



CRDITED DE LAVAL

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

ADOPTÉ LE 26 JUIN 2015

PAR LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE
CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
MADAME CAROLINE BARBIR

**VISIONS
L'EXCELLENCE
POUR FAIRE
LA DIFFÉRENCE**

SOMMAIRE

3 LISTE DES ACRONYMES

4 MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

6 DÉCLARATIONS ET RAPPORT

LE CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE LAVAL

7 Mission

8 Organigramme

9 Contexte et faits saillants

15 Caractéristiques de la population

16 Le portrait de la clientèle

17 Les services au CRDITED

19 Modifications apportée durant l'exercice

RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

20 Planification stratégique

20 Enjeu 1

21 Enjeu 2

22 Enjeu 3

23 Enjeu 4

24 Enjeu 5

26 Entente de gestion et d'imputabilité

GOUVERNANCE DU CRDITED DE LAVAL

29 Conseil d'administration

30 Comités du conseil d'administration

30 Comité de gouvernance et d'éthique

30 Comité de vigilance et de la qualité

31 Comité d'audit

32 Comité de gestion des risques

33 Comité des usagers

33 Conseils professionnels

33 Conseil des infirmières et infirmiers

34 Conseil multidisciplinaire

36 Informations relatives à la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

36 Gestion et contrôle des effectifs

38 Contrats de services

39 Informations relatives à la loi sur les services de santé et les services sociaux

39 Agrément

39 Sécurité des soins et des services

42 Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

RESSOURCES HUMAINES

43 Ressources humaines

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

44 Les états et l'analyse des résultats des opérations

53 Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observation formulés par l'auditeur indépendant

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

54 Code d'éthique

ANNEXES

55 Tableau de bord

59 Plan d'amélioration

64 Code de déontologie des administrateurs

LISTE DES ACRONYMES

AEO	Accueil Évaluation Orientation
APII	Association des infirmières en prévention des infections
AQIS-IQDI	Association québécoise pour l'intégration sociale – Institut québécois de la déficience intellectuelle
CA	Conseil d'administration
CDR	Comité de résidents
CECIIA	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
CECM	Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
CERC	Comité éthique de la recherche conjointe
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIR	Commission des infirmières régionale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CM	Conseil multidisciplinaire
CQA	Conseil québécois d'agrément
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CU	Comité des usagers
DI	Déficience intellectuelle
DI/TSA	Déficience intellectuelle / Trouble du spectre de l'autisme
DPP	Direction des pratiques professionnelles
DSA	Direction des services administratifs
DSC	Direction des services à la clientèle
ÉGIPSS	Évaluation globale et intégrée des systèmes de santé
ETC	Équivalent à temps complet
FQCRDITED	Fédération québécoise des CRDITED
ICI	Intervention comportementale intensive
MPDA	Mouvement Personne d'Abord
N/A	Non applicable
PATGC	Plan d'action en trouble grave du comportement
PDETGC	Plan de développement d'expertise en trouble grave du comportement
PSDRH	Plan stratégique de développement des ressources humaines
RH	Ressources humaines
RI/RTF	Ressource intermédiaire / Ressource de type familial
SARIM	Service d'adaptation et de réadaptation à intensité minimale
SIP	Service d'intervention précoce
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
SQDI	Semaine québécoise de la déficience intellectuelle
SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
TGC	Troubles graves du comportement
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

MESSAGE DES AUTORITÉS

C'est avec plaisir que nous vous présentons le dernier *Rapport annuel de gestion* 2014-2015 du CRDITED de Laval.



*Une organisation
humaine,
dynamique et près
de son personnel*

Avec l'arrivée de la Loi 10, la dernière année a permis de faire une mise au point sur l'ensemble des projets entamés à ce jour. Le CRDITED croit qu'avec l'arrivée de la réorganisation du réseau de la santé en un seul réseau lavallois, il lui est permis de poursuivre l'organisation de ses services tel qu'il l'avait repensé avec son plan d'organisation 2012-2015 : offrir des services selon un seul territoire géographique, le grand Laval.

L'année 2014-2015 a donc été une période de consolidation du plan d'organisation selon les deux continuums de services : les enfants et les jeunes (0- 21 ans) et les adultes (22 ans et plus). Le personnel a été appelé à revoir ses façons de faire et la dispensation des services afin d'être le plus efficace et efficient possible. De plus, cette nouvelle organisation permet une meilleure gestion des ressources afin d'offrir un service spécialisé à la clientèle desservie. Les équipes du service aux adultes travaillent actuellement sur le projet de bonification du continuum résidentiel afin de répondre plus adéquatement aux besoins évolutifs de l'ensemble de la clientèle, particulièrement les besoins émergents de la clientèle présentant un TGC et de la clientèle vieillissante à mobilité réduite.

Notons également l'introduction de guides de pratiques qui permettent à l'ensemble du personnel d'offrir les services spécialisés selon un requis de services. À ce jour, les quatre guides de pratiques sont en implantation auprès des équipes de travail et des activités d'appropriation se réalisent. Ce changement va permettre à l'établissement de se démarquer par la qualité des services rendus à la population lavalloise et d'être reconnu comme chef de file au niveau des services spécialisés en DI/TSA.

Le chantier de la performance a pris son envol durant la dernière année, permettant aux équipes de travail de recevoir un tableau de bord pour constater leur productivité et ainsi être en mesure d'analyser les données. Il est important de mentionner que la performance est un chantier qui a été retenu par tous les directeurs des CRDITED du Québec. À la lecture des données de performance, le comité de direction du CRDITED a pu mettre en place des stratégies dans l'optique de réajuster les pratiques et de développer des indicateurs de performance plus précis.

Un autre dossier important a été travaillé durant la dernière année pour lequel une visite est prévue en septembre 2015. Le personnel a conjugué temps, énergie et détermination afin de faire le sprint final de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les porteurs de processus ainsi que les équipes de réalisation ont mis en commun leurs efforts afin de permettre à l'organisation de répondre de façon continue aux standards de qualité et de performance attendus pour un établissement comme le nôtre.

De plus, nous ne pouvons passer sous silence l'obtention de la certification à titre d'Entreprise en santé. C'est en février 2015 que le CRDITED fût le premier établissement de Laval à l'obtenir. Sans l'engagement de tous les employés, le désir de faire mieux et de prendre soin de soi, l'organisation ne peut être ce qu'elle est aujourd'hui.

Ajoutons également le projet d'optimisation, qui nous a permis d'être à l'avant-garde des technologies, et qui permet à des employés d'utiliser du matériel technologique au quotidien dans

leurs lieux d'intervention et à domicile, afin de faire mieux pour les usagers tout en bénéficiant de meilleures conditions de conciliation travail-famille. Ce projet présente d'ailleurs un exemple concret de l'amélioration des conditions de travail pour notre personnel.

Finalement, l'organisation tient à remercier chaleureusement son personnel, ses administrateurs ainsi que toutes autres personnes ayant participé à l'organisation des différentes activités ou siégé sur différents comités, pour tout le travail réalisé auprès de la clientèle. Sans votre apport, votre grande implication, votre collaboration, votre appui, votre intérêt envers la clientèle, toutes les actions du CRDITED de Laval n'auraient pu être réalisées.

Merci de croire en notre clientèle ainsi qu'à notre personnel. Tout simplement ...

PARCE QU'ILS ATTENDENT LE MEILLEUR DE NOUS.



Madame Caroline Barbir, M Sc, Adm. A., CHE, ASC
Présidente-directrice générale, CISSS de Laval

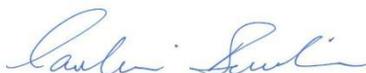
DÉCLARATIONS ET RAPPORT

Déclarations de fiabilité des données

À titre de présidente-directrice générale du CRDITED de Laval, 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 de gestion de l'exercice 2014-2015 du CRDITED de Laval :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de



Madame Caroline Barbir, M.Sc, Adm. A., CHE, ASC
Présidente-directrice générale CISSS de Laval

Les états financiers du CRDITED de Laval ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les 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.



Madame Caroline Barbir, M Sc, Adm. A, CHE, ASC
Présidente-directrice générale, CISSS de Laval

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 qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Rapport de la direction

La direction du CRDITED de Laval 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'acquitter 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 de vérification. 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 de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Monsieur Éric Champagne, CPA, CGA
Directeur des ressources financières, CISSS de Laval

LE CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DE LAVAL

Mission

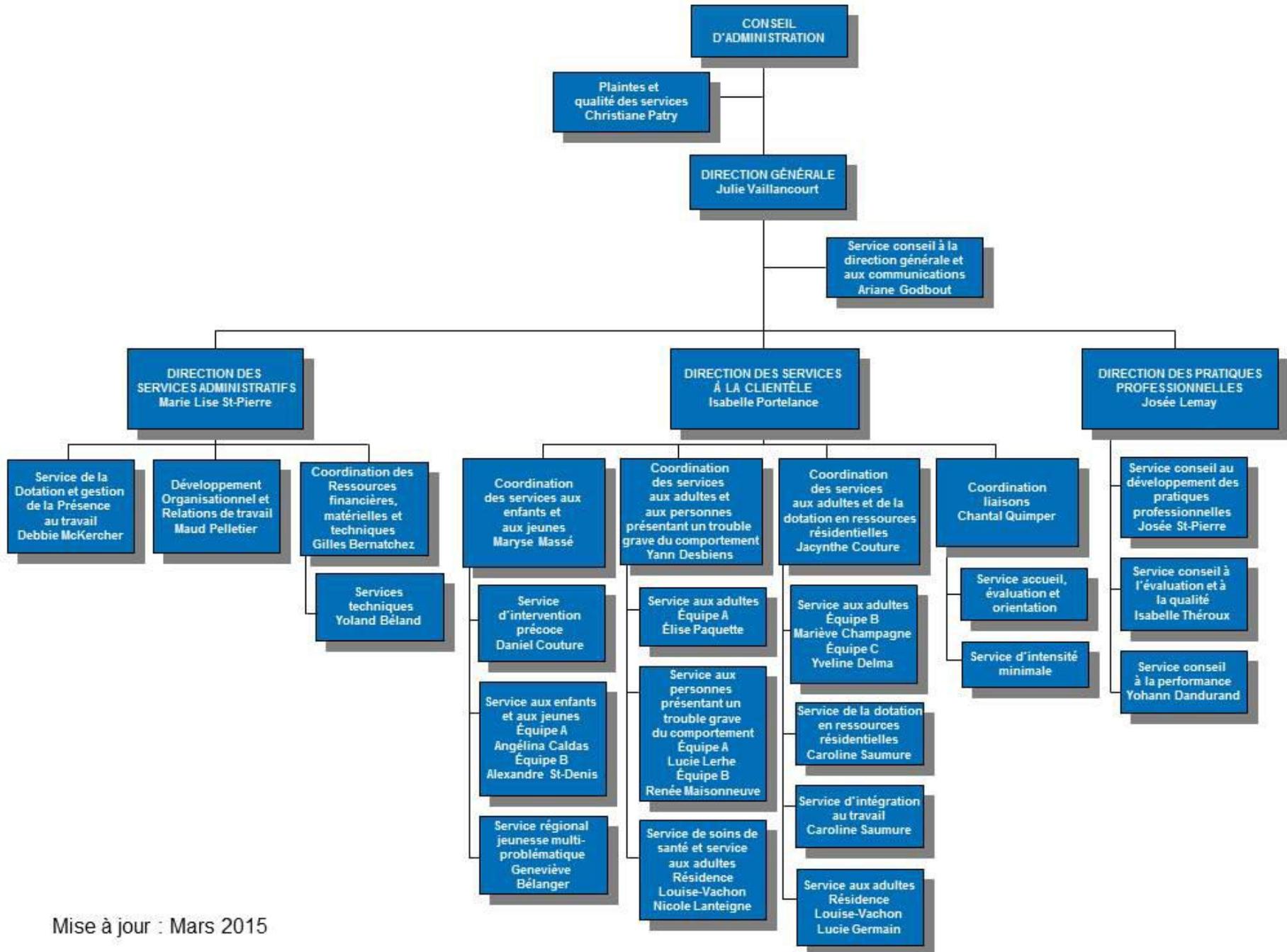
La mission du CRDITED de Laval est d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux personnes résidant sur son territoire qui, en raison de leurs incapacités intellectuelles, d'un retard significatif de développement ou d'un trouble du spectre de l'autisme, se trouvent en situation de handicap et requièrent de tels services. Le CRDITED offre également des services d'accompagnement, d'intervention spécialisée et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Le CRDITED de Laval offre des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et de participation sociale qui se définissent comme suit :

