochure rappelant les mesures de sécurité.

#### **4.5.14 Recherche**

Le CRDITED a été actif dans le dossier recherche au cours de la dernière année. Voici les principaux dossiers :

- **Projet «Le compagnon» conjoint avec STL**

Rappelons que les objectifs poursuivis par ce projet de recherche sont de créer une application mobile d'assistance aux déplacements en transport en commun, d'expérimenter cette dernière et d'évaluer les effets de celle-ci sur l'autodétermination de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. L'application sera installée sur un « téléphone intelligent ». Actuellement, le projet de recherche n'est pas compromis; cependant les échéanciers initiaux ne sont pas respectés en raison de délais en lien avec la création de l'application. Lorsque celui-ci sera créé, nous recontacterons les personnes ciblées pour poursuivre la recherche en fonction de nouveaux échéanciers.

- **Mesure des habitudes de vie (MHAVIE)**

Le projet de recherche MHAVIE piloté par le Ministère s'est terminé à l'automne 2012. Nous remercions chacun des intervenants ayant participé à la validation de l'outil pour la clientèle présentant un TED. Nous sommes en attente du rapport de recherche produit par le RIPPH.

- **Modèle intégré d'intervention (MII)**

L'analyse des résultats de la recherche débutée en 2007, ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité du MII auprès des enfants de 2 à 5 ans ayant un trouble envahissant du développement à l'Étincelle, a été effectuée. Le rapport de recherche est en cours de rédaction et sera diffusé à l'automne 2013 auprès des différents publics cibles et des partenaires.

Autre mention concernant la recherche, le CRDITED a reçu une bourse du CRNIS de 60 000\$ échelonné sur trois ans. Elle permet l'embauche d'un agent de planification et de recherche à temps plein dédié à la recherche, au transfert de connaissances et aux stages.

Également, le CRDITED, conjointement avec le Comité des usagers, a donné son appui au projet de recherche « L'accessibilité à l'information comme déterminant à la participation sociale des personnes ayant une

déficience intellectuelle : validation d'une démarche rédactionnelle inclusive », en collaboration avec l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et le Pavillon de Parc. Si le projet reçoit la subvention demandée, les travaux de recherche se concrétiseront en 2013.

#### **4.5.15 Stagiaires**

Les efforts consentis à l'implantation d'un processus d'accueil formalisé des stages ont donné lieu à une augmentation significative du nombre de stagiaires dans l'établissement. En effet en 2012-2013, il y a eu 24 stagiaires comparativement à 10 stagiaires l'année précédente. Ces personnes provenaient des disciplines suivantes :

- Éducation spécialisée;
- Médecine communautaire;
- Psychologie;
- Préposés aux bénéficiaires;
- Psychoéducation;
- Ergothérapie;
- Travail social.

L'indicateur de la planification stratégique en lien avec les stages est le nombre de stagiaires qualifiés embauchés. À ce jour, compte tenu que l'ensemble des stagiaires accueillis ne poursuivent pas un stage terminal, le CRDITED a procédé à l'embauche d'un seul stagiaire ayant pour formation une technique en éducation spécialisée. Ce nouvel employé constitue une plus-value pour l'organisation, considérant que l'accueil et l'intégration de cette personne sont déjà complétés et que l'expérience acquise lors du stage lui permet d'être plus rapidement efficace.

#### **4.5.16 Communications**

Le Groupe tactique des communications a élaboré et déposé au Comité de la direction générale son plan de travail 2012-2013, 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 sur lesquels il a travaillé sont :

- La contribution des membres aux différentes rubriques du portail;
- La révision de la politique des communications;
- L'élaboration d'un plan de communication relatif au plan d'organisation;

- La préparation et la contribution à la journée *Politique dating*;
- 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 le plan d'organisation;
- La contribution des membres au plan de communication.

L'équipe des communications, en collaboration avec les ressources humaines et les ressources informationnelles, a poursuivi sa réflexion sur les médias sociaux. Une recommandation a été faite au Comité de la direction générale à l'effet de créer une page FACEBOOK pour le CRDITED de Laval. Nous sommes actuellement en attente des autorisations du Technocentre de Laval pour permettre l'accès aux éditeurs de contenu et au comité de direction. Parallèlement à cette démarche, le comité a commencé à réfléchir à la rédaction d'une politique sur l'utilisation des médias sociaux et d'un guide d'utilisation.

#### **4.6 Le rapport d'agrément**

Le CRDITED de Laval s'est engagé dans sa troisième démarche d'agrément à l'hiver 2011. Quatre équipes d'évaluation ont été constituées en fonction des différents secteurs de services et de disciplines de l'organisation afin d'assurer la plus grande représentativité de l'ensemble de ses acteurs. Ces équipes et les gestionnaires responsables des processus ont évalué les 27 processus organisationnels.

La visite au CRDITED de Laval s'est déroulée du 4 au 7 septembre 2012. L'équipe visiteuse a rencontré le directeur général, le Comité d'agrément, le Comité des opérations, le Comité de vigilance et de la qualité, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, le Comité administratif, l'exécutif des conseils professionnels, les représentants du comité des usagers et de résidents, le Comité de gestion des risques, le gestionnaire des risques, les représentants des ressources intermédiaires et de type familial, les quatre équipes d'évaluation, les gestionnaires responsables des processus et le Comité de la direction générale.

Plusieurs lieux ont été visités : le siège social, deux points de service dont l'Étincelle, une ressource intermédiaire, une ressource de type familial et la Résidence Louise-Vachon.

##### **▪ *Synthèse des principales forces et principaux défis du CRDITED de Laval***

Les principales forces sur lesquelles le CRDITED de Laval peut compter pour poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité ainsi que les principaux défis auxquels il devra prêter une attention particulière sont les suivants :

#### ❖ **Les principales forces**

- Une participation active des usagers dans les instances (comité des usagers, comité de gestion des risques, comité de vigilance et de la qualité des services).
- Des nouveaux outils de communication interne permettant un accès rapide et efficace aux informations et à la documentation.
- Une gestion des ressources financières et informationnelles rigoureuse et efficace.
- Un encadrement soutenu et un taux de satisfaction élevé des RI/RTF.
- Un climat de travail propice à une prestation de service de qualité.
- Un conseil multidisciplinaire et un conseil des infirmières et infirmiers impliqués et dynamiques.
- Un personnel engagé envers la clientèle.

#### ❖ **Les principaux défis**

- Favoriser le développement de l'enseignement pratique, notamment dans l'accueil des stagiaires.
- Harmoniser les relations entre la direction et le Comité de résidents.
- Finaliser, formaliser et diffuser la documentation relative aux priorités organisationnelles et à la dispensation des services.
- Faire connaître les orientations en matière de recherche et instaurer des mécanismes de diffusion des résultats de projets de recherche favorisant leur intégration dans les pratiques.
- Définir et déterminer les orientations en matière d'innovation.
- Développer des indicateurs permettant d'assurer le suivi des processus organisationnels et des activités.

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

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

Au cours de l'année, 638 incidents-accidents ont été déclarés (182 déclarations de moins qu'en 2011-2012). De ces déclarations, 585 sont des accidents et 53 sont des incidents.

La répartition des déclarations en fonction du type d'événement se présente de la façon suivante (53 déclarations ne figurent pas au tableau puisqu'elles appartiennent à aucune des 10 autres catégories de type d'événement moins fréquentes):

<b>Types d'incidents-accidents</b>	<b>NB</b>
Chutes	161 (dont 1 incident)
Événements en lien avec la médication	109 (dont 26 incidents)
Désorganisation et automutilation	95 (dont 13 incidents)
Constat de blessure d'origine inconnue	89
Possibilités d'abus (pairs)	80
Événement en lien avec une diète	19 (dont 3 incidents)
Autre type	32

La saisie sur le formulaire de déclaration des incidents/accidents de la catégorie « autre type » par le déclarant ne donne pas d'informations précises sur l'événement et représente un obstacle à la prévention pour la gestion des risques.

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

<b>INCIDENTS</b>	<b>NB</b>
Situation à risque	16
Échappée belle	37
<b>ACCIDENTS</b>	<b>NB</b>
Accident sans conséquences ni surveillance requise	<b>150</b>
Accident demandant une surveillance car des conséquences sont craintes	<b>81</b>
Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins non spécialisés	<b>330</b>
Accident résultant en des conséquences temporaires, nécessitant des soins spécialisés sans hospitalisation	<b>15</b>
Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins spécialisés avec hospitalisation	<b>0</b>
Accident ayant des conséquences permanentes pour la personne	<b>0</b>
Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie	<b>0</b>
Accident ayant contribué en la mort de la personne	<b>0</b>
Non déterminé	<b>9</b>

La catégorie « Non déterminé » représente des déclarations pour lesquelles il n'était pas possible de statuer sur le niveau de gravité au moment de produire le rapport annuel.

#### 4.7.2 Les mesures de contrôle

Pour la période de référence, une mesure de contention ou de protection a été utilisée au moins une fois auprès de 159 usagers, totalisant 333 mesures (en 2010-2011, ce type de mesure avait été utilisé auprès de 154 usagers et totalisait 213 mesures).

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

Dénombrement des mesures de contrôle – 2012-2013							
DI							
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	65 et +	Total
Nombre <b>d'usagers différents</b> pour lesquels il y a eu au moins 1 mesure appliquée au cours de l'exercice 2012-2013	0	4	5	54	54	8	125
<b>Nombre de mesures de contrôle (contention/isolement) :</b>							
Contention (protection)	0	1	2	32	25	3	63
Contention (contrôle)	0	4	4	36	40	6	90
PRN	0	2	2	18	29	3	54
Isolement	0	1	0	3	3	0	7
Contention vestimentaire, ridelles, arrêt d'agir, attache chaise, ceinture	0	1	2	15	7	3	28
<b>Total</b>	0	9	10	104	104	15	242

Dénombrement des mesures de contrôle – 2012-2013							
TED avec ou sans DI							
Groupe d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	65 et +	Total
Nombre d' <b>usagers différents</b> pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2010-2011	0	7	6	16	5	0	34
<i>Nombre distinct de <b>mesures de contrôle</b> (contention/isolement) :</i>							
Contention (protection)	0	0	0	5	5	0	10
Contention (contrôle)	0	9	7	22	2	0	40
PRN	0	6	5	10	2	0	23
Isolement	0	0	0	3	0	0	3
Contention vestimentaire, ridelles, arrêt d'agir, attache, chaise, ceinture	0	3	2	10	0	0	15
<b>Total</b>	0	18	14	50	9	0	91

La tournée concernant la formation du MSSS sur les mesures de contrôle s'est poursuivie au cours de l'année. Elle est actuellement offerte aux six mois, permettant de former les nouveaux employés et responsables de RNI.