- **Les services d'adaptation consistent en** l'ensemble des interventions permettant d'actualiser le potentiel d'autonomie de la personne en agissant à la fois sur le développement de ses habiletés et sur l'aménagement de son environnement physique et humain, en vue de son intégration et de sa participation sociales optimales.
- **Les services de réadaptation sont ceux** posés à l'intérieur d'un processus personnalisé et intensif visant le retour à des conditions favorables à l'intégration et à la participation sociales de la personne lorsqu'elle se trouve en situation d'exclusion, que ce soit en raison de ses caractéristiques propres ou des caractéristiques de son environnement ou encore de l'interaction entre ces deux composantes. L'intervention vise le retour à l'équilibre ou l'atteinte d'un nouvel équilibre.
- **Les services liés à la participation sociale traduisent** des actions spécialisées posées afin de permettre aux personnes d'exercer des rôles sociaux valorisés dans des groupes structurés au sein de leur communauté ou de diminuer le nombre de situations d'exclusion, et ce, dans le but de favoriser une augmentation de leur pouvoir d'agir collectif.
- **Les services d'accompagnement spécialisés et de soutien à l'entourage sont offerts** à la famille et aux différents individus qui interagissent sur une base régulière avec les personnes qui présentent une DI ou un TED. Il s'agit, de la part du personnel, d'appuyer, d'aider, de conforter, d'outiller, de sensibiliser ces personnes en relation avec les caractéristiques et les besoins évolutifs de la clientèle. Par un soutien personnalisé, il contribue à favoriser le développement des capacités des personnes, à promouvoir leurs droits, à maintenir ou développer un réseau d'entraide, à faire en sorte qu'elles réalisent des activités dans leur communauté et qu'elles exercent des rôles sociaux valorisés et valorisants.

En outre, le CRDITED de Laval s'efforce d'améliorer constamment la qualité de ses services et de développer une expertise d'avant-garde en s'impliquant dans la recherche.

Présentation de la structure de l'organisation en place au 31 mars 2015



Contexte et faits saillants

Entreprise en santé

Dans le cadre de la démarche d'Agrément, arrimée à celle de la démarche Entreprise en santé, un sondage sur la mobilisation du personnel a été réalisé au printemps 2014 auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement¹, avec un taux de réponse de 65,8 %. Sur la base des résultats obtenus au sondage, des groupes de discussion, composés de membres du personnel choisis aléatoirement selon les catégories d'emploi, se sont tenus, à l'automne 2014, afin de préciser les besoins d'amélioration et d'identifier des pistes de solution. À partir de ces données recueillies lors des échanges entre employés, le Comité Santé Mieux-Être (CSME) a élaboré le plan de mise en œuvre 2014-2016, lequel devait comporter des actions agissant dans les deux sphères d'activités identifiées selon la collecte de données, soit les saines habitudes de vie et les pratiques de gestion.

En plus de cette collecte de données, le plan a été conçu en tenant compte des priorités et enjeux organisationnels, tels que :

- Renforcer et consolider les actions initiées dans le plan 2013-2014, portant sur la gestion du changement et la prévention de la santé psychologique au travail;
- Soutenir la démarche d'amélioration de la performance organisationnelle;
- Soutenir le personnel dans les transformations organisationnelles, dont l'actualisation de la mission de services spécialisés de réadaptation DI/TSA et la mise en place du CISSS de Laval.

Plus spécifiquement, les actions établies au plan par le CSME viennent répondre à des besoins en matière de pratiques de gestion, tels que l'amélioration de la communication et du leadership organisationnel, et d'adresser les difficultés professionnelles et personnelles des employés.

En ce qui a trait à la promotion des saines habitudes de vie, différentes actions sont également prévues afin d'accroître la pratique

d'activités physiques en renforçant la responsabilisation et la mobilisation du personnel. Parmi les activités réalisées en 2014-2015, notons :

- L'élaboration et la mise à jour d'un panier d'activités relatives aux saines habitudes de vie, diffusé en continu sur le portail intranet;
- La planification du nouveau Défi Duo visant la promotion de l'activité physique, lequel a été lancé le 7 mai 2015 dans le cadre de la Journée nationale du sport et de l'activité physique.

Fait à souligner, au terme d'un audit réalisé par le Bureau de Normalisation du Québec à la mi-février, l'établissement s'est vu décerner la certification Entreprise en santé le 27 février 2015. Le CRDITED de Laval fait ainsi figure de pionnier en devenant le premier établissement du réseau de la santé et des services sociaux de Laval, ainsi qu'au sein du réseau des CRDITED², à obtenir cette certification.



¹ Incluant le personnel en absence longue durée ou en invalidité.

² Ex-aequo avec le CRDITED de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Positionnement employeur

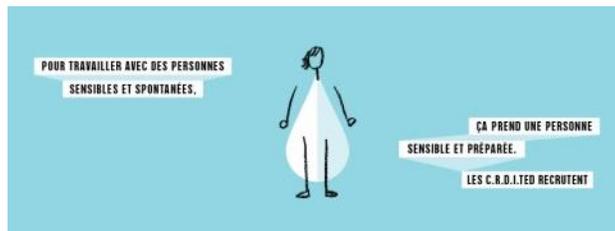
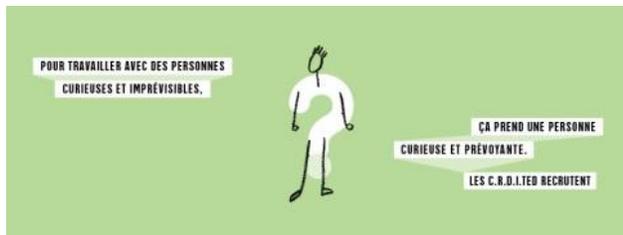
Dans la foulée des travaux du chantier stratégique lié au positionnement employeur du réseau des CRDITED, la FQCRDITED a invité tous les établissements membres à mettre en place un comité « Positionnement employeur » dans le but d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre d'un plan d'action local. Ce plan d'action vise à contribuer au rayonnement de l'ensemble du réseau des CRDITED, en soutien et en complémentarité avec les actions locales et régionales en matière d'attraction et de fidélisation des ressources humaines.

Ce comité est constitué de représentants de diverses fonctions au sein de l'établissement. Il a

pour mandat d'identifier des pistes d'action afin d'augmenter le pouvoir d'attraction du personnel et ultimement celui de fidélisation du personnel du CRDITED de Laval.

En ce sens, les activités suivantes ont été réalisées cette année :

- Promotion dans le cadre des salons de l'emploi à l'aide des outils promotionnels;
- Arrimage de l'offre de stages en tenant compte notamment des besoins de main-d'œuvre;
- Mise en place du processus d'accueil, orientation et intégration du nouveau personnel;
- Et déploiement du processus d'entrevues de départ.



Guides de pratique

Une équipe du CRDITED a été mandatée pour planifier, organiser, coordonner et assurer les activités requises à l'implantation des guides de pratiques, conformément aux orientations de la FQCRDITED et ce, dans le but d'améliorer les services spécialisés du programme-services DI-TSA.

Ainsi, en juin 2014, une collecte de données sur la présence aux dossiers des composantes essentielles de quatre guides de pratique a été effectuée (2-5 ans TSA, 6-17 ans TSA, adultes TSA et adultes TGC).

Par la suite, une tournée a eu lieu afin de présenter le chantier Guide de pratique à l'ensemble des gestionnaires et intervenants. Ceci a permis la diffusion de la définition d'un guide de pratique, l'engagement du CRDITED de Laval à l'égard des guides de pratique, la diffusion des modalités d'implantation et d'évaluation, ainsi que la diffusion des résultats de la collecte de données 2014 et le soutien



offert dans l'actualisation de l'implantation des composantes.

À l'hiver 2015, l'équipe projet, en collaboration avec les services administratifs, ont formulé des recommandations concernant les composantes qui affectent l'attribution des ressources, telles que le nombre d'heures de services au programme ICI et l'accessibilité à des évaluations cliniques, notamment pour les usagers adultes. De cet exercice, une transformation de postes a permis la création d'un nouveau poste de professionnel dédié aux services aux adultes.

Performance

Dans l'esprit de la planification stratégique de l'établissement et celle de la FQCRDITED 2010-2015, un comité performance a été désigné par le comité de direction générale au printemps 2014, avec les objectifs suivants :

- Accroître la performance globale du CRDITED de Laval; (4 dimensions du modèle ÉGIPSS)
- Accroître la productivité;
- Accroître l'efficience;
- Accroître la qualité et l'intensité des services offerts.

Afin d'atteindre ces objectifs, plusieurs activités ont été réalisées et plusieurs publics cibles ont été rejoints durant la dernière année. Après l'analyse du tableau de bord produit par la FQCRDITED en janvier 2014, la direction générale du CRDITED de Laval a signifié les attentes de gestion aux cadres et les attentes de productivité pour les éducateurs spécialisés de tous les services aux usagers. Un tableau de bord de gestion a été conçu et le suivi a été effectué à tous les niveaux de l'organisation : au comité de direction générale, auprès des équipes, aux membres du CA et du comité de vigilance. Des travaux ont été amorcés afin d'identifier des cibles de performance pour les professionnels cliniques ainsi que les secteurs administratifs.

En décembre 2014, un bulletin mensuel concernant la performance à l'établissement a été publié pour une première fois sur le portail de l'organisation. L'objectif était d'abord d'expliquer le modèle de gestion de la performance retenu (ÉGIPSS) et d'avoir sous un même document le suivi des différents dossiers visant l'amélioration continue tels que la démarche d'agrément, le plan d'amélioration, le projet d'optimisation des intervenants cliniques, Entreprise en Santé, etc.

Le suivi rigoureux des grands chantiers organisationnels (planification stratégique, plan d'amélioration, Entreprise en santé, les guides de pratiques et la performance) a été assuré par un comité de coordination composé de l'ensemble des porteurs de dossier et de la conseillère cadre à la direction. Cette vigie a permis de mener à terme les priorités tout en adaptant les échéanciers et les livrables en fonction de l'environnement interne et externe.