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

##### **❖ Déclaration des incidents-accidents**

Les activités de formation disponibles pour la gestionnaire de risques et le Comité de gestion des risques ont permis d'ajuster la saisie aux directives ministérielles et la formation et l'information données aux membres du personnel et aux partenaires. Un comité provincial de gestionnaires de risques en CRDITED a aussi démarré, permettant d'ajuster la pratique pour l'ensemble des établissements. Ces éléments permettent d'expliquer la baisse de déclarations pour l'année 2012-2013, en comparaison avec l'année précédente.

Pour la prochaine année, des actions seront entreprises afin d'assurer la poursuite de la culture de gestion des risques par la déclaration des incidents et des accidents tout en assurant la cohérence avec les directives ministérielles et les autres CRDITED .

- Sensibilisation faite auprès des équipes dont un suivi trimestriel auprès des chefs de services et un suivi mensuel auprès des coordonnateurs.
- Poursuite des formations sur la gestion des risques auprès des employés et des responsables de ressources (fréquence de 2 fois par année).
- Participation au comité des gestionnaires de risques des CRDITED.
- Participation au comité régional des gestionnaires de risques.
- Sensibiliser les personnes en soutien aux RNI concernant la rédaction de la déclaration sur les formulaires, permettant entre autre la précision des déclarants dans l'attribution du type d'événement.

La formation sur l'administration de la médication est à poursuivre afin de diminuer le nombre d'accidents de ce type. Des actions précises concernant la prévention des chutes sont aussi à mettre en place.

#### ❖ **Mesures de contrôle**

Il est noté une augmentation du nombre de mesures de contrôle pour l'exercice qui se termine. La prétention de voir ce nombre diminuer par la sensibilisation faite lors de la formation a plutôt permis de sensibiliser les gens à l'importance de planifier ces mesures, les portant ainsi davantage à notre attention.

L'augmentation touchant les jeunes de 5 à 17 ans de même que de 17 à 22 ans fera l'objet d'une attention particulière. Des actions concrètes de la part de l'équipe de soutien spécialisé à la DPP permettront d'inscrire certains usagers dans un processus de recherche d'alternatives à la contention. Ces actions débiteront par la cessation des mesures d'isolement en RNI afin de suivre les orientations ministérielles.

#### ❖ **Actions pour la prochaine année**

- Poursuite de la formation du MSSS sur l'utilisation des mesures de contrôle 2 fois par année.
- 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.
- Diffusion d'un protocole sur l'utilisation des mesures de contrôle au CRDITED.
- Sensibilisation à poursuivre auprès des responsables de ressources et aux équipes sur l'importance de déclarer à la Direction des pratiques professionnelles toute utilisation d'une mesure de contrôle afin d'avoir son autorisation.

#### **4.7.4 Recommandations du Coroner**

Aucun rapport du Coroner ne fut déposé au CRDITED de Laval lors de l'exercice financier 2012-2013.

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

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

Pour l'année 2012-2013, vingt (20) plaintes ont été déposées et traitées, soit 53,8% de plus qu'en 2011-2012, où l'on avait enregistré treize (13) plaintes formelles. Il faut noter que le taux d'augmentation pour 2011-2012 était aussi de 53,8 % par rapport à l'année 2010-2011 où nous avons eu six (6) plaintes formelles.

<b>Nombre de dossiers de plaintes reçues au cours des 3 dernières années</b>		
<b>2010-2011</b>	<b>2011-2012</b>	<b>2012-2013</b>
6	13	20

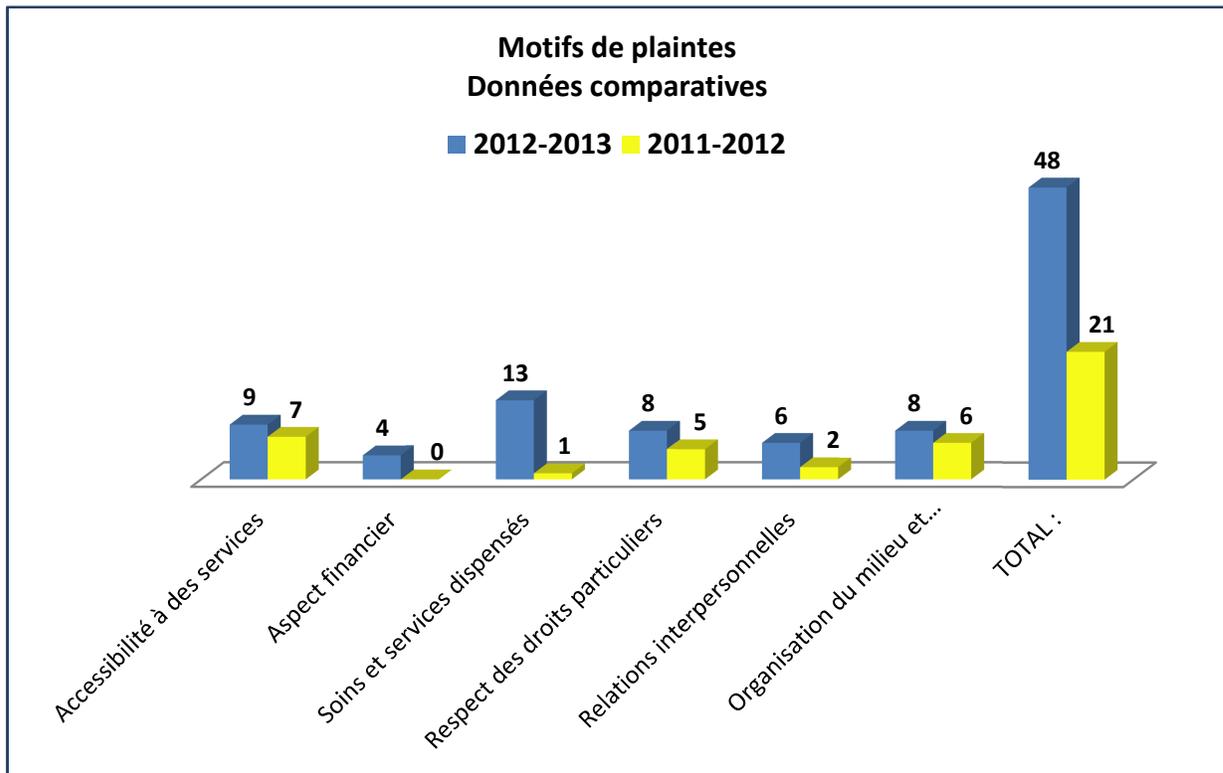
Comme l'an dernier, le commissaire local aux plaintes a exercé son pouvoir d'intervention à trois (3) reprises. Il s'agit ici du pouvoir reconnu dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui permet au commissaire local de procéder à l'examen d'une situation potentielle de non-respect de droits des usagers sans qu'il y ait eu dépôt de plainte par un usager ou son représentant.

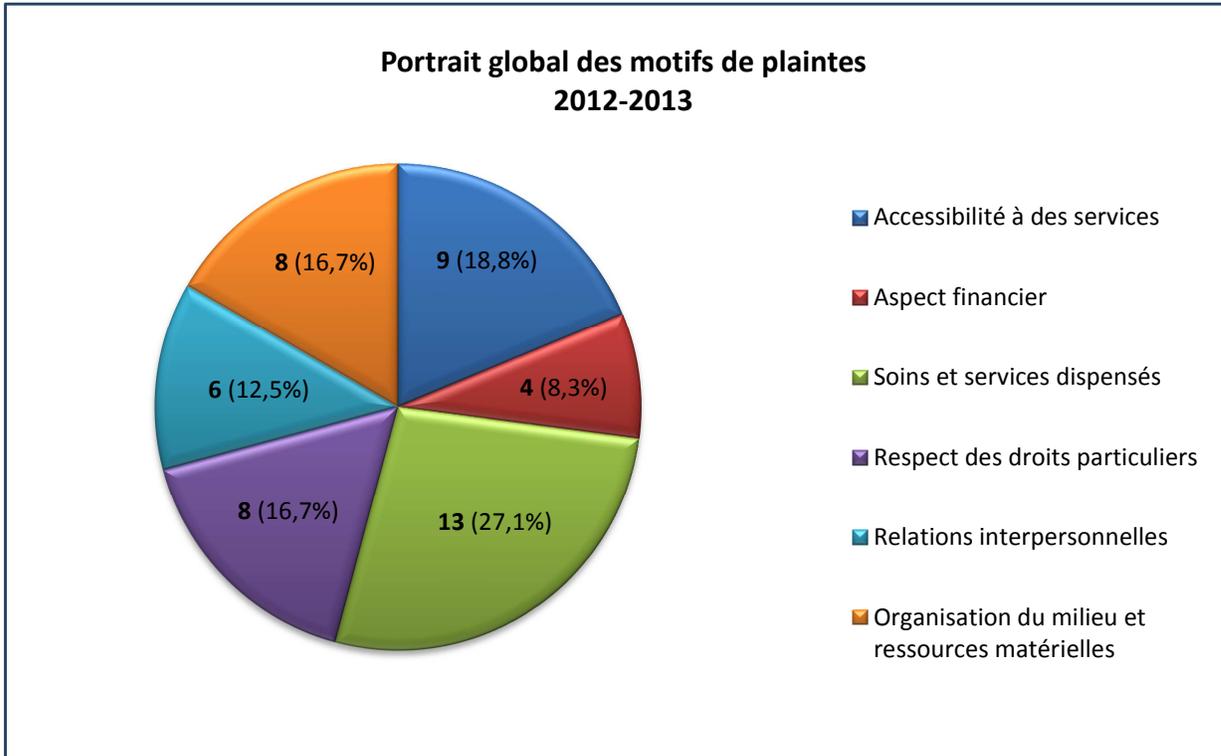
#### **4.8.2 Nature des motifs d'examen de plainte**

Compte tenu que le dépôt d'une plainte peut viser plus d'un objet d'insatisfaction, en 2012-2013, nous avons dénombré quarante-huit (48) motifs différents, comparativement à vingt et un (21) en 2011-2012, soit une augmentation de 128,7% par rapport à l'année précédente. Ces motifs ont été regroupés dans de grandes catégories qui font consensus au niveau de la pratique en cette matière dans la province. Pour l'exercice du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013, la catégorie liée à des questions de **soins et de services** dispensés est la plus importante en termes de nombre : on dénombre treize (13) situations rattachées à cet aspect qui ont été analysées. Des questions liées à la dimension de l'**accessibilité à des services** ont fait l'objet d'un examen à neuf (9) reprises. Pas loin derrière suivent, avec huit (8) situations chacune, les catégories de motifs liés, d'une part, au respect des **droits particuliers des usagers** et, d'autre part, à l'**organisation du milieu et de ses ressources**, c'est-à-dire

l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné. Nous avons été saisis de quatre (4) situations soulevant 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, nous sommes intervenus dans quatre (4) dossiers différents abordant l'**aspect financier** de certaines situations.

Les tableaux ci-dessous mettent en relief les plaintes et les interventions 2012-2013 selon leur objet, c'est-à-dire selon le motif évoqué lors du dépôt de la plainte.





Données extraites du rapport annuel du CLPQS, déposé au CA, le 09-04-2013

#### **4.8.3 Mesures d'amélioration**

Quel que soit l'angle pris pour traiter les insatisfactions exprimées, on peut dégager certains constats sur les préoccupations concernant les services rendus ou à rendre aux usagers. À travers les situations traitées, on peut reconnaître chez les plaignants une volonté d'obtenir une qualité de service à laquelle les usagers ou les proches de ceux-ci s'attendent. Parallèlement, du côté des dispensateurs de services, il y a une détermination claire d'offrir un accompagnement de qualité. Or, on constate souvent un certain écart entre les services souhaités et les services rendus. Un des grands défis du traitement des plaintes consiste à tenter de réduire l'écart qui sépare les deux parties.

Pour l'année 2012-2013, pendant et suivant le traitement des plaintes, on dénombre l'élaboration et la mise en place de vingt-cinq (25) différentes mesures d'amélioration de certains aspects des services. De ces 25 mesures, on peut en identifier sept (7) qui ont une portée individuelle et dix-huit (18) qui ont une portée systémique. Il ne faut pas perdre de vue que le mécanisme de traitement des plaintes s'inscrit dans une perspective globale d'amélioration continue de la qualité des services. Pour bien fonctionner, il suppose la collaboration et l'adhésion de nombreux acteurs qui acceptent le

questionnement des pratiques et démontrent de l'écoute et de l'ouverture. Il s'agit là de dispositions et de qualités très présentes lors des différentes interventions dans les dossiers de plaintes déposées au CRDITED de Laval.

De plus, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services participe et fait rapport au Comité de vigilance et de la qualité.

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

Conformément aux orientations gouvernementales relatives à l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux, notre établissement a terminé l'exercice 2012-2013 avec un surplus de **128 215 \$**.

<b>RÉSULTATS EN DATE DU 31 MARS 2013</b>	
Revenus totaux	42 080 536 \$
Charges totales	41 952 321 \$
Excédent des revenus sur les charges	128 215\$

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

Pour l'exercice 2012-2013, l'établissement a eu à faire face à une compression additionnelle de 160 060 \$ dans le cadre de l'application de la loi 100. L'article 11 de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 prévoit qu'au 31 mars 2014, l'établissement devra avoir réduit le total des dépenses des centres d'activités ciblés d'au moins 10% du montant qu'ils représentaient au 31 mars 2010. Pour notre établissement, cette réduction devra totaliser la somme de 352 379\$. Les centres d'activités identifiés par le MSSS montrent, au 31 mars 2013, une réduction nette totale de **1,81%**. Cette réduction a été impacté par plusieurs charges administratives non récurrentes en fin d'exercice, toutefois l'établissement a mis en place des mesures afin de réaliser l'objectif de réduction des dépenses au 31 mars 2014, et sera en mesure d'atteindre la cible prescrite par le MSSS.

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

### 5.1 Conseil d'administration

Outre la directrice générale par intérim, le conseil d'administration du CRDITED de Laval est composé de dix-sept personnes dévouées issues de différents milieux, qui s'impliquent bénévolement dans les activités administratives de l'établissement. Voici les membres du Conseil :

- Monsieur Jean-Louis Bédard, président, désigné par l'Agence de Laval
- 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
- Madame Lisane Dostie, cooptée
- Madame Anne Geneviève Girard, désignée par l'Agence de Laval
- Madame Michèle Girard, directrice générale par intérim
- 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 Normand-Laramée
- Madame Ginette Miron, cooptée
- Madame Gabrielle Sabbagh, 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<sup>er</sup> février 2012.

En plus des affaires courantes traitées lors des séances ordinaires et extraordinaires du Conseil d'administration, les membres ont participé à plusieurs rencontres de travail, fait les suivis des différents comités sous la responsabilité du Conseil, mis sur pied le Comité de gouvernance et d'éthique et le Comité de sélection du directeur général, et procédé à l'abolition du Comité administratif.

## **5.2 Comité de gouvernance et d'éthique**

Le Comité de gouvernance et d'éthique est une nouvelle instance instituée par la Loi. Elle a pris forme en février 2012 à la suite de l'élection du Conseil d'administration.

Le Comité est composé de trois administrateurs nommés par le Conseil d'administration mesdames Lisane Dostie et Anne Geneviève Girard, ainsi que monsieur Germain Lafrenière qui agit à titre de président.

Le Comité a traité en priorité les dossiers suivants :

- **Révision du Règlement no 1**

Ce règlement, désormais désigné «Règlement no 1 sur la gouvernance du conseil d'administration», a fait l'objet d'une refonte en profondeur. Il a été adopté par le Conseil d'administration le 18 décembre 2012.

- **Règles de fonctionnement des comités issus du Conseil d'administration**

Les instances relevant du Conseil ont l'obligation de se doter de règles de fonctionnement. Le Comité de gouvernance s'est penché sur un règlement uniforme mais en harmonie avec les particularités de chacun des comités, soit le Comité de gouvernance et d'éthique, le Comité de vigilance et de la qualité et le Comité d'audit.

- **Révision du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs**

Le Comité a retenu le modèle proposé par l'Aqesss en y intégrant certains éléments tirés du Code adopté en 2010. Le Code, dans sa toute nouvelle version, sera soumis au Conseil d'administration, pour adoption, en juin 2013.

- **Profil du directeur général**

L'un des premiers mandats confiés au Comité de gouvernance a consisté en l'élaboration du profil du nouveau directeur général à la suite de l'annonce de la démission de monsieur Claude Belley. Le Comité a réuni des gestionnaires, directeurs et membres du personnel afin d'établir un profil qui refléterait au mieux les compétences et qualités recherchées dans un contexte de transformations organisationnelles majeures. Le profil proposé a été retenu par le Comité de sélection du directeur général.

- **Profil des membres démissionnaires**

Le Comité a également été mis à contribution pour réfléchir au profil idéal des administrateurs à coopter, en remplacement des deux membres démissionnaires. Les profils recherchés ont fait consensus au Conseil d'administration.

## ▪ **Processus d'amélioration**

Les membres du Comité souhaitent imprégner le présent Conseil de valeurs et de principes de civilité, de proche collaboration, de réciprocité contributive, et de règles de procédure visant à en augmenter l'efficacité et l'efficience.

Sur cette base, afin d'alléger la structure administrative, le Comité a recommandé l'abolition du Comité administratif; ce qui a été bien reçu par l'ensemble des administrateurs.

Le Comité a travaillé à l'élaboration d'un *aide-mémoire* destiné aux membres du Conseil et d'autres outils seront proposés, notamment pour évaluer la performance du Conseil, l'un des principaux mandats confiés au Comité de gouvernance et d'éthique par le législateur.

Enfin, le Comité entend proposer aux administrateurs une rencontre de discussion sur la mise en œuvre des valeurs organisationnelles au Conseil d'administration.

Les membres du Comité :

Lisane Dostie  
Anne Geneviève Girard  
Michèle Girard  
Germain Lafrenière, président

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

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

- Mme Nicole Dufresne représente le CII à la Commission infirmière régionale (CIR).
- 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**

- Plan de consolidation et de spécialisation de la RLV en lien avec l'enjeu 4 de la planification stratégique - collaboration infirmière clinicienne - SAC

- Présentation d'un atelier sur l'administration de la médication au colloque RNI
- Élaboration du plan d'action 2013-2016 du CECII
- Collaboration avec la DPP pour l'appropriation et la diffusion du processus clinique
- Présentation par la DSC du plan d'organisation 2012-2015
- Collaboration à la description du poste des infirmières auxiliaires
- Présentation des outils et de la démarche PAC pour les infirmières auxiliaires
- Formation par la compagnie Coloplast sur le traitement des plaies
- Présentation de l'offre de services des soins infirmiers
- Formation sur la loi 90 dans les RNI
- Collaboration avec le CRDITED du Florès pour la préparation des intervenants lors d'un rendez-vous médical.
- Activité conjointe avec le Conseil multidisciplinaire sur le développement des compétences interprofessionnelles et l'interdisciplinarité.
- Journée d'étude pour l'ensemble du CII sur la pratique professionnelle, et l'offre de services des soins infirmiers.