Plan stratégique en développement des ressources humaines (PSDRH)

Tel que prévu au Plan d'amélioration 2012-2015, le CRDITED de Laval s'est doté cette année d'un Plan stratégique de développement des ressources humaines 2015-2018. L'élaboration de ce plan d'action triennal s'inscrit dans le cadre d'une gestion stratégique des ressources humaines afin d'aligner le système de gestion RH aux orientations et enjeux stratégiques de l'organisation en s'assurant également que les leviers RH (politiques, processus, programmes et interventions RH) soient arrimés, cohérents et synergiques entre eux.

Basée sur une approche participative et collaborative, un comité PSDRH a été mis sur pied composé de représentants des directions, des différentes catégories d'emploi et des instances syndicales et professionnelles. Ce comité a fait une analyse de la situation en tenant compte de la vision de l'établissement, la philosophie de gestion, ainsi que des orientations et enjeux stratégiques actuels et émergents, à savoir :

- L'amélioration de la performance organisationnelle;
- La mise en place de l'offre de services spécialisés de réadaptation auprès de la clientèle DI/TSA;
- Le déploiement du continuum résidentiel;
- La gestion efficace de la transformation organisationnelle, dans le contexte de la mise en place du nouveau CISSS de Laval;

- Le renouvellement des ententes collectives nationales.

Le Comité PSDRH a procédé à un état de situation relatif aux pratiques en ressources humaines mettant en relief les faits saillants positifs ainsi que les zones de vulnérabilité, permettant ainsi de dégager trois (3) axes d'amélioration, soit :

- Assurer la disponibilité de la main-d'œuvre qualifiée répondant adéquatement aux besoins organisationnels;
- Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines afin de susciter la mobilisation du personnel et soutenir la performance organisationnelle;
- Assurer la pérennité et l'évolution de l'expertise afin de maintenir et renforcer les savoirs et les compétences.

Le PSDRH 2015-2018 présente pour chacun de ces axes d'amélioration les stratégies et les actions, les responsables et l'échéancier au cours des trois prochaines années. De plus, il établit les fondements permettant d'assurer la mise en place de stratégies RH efficaces et alignées aux enjeux de la clientèle qui nécessitent des services spécialisés de la mission DI/TSA dans le cadre du nouveau CISSS de Laval.

Projet d'optimisation du travail des équipes cliniques

L'année 2014-2015 a permis de terminer la mise en œuvre du projet d'optimisation poursuivant les objectifs suivants :

- Fournir l'équipement mobile informatique aux intervenants qui le souhaitent afin de réduire la double saisie de données liées aux tâches clinico-administratives;
- Réduire les déplacements des éducateurs en fonction d'un horaire de travail qui permet de limiter les déplacements requis. Par conséquent, les éducateurs n'ont plus de bureau dédié, mais des espaces de travail à leur disposition dans les différents

points de service du CRDITED qu'ils doivent réserver;

- Accéder au télétravail pour les éducateurs qui le désirent et qui répondent aux critères convenus.

Plusieurs intervenants apprécient les avantages liés à l'optimisation. Toutefois, un enjeu demeure, soit de garder vivante la vie d'équipe et les interactions stimulantes entre collègues. Il est à noter que l'actualisation de ce projet a permis la fermeture de deux points de services, fournissant ainsi une économie récurrente pour l'organisation.

Mise en place d'un service en troubles graves du comportement afin d'assurer la spécialisation des services offerts à cette clientèle

Suite à la mise en place du plan d'organisation, les services aux usagers présentant un TGC ont été centralisés au sein d'un même continuum de services. Cette modification a donc permis de réaliser la phase de développement de l'expertise des intervenants au CRDITED. Les objectifs poursuivis pour développer cette expertise étaient d'augmenter le sentiment de compétence des intervenants, la rétention du personnel, la diminution des accidents de travail et le déploiement des meilleures pratiques en TGC. Afin de répondre à ces objectifs, un plan de développement de l'expertise (PDE-TGC) a donc été élaboré, tel que recommandé par le Service québécois d'expertise en TGC.

Afin d'assurer le rehaussement de la pratique des éducateurs spécialisés et des assistants en réadaptation, un plan de formation a été réalisé. Ces formations ont permis d'outiller le personnel dans leurs interventions auprès des usagers présentant un TGC et dans l'analyse des causes probables de leur comportement. Il leur a également permis d'augmenter leur sentiment de compétence.

Le projet avait aussi comme objectif de déployer les meilleures pratiques en TGC auprès de cette clientèle. Chaque usager devait avoir un plan d'action en troubles graves du comportement (PATGC), et ce, trois mois après son arrivée au programme. À la mise en place du service, 25 usagers sur 85 bénéficiaient d'un PATGC, soit 29 % des usagers. Après 12 mois, 64 usagers sur 78 disposaient d'un PATGC, soit 82%. L'amélioration des services auprès de ces usagers a été remarquable puisque le PATGC a permis de faire l'analyse des causes probables pour en formuler des hypothèses, de les valider, et de mettre en place des aménagements préventifs pour réduire la manifestation des TGC. Il a également permis d'avoir une fiche de prévention active afin de savoir comment intervenir lors de l'escalade des comportements et de mettre en place un plan de traitement pour permettre à l'utilisateur de développer des comportements adaptatifs.

Finalement, un plan de pérennité permet la poursuite de l'ensemble des livrables de ce projet avec un mécanisme de mise à jour des contenus de formation ainsi que des outils utilisés dans la prestation de service.

Projet d'organisation du travail pour le personnel travaillant auprès de la clientèle présentant un trouble grave du comportement (TGC), au sein de deux établissements de la région de Laval

Un diagnostic organisationnel démontre en 2010 que les employés travaillant auprès de la clientèle présentant un TGC au CRDITED de Laval souhaitaient avoir un meilleur soutien clinique, affichaient un taux de roulement important, démontraient de l'insécurité face aux TGC et tardaient à recevoir la formation nécessaire à leur fonction. Ce projet d'organisation du travail a donc pour objectif d'améliorer le soutien clinique par un partage d'expertise et de ressources inter établissements ainsi que le déploiement du programme « Intervention post événement critique » afin d'assurer le soutien aux employés suite à des situations de crise vécues dans le cadre de leur fonction.

Lors de ce projet, un « Guide des processus de soutien pour les intervenants qui travaillent auprès de la clientèle présentant un trouble grave du comportement » a été élaboré, conjointement avec le Centre Jeunesse de Laval, afin de permettre un soutien mutuel des experts conseils dans les champs d'expertises spécifiques.

Le processus de transition pour les usagers entre les services de ces établissements a été bonifié à l'intérieur d'une entente de collaboration. L'utilisation du « Plan de transition en TGC » a été intégrée au processus et la collaboration attendue a été décrite dans cette entente. Ces ajustements permettent d'assurer une meilleure connaissance de l'utilisateur avant la transition et assure la collaboration des experts lorsque requis.

Le sentiment de sécurité évalué à l'aide d'un sondage de l'ASSTSAS démontre que 20 % des employés travaillant au TGC mentionnent se sentir toujours en sécurité et 75% mentionnent se sentir la plupart du temps en sécurité. Les employés identifient dans ce sondage que le

manque de formation est un élément qui réduit le sentiment de sécurité.

Afin de pallier la problématique du délai de formation du nouveau personnel, des capsules de cyber apprentissage ont été développées afin d'assurer rapidement les connaissances de base aux employés. Une analyse des besoins et du matériel de formation a permis de retenir plusieurs formations qui sont maintenant accessibles.

De plus, le maintien d'un rythme élevé de la fréquence de dispensation de la formation « Intervention thérapeutique lors de conduite agressive » est retenue comme étant favorable au développement des compétences du personnel et joue un rôle primordial sur le sentiment de sécurité (élément reconnu par le personnel lors de la passation du sondage sur le sentiment de sécurité de l'ASSTSAS) et sur le nombre d'accident de travail (diminution de 46 % de 2013-2014 à 2014-2015).

Le déploiement du programme « Intervention post événement critique » a eu lieu en fin de projet au CRDITED de Laval. Les intervenants victimes ou témoins d'un tel événement peuvent maintenant recevoir le soutien d'un pair aidant. Ces actions permettent donc d'assurer le soutien à ces personnes le plus rapidement possible, de renforcer l'esprit d'équipe et de limiter les risques de départ en congé de maladie.

Finalement, l'existence d'un plan de pérennité assure la poursuite de l'ensemble des livrables de ce projet avec un mécanisme de récurrence dans les formations et une mise à jour des différents guides et ententes.

Caractéristiques de la population de son territoire et principales données de santé la concernant

Données démographiques

En 2015, Laval compte approximativement 429 500 personnes, dont 210 900 hommes (49,1 %) et 218 600 femmes (50,9 %). Si les garçons sont plus nombreux que les filles chez les jeunes de 0 à 17 ans, on dénombre davantage de femmes chez les Lavallois âgés de 65 ans et plus.

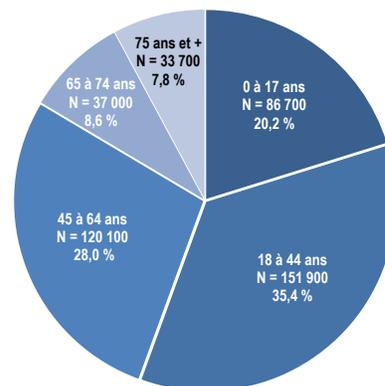


FIGURE 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR GROUPES D'ÂGE, LAVAL, 2015

Une population en forte croissance qui vieillit moins rapidement que celle du Québec

Entre 2015 et 2036, la population lavalloise devrait connaître une croissance démographique de 23,6 %, alors que celle-ci est estimée à 13,3 % au Québec. La région de Laval sera aussi touchée par le vieillissement de sa population, mais dans une plus faible proportion que celle observée pour l'ensemble de la province. C'est ainsi qu'entre 2015 et 2036, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 16,5 % à 23,7 % à Laval, alors qu'elle pourrait atteindre 25,9 % au Québec.

Laval, une région qui se démarque de l'ensemble du Québec par :

- Une plus forte proportion d'immigrants (*en 2011, Laval : 24,6 %; Québec : 12,6 %*) :
 - En 2012, plus de quatre naissances sur dix étaient de mère immigrante (41,2 %). Si l'on tient compte du statut du père, on s'aperçoit que dans 50,6 % des cas, au moins l'un des deux parents est immigrant, soit plus d'une naissance sur deux. C'est à partir de l'an 2000 que l'évolution a été plus marquée.
- Une plus faible proportion de personnes déclarant que le français est la langue la plus souvent utilisée à la maison (*en 2011, Laval : 70,0 %; Québec : 82,5 %*).
- Une plus forte proportion de personnes déclarant qu'une langue non officielle est la langue la plus souvent utilisée à la maison (*en 2011, Laval : 16,0 %; Québec : 7,3 %*).
- Une plus forte proportion de personnes d'expression anglaise :
 - En 2011, on comptait 82 250 anglophones à Laval. Ceux-ci représentaient 20,9 % de l'ensemble des Lavallois vivant dans un ménage privé. Cette proportion est à la hausse depuis 2001 (15,75 %).
- Une plus forte proportion de familles comptant au moins un enfant (*en 2011, Laval : 64,6 %; Québec : 57,8 %*).
- Un plus faible taux d'assistance sociale chez les personnes âgées de 18 à 64 ans (*en décembre 2013, Laval : 4,5 %; Québec : 6,8 %*).