Les membres du Comité :

Nicole Dufresne, présidente  
 Mélissa Fournier  
 Michèle Girard  
 Élane Kieffer  
 Nicole Lanteigne  
 Josée Lemay  
 Sophie Martel  
 Nancy Robert  
 Lise Trépanier

#### **5.4 Conseil multidisciplinaire**

##### **▪ *Mot du Président sortant***

Renouer avec l'esprit pionnier, celui de l'innovation et de l'engagement est l'ambition que porte l'exécutif du Conseil multidisciplinaire pour le développement des pratiques professionnelles au CRDITED Laval. Depuis plusieurs années, les membres de l'exécutif du Conseil multidisciplinaire ont la conviction que le développement des compétences professionnelles est un moteur fort important pour le bien-être des intervenants afin de répondre adéquatement et efficacement aux besoins de la clientèle. Dans un contexte de réorganisation des services et de spécialisation des pratiques, l'organisation témoigne d'une grande ouverture face aux opinions cliniques des membres quant aux orientations cliniques de l'établissement. Dans un climat propice aux échanges constructifs et d'une approche de transparence face aux différentes étapes d'implantation du nouveau plan

d'organisation, le CRDITED Laval s'engage à nos côtés, pour une croissance professionnelle, capable de générer des valeurs partagées pour tous. L'exécutif du Conseil multidisciplinaire incarne la volonté d'améliorer les pratiques professionnelles, conscient de la complexité des sujets, mais aussi confiant face à sa capacité d'influencer les activités professionnelles et organisationnelles.

- ***Nouvelle composition***

L'élection tenue à l'hiver 2013 reflète la nouvelle composition du comité exécutif, en vertu des amendements apportés aux Règles régissant le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire. Ces nouvelles règles ont été sanctionnées par le conseil d'administration le 18 décembre 2012.

- ***Processus clinique***

Au cours de l'année 2012-2013, Josée St-Pierre nous a présenté le document relatif au processus clinique. De façon générale, les membres de l'exécutif ont des commentaires positifs : travail d'envergure; très clair dans l'ensemble, traduit bien les orientations des programmes clientèles, les valeurs philosophiques et d'intervention. Par contre, quelques éléments demeurent questionnant pour certains membres. Le terme «accompagnement» est jugé inapproprié par quelques membres qui considèrent que d'offrir un accompagnement spécialisé, adapté aux besoins de la personne, fait partie intégrante de leur rôle d'intervenant spécialisé.

D'autres membres estiment que de nommer l'accompagnement, de façon spécifique, permet de s'assurer que tous comprennent bien le sens de «l'accompagnement» dans un contexte d'interventions spécialisés requis en 2<sup>e</sup> ligne.

Des membres s'étonnent de l'absence de l'approche-milieu parmi les différentes approches préconisées. Les services de 2<sup>e</sup> ligne suscitent une réflexion quant à l'approche-milieu et des discussions ont cours au sein de l'équipe de direction afin de bien refléter les principes qui seront à retenir dans un contexte de services spécialisés. Certains principes de l'approche-milieu sont toujours de mise; d'autres demandent réflexion.

Le document final reflète les précisions suggérées par les membres.

Le processus clinique se veut «la première pierre» de l'épisode de service de 2<sup>e</sup> ligne. Il est la toile de fond pour l'intervenant, et ce, peu importe son titre d'emploi.

- ***Plan d'organisation 2012-2015***

Le plan d'organisation 2012-2015 tient compte de la vision et de quatre grands principes suivants :

- Professionnalisme
- Organisation du travail fluide et flexible
- Services spécialisés et de proximité
- Pratiques de gestion visant une organisation efficiente et performante.

Pour effectuer l'implantation de ce nouveau plan d'organisation, il est nécessaire de procéder à huit transformations :

- Deux (2) programmes-cadres : **N-21 ans ; 22 ans et +**;
- Un (1) seul territoire géographique;
- Revoir le ratio d'encadrement de gestion et renforcer l'encadrement clinique;
- Regrouper les clientèles ne recevant plus de services d'adaptation-réadaptation : transition vers un autre modèle de service (très rassurant pour les parents);
- Déployer le projet d'optimisation de réorganisation du travail pour les intervenants cliniques;
- Regrouper les clientèles ayant des besoins particuliers (ex. TGC, polyhandicaps, anglophone...);
- Renforcer les pratiques de gestion et d'intervention favorisant le travail interdisciplinaire et le soutien entre pairs;
- Maintenir décentralisées les ressources professionnelles et renforcer les pratiques de partage d'expertise.

Le Plan d'organisation s'actualisera sur une période de 12 à 18 mois, en travaillant les trois (3) axes suivants :

- Les négociations syndicales-patronales;
- La logistique (locaux...);
- Les communications : un plan pour le personnel, pour les partenaires, pour les usagers et familles...

Les membres accueillent favorablement les transformations ciblées : beau projet, défiant mais intelligent, en réponse aux besoins de la clientèle, synonyme de changements majeurs mais positifs.

▪ ***Plan de transition et d'intégration RNI***

Le processus d'orientation et d'intégration d'usagers en ressources demeure toujours à bonifier bien que depuis quelques années, nous y avons apporté de nombreuses améliorations (critères de sélection, outils d'évaluation, etc.).

L'idée de recueillir la **perception** de l'intervenant par rapport à l'intégration de l'utilisateur (degré de satisfaction de l'utilisateur, de la famille) dans une nouvelle ressource apparaît intéressante.

Un document de planification des démarches est en construction. Il serait approprié d'y joindre une liste de choses à cocher.

Pour l'ensemble des usagers accueillis en RNI, un plan d'intégration et de soutien doit être complété. Toutefois, pour les usagers présentant un trouble grave du comportement, il est nécessaire de compléter le plan de transition (beaucoup plus élaboré).

Le chapitre 3 suscite des commentaires, entre autres :

- l'ordonnement à revoir pour les items en 3.1;
  - l'importance de répertorier les demandes de réorientation résidentielle même si la personne n'est pas réorientée, dans le but de bien suivre l'évolution de la situation (besoins, problématiques de l'utilisateur...).
- ***Règles régissant le comité exécutif du conseil multidisciplinaire : Amendements recommandés***

Le Président indique que les amendements proposés, de façon plus spécifique en ce qui a trait à la composition de l'Exécutif, ont été apportés dans un contexte où il devenait nécessaire de refléter la nouvelle structure organisationnelle. La recommandation du comité de travail est à l'effet de réduire la composition à 11 membres. Au besoin, nous ferions appel à des personnels issus de la DSA, de la DPP. De plus, la composition proposée aurait l'avantage de favoriser une interaction plus riche entre les membres.

Les postes transitoires (deux) ont été ajoutés dans un contexte où, lors de l'élection de l'Exécutif—en janvier—l'ensemble de la nouvelle structure n'aura pas été déployée. Les membres conviennent de retirer ces postes. Dans le cas où les personnes élues désiraient transiter vers une autre spécification ou une autre coordination, elles auraient alors à se désister.

Les membres du Comité sortant :

Lise Alarie  
Claude Belley  
Mariève Champagne  
Jacinthe Couture  
Steven Desbiens, président  
Yann Desbiens  
Marc-André Delisle  
Martine Rainville

Josée Lemay  
Sylvie Lemire  
Maud Pelletier  
Martine Perreault  
Sylvie Tardif  
Isabelle Faucher  
Isabelle Pothier

Les membres du Comité :

Dominique Babineau  
Martine Carignan  
Michèle Girard  
Josée Lemay  
Caroline Vallières, présidente

Steven Desbiens  
Marc-André Delisle  
Marie-Ève Marsh  
Geneviève Pilon

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

À la suite de la dernière élection au Conseil d'administration, le Comité de vigilance et de la qualité a vu sa composition renouvelée. Outre les membres qui siègent d'office au Comité, soit la directrice générale et le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, madame Nathalie Ladouceur a été reconduite pour le poste réservé au Comité des usagers. Monsieur Jean Bélanger et madame Lise Bergeron ont été nommés par le Conseil pour occuper les deux autres sièges. Monsieur Bélanger préside le Comité de vigilance et de la qualité.

Le Comité s'est réuni au cours de la dernière année à cinq reprises.

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

À chacune des séances du Comité, monsieur Jean-Pierre Lemay a saisi les membres de son bilan périodique en regard des plaintes, insatisfactions, assistances et interventions : motifs, délais de traitement, recommandations...

Les rencontres ont également été l'occasion pour les membres de s'approprier leur rôle et de bien comprendre celui du Commissaire et du Comité de vigilance.

Les membres se sont dotés de règles de fonctionnement.

- **Plan d'action**

Les membres ont jugé important de se doter d'un plan d'action, en vertu des priorités suivantes :

- i. **Agrément** : suivi du **plan d'amélioration**;
  - ii. **Ententes collectives** en lien avec les personnes hébergées en RNI (responsabilité en regard du **contrôle de la qualité**);
  - iii. **Indicateurs stratégiques** de gestion (suivi des sept indicateurs ciblés).
- **Rapport d'agrément et suivi du plan d'amélioration**

À partir du rapport d'agrément et d'autres documents pertinents, les membres ont échangé avec les interlocuteurs concernés de la Direction des pratiques professionnelles sur les outils à développer pour bien refléter au Conseil d'administration la progression des travaux, en lien avec les objectifs et cibles fixés pour répondre aux attentes du Conseil québécois d'agrément tout en s'arrimant à la Planification stratégique quinquennale de l'établissement.

- **Rapports du Protecteur du Citoyen**

Une plainte a été portée en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Elle a donné lieu à des recommandations formulées à l'intention de la direction générale. À la suite de nouvelles allocations financières reçues de l'Agence de la santé et des services sociaux, l'établissement a mis en place certaines mesures, à la satisfaction des plaignants.

Le Comité de vigilance a demandé au président du Conseil d'administration de présenter à l'ensemble des administrateurs les recommandations émises par le Protection du Citoyen.

- **Embauche d'un commissaire local adjoint**

Considérant l'ampleur de la tâche du Commissaire et pour assurer un suivi en son absence, les membres ont recommandé au Conseil d'administration l'embauche d'un commissaire adjoint, monsieur Robert Prud'homme.

Les membres du Comité :

Jean Bélanger, président  
Lise Bergeron,  
Michèle Girard  
Nathalie Ladouceur  
Jean-Pierre Lemay

## **5.6 Comité des usagers**

- ❖ ***Au cours de la dernière année:***

- Nous avons répondu aux demandes des usagers ou de leurs proches, qui avaient des insatisfactions en répondant à leurs questions, en les accompagnant 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 plusieurs reprises pour certains cas spécifiques.
- Nous avons eu régulièrement des réunions du comité des usagers.

- Nathalie Ladouceur et Yannick Desjardins ont participé aux réunions du conseil d'administration du CRDITED.
- 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 et de la qualité, comité éthique clinique, comité de gestion des risques du CRDITED.
- Le comité a été présent dans toutes les activités pour la clientèle du CRDITED.
- Comme par le passé les membres du comité ont soutenu et aidé bénévolement et avec grand plaisir le CRDITED pour des envois postaux, pour assembler différents documents, etc.
- 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. Elle fait également partie du comité vigilance et qualité de l'ASSSL.
- 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.
- Nous avons produit, avec la participation de certains usagers du café-rencontre un document vidéo qui dresse un portrait de la personne déficiente intellectuelle:  
***L'Extraordinaire différence!***

Les membres du Comité :

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

## **5.6 Comité de résidents**

En date du 1<sup>er</sup> mai, nous n'avons pas reçu le rapport du Comité de résidents.

Les membres du Comité :

Louis-Roger Carrier, président  
Pierre Louergli  
Lyne Manconi

### **5.7 Comité de gestion des risques**

Le Comité de gestion des risques s'est rencontré à trois reprises au cours de la dernière année et différentes responsabilités qui lui incombent ont été respectées :

- Présentation et analyse du tableau de bord du CRDITED
- Recommandation de l'adoption de la politique relative à la gestion des risques et le règlement quant à la composition du Comité de gestion des risques.

Ayant intégré de nouveaux participants et bénéficié de la formation offerte par l'ASSSL, plusieurs discussions avaient comme principal objectif de développer une vision commune du rôle du comité.

Les membres du Comité :

Marc-André Delisle  
Nathalie Ladouceur  
Louise Joly  
Nicole Lanteigne  
Mélanie Girard

Caroline Lebeau  
Josée Lemay, présidente  
Pierre Louergli  
Louise Bastien  
Isabelle Thérour

## **6. LES RESSOURCES HUMAINES**

Au 31 mars 2013, l'établissement comptait 338 postes, soit 292 postes à temps complet et 64 postes à temps partiel correspondant à 25,90 ETC (équivalent à temps complet) pour un total de 317,90 ETC.

En cours d'année, l'établissement a embauché 53 nouveaux employés. Le nombre total d'employés s'élève à 416.

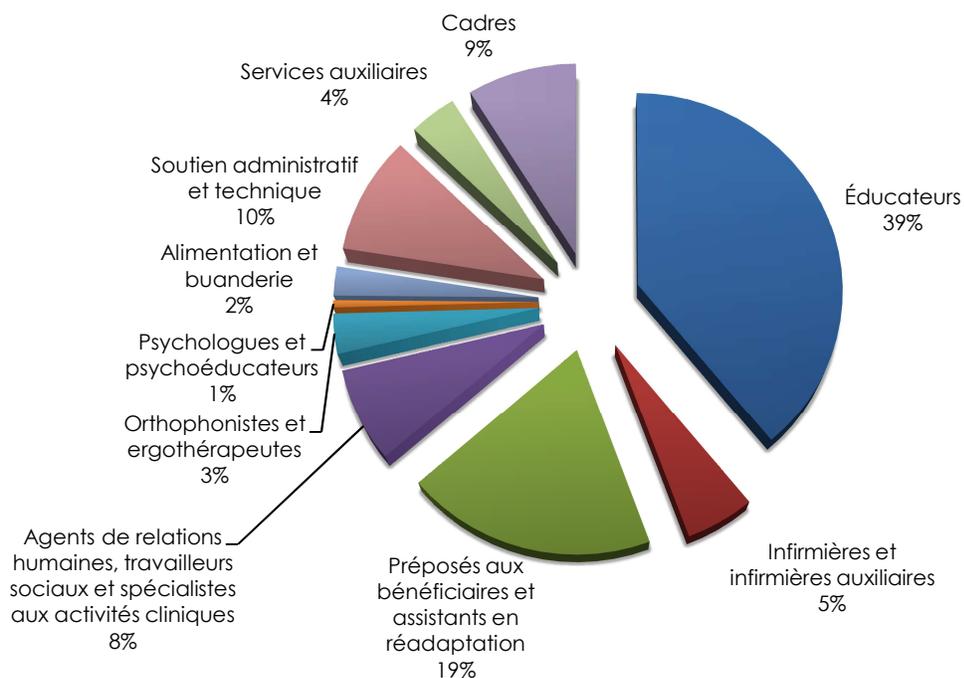
<b>PORTRAIT DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2013</b>		
<b>Les effectifs de l'établissement</b>	<b>2011-2012</b>	<b>2012-2013</b>
<b>Les postes cadres</b>		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	30	29
Temps partiel, équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
<b>Les postes réguliers</b>		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	249	254
Temps partiel, équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	44 postes	48 postes
	24 ETC	27 ETC
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<b>Les employés occasionnels</b>		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	146 096	126 668
Équivalent temps complet	80	65

Le tableau et la figure qui suivent présentent la distribution des postes en fonction des catégories d'emploi, 262 des 338 postes (soit 77,5 %) étant dédiés au soutien direct à la clientèle.

**PROFIL DE LA MAIN D'ŒUVRE AU 31 MARS 2013**

<b>Catégories d'emploi</b>	<b>Nombre de titulaires</b>
Éducateurs	132
Infirmières et infirmières auxiliaires	18
Préposés aux bénéficiaires et assistants en réadaptation	65
Agents de relations humaines, travailleurs sociaux et spécialistes aux activités cliniques	26
Orthophonistes et ergothérapeutes	11
Psychologues et psychoéducateurs	2
Alimentation et buanderie	8
<b>Total des postes en soutien direct à la clientèle</b>	<b>262</b>
Soutien administratif et technique	33
Services auxiliaires	13
Cadres	30
<b>Grand total</b>	<b>338</b>

**POURCENTAGE DE TITULAIRES SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI :  
PROFIL DE LA MAIN-D'OEUVRE AU 31 MARS 2013**



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

### **Notes aux états financiers (extraits)**

#### Note 1. - Résultat des opérations

Le résultat des opérations indiqué page 200, ligne 29, colonne 3 est traité de la façon suivante : le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 128,215 \$ et est imputé aux surplus cumulés des fonds.

#### Note 3. - Description des principales méthodes comptables

##### *Référentiel comptable*

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

*Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;*

##### *Périmètre comptable*

*Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.*

##### *Avoir propre*

*L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.*

*L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.*

*L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.*

Note 5. -Présentation des données budgétaires.

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S 4.2) et à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E 12.0001), l'établissement a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales et accessoires du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Les prévisions budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration relatives aux activités principales et accessoires du fonds d'exploitation sont comparées aux données réelles correspondantes :

		Réel 1	Budget 2
<b>ACTIVITÉS PRINCIPALES :</b>			
<b>Revenus</b>			
<i>Financement de l'Agence ou du MSSS</i>			
Budget net avec incidence sur trésorerie	01	35 321 670	35 109 134
Rectificatif (au net)	02	(184 286)	(243 646)
Budget sans incidence sur la trésorerie :	03		
Produits sanguins	04		
Rénovations fonctionnelles mineures (EPC)	05		
Augmentation (ou diminution) du financement	06	2 356 150	943 544
Variation des revenus reportés	07	(51 500)	23 100
Sous-total (L.01 à L.07)	08	37 442 034	35 832 132
Revenus provenant des usagers	09	3 305 157	3 331 575
Revenus d'autres sources	10	879 171	801 222
Autres revenus non budgétisés	11	58 465	16 500
Total des revenus (L.08 à L.11)	12	41 684 827	39 981 429
<b>Charges</b>			
Coûts directs bruts des centres d'activités ou sous-centres d'activités	13	41 285 842	39 969 317
Transferts de frais généraux	14		
Charges non réparties	15	266 015	12 112
Total des charges (L.13 à L.15)	16	41 551 857	39 981 429
<b>Surplus (déficit) du fonds d'exploitation après contributions de l'avoir propre et interfonds L.12 - L.16)</b>			
	24	132 970	

Note 6. - Opérations entre apparentés

Des honoraires de gestion d'un montant de 2,000 \$ ont été facturés par l'établissement à la Fondation CRDI Normand-Laramée. La gestion, effectuée dans le cours normal des activités, est mesurée à la valeur d'échange qui représente le montant de la contrepartie établie et acceptée par les parties. En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

**7.1 État des résultats – exercice financier terminé le 31 mars 2013 (AS-471 Page 200)**

	Exercice courant			Exercice précédent
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
<b>REVENUS</b>				
Subventions Agence et MSSS	37 442 034 \$	395 034 \$	37 837 068 \$	36 432 154 \$
Contributions des usagers	3 305 157 \$		3 305 157 \$	3 130 087 \$
Ventes de services et recouvrements	879 171 \$		879 171 \$	934 754 \$
Revenus de placement	54 383 \$		54 383 \$	66 248 \$
Autres revenus	4 082 \$	675 \$	4 757 \$	2 973 \$
	41 684 827 \$	395 709 \$	42 080 536 \$	40 566 216 \$
<b>CHARGES</b>				
Salaires, avant sociaux et charges soc	22 118 811 \$		22 118 811 \$	22 175 010 \$
Médicaments	145 052 \$		145 052 \$	184 977 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	35 757 \$		35 757 \$	37 816 \$
Denrées alimentaires	196 416 \$		196 416 \$	190 580 \$
Rétributions versées aux RNI	14 840 919 \$		14 840 919 \$	13 644 543 \$
Frais financiers		68 645 \$	68 645 \$	59 118 \$
Entretien et réparations	344 093 \$		344 093 \$	265 139 \$
Amortissement des immobilisations		331 819 \$	331 819 \$	408 814 \$
Autres charges	3 870 809 \$		3 870 809 \$	3 511 135 \$
	41 551 857 \$	400 464 \$	41 952 321 \$	40 477 132 \$
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	<b>132 970 \$</b>	<b>(4 755) \$</b>	<b>128 215 \$</b>	<b>89 084 \$</b>