Le portrait de la clientèle en chiffres pour l'année 2014-2015

Répartition des usagers (DI-TED)
desservis durant l'année 2014-2015

Groupe d'âge	Nombre
0 - 21 ANS	1164
22 ANS ET +	728
TOTAL	1892

Répartition des usagers
admis au 31 mars 2015

Groupe d'âge	DI	TED	TOTAL
0 - 21 ANS	2	1	3
22 ANS ET +	44	6	50
TOTAL	46	7	53

Répartition des usagers desservis selon le programme et l'âge, en 2014-2015

PROGRAMME SERVICE	Groupe d'âge								TOTAL
	0 - 4	5 - 11	12 - 17	18 - 21	22 - 44	45 - 64	65 - 74	75 et +	
Services d'adaptation et de réadaptation à la personne DI*	180	93	116	97	332	242	37	7	1104
Services d'adaptation et de réadaptation à la personne TED*	89	341	158	93	103	10	1	1	796
Services d'intervention comportementale intensive TED*	28	10							38

*Selon la précision ou la confirmation du diagnostic, certains usagers peuvent avoir été inscrits dans plus d'un programme/service pour une même année.

Les services au CRDITED

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, ainsi qu'aux familles et aux réseaux sociaux environnants. À cette fin, l'établissement voit à ce que leurs besoins soient reçus, analysés, évalués et orientés par le service d'accueil-évaluation-orientation (AEO). Le CRDITED de Laval reçoit sur référence, généralement en provenance du Centre de santé et des services sociaux (CSSS), les demandes de service.

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;
- Viser l'amélioration de la participation sociale;
- Proposer des aménagements de l'environnement.

Les services

Le CRDITED de Laval privilégie une organisation de services par groupes d'âge, eux-mêmes regroupés sous une structure de coordination. Cette organisation de services permet de bien établir les orientations et les principes pour les groupes ciblés et identifier adéquatement les approches d'accompagnement et d'intervention spécialisées. Le processus clinique encadre et standardise les interventions qui s'appuient sur les meilleures pratiques connues. Des services professionnels sont disponibles et complètent les services à l'ensemble de la clientèle.

Les services aux enfants et aux jeunes

S'adressant aux jeunes de la naissance à 21 ans, à leur famille et à leurs proches, on y retrouve les services suivants :

- le service d'intervention précoce qui offre des services spécialisés aux enfants de la naissance à 5 ans;
- le service aux enfants et aux jeunes de 6 à 21 ans qui offre des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration et de participation sociales;
- le service régional jeunesse multiproblématique qui offre des services spécialisés à une clientèle jeunesse de 6 à 17 ans qui présente un diagnostic de déficience intellectuelle ou un fonctionnement s'y apparentant, et/ou un trouble du spectre de l'autisme et un problème de santé mentale et un trouble du comportement.

Les services aux adultes

S'adressant aux adultes âgés de 22 ans et plus et à leurs proches, on y retrouve les services suivants :

- les services aux adultes offrent des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration et de participation sociales à la clientèle adulte qui habitent dans leur milieu naturel, en RNI ou à la Résidence Louise-Vachon;
- le service de soins de santé dispensés à la clientèle présentant des problèmes de santé hébergée à la Résidence Louise-Vachon ou en ressource résidentielle.

Autres services

- Le continuum de services aux personnes présentant un trouble grave de comportement s'adresse aux enfants, adolescents et adultes présentant un TGC et qui habitent dans leur milieu naturel, en RNI ou à la Résidence Louise-Vachon;
- Le service de la dotation en ressources résidentielles recrute et évalue les postulants souhaitant devenir responsables de ressource et gère le logement à soutien gradué;
- Le service d'intégration au travail offre à la clientèle des services d'apprentissage socioprofessionnel en milieu de travail;
- Le service d'intensité minimale offre des services d'adaptation et de réadaptation d'intensité minimale à la clientèle ayant un profil de 1^{re} ligne, pour la période transitoire de prise en charge par le Centre de santé et de services sociaux de Laval.

Modifications apportées durant l'exercice

Ressources résidentielles

Au début de l'année 2015, deux nouveaux types d'organisation résidentielle sont venues bonifier le continuum de ressources du CRDITED de Laval. Le premier est une ressource de transition et de dépannage pour les usagers de 12 à 25 ans. Cette ressource de 5 places est un milieu qui accueille des personnes en urgence et donc de passage vers un environnement qui répondrait mieux à leur besoin d'hébergement. Compte tenu qu'en moyenne, le taux d'occupation des ressources résidentielles se maintient autour de 97 %, il peut arriver qu'aucune place ne soit disponible pour accueillir une personne en situation d'urgence sociale. Dans ce contexte, l'établissement peut désormais répondre aux urgences et ainsi fournir un milieu transitoire à des personnes ayant des difficultés d'habitation.

Suite à l'obtention d'un budget de développement, en 2013-2014, l'établissement a recruté un postulant pour l'ouverture d'appartements supervisés et d'apprentissage. Cinq personnes reçoivent désormais un service

de soutien et d'assistance dans leur propre logement. Une personne est mandatée pour accompagner des usagers selon leurs besoins spécifiques inscrits à leur plan d'intervention et répondre à des difficultés plus grandes au niveau de leur organisation en appartement. De plus, un milieu d'apprentissage est maintenant disponible pour valider le potentiel d'une personne à intégrer un appartement afin de lui faire vivre des actions concrètes, de façon autonome ou simuler des situations plus préoccupantes lors du départ du nid familial.

Outre le développement de ces deux milieux, le parc résidentiel du CRDITED de Laval demeure en constante évolution pour mieux répondre aux besoins des usagers. Chaque fois qu'un milieu résidentiel ferme ou qu'une ressource demande une diminution de place, une analyse est complétée en fonction des usagers en liste d'attente ou en réorientation. L'objectif étant de mieux répondre aux besoins plus complexes des usagers.

RÉSULTATS AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE ET DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Planification stratégique

Enjeu 1 : Prévalence DI/TSA atteint à 85 %

Rehausser la pratique professionnelle afin d'offrir des services spécialisés de 2e ligne, de qualité.

Les objectifs de ce projet consistaient en la mise à niveau des compétences des intervenants, l'augmentation du sentiment de compétence des intervenants et une offre de formation aux partenaires afin qu'un service de qualité à l'utilisateur soit disponible dans le réseau lavallois.

L'objectif d'appropriation du processus clinique par les intervenants a été atteint en 2013.

Cette année, les efforts ont été davantage consacrés à l'implantation des guides de pratique. Des présentations précisant les composantes essentielles à implanter ont eu lieu dans les différentes équipes.

En ce qui concerne l'élaboration du plan triennal de formation pour les intervenants, les formations nécessaires à la mise en place de l'offre de service spécialisée ont été comptabilisées et doivent être actualisées. Quant à l'offre de formation aux partenaires du réseau lavallois, la programmation de la formation régionale en autisme 2014-2015 a été actualisée en fonction des exigences des guides de pratique.

L'analyse de la qualité des plans d'intervention a débuté. Actuellement, une mesure est prise annuellement et les résultats sont diffusés à l'ensemble des équipes.

Un écart concerne les échéanciers entourant l'écriture du programme clientèle en déficience intellectuelle. En vue d'harmoniser la pratique sur l'ensemble du territoire québécois, des travaux sont en cours à l'INESSS afin de déterminer les meilleures pratiques pour les personnes présentant une DI. Suite à ces travaux, le CRDITED pourra aller de l'avant avec cet objectif.

L'enjeu organisationnel soulevé par ce projet est en lien avec les besoins de formation accentués à cause de la spécialisation des services. La disponibilité des intervenants à recevoir l'ensemble de la formation peut compromettre les heures de prestations de service attendues par l'organisation, d'où l'importance d'implanter le plan de formation sur une perspective de 3 ans.

Organiser les services en fonction du taux de prévalence des usagers DI et TSA inscrits à l'établissement

Les objectifs du 2^e projet étaient l'atteinte d'un délai similaire d'attente aux services pour les deux clientèles (DI et TSA), et ce, dans le respect du plan d'accès. L'autre objectif concernait la représentativité des usagers DI et TSA au comité des usagers de l'établissement.

La mise en œuvre du nouveau plan d'organisation a permis d'ajuster l'organisation des services en fonction de la volumétrie des usagers DI et TSA inscrits à l'établissement, notamment par l'actualisation des services d'intervention précoce (SIP), du SARIM, des services aux enfants et aux jeunes ainsi que ceux aux adultes.

De plus, la réorganisation des services aux enfants TSA de 0-5 ans est complétée.

Les délais d'attente pour un premier service sont maintenant similaires pour la clientèle DI et TSA dans les différents services. Des efforts restent toutefois nécessaires pour augmenter le niveau de conformité au plan d'accès et pour s'assurer de la fluidité entre les différents services.

Des activités de sensibilisation associées à la clientèle TSA ont été réalisées auprès des membres du comité des usagers de l'établissement.

Enjeu 2 : Offre de service atteint à 90 %

Une offre de service régionale de 1^{ère} et de 2^e ligne

Les objectifs ciblés pour ce premier projet étaient d'offrir un service spécialisé en fonction des caractéristiques et des besoins de la clientèle DI/TSA et d'assurer la fluidité dans le passage d'un établissement à l'autre.

Dans la dernière année, l'établissement a poursuivi la spécialisation de la pratique clinique avec la mise en place d'une nouvelle organisation de services. En effet, c'est au printemps 2014 que les nouvelles équipes, dédiées dorénavant à deux continuum de services, naissance- 21 ans et 22 ans et plus, se sont déployées dans les différents services. Pour leur part, les services offerts par les équipes du SARIM et du continuum de services aux personnes présentant un TGC se sont consolidés. Le service d'intégration au travail a aussi revisité son programme en fonction d'une offre de service spécialisé.

Afin de soutenir l'intervenant pivot dans la présentation des services spécialisés offerts par l'établissement, la rédaction d'un dépliant destiné aux usagers et aux familles portant sur l'offre de service du CRDITED est en cours. En plus des services offerts, cet outil permettra de situer les usagers et les familles par rapport aux responsabilités et contributions attendues de part et d'autre. Une version abrégée pour les

partenaires sera aussi disponible. La diffusion est prévue en juin 2015 et complétera les objectifs visés par ce projet.

Durant la dernière année, les mécanismes de liaisons, mis en place avec le CSSS de Laval, se sont actualisés sur une base régulière. Que ce soit par le biais de mandat spécifique, par le comité clinique ou de gestion, les travaux portant sur la complémentarité et la continuité des services se sont poursuivis. Ces instances ont permis de rapprocher les pratiques et d'assurer une communication cohérente dans les deux établissements.

Des collaborations ont aussi été établies avec le secteur psychiatrique des milieux hospitaliers lavallois et montréalais. Ayant comme objectif une réponse plus ajustée à la clientèle qui présente des besoins de plus en plus diversifiés, des corridors de communications et trajectoires de services ont été partagés et convenus.

L'arrivée du CISSS de Laval, en 2015, s'inscrit tout à fait en continuité avec les travaux amorcés. Les mécanismes sont déjà en place pour poursuivre l'actualisation de l'offre de service régionale en DI/TSA.

Une organisation de services par épisode de services spécialisés

Ce projet vise à ajuster les processus administratifs et cliniques en fonction d'une organisation de service par épisode et d'augmenter l'accessibilité aux services.