**7.2 État des surplus (déficits) cumulés - Exercice terminé le 31 mars 2013 (AS-471  
Page 202)**

	Exercice courant			Exercice précédent
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
<b>SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS AU DÉBUT</b>	368 014 \$	(2 895) \$	365 119 \$	277 357 \$
Modification comptable sans retraitement des années antérieures				
Analyse financière 2009-2010	1 322 \$		1 322 \$	(1 322) \$
<b>SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS REDRESSÉS</b>	369 336 \$	(2 895) \$	366 441 \$	276 035 \$
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	132 970 \$	(4 755) \$	128 215 \$	89 084 \$
Transfert interfonds	(85 000) \$	85 000 \$	- \$	- \$
<b>SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS À LA FIN</b>	<b>417 306 \$</b>	<b>77 350 \$</b>	<b>494 656 \$</b>	<b>365 119 \$</b>
Constitués des éléments suivants:				
Solde non affecté			494 656 \$	365 119 \$
			<b>494 656 \$</b>	<b>365 119 \$</b>

**7.3 État de la situation financière - Exercice terminé le 31 mars 2013 (AS-471 Page 204)**

	Exercice courant			Exercice précédent
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>				
Encaisse	1 902 735 \$	3 834 \$	1 906 569 \$	1 998 363 \$
Placements temporaires	1 396 804 \$		1 396 804 \$	1 372 227 \$
Débiteur - Agence et MSSS	58 031 \$	17 867 \$	75 898 \$	526 411 \$
Autres débiteurs	592 548 \$	5 502 \$	598 050 \$	371 856 \$
Créances (Dettes) interfonds	243 847 \$	(243 847) \$	- \$	
Subvention à recevoir - Réforme compt	2 312 304 \$	1 010 891 \$	3 323 195 \$	2 993 311 \$
Frais reportés liés aux dettes		4 462 \$	4 462 \$	1 484 \$
Autres éléments	158 581 \$		158 581 \$	160 180 \$
	<b>6 664 850 \$</b>	<b>798 709 \$</b>	<b>7 463 559 \$</b>	<b>7 423 832 \$</b>
<b>PASSIF</b>				
Emprunts temporaires		115 032 \$	115 032 \$	1 108 637 \$
Autres créditeurs et charges à payer	3 438 143 \$	2 251 \$	3 440 394 \$	3 719 136 \$
Intérêts courus à payer		17 867 \$	17 867 \$	18 137 \$
Revenus reportés	74 600 \$		74 600 \$	23 100 \$
Dettes à long terme		2 248 613 \$	2 248 613 \$	1 187 782 \$
Passif - avantages sociaux futurs	2 751 921 \$		2 751 921 \$	2 627 868 \$
Autres éléments	73 930 \$		73 930 \$	249 343 \$
	<b>6 338 594 \$</b>	<b>2 383 763 \$</b>	<b>8 722 357 \$</b>	<b>8 934 003 \$</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE) NETTE</b>	<b>326 256 \$</b>	<b>(1 585 054) \$</b>	<b>(1 258 798) \$</b>	<b>(1 510 171) \$</b>
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>				
Immobilisations		1 662 404 \$	1 662 404 \$	1 780 455 \$
Stocks de fournitures	25 179 \$		25 179 \$	15 771 \$
Frais payés d'avance	65 871 \$		65 871 \$	79 034 \$
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS</b>	<b>91 050 \$</b>	<b>1 662 404 \$</b>	<b>1 753 454 \$</b>	<b>1 875 260 \$</b>
<b>SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS</b>	<b>417 306 \$</b>	<b>77 350 \$</b>	<b>494 656 \$</b>	<b>365 089 \$</b>

**7.4 État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) – Exercice terminé le 31 mars 2013 (AS-471 Page 206)**

	Exercice courant			Exercice précédent
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT</b>	273 209 \$	(1 783 350) \$	(1 510 141) \$	(1 660 281) \$
Modification comptable sans retraitement des années antérieures	1 322 \$		1 322 \$	(1 322) \$
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) REDRESSÉS AU DÉBUT</b>	<b>274 531 \$</b>	<b>(1 783 350) \$</b>	<b>(1 508 819) \$</b>	<b>(1 661 603) \$</b>
			- \$	
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE</b>	132 970 \$	(4 755) \$	128 215 \$	89 084 \$
<b>VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>				
Acquisitions		(213 768) \$	(213 768) \$	(356 977) \$
Amortissement de l'exercice		331 819 \$	331 819 \$	408 814 \$
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS</b>	- \$	118 051 \$	118 051 \$	51 837 \$
<b>VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>				
Acquisitions de stocks de fournitures	(9 408) \$		(9 408) \$	
Utilisation de stocks de fournitures			- \$	3 648 \$
Utilisation de frais payés d'avance	13 163 \$		13 163 \$	6 893 \$
<b>TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE</b>	3 755 \$	- \$	3 755 \$	10 541 \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(85 000) \$	85 000 \$	- \$	
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)</b>	<b>51 725 \$</b>	<b>198 296 \$</b>	<b>250 021 \$</b>	<b>151 462 \$</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN</b>	<b>326 256 \$</b>	<b>(1 585 054) \$</b>	<b>(1 258 798) \$</b>	<b>(1 510 141) \$</b>

**7.5 État des flux de trésorerie – Exercice terminé le 31 mars 2013 (AS-471 Page 208)**

	Exercice	
	Courant	Précédent
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>		
Surplus (déficit)	<b>128 215 \$</b>	<b>89 084 \$</b>
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Stock et frais payés d'avance	3 755 \$	10 541 \$
Amortissement des immobilisations	331 819 \$	408 814 \$
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	2 598 \$	1 485 \$
Autres	1 322 \$	(1 322) \$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	<b>339 494 \$</b>	<b>419 518 \$</b>
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(29 286) \$	(591 949) \$
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités de fonctionnement	<b>438 423 \$</b>	<b>(83 347) \$</b>
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</b>		
Acquisitions	(213 768) \$	(356 977) \$
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités de fonctionnement	<b>(213 768) \$</b>	<b>(356 977) \$</b>
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT</b>		
Variation de placements de portefeuilles:		
Placements effectués		(214 416) \$
Produit de disposition et de rachat de placements	(24 577) \$	174 283 \$
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(205 801) \$	(308 615) \$
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement	<b>(230 378) \$</b>	<b>(348 748) \$</b>
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>		
Variation des dettes:		
Emprunts effectués - Refinancement dettes long terme	1 114 821 \$	
Emprunts remboursés - Dettes long terme	(53 990) \$	(53 990) \$
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	121 216 \$	556 822 \$
Emprunts temporaires remboursés - refinancement fonds d'immobilisations	(1 114 821) \$	
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement	<b>67 226 \$</b>	<b>502 832 \$</b>
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE</b>	<b>61 503 \$</b>	<b>(286 240) \$</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>	<b>1 998 363 \$</b>	<b>2 284 603 \$</b>
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE A LA FIN</b>	<b>2 059 866 \$</b>	<b>1 998 363 \$</b>

**7.5 (suite) État des flux de trésorerie – Exercice terminé le 31 mars 2013 (AS-471 Page 208)**

**AUTRES RENSEIGNEMENTS:**

Immobilisations:

Comptes à payer sur les immobilisations

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)

Intérêts encaissés (revenus)

Intérêts débiteurs (dépenses)

Intérêts déboursés (dépenses)

Placements temporaires:

Échéance supérieurs à 3 mois:

Solde au 31 mars de l'exercice précédent

Placements effectués

Solde au 31 mars de l'exercice courant

Exercice	
Courant	Précédent
2 251 \$	3 665 \$
55 058 \$	54 738 \$
675 \$	55 262 \$
64 699 \$	57 633 \$
64 699 \$	54 276 \$
1 372 227 \$	1 322 094 \$
24 577 \$	40 133 \$
1 396 804 \$	1 362 227 \$

Avoirs financiers:

Espèces, effets en main et dépôts en circulation

Débiteurs Agence-MSSS

Autres débiteurs

Intérêts courus à recevoir sur placement

Frais reportés liés aux dettes

Autres éléments d'actifs

Chèque en circulation

Créditeurs Agence-MSSS

Autres créditeurs et frais à payer

Intérêts courus à payer sur emprunts

Revenus reportés à court terme

Avance en provenance des agences - Env. décentralisées

Autres éléments de passifs

Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers  
reliés au fonctionnement

	(526 411) \$
450 513 \$	(163 054) \$
(226 194) \$	
(910) \$	
(5 576) \$	
2 509 \$	7 156 \$
153 297 \$	
	(42 801) \$
(278 742) \$	261 703 \$
(270) \$	(524) \$
51 500 \$	(15 157) \$
	(362 204) \$
(175 413) \$	249 343 \$
(29 286) \$	(591 949) \$

**7.6 État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant (AS-471 Page 140)**

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations  1	Année 20XX-XX  2	Nature (R, O ou C)  3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée  4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
<p><b>Signification des codes :</b></p> <p>Colonne 3 :  R : pour réserve  O : pour observation  C : pour commentaire</p> <p>Colonnes 5, 6 et 7 :  R : Pour réglé  PR : pour partiellement réglé  NR : pour non réglé</p>						
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
Non comptabilisation, à l'état de la situation financière, des obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire	2011-2012	R	Comptabilisation rétroactive avec retraitement des données comparatives, à compter de l'exercice 2012-2013, des passifs ainsi que du financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire sont comptabilisés avec application tel que mentionné à la note complémentaire XX de la page 270 du AS-471.	R		
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec (SIQ) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition avec la SIQ présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «immobilisations corporelles louées» du Manuel de l'Institut canadien des Comptables Agréés			NR

## **7.7 Le rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers**

### **Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés**

Aux membres du conseil d'administration de  
CRDITED de Laval

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de CRDITED de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2013 (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 donc se substituer à la lecture des états financiers audités de CRDITED de Laval.

#### **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 2013-013 (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 de CRDITED de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de CRDITED de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de CRDITED de Laval au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.*<sup>1</sup>

Montréal

Le 21 juin 2013

---

<sup>1</sup> CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A113631

## 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. En cours d'année, le code a été révisé par le Comité de gouvernance et d'éthique et il sera soumis, pour adoption par le Conseil d'administration, le 11 juin 2013.

### **OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION**

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

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

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

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

## **DÉFINITIONS**

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

## **DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR**

*Dans l'exercice de ses fonctions,*

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

### **Disponibilité et participation active**

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

## **Soins et compétence**

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

## **Neutralité**

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

## **Discrétion**

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

## **Relations publiques**

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

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

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

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

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

### **Conflits d'intérêts : le directeur général**

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

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

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

## **Exclusivité de fonctions du directeur général**

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

## **Biens de l'établissement**

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

## **Avantages ou 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. LES FICHES DE REDDITION DE COMPTES 2012-2013

### Fiche de reddition de comptes 2012-2013

#### Entente de gestion - Chapitre II : Priorités ministérielles

#### Les soins de première et de deuxième ligne

Objectifs de résultats 2010-2015	Respecter, par installation, 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 2012-2013 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

**REDDITION DE COMPTES — ENTENTE DE GESTION  
CADRE D'ANALYSE STANDARDISÉ  
AU REGARD D'UN RÉSULTAT OBTENU – VS – ENGAGEMENT PRÉVU**

Au CRDITED de Laval, un processus rigoureux du suivi des places vacantes est fait. Ce mécanisme permet d'identifier les places libres ou qui se libéreront sous peu. Un exercice de pairage s'actualise en fonction des places vacantes et des besoins des usagers en attente d'hébergement ou du mouvement résidentiel.

Le CRDITED de Laval poursuit le développement de places en RNI selon le développement budgétaire. Au cours de la dernière année, des projets résidentiels ont été développés afin de répondre aux besoins de la clientèle et verront le jour au cours des prochaines semaines/mois.

Le CRDITED, le CSSS de Laval et le Centre jeunesse de Laval travaillent à développer une entente tripartite en matière d'hébergement temporaire d'urgence pour les mineurs. Ceci permettra de répondre plus adéquatement aux besoins des jeunes DI ou TED qui nécessitent un hébergement imprévu. Surtout, cette entente permettra de définir les rôles et responsabilités et limites de chacun des établissements en situation imprévue d'hébergement temporaire.

**Nom :** Isabelle Portelance

**Date :** 21 mai 2013

**Fiche de reddition de comptes 2012-2013**

**Entente de gestion - Chapitre III : Priorités régionales**

**Attentes du PDG au regard du réseau régional**

Engagement régional 2012-2013 inscrit à l'Entente	<p><b>Santé publique : Lutte aux ITSS et promotion d'une sexualité saine et responsable</b></p> <p>D'ici au 31 mars 2013, l'Agence aura finalisé un plan d'action conjoint régional/local/intersectoriel visant l'adoption d'une sexualité saine et responsable. Ce plan, rappelons-le, aborde le continuum promotion-prévention-traitement et inclura les volets de lutte aux ITSS, l'amélioration de l'accès aux services (15-24 ans, population vulnérable) et l'élaboration d'un modèle régional de clinique jeunesse</p>
---	---

Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Finalisation et adoption du plan d'action régional/local/intersectoriel de lutte aux ITSS et de promotion d'une sexualité saine et responsable</li> <li>➤ Déploiement d'actions prévues au plan</li> </ul>
-------------	---

Engagement du CRDI 2012-2013 inscrit à l'Entente	Il est attendu que le CRDITED de Laval participe aux travaux relatifs à la finalisation du plan d'action régional et actualise les actions identifiées pour son établissement
--	---

**Commentaires**

**REDDITION DE COMPTES — ENTENTE DE GESTION  
CADRE D'ANALYSE STANDARDISÉ  
AU REGARD D'UN RÉSULTAT OBTENU – VS – ENGAGEMENT PRÉVU**

\* **Constat quant au résultat – VS – engagement :**

- Le CRDITED de Laval a participé aux travaux coordonnés par l'Agence, liés à la conception du plan d'action conjoint.
- 2 rencontres pour le comité directeur
- 5 rencontres pour le comité.

\* **Analyse au regard du résultat et de l'écart le cas échéant :**

Non applicable.

\* **Prévision quant au résultat escompté à la P-13 avec les mesures/actions prises ou prévues (résultat escompté pour les mois à venir lorsque l'analyse est faite avec le résultat de la P-13)**

Aucune action n'était prévue au plan pour l'année 2012-2013; elles s'actualiseront au cours de la prochaine année.

**Nom :** Josée Lemay

**Date :** 22 mai 2013

**Fiche de reddition de comptes 2012-2013**

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

<b>Axe d’intervention :</b>	<b>Services sociaux et de réadaptation</b>		
Objectif de résultats 2010-2015	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l’accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours</li> <li>▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR</li> <li>▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an</li> </ul>		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats* 2011-2012</b>	<b>Engagements 2012-2013</b>	<b>Résultats 2012-2013**</b>
1.45.05.06-PS 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%
1.45.05.07-PS Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	84,6 %	90 %	86,49%
1.45.05.08-PS Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	93,6 %	90 %	78,03%
<b>Commentaires</b>			
<p>Pour ce qui est des standards d’accès urgents et élevés, bien qu’un peu en deçà de la cible pour le standard élevé, les résultats sont satisfaisants ou très près des attentes signifiées. Particulièrement pour les demandes de priorité élevée, 19 demandes ont été traitées durant la dernière année. De ce nombre, seulement 2 ont reçu un premier service hors délai qui a été justifié.</p> <p>Toutefois, nous constatons que le taux de respect des délais a connu une baisse considérable cette année pour le standard modéré, passant de 93.6% à 78.03%. Tel que prévu en 2012, l’implantation de ce dernier standard d’accès fait apparaître cette année la difficulté pour l’établissement d’atteindre la cible visée. Une fois de plus, ce sont les Services à l’enfant et à sa famille qui obtiennent le plus grand nombre de demandes. Celui-ci dépasse d’ailleurs largement la capacité d’accueil actuelle. En effet, pour 297 demandes acceptées au 31 mars 2013, 211 concernent les services de la naissance à 11 ans. De même, le nombre de nouvelles demandes est significativement supérieur au nombre de fermetures dans ce même service, ce qui contribue au résultat de cette année.</p> <p>Enfin, pour la prochaine année, un défi demeure sur le plan de la réponse aux demandes de priorités modérées, qui représentent le plus grand volume de demandes traitées. Par ailleurs, l’actualisation des services par épisode, la mise en place du nouveau plan d’organisation ainsi que le suivi rigoureux des listes d’attente représentent des moyens privilégiés par l’établissement pour agir sur l’accessibilité aux services.</p>			
<b>Nom</b> : Isabelle Portelance		<b>Date</b> : 21 mai 2013	

**Fiche de reddition de comptes 2012-2013**

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

<b>Axe d’intervention :</b>	<b>Urgences</b>
-----------------------------	-----------------

Objectif de résultats 2010-2015	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l’urgence* pour les personnes sur civière  *Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l’atteinte de cet objectif
---------------------------------	---

Engagement du CRDI 2012-2013 inscrit à l’Entente	Collaboration attendue du CRDI à l’atteinte des engagements du CSSS de Laval
--	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements CSSSL 2012-2013</i>	<i>Résultats 2012-2013**</i>
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	33,74	15	
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5,68	1	
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière	20,35	12	

**Commentaires**

**REDDITION DE COMPTES — ENTENTE DE GESTION  
CADRE D’ANALYSE STANDARDISÉ  
AU REGARD D’UN RÉSULTAT OBTENU – VS – ENGAGEMENT PRÉVU**

Le CRDITED se fait un devoir de participer à la rencontre mensuelle du flux des patients à la Cité de la santé de Laval. La Directrice des services à la clientèle (ou un remplaçant) y assiste tous les mois. Au cours de l’année, une collaboration intéressante s’est développée, entre autres entre l’équipe de l’urgence psychiatrique de la Cité de la santé et l’équipe de soutien spécialisé du CRDITED de Laval, suite à la mise en place d’un comité régional regroupant des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique. Ces collaborations ont permis aux intervenants des deux établissements de travailler de pair afin d’établir les meilleures interventions pour notre clientèle commune et ainsi permettre aux personnes de quitter l’urgence psychiatrique dans les meilleurs délais et avec un suivi conjoint.

Notre objectif est de maintenir les usagers dans leur milieu d’hébergement (RNI ou milieu naturel) et d’utiliser les services de l’hôpital seulement lorsque requis et pour une période la plus courte possible, selon l’état de santé de la personne.

**Nom :** Isabelle Portelance

**Date:** 21 mai 2013

**Fiche de reddition de comptes 2012-2013**

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

<b>Axe d'intervention :</b>	<b>Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau</b>
Objectif 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
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

Engagement du CRDI 2012-2013 inscrit à l'Entente	Produit annuellement un plan de main-d'œuvre et des stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et ceux disponibles <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer la faisabilité d'un nouveau mode d'organisation du travail pour le personnel clinique</li> <li>▪ Optimiser les processus d'organisation du travail à la RLV en utilisant l'approche LEAN</li> </ul>
--	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats 2012-2013**</i>
3.08-PS Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	ND	100	N/A
3.09-PS Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	ND	100	N/A

**Commentaires**

**REDDITION DE COMPTES — ENTENTE DE GESTION  
CADRE D'ANALYSE STANDARDISÉ  
AU REGARD D'UN RÉSULTAT OBTENU – VS – ENGAGEMENT PRÉVU**

\* **Constat quant au résultat – VS – engagement :**

Engagement : Production annuelle d'un plan de main-d'œuvre et des stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et ceux disponibles

Au cours de l'exercice 2012-2013, l'établissement a mis à jour le plan prévisionnel des effectifs (PPE) basé sur une analyse détaillée de chacun des titres d'emploi jugés vulnérables. De cette analyse, découle un plan d'action en matière de main-d'œuvre précisant pour chacun des axes d'intervention (recrutement du personnel, rétention/fidélisation du personnel, présence au travail) :

- Les objectifs à atteindre,
- Les moyens d'action,
- Les responsables,
- Les indicateurs de succès,
- Ainsi que l'échéancier.