Avec la mise en place des nouvelles équipes de travail, le regroupement de la clientèle qui requiert des services et l'apport d'un processus clinique rigoureux, la pratique clinique des intervenants se transforme et l'épisode de service s'y intègre de plus en plus. En ce sens, dès l'accueil des demandes, l'information reçue est analysée en fonction du requis de service spécialisé et colligé de façon à bien identifier la problématique ou le besoin requérant une intervention spécialisée. L'intervenant pivot peut ainsi mieux cibler l'objectif à travailler et actualiser son épisode de service. La fin de l'épisode est aussi marquée par des contextes bien définis qui amènent la fermeture d'un

dossier. Dans les prochains mois, certains indicateurs, par exemple, la durée des épisodes et le nombre de réouvertures de dossiers, seront intéressants à suivre afin d'évaluer l'actualisation des épisodes.

En ce qui a trait à l'accessibilité, il semble que le déploiement de l'organisation des services et la mise en place de l'épisode de service agissent réellement sur l'accès aux services. Actuellement, la clientèle jeunesse est celle pour qui l'épisode est le plus actualisé. C'est donc dans les services aux enfants et aux jeunes que l'on retrouve le plus de mouvement de clientèle, mais aussi le plus grand nombre de demandes. Chez la clientèle adulte, le nombre de demandes annuelles est beaucoup moins élevé et il faut considérer que plusieurs adultes recevant des services sont aussi hébergés ce qui donne à la notion d'épisode, un tout autre sens.

Enjeu 3 : Les ressources non institutionnelles atteint à 88 %

Augmenter la qualité des services en RNI

À la suite d'un sondage effectué auprès des usagers en ressources en 2011, les objectifs déterminés consistaient à augmenter l'autonomie de l'utilisateur dans son milieu de vie par des apprentissages de la vie quotidienne et par le développement de son pouvoir décisionnel. Dans ce contexte, plusieurs actions ont été entreprises et suivies au cours des dernières années. Un plan de formation a été développé spécifiquement pour les responsables de ressources et travaillé en collaboration avec les représentants de leur association. On y retrouve différentes formations telles que l'autodétermination, la DI, le TSA, la loi 90 et les soins invasifs. Plusieurs autres

formations ont également été données aux responsables de ressources, ainsi qu'au personnel de l'établissement. Les plans d'intervention des usagers en ressources tiennent maintenant compte de ces orientations et valorisent le pouvoir décisionnel des usagers. Ces formations et orientations visent à accroître le niveau de satisfaction des usagers en ressources résidentielles et de leurs proches tout en préconisant le travail en collaboration avec les intervenants de l'établissement et les responsables des ressources.

Encore cette année, plusieurs travaux ont été faits pour ajuster les processus en ressources en fonction de la loi sur la

représentation des ressources (Loi 24), du nouveau cadre de référence en RI-RTF ainsi que de l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance. Le CRDITED de Laval s'est doté d'un projet sur l'implantation du suivi professionnel de l'utilisateur en ressource pour assurer la mise à jour ainsi que la diffusion de ces processus. Précisons que les travaux sont présentés aux différents comités locaux de concertation et adaptés aux ententes de chaque association.

Nous ne pouvons passer sous silence les nombreux enjeux et objectifs en lien avec les impacts financiers liés au changement de rétribution des ressources.

Développer le continuum résidentiel

Au cours de la dernière année, des travaux se sont poursuivis pour offrir des milieux de vie adaptés à tous les types de clientèle de l'établissement, soit en développant de nouveaux modèles résidentiels ou en jumelant certaines actions et objectifs avec l'enjeu 4, celui de la Résidence Louise-

Vachon. Ces actions visent à déployer et à construire un continuum résidentiel répondant à l'ensemble des besoins d'hébergement, y compris un milieu de stabilisation et d'évaluation. Le continuum présente des modèles le moins contraignants possible, soit des milieux avec un

encadrement léger comme le logement à soutien gradué jusqu'aux milieux avec du soutien et de l'accompagnement beaucoup plus intensif, comme les ressources pour la clientèle présentant un trouble grave du comportement.

Enjeu 4 : La consolidation et la spécialisation de la Résidence Louise-Vachon atteint à 65 %

Implanter l'approche milieu de vie à la RLV

Les travaux continus du comité « milieu de vie » ont permis l'élaboration d'un modèle de livre d'histoire de vie, qui est présentement en déploiement pour chaque usager dans chacun des milieux de vie. Le livre d'histoire de vie permet notamment de retracer l'histoire passée de chaque personne, mais est aussi un document évolutif qui continue à s'enrichir des différents moments vécus par chacun. Il est également un outil de consultation et de communication qui témoigne des goûts et des intérêts de chaque résident, permettant ainsi aux intervenants d'avoir une meilleure compréhension de la personne. Le comité travaille présentement sur un guide d'accompagnement en fin de vie. Ce guide vise notamment à orienter les pratiques et les interventions afin d'offrir des soins de confort et d'accompagnement de qualité en fin de vie aux résidents et à leurs proches.

La présence d'une technicienne en loisirs assure la mise en place d'une programmation d'activités variée pour l'ensemble des usagers. Des efforts

sont toutefois à consentir pour assurer un « monitoring » des activités récréatives et cliniques inscrites au plan d'intervention des usagers ciblés.

Le réajustement du projet de consolidation et de spécialisation des services à la RLV vers le projet de bonification du continuum résidentiel a apporté des modifications importantes à l'enjeu 4. Ce projet a comme objectif de bonifier le continuum résidentiel afin de répondre plus adéquatement aux besoins de l'ensemble de la clientèle du CRDITED de Laval, particulièrement les besoins émergents de la clientèle présentant un TGC et de la clientèle vieillissante ou nécessitant des adaptations du milieu. La réalisation de ce projet implique le réaménagement physique d'une partie de la Résidence Louise-Vachon et l'ajout de places d'hébergement en ressources résidentielles. Il peut aussi apporter une réponse à des besoins régionaux ou suprarégionaux en matière d'hébergement pour les personnes présentant un trouble grave du comportement.

Au cours de la dernière année, la consolidation du service pour les personnes présentant un TGC a permis que chaque usager bénéficie d'un PAM TGC. Plusieurs usagers bénéficient d'interventions mieux adaptées à leur situation et d'aménagements préventifs qui, pour certains, se sont soldés par une diminution importante voire même l'absence des troubles graves de comportement. De plus, l'organisation du travail actuel permet d'offrir quotidiennement un soutien rapide et adapté autant de jour que de soir à l'ensemble des usagers suivis par le service TGC et plus particulièrement aux usagers vivant en ressources résidentielles.

La formation, le soutien spécialisé de la spécialiste aux activités cliniques, de l'équipe de soutien spécialisé de la DPP et de l'encadrement de deux chefs de service de réadaptation, ont permis d'offrir aux intervenants des conditions propices à ce travail. Ces conditions ont notamment permis d'augmenter l'expertise et le sentiment de compétence des éducateurs spécialisés et des assistants en réadaptation

dans l'intervention auprès des usagers présentant un TGC et de rendre les milieux de vie dédiés à cette clientèle sécuritaires pour l'ensemble des employés.

Un programme d'intervention est en cours d'écriture et viendra sous peu soutenir également la pratique des intervenants.

En début d'année, l'établissement a déployé l'offre de service en soins de santé dont l'objectif est de soutenir les services d'adaptation et de réadaptation. Cette collaboration permet le travail interdisciplinaire tout en offrant un service spécialisé aux usagers dont les situations de handicap demandent une intervention particulière au niveau de la santé physique. La conjugaison de connaissances en santé physique, DI et TSA distingue l'expertise des infirmières, ce qui permet de répondre à des besoins complexifiés par des caractéristiques propres à certains usagers et qui permet aussi une approche d'intervention adaptée à leurs besoins.

Enjeu 5 : Le développement de l'enseignement et de la recherche **Atteint à 80 %**

La gestion des stages

Les objectifs de ce projet sont d'assurer le recrutement, l'accueil, l'intégration, le soutien et l'encadrement de stagiaires par la mise en place de structures physiques et humaines et d'accroître la contribution des stagiaires au sein de l'organisation.

En 2014-2015, le CRDITED de Laval a accueilli plus de 50 stagiaires, provenant de plusieurs disciplines : éducation spécialisée, psychologie, psychoéducation, travail social, médecine et comptabilité. Un projet de contribution d'un stagiaire en psychoéducation a permis la création d'une nouvelle modalité de formation dédiée aux parents d'enfants présentant un TSA en 2015.

L'accueil et l'intégration des stagiaires est assurée par des membres du personnel mobilisés

et volontaires pour l'accueil de stagiaires. L'encadrement des répondants est possible grâce au Guide du répondant et au Guide pour le stagiaire.

L'augmentation significative du nombre de stagiaires au CRDITED de Laval est très certainement reliée à la centralisation des différentes démarches liées à la promotion et à la gestion des stages. Par conséquent, le principal défi, suite au départ de plusieurs acteurs à la DPP et la migration vers le CISSS, est de poursuivre les activités telles qu'établies dans la procédure des stages. En raison des besoins de la main d'œuvre limités, aucun stagiaire qualifié n'a été embauché.

Améliorer le transfert des connaissances issues de la recherche et de l'enseignement

Les objectifs de ce projet sont d'assurer la diffusion et la promotion des résultats de recherche, d'améliorer les pratiques à partir des résultats de recherche et de l'enseignement, d'accroître l'apport du CRDITED, par la définition d'axes de recherche issus d'une programmation de recherche et par sa participation ainsi que son influence, dans des activités de recherches.

En 2014-2015, le CRDITED de Laval a participé à plusieurs recherches en partenariat avec des milieux universitaires, notamment sur :

- Les caractéristiques des personnes âgées présentant une déficience intellectuelle à partir du système clientèle SIPAD (Nolin, UQTR);
- La compréhension et l'estimation du risque suicidaire chez les personnes présentant une DI ou un TSA (Bardon, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQAM);
- L'évaluation et l'intervention des comportements problématiques chez les jeunes enfants ayant un TSA ou un retard global de développement (Rivard, Laboratoire de recherche sur les familles d'enfant présentant un TSA, UQAM);
- L'accessibilité à l'information comme déterminant à la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle par la validation d'une démarche rédactionnelle inclusive (Ruel, Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion, Pavillon du Parc- UQO).

Des efforts ont été consentis pour optimiser l'utilisation des données issues de la recherche scientifique dans une perspective de transformation des services par la mise en place du service d'intervention précoce ainsi que par l'implantation des guides de pratique.

Par contre, l'ensemble des objectifs entourant la programmation et l'identification d'axes de recherche valorisés dans l'établissement ont été suspendus en raison du contexte de la réorganisation du réseau de la santé.

Entente de gestion et d'imputabilité

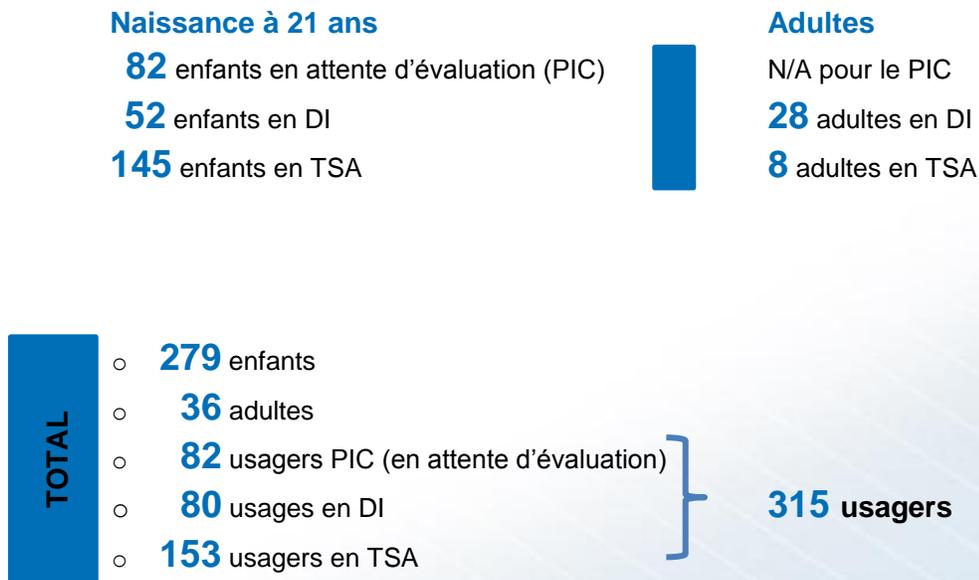
Nouvelles demandes

Le service accueil-évaluation-orientation (AEO) a reçu un total de 329 demandes pour l'année 2014-2015. De ce nombre, *315 demandes ont été acceptées*. Ce résultat suit la tendance des trois dernières années en ce qui concerne le nombre de demandes traitées.

Une fois de plus, cette année, ce sont les services de la naissance à 21 ans dans lesquels nous retrouvons le plus grand nombre de demandes, soit 89% des demandes totales. Par ailleurs, nous observons une augmentation des demandes pour les adultes, passant de 23 en 2013-2014, à 36 demandes en 2014-2015. Les demandes pour les jeunes ont connu une légère baisse passant de 295 en 2013-2014 à 279 pour cette année. En ce qui concerne le diagnostic, pour cette année, le service AEO a traité deux fois plus de demandes pour la clientèle TSA que DI.

Fait à noter, le nombre de personnes en attente d'un premier service est passé de 278 personnes l'an dernier à 115 personnes au 31 mars 2015. De plus, le délai moyen d'attente est passé de 314 jours au 31 mars 2014, à 250 jours, une année plus tard.

Les données suivantes font état des *demandes acceptées* pour les programmes-services DI ou TSA au 31 mars 2015. Les demandes refusées, annulées ou pour le SRJM sans DI ou TSA **sont exclues***.



*14 demandes ont été refusées, annulées ou orientées au SRJM pour une clientèle sans DI ou TSA. L'AEO a donc traité un total de **329 demandes**.

Plan d'accès

En regard des résultats pour les demandes de priorités urgentes et élevées, ceux-ci atteignent la cible prévue et démontrent ainsi la capacité de l'établissement à répondre à ces situations. Une légère augmentation est même observée pour les demandes de priorité élevée passant de 88 % en 2013-2014 à 89,7 % cette année.

Pour ce qui est des demandes de priorité modérée, nous constatons, pour une première année depuis l'arrivée de ce standard, une augmentation du pourcentage de respect du délai. En effet, au cours des premières années d'implantation de cette cible, les résultats ont initialement chuté, passant de 78 %, en 2012-2013, à 69 %, en 2013-2014 pour s'améliorer cette année avec une *augmentation de près de 3 % du respect du délai d'attente modéré, maintenant établi à 71,93 %.*

Dans ce contexte, il nous est possible d'affirmer que les changements apportés à l'organisation des services ont eu un effet direct sur l'accès aux services. L'orientation d'organiser les services en fonction des regroupements par âge : de la naissance à 21 ans et 22 ans et plus, la spécialisation des services ainsi que l'actualisation du fonctionnement en épisodes de services, ont contribué davantage aux mouvements chez la clientèle. Il apparaît toutefois nécessaire de noter que certaines demandes interrégionales impliquent une demande d'hébergement. Tenant compte de la capacité de l'établissement à répondre à ces demandes, la durée de l'attente dépasse, dans la majorité de ces cas, le délai prescrit.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2014-2015			
Entente de gestion – Chapitre IV : Le plan d'action de l'Agence au regard du plan stratégique 2010-2015 du MSSS			
Axe d'intervention :		Services sociaux et de réadaptation- CRDITED de Laval	
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"> ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an 	
Indicateurs	Engagements 2014-2015	Résultats* 2013-2014	Résultats** 2014-2015
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	90 %	100 %	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	90 %	88 %	89,47 %
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	90 %	69,03 %	71,93 %

* Résultats en date du 31 mars 2014

** Résultats en date du 31 mars 2015

Liste d'attente

L'année 2014-2015 se démarque des dernières années en ce qui concerne le nombre de personnes en attente d'un premier service. En effet, comparativement à l'année dernière, nous constatons une diminution de 57,5 % des demandes en attente qui passent de 278 à 118 demandes au 31 mars 2015. Sans aucun doute, plusieurs facteurs liés à la réorganisation des services, qui s'est actualisée jusqu'en avril 2014, ont contribué à ce résultat positif. De même, les intervenants travaillent de plus en plus par épisode de services spécialisés, ce qui engendre davantage de fluidité dans les services. D'ailleurs, le nombre global de fermetures de dossiers en témoigne, passant de 350 fermetures en 2013-2014 à 530 à pareille date cette année.

Alors que nous constatons l'an passé un plus grand défi pour les services de la naissance à 21 ans qui représentait alors 90 % de la liste d'attente, c'est dans ces mêmes secteurs que la diminution de l'attente est la plus remarquable. En effet, alors que 250 jeunes attendaient en mars 2014, ce nombre chute à 79 en mars 2015. Le nombre d'adultes, pour sa part, a quelque peu augmenté passant de 28 l'an passé à 39 en mars 2015.

Pour ce qui est du diagnostic de la clientèle, 45 % des personnes en attente présentent une DI et 55 % un TSA. En comparaison, la répartition de la clientèle en attente l'an passé était de 37 % en DI et de 63 % en TSA.

EN ATTENTE D'UN PREMIER SERVICE au 31 mars 2015*

Type de clientèle	N-21 ANS	22 ans & plus	TOTAL
DI	45	8	53
TED	34	31	65
TOTAL	79	39	118

*
inclus 1 usagers sans DI-TED au SRJM

CONSEILS OU COMITÉS DU CRDITED DE LAVAL CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Conseil d'administration

Le Conseil d'administration du CRDITED de Laval est constitué en vertu de l'article 129 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a comme responsabilité de déterminer les orientations et les priorités de l'établissement. Le mandat des administrateurs a débuté le 1^{er} février 2012 et s'est terminé au 31 mars 2015, avec l'avènement du CISSS de Laval.

Il est composé de dix-huit personnes, dont la directrice générale de l'établissement. Les membres sont :

- Monsieur Jean-Louis Bédard, **président**, désigné par l'ASSL
- 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 CM
- Madame Lisane Dostie, **secrétaire**, cooptée
- Madame Anne-Geneviève Girard, désignée par l'ASSL
- Madame Nathalie Ladouceur, nommée par le CU
- Monsieur Germain Lafrenière, **vice-président**, coopté, issu des organismes communautaires
- Madame Nicole Lanteigne, élue par le CII
- Madame Caroline Lebeau, cooptée
- Madame Chantal Gélinas, cooptée
- Monsieur Antoine Migdilani, nommé par la Fondation du CRDITED de Laval
- Madame Ginette Miron, cooptée
- Madame Gabrielle Sabbagh, élue par le CM
- Madame Noëlle Patricia Sibbald, nommée par le CU
- Madame Marie Lise St-Pierre, élue par le personnel non clinique
- Madame Julie Vaillancourt, directrice générale du CRDITED de Laval

Les membres se sont rencontrés à neuf reprises entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015.

Outre les affaires courantes traitées lors des séances ordinaires et extraordinaires du Conseil d'administration et le suivi des différents comités sous sa responsabilité, les membres du Conseil ont :

- Adopté la politique en lien avec la vie affective, amoureuse et sexuelle;
- Adopté les états financiers annuels et le rapport de gestion ainsi que nommé les auditeurs externes;
- Adopté le bilan annuel 2013-2014 de la démarche Entreprise en santé avec le CQA et adopté le plan d'amélioration préliminaire;
- En septembre 2014, amendé et adopté le Règlement n° 1 en lien avec la convocation des administrateurs;
- Adopté la politique relative aux frais de déplacement et de dépenses de fonction ainsi que celle relative à la gestion des clés et des accès;
- Renouvelé l'entente de délégation et d'endossement avec le CERC;
- Adopté le projet de bonification résidentielle de la Résidence Louise-Vachon;
- Désigné un signataire dans le cadre de projets de recherches multicentriques;
- Adopté le *Code d'éthique*, le *Cadre de référence en matière d'éthique* et le *Code de conduite*;

- Amendé et adopté le Règlement n° 18 relatif à la mise en place et à la composition du comité de gestion des risques;
- Et en mars 2015, ont rescindé la résolution du conseil d'administration de l'établissement du 30 octobre 2007 (2007-1030-03) et remplacé les dispositions des articles du Règlement n° 1 portant sur les comités des usagers et de résidents.

Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique est institué en vertu de l'article 181 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il est composé de trois administrateurs nommés par le conseil d'administration. Le mandat des membres a débuté le 1^{er} février 2012 et s'est terminé avec l'avènement du CISSS de Laval au 31 mars 2015.

Entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015, les membres du comité se sont penchés sur les dossiers suivants qui ont d'ailleurs fait l'objet de recommandations en vue d'adoption au conseil d'administration :

- L'amendement du *Règlement n° 1* en date du 16 septembre 2014, en lien avec le calendrier des séances du conseil d'administration;
- L'adoption du *Code d'éthique* qui s'adresse à toutes les personnes qui interviennent directement ou indirectement auprès des usagers ou de leurs proches. Il balise les pratiques auprès des usagers et leurs proches dans une perspective d'amélioration continue des relations usagers-intervenants;
- L'adoption du *Cadre de référence en matière d'éthique* qui vise à soutenir le personnel lors de différentes situations empreintes d'ambiguïté. Ce document répertorie les outils disponibles pour faire face aux questionnements ou problématiques en matière d'éthique. Ce cadre fait notamment référence au *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration*, élaboré par le comité de gouvernance et adopté par le conseil;
- L'adoption du *Code de conduite* qui s'adresse à toutes les personnes œuvrant au CRDITED de Laval et qui vise à clarifier les attentes à l'égard de ces personnes et à favoriser un climat de travail harmonieux, des relations interpersonnelles empreintes de respect et de collaboration.

Les membres du comité de gouvernance et d'éthique sont :

- | | |
|---|--|
| • Monsieur Germain Lafrenière, président | • Madame Anne Geneviève Girard, secrétaire |
| • Madame Lisane Dostie, vice-présidente | • Madame Julie Vaillancourt, directrice générale du CRDITED de Laval |

Comité de vigilance et de la qualité

Du 11 mars 2014 au 23 mars 2015 (date de la dernière rencontre du comité de vigilance et de la qualité), le comité s'est rencontré à huit reprises. Lors de ces rencontres, au moins deux points sont revenus de façon statutaire, soit la mise en place et le suivi de la nouvelle démarche d'agrément de l'établissement (avec la participation de Mme Josée Lemay) et le suivi des plaintes et interventions traitées par le

commissaire local aux plaintes et à la qualité. Concernant ce dernier, une démarche de régularisation de ce poste a été entamée en courant d'année considérant l'impossibilité administrative de poursuivre avec le précédent commissaire, M. Jean-Pierre Lemay. Une procédure d'embauche conjointe avec le Centre Jeunesse de Laval a été entreprise et a mené à l'embauche de Mme Christiane Patry.