Outre les interventions de portée organisationnelle, ce plan d'action en matière de main-d'œuvre présente également les mesures d'action spécifiques relatives à chacun des titres d'emploi jugés vulnérables.

○ **Atteint à la période analysée**

Engagement : Évaluation de la faisabilité d'un nouveau mode d'organisation du travail pour le personnel clinique

Au cours de l'exercice 2012-2013, l'établissement s'est vu contraint de relocaliser tout le personnel du service Ruisseau-Papineau en raison de la non-disponibilité des locaux occupés par cette équipe. Face à cet enjeu d'ordre locatif, l'établissement a profité de l'occasion afin de revoir ses façons de faire, de manière à optimiser son modèle traditionnel d'organisation du travail et de prestation de service. Ainsi, par le biais d'un projet pilote s'inscrivant dans le cadre du Projet d'optimisation, un nouveau modèle faisant notamment appel au travail à distance, aux postes de travail partagés et à une technologie mobile a été mis en place à l'automne 2012, dans le but de :

- Réduire le besoin d'espaces locatifs pour le personnel clinique en intervention dans les milieux de vie de la clientèle,
- Augmenter les heures de prestation de services directs à la clientèle,
- Offrir une opportunité aux éducateurs volontaires d'avoir une meilleure conciliation travail/famille.

À noter, outre le financement de 60 K \$ octroyé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval pour démarrer le projet pilote, ce projet d'optimisation et de réorganisation du travail pour les équipes cliniques s'est vu décerner un financement de 120 K \$ du MSSS à titre de projet paritaire d'organisation du travail pour la catégorie IV (personnel clinique) – Volet psychosocial.

L'établissement poursuit actuellement l'expérimentation du projet pilote et son déploiement auprès du Service à l'enfant et à sa famille.

○ **Atteint à la période analysée**

Engagement : Optimisation des processus d'organisation du travail à la RLV en utilisant l'approche LEAN

En 2012-2013, plusieurs projets d'optimisation ont été mis de l'avant à la Résidence Louise-Vachon, notamment :

- La réorganisation du Service de soins de santé et d'assistance permettant de dégager une infirmière afin qu'elle se joigne à l'équipe de soutien spécialisé à la Direction des pratiques professionnelles pour offrir des services de soins de santé et d'assistance auprès des personnes hébergées en RNI,
- L'implantation d'un projet pilote au milieu de vie Goéland, permettant à la fois de faire vivre l'approche milieu de vie auprès des résidents et de mettre en place une organisation du travail flexible, efficiente et adaptée aux besoins des résidents.

Faisant suite à l'atelier sur l'amélioration continue offert au personnel d'encadrement par l'ASSSL, des travaux sont en cours afin d'optimiser les processus de travail relatifs à l'hygiène et à la salubrité, aux services alimentaires et à la buanderie. Par ailleurs, des efforts sont consentis pour développer et utiliser de façon plus optimale le personnel dédié à l'entretien des bâtiments, permettant ainsi de valoriser leurs compétences et réduire les coûts pour la réalisation de travaux d'entretien.

○ **Atteint à la période analysée**

\* **Analyse au regard du résultat et de l'écart le cas échéant :**

○ **Explications, justification**

○ **Lien avec les résultats des autres régions, lorsqu'à propos**

Non applicable

\* **Actions/mesures/en cours ou prévues pour atteindre l'engagement sinon améliorer le résultat.**

Non applicable

\* **Prévision quant au résultat escompté à la P-13 avec les mesures/actions prises ou prévues (résultat escompté pour les mois à venir lorsque l'analyse est faite avec le résultat de la P-13).**

Non applicable

**Nom :** Marie Lise St-Pierre

**Date :** 21 mai 2013

**Fiche de reddition de comptes 2012-2013**

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

<b>Axe d’intervention :</b>	<b>Rétention et mieux-être</b>
Objectif 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 du CRDI 2012-2013 inscrit à l’Entente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtention d’un agrément en 2012-2013</li> <li>▪ Débuter une démarche d’élaboration du plan de mise en œuvre relatif à la démarche « Entreprise en santé »</li> </ul>

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2011-2012</i>	<i>Engagements 2012-2013</i>	<i>Résultats 2012-2013**</i>
3.01-PS Ratio entre le nombre d’heures en assurance salaire et le nombre d’heures travaillées	8,56 %	6,75 %	6,23%

**Commentaires**

**REDDITION DE COMPTES — ENTENTE DE GESTION  
CADRE D’ANALYSE STANDARDISÉ  
AU REGARD D’UN RÉSULTAT OBTENU – VS – ENGAGEMENT PRÉVU**

\* **Constat quant au résultat – VS – engagement :**

Engagement : Obtention d’un agrément en 2012-2013

Dans le cadre de la démarche d’agrément 2012-2015, l’établissement a obtenu sa certification d’agrément (incluant le volet de mobilisation des ressources humaines) décernée par le Conseil québécois d’agrément en octobre 2012.

o **Atteint à la période analysée**

Engagement : Démarrage d’une démarche d’élaboration du plan de mise en œuvre relatif à la démarche Entreprise en santé

À la suite du sondage sur la mobilisation du personnel mené en 2011 dans le cadre des démarches intégrées Agrément et Entreprise en santé, nous avons réalisé au printemps 2012 quatre groupes de discussion réunissant des employés volontaires, provenant d’un échantillon aléatoire et représentatif des effectifs de l’établissement. Ces groupes de discussion ont permis d’approfondir les besoins d’amélioration spécifiquement liés aux dimensions prioritaires à la suite de l’analyse des résultats du sondage, et de proposer des pistes de solution.

À l’automne 2012, le Comité Santé et Mieux-être a été mis sur pied, réunissant des employés représentant chacune des catégories d’emploi. Sous la responsabilité d’un nouveau chargé de projet, ce comité a entrepris ses travaux au cours de l’hiver 2013 en vue d’élaborer le plan de mise en œuvre visant à maintenir et améliorer de façon durable la santé globale et la mobilisation du personnel. Sous le thème *En route vers la santé*, ce plan d’action visera notamment à promouvoir et encourager l’activité physique comme saine habitude de vie auprès du personnel et améliorer les pratiques de gestion en contexte de changement. Ce plan sera soumis au Comité de la direction générale en juin 2013 pour approbation en vue d’un déploiement à compter de septembre 2013.

○ **Atteint à la période analysée**

Engagement : Atteinte de la cible en assurance-salaire de 6,75%

Au 31 mars 2013, le ratio cumulatif en assurance-salaire s'élève à 6,23%, soit 0,52% sous la cible attendue de 6,75% inscrite à l'entente de gestion. Il s'agit d'une importante diminution par rapport aux exercices précédents où le ratio cumulatif atteignait plus de 8,29% en 2011-2012 et 8,61% en 2010-2011.

<b>Gestion de la présence au travail</b>		
<b>Exercice</b>	<b>Ratio cumulatif en assurance-salaire</b>	<b>Cible</b>
2012-2013	6,23	6,75
2011-2012	8,29	6,90
2010-2011	8,61	6,05

Il importe ici de rappeler le plan d'action mis en œuvre en décembre 2011, afin d'améliorer la présence au travail, laquelle constitue une condition essentielle à la réalisation de notre mission d'offrir à la clientèle des services de réadaptation efficaces, efficients et de qualité.

En regard de la présence au travail, l'établissement poursuit le déploiement de ce plan d'action en :

- Assurant une gestion efficiente des suivis médico-administratifs des dossiers d'absence;
- Assurant une utilisation optimale du budget d'évaluation et d'expertise médicale afin de mieux cibler les problématiques et les traitements requis permettant d'améliorer de façon plus efficace et proactive la condition médicale des employés en invalidité et favoriser un retour au travail prompt, sain et durable;
- Sensibilisant les gestionnaires au suivi du taux d'absentéisme de leur service et en les soutenant dans le suivi de la gestion de la présence au travail.

Par ailleurs, dans le cadre de la démarche Entreprise en santé présentée précédemment, l'établissement mettra de l'avant au cours de l'exercice 2013-2014, des actions ciblées afin d'améliorer la santé globale des employés, incluant notamment :

- Des activités de promotion et de soutien aux saines habitudes de vie, tout particulièrement liées à l'activité physique,
- Des actions visant l'amélioration continue des pratiques de gestion priorisées dans la cadre du plus récent sondage sur la mobilisation du personnel et alignées aux nouveaux enjeux de gestion associés au déploiement du plan d'organisation et la mise en place du projet d'optimisation et de réorganisation du travail pour les équipes cliniques,
- L'identification des risques pour la santé et la sécurité au travail et des mesures de prévention,
- La mise à jour des pratiques et procédures de maintien et de retour au travail.

○ **Atteint à la période analysée**

\* **Analyse au regard du résultat et de l'écart le cas échéant :**

○ **Explications, justification**

○ **Lien avec les résultats des autres régions, lorsqu'à propos**

Non applicable

<p>* <b>Actions/mesures/en cours ou prévues pour atteindre l'engagement sinon améliorer le résultat.</b></p> <p>Non applicable</p>	
<p>* <b>Prévision quant au résultat escompté à la P-13 avec les mesures/actions prises ou prévues (résultat escompté pour les mois à venir lorsque l'analyse est faite avec le résultat de la P-13).</b></p> <p>Non applicable</p>	
<p><b>Nom :</b> Marie Lise St-Pierre</p>	<p><b>Date :</b> 21 mai 2013</p>

\* Résultats en date du 31 mars 2012

\*\* Résultats en date du 31 mars 2013