En lien avec la démarche d'agrément, le président du comité de vigilance a également participé à deux rencontres du Comité d'agrément qui a amorcé ses travaux cet hiver.

Un autre dossier a également fait l'objet d'un suivi régulier par le comité, soit le suivi des indicateurs de performance présenté par M. Yohann Dandurand.

De façon plus ponctuelle, et ce, en fonction des besoins, certains points d'importance ont été traités par le comité de vigilance et à la qualité. À titre d'exemple, on pense ici à la révision et la

production du *Code d'éthique*, du *Cadre de référence en matière d'éthique* et du *Code de conduite* de l'établissement, l'analyse et la recommandation pour adoption au CA du projet de révision du règlement n° 18 relatifs à la mise en place et à la composition du comité de gestion des risques ainsi que le suivi de la recommandation du Protecteur du citoyen concernant le comité des usagers.

Voici les membres de ce comité :

- Monsieur Jean Bélanger, **président**
 - Madame Lise Bergeron, **vice-présidente**
 - Madame Nathalie Ladouceur*,
administratrice (issue du CU)
 - Monsieur Jean-Pierre Lemay remplacé par
Mme Christiane Patry en décembre 2014,
commissaire local aux plaintes et à la qualité
des services
 - Madame Julie Vaillancourt, directrice
générale du CRDITED de Laval (membre
d'office)
- * Mme Ladouceur est assistée par Mme Martine Gagné, accompagnatrice

Comité d'audit

Le Comité d'audit est institué en vertu de l'article 181 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a terminé son mandat au 31 mars 2015.

Le Comité d'audit s'est acquitté des fonctions suivantes, au cours de l'année 2014-2015 :

- De s'assurer d'une utilisation optimale des ressources et d'en assurer le suivi;
- D'examiner les états financiers de l'établissement avec l'auditeur externe et d'en faire la recommandation au Conseil d'administration;
- De s'assurer que soit mis en place un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement, et qu'il soit appliqué de façon efficace et efficiente;
- De réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- De recommander au Conseil l'approbation des états financiers;
- De recommander au Conseil la firme d'auditeurs externes;
- De veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place de façon adéquate et efficace.

Au cours de la dernière année, le Comité d'audit s'est rencontré à 8 reprises. Voici la liste des membres :

- Madame Françoise Charbonneau,
présidente
- Madame Ginette Miron, **secrétaire**
- Monsieur Antoine Migdilani, **vice-président**
- Madame Julie Vaillancourt, directrice générale
du CRDITED de Laval (membre d'office)

Comité de gestion des risques

Au cours de la dernière année, le comité a siégé à 5 rencontres régulières. Lors d'une de ces rencontres, les conclusions concernant un rapport d'événement sentinelle furent présentées.

Les principales réalisations sont :

- Accueil de nouveaux membres;
- Suivi des recommandations découlant d'un événement sentinelle de 2013-2014;
- Suivis périodiques des statistiques de l'établissement et des actions entreprises;
- Suivi des normes exigées aux ressources résidentielles concernant la sécurité des incendies.

Bilan des incidents-accidents

Au cours de l'année, 886 incidents/accidents ont été déclarés (117 de plus qu'en 2013-2014). De ces déclarations, 763 sont des accidents et 123 sont des incidents. Les déclarations réparties en fonction du type d'événement se présentent comme suit :

La catégorie « Autres » fait référence à des types d'événements moins significatifs en volume dont il est impossible de ventiler ici les détails.

Types d'événements	Incidents	Accidents
Blessures d'origine inconnue	0	175
Chutes	8	149
Abus/agressions/harcèlement/intimidation	5	120
Médicaments	33	75
Désorganisation	11	54
Traitement/intervention	12	33
Blessure connue	0	54
Automutilation	0	21
Diète	5	17
fugue	1	8
Autres	38	57

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

INCIDENTS	NB
Situation à risque	69
Échappée belle	54
ACCIDENTS	NB
Accident sans conséquences ni surveillance requise	163
Accident demandant une surveillance car des conséquences sont craintes	99
Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins non spécialisés	418
Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins spécialisés sans hospitalisation	72
Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins spécialisés avec hospitalisation	9
Accident ayant des conséquences permanentes pour la personne	0
Accident nécessitant une intervention pour maintenir la vie	0
Accident ayant contribué en la mort de la personne	2

Suite à ces déclarations, les deux situations, l'une en ressource et l'autre en milieu de stage, dans la catégorie « accident ayant contribué à la mort de la personne » ont fait l'objet d'une attention particulière de la gestion des risques. Une a fait l'objet d'une enquête d'événement sentinelle qui a démontré qu'aucun processus n'aurait permis d'éviter cette situation. Pour la suivante, l'établissement est toujours en attente des conclusions du coroner. À ce jour, rien n'indique qu'il ne s'agisse pas d'une mort naturelle.

- Madame Josée Lemay, **présidente** du comité
- Madame Isabelle Thérout, **vice-présidente** du comité
- Siègne vacant, CM
- Madame Louise Joly, Regroupement des ARH/TS
- Monsieur Pierre Louergli, CDR de la RLV
- Madame Louise Bastien, parent d'usagers recevant des services du CRDITED
- Madame Nathalie Ladouceur*, CU
- Madame Nicole Lanteigne, CII
- Monsieur Olivier-Jean Villeneuve, Fondation Le Pilier
- Siègne vacant, DSA
- Madame Fatoumata Touré, représentante des RNI (ressources non institutionnelles)

* Mme Ladouceur est assistée par Mme Martine Gagné, accompagnatrice.

Comité des usagers

Le comité des usagers s'est rencontré à 7 reprises. Les membres ont travaillé principalement sur deux dossiers ainsi qu'à la tenue d'activités pour les membres du CU du CRDITED de Laval :

- L'élaboration d'un nouveau dépliant du comité des usagers du CRDITED, fait dans le cadre d'une recherche en littérature par l'Université du Québec en Outaouais;
- Révision des règles de fonctionnement du CU avec le support de madame Ariane Godbout, conseillère cadre à la direction générale et aux communications;
- Participation des membres du CU à divers comités ou rencontres de l'établissement;
- Participation d'un membre au comité organisateur de la SQDI, lors de laquelle le CU a présenté son documentaire vidéo « L'extraordinaire différence », un portrait touchant de la déficience intellectuelle. Le documentaire a également été présenté dans le cadre du congrès de l'AQIS-IQDI le 23 mai 2015 à Sherbrooke;
- Présence du comité au sein de toutes les activités réalisées par le CRDITED ou la Fondation du CRDITED;
- Contribution des membres du comité de façon bénévole et volontaire à différentes tâches au CRDITED, telles que des envois postaux aux usagers et à leurs familles, l'assemblage de différents documents, etc.;
- Organisation, en collaboration avec le MPDA, d'un barbecue de fin d'année pour le Café-Rencontre et une activité cabane à sucre au printemps.

Voici les membres du CU pour l'année 2014-2015 :

- Nathalie Ladouceur, présidente
- Louis Charbonneau, vice-président
- Janick Doucet, secrétaire
- Sébastien Lacombe, trésorier
- Mélanie Bastien-Ouimet, administratrice
- Martine Gagné, accompagnatrice

Conseil des infirmières et infirmiers

Faits saillants

- Élaboration de 2 protocoles de soins et algorithmes décisionnels pour les RI/RTF (hypo et hyperglycémie et la constipation);
- Séance conjointe avec le CM et la DPP sur la compétence professionnelle;
- Élaboration et bonification d'un plan d'action 2014-2017;
- Présentation des résultats globaux des sondages d'agrément et consultation sur les pistes l'amélioration;
- Collaboration d'un membre du CECII au comité PSDRH;
- Participation à différents colloques (CII, CIR, AIPI);
- Avis à la direction générale suite à l'adoption de la loi 10 concernant la dissolution du CII du CRDITED de Laval;
- Suivi du dossier gestion des risques;
- Consultation sur la politique sur la vie affective, amoureuse et sexuelle;
- Présentation aux membres du CECII du rôle et mandat du CII;
- Les membres du CECII participent à plusieurs comités (Recherche et stage, Éthique, Commission infirmière régionale, gestion des risques, etc).

Composition du comité exécutif du CII :

- Mme Nicole Dufresne, **présidente**
- Mme Lise Trépanier, **vice-présidente**
- Mme Sophie Martel, **secrétaire**
- Mme Catherine Rousseau, membre du CII
- Mme Nancy Robert, présidente du CECIIA jusqu'au 18 décembre 2014
- Mme Josée Aubry, membre du CECIIA à partir du 23 février 2015
- Mme Mélissa Fournier, membre du CECIIA et présidente du CECIIA par intérim à partir du 18 décembre 2014
- Mme Julie Vaillancourt, directrice générale (membre d'office)
- Mme Nicole Lanteigne, chef de services de soins de santé et d'assistance (membre d'office)
- Mme Josée Lemay, directrice des pratiques professionnelles (membre d'office)

Conseil multidisciplinaire

La tenue des rencontres s'effectue aux 6 semaines.

Les divers dossiers présentés aux membres du conseil exécutif durant l'année 2014-2015 sont les suivants :

- Présentation par madame Maryse Massé du mandat mathériathèque en lien avec le projet d'optimisation;
- Présentation par madame Josée Lemay de la politique sur la vie affective, amoureuse et sexuelle;
- Présentation par madame Josée St-Pierre d'un document qui clarifie les rôles et les fonctions des chefs de service et des spécialistes en activités cliniques;

- Présentation par madame Josée St-Pierre des quatre Guides de Pratique de la FQCRDITED et de la cueillette de données reliées à l'implantation de ces guides :
 - Guide 0-5 ans pour les enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED)
 - Guide de pratique pour les personnes ayant un trouble grave du comportement (TGC)
 - Guide de pratique Adaptation-réadaptation Enfance-Adolescence TED
 - Guide de pratique Adaptation-réadaptation Adulte – TED;
- Présentation par madame Josée St-Pierre du cadre de référence en matière de vie affective, amoureuse et sexuelle;
- Présentation par madame Isabelle Théroux de l'offre de service de l'équipe de soutien spécialisé;
- Présentation par madame Josée Lemay des démarches de l'Agrément / résultat des sondages;
- Présentation par madame Josée Lemay du Plan d'amélioration Continue suite aux démarches de l'agrément.

Voici les dossiers déposés au conseil exécutif dans l'année 2014-2015 pour commentaires ou recommandations :

- Présentation d'un document sur la prévention des situations à risque;
- Présentation par monsieur Yann Desbiens du chapitre 1 du Guide RNI, qui traite des rôles et des responsabilités des acteurs qui travaillent auprès des RNI de façon générale.

Voici un rappel de la composition actuelle :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Caroline Vallières, présidente et représentante des spécialistes aux activités cliniques • Marc-André Delisle, vice-Président et représentant du service aux personnes présentant un TGC • Josée Lemay, directrice des pratiques professionnelles • Julie Vaillancourt, directrice générale • Yveline Delma, chef de service aux adultes • Dominique Babineau (absente), représentante des travailleurs sociaux et agents de relation humaine | <ul style="list-style-type: none"> • Steven Desbiens, représentant du Service enfance jeunesse • Geneviève Pilon, représentante du Service enfance jeunesse • Eugénie Morin, représentante du Service Adultes- Clientèle DI • VACANT, professionnel du Service enfance jeunesse ou de la DPP • VACANT, représentante du Service Adultes- Clientèle TED |
|--|---|

Informations relatives à la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Gestion et contrôle des effectifs

Conformément au Projet de loi n° 15 - *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État* adopté le 5 décembre 2014, l'établissement doit faire état du dénombrement de ses effectifs par catégorie d'emploi.

Comparaison du dénombrement des effectifs pour la période de janvier à mars - 2014 versus 2015

21491667 – CRDITED de Laval		Total de janvier à mars				
		Travillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre Individus
Tout l'établissement	2014	180 960	2 736	183 696	355	395
	2015	178 939	1 628	180 567	351	392
	Variation	(1,1 %)	(40,5 %)	(1,7 %)	(1,2 %)	(0,8 %)
1 – Personnel d'encadrement	2014	14 241	1	14 243	29	29
	2015	14 242	0	14 242	29	29
	Variation	0,0 %	(100,0 %)	0,0 %	(0,1 %)	0,0 %
2 – Personnel professionnel	2014	25 204	49	25 253	52	55
	2015	22 429	0	22 429	46	50
	Variation	(11,0 %)	(100,0 %)	(11,2 %)	(11,0 %)	(9,1 %)
3 – Personnel infirmier	2014	7 797	474	8 270	16	21
	2015	7 462	645	8 107	15	21
	Variation	(4,3 %)	36,2 %	(2,0 %)	(4,2 %)	0,0 %
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	125 613	1 993	127 606	243	278
	2015	126 905	876	127 781	246	279
	Variation	1,0 %	(56,1 %)	0,1 %	1,1 %	0,4 %
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	8 105	220	8 325	15	17
	2015	7 901	107	8 009	15	17
	Variation	(2,5 %)	(51,2 %)	(3,8 %)	(2,9 %)	0,0 %
6 – Étudiants et stagiaires	2014					
	2015					
	Variation					

Tel que le démontre le tableau présenté précédemment, le dénombrement des effectifs pour l'ensemble de l'établissement affiche une diminution pour la période de janvier à mars 2015, en comparaison à la même période en 2014, laquelle période correspond à la cible d'effectifs fixée par le ministère. En conséquence, le nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2015 respecte la cible égale au nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2014.

L'analyse du dénombrement des effectifs par catégorie de personnel indique toutefois deux écarts, à savoir :

- *une augmentation de 36,2 % des heures supplémentaires pour le personnel infirmier*

Conformément à la loi 90, des membres du personnel infirmier assurent la formation d'intervenants non-professionnels œuvrant en ressources résidentielles, concernant les activités déléguées (administration de médication, administration des soins invasifs). Par ailleurs, ce personnel est aussi appelé à former des intervenants de l'établissement ou en ressources résidentielles, en matière d'interventions thérapeutiques lors de conduites agressives (ITCA), de réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou de principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Ces diverses activités de formation génèrent des besoins de remplacement de personnel infirmier qui sont comblés par du personnel en temps supplémentaire. À noter, étant donné la taille réduite du service de soins de santé et infirmiers, l'établissement ne peut maintenir de façon optimale, une liste de rappel pour cette catégorie de personnel. D'autre part, au début 2015, l'établissement a procédé à l'embauche d'une nouvelle infirmière afin de réduire le recours de la main-d'œuvre indépendante, laquelle permettait auparavant de limiter le temps supplémentaire.

- *une augmentation de 1,0 % des heures travaillées pour le personnel de bureau, technicien et assimilé.*

Cette augmentation est attribuable d'une part, à la mise en œuvre en janvier 2015 du Projet d'adaptation des services de santé et services sociaux pour les personnes d'expression anglaise 2014-2018 pour lequel l'établissement a reçu un financement de l'Agence de santé et des services sociaux de Laval en décembre 2014. D'autre part, l'augmentation des heures travaillées résulte du fait qu'il y a eu moins d'absence du personnel de cette catégorie, au cours du premier trimestre en 2015 comparativement à la même période en 2014.

Contrats de services

En vertu du projet de loi n° 15 - *Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État* adopté le 5 décembre 2014, l'établissement présente ci-après le tableau relatif aux **contrats de services comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015**.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	2	2 179 575 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	5	2 049 566 \$
Total des contrats de services	7	4 229 141 \$

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

Il importe de souligner que ces contrats n'ont pas été conclus pour éluder les mesures de contrôle des effectifs en vertu du projet de loi n° 15. Les mandats confiés aux prestataires de services concernent une prestation de services traditionnellement confiée à l'externe (ex. contrats de ressources intermédiaires ou ressources de type familial, contrats de services professionnels en architecture ou en génie mécanique ou électrique). Les mandats confiés ont également une fin déterminée à l'avance.

Informations relatives à la loi sur les services de santé et les services sociaux

Agrément

En septembre 2014, l'équipe de direction a fait rapport au Conseil d'administration et au CQA quant à l'atteinte des objectifs des sept axes inscrits au plan d'amélioration au terme de sa deuxième année de réalisation.

Six axes rencontrent de façon générale les échéanciers prévus. Le septième, lié à la gestion documentaire, accuse un retard important. Bien que cet axe soit une recommandation contraignante du CQA, en raison de la mise en œuvre du CISSS de Laval, la configuration même de la gestion documentaire doit être reconsidérée en fonction de la nouvelle structure organisationnelle.

En mars 2015, il est constaté que la majorité des activités planifiées au plan d'amélioration pour les 6 mois précédents ont été réalisées. Pour plus d'information, se référer à la synthèse des résultats du plan d'amélioration 2012-2015 : *Bilan annuel de mars 2015*.

Durant la dernière année, tous les efforts se sont déployés pour répondre aux exigences liées à la quatrième démarche d'agrément prévue à l'automne 2015. Les sondages auprès de tous les publics cibles ont été réalisés en mai et juin 2014. L'analyse des données s'est effectuée au cours de la période estivale. L'évaluation des processus a été réalisée par leurs responsables et des membres du personnel. Finalement, le plan d'amélioration indiquant les axes et objectifs à atteindre a été adopté par le Conseil d'administration du CRDITED de Laval, le tout selon le calendrier établi avec le CQA.

Sécurité des soins et des services

Les actions de promotions

À l'automne 2014, le « Protocole sur les mesure de contrôle du CRDITED de Laval » a été diffusé à l'ensemble des employés. Ce protocole encadre l'utilisation des mesures de contrôle pour l'ensemble des usagers en assurant le respect des orientations ministérielles. Ainsi, les équipes cliniques travaillent avec les professionnels qui recommandent ces mesures afin de trouver des alternatives à leur utilisation. La formation du MSSS sur les mesures de contrôle s'est déployée de façon biannuelle.

Les mesures de contrôle

Pour la période, une mesure de contention a été utilisée au moins une fois auprès de 127 usagers totalisant 145 mesures. En 2013-2014, ce type de mesure avait été utilisé auprès de 147 usagers et totalisait 353 mesures.

En octobre 2014, le « Protocole sur les mesure de contrôle du CRDITED de Laval » a été diffusé à l'ensemble des employés. Ce protocole encadre l'utilisation des mesures de contrôle pour l'ensemble des usagers en assurant le respect des orientations ministérielles. Ainsi, les équipes cliniques travaillent avec les professionnels qui recommandent ces mesures afin de trouver des alternatives à leur utilisation.

La formation du MSSS sur les mesures de contrôle s'est aussi poursuivie de façon biannuelle. Les actions posées depuis l'automne dernier s'assurent de développer une culture axée sur la gestion des risques auprès de l'ensemble du personnel.

Le tableau suivant permet une ventilation du dénombrement des mesures de contrôle.

Dénombrement des mesures de contrôle – 2014-2015							
Usagers présentant une DI							
Groupes d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	65 et +	Total
Nombre d' usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2014-2015	0	1	4	44	35	4	88
<i>Nombre de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention force humaine	0	0	0	0	1	0	1
Contention instrumentale	0	0	1	29	18	0	48
isolement	0	0	0	2	2	0	4
PRN	0	1	3	16	22	4	46
Total	0	1	4	47	43	4	99
Usagers présentant un TSA avec ou sans DI							
Groupes d'âge	0 à 4	5 à 17	18-21	22-44	45-64	65 et +	Total
Nombre d' usagers différents pour lesquels il y a eu au moins une mesure appliquée au cours de l'exercice 2014-2015	0	7	10	20	2	0	39
<i>Nombre distinct de mesures de contrôle (contention/isolement) :</i>							
Contention force humaine	0	0	0	1	0	0	1
Contention instrumentale	0	2	2	9	1	0	14
isolement	0	0	0	2	0	0	2
PRN	0	5	8	15	1	0	29
Total	0	7	10	27	2	0	46

Les principaux constats

Déclaration des incidents-accidents

Le nombre d'incidents et d'accidents est en hausse constante au CRDITED de Laval. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer cette situation notamment, tel que mentionné plus haut, la sensibilisation sur l'importance d'une culture axée sur la gestion des risques et les suivis faits par la gestionnaire de risque auprès des intervenants et des chefs de service. Ces suivis leur permettent d'obtenir davantage d'informations sur des risques présents afin d'améliorer la prestation sécuritaire. De plus, un rappel sur l'importance de la divulgation et des obligations légales est fait auprès de l'ensemble des gens qui font des déclarations.

Pour la prochaine année, des actions sont à poursuivre ou à instaurer afin de consolider la culture axée sur la gestion des risques et de prévenir certaines situations qui sont actuellement identifiées :

- Poursuivre la diffusion des statistiques auprès des équipes afin de leur permettre de participer à l'analyse et à la prévention;
- Poursuivre la formation sur la gestion des risques auprès des employés et des responsables de ressource;
- Poursuivre la formation sur l'administration de la médication;
- Débuter le travail sur la prévention des chutes en comité;
- Assurer le développement des connaissances, auprès des intervenants de l'établissement ou des ressources résidentielles, des interventions à préconiser en présence de troubles du comportement ou de troubles graves du comportement afin de limiter les impacts pour l'entourage de ses personnes notamment les pairs.

Mesure de contrôle

Le nombre de mesure de contrôle a diminué au cours de la dernière année. Les mesures de contrôle touchent maintenant 20 usagers de moins et une réduction de 208 mesures est dénombrée. La recherche d'alternatives à la mesure de contrôle permet d'obtenir des résultats positifs à ce niveau. Le protocole sur les mesures de contrôle de l'établissement permet aussi d'encadrer la démarche et d'assurer l'évaluation continue de ces mesures afin de les utiliser le moins souvent et le moins longtemps possible.

Les actions pour la prochaine année :

- Poursuivre la formation du MSSS sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Poursuivre le travail en équipe interdisciplinaire pour la recherche d'alternative;
- Poursuivre l'appropriation pour le personnel du protocole sur l'utilisation des mesures de contrôle du CRDITED;
- Recenser le nombre d'usagers pour lesquels le travail de décontention est amorcé.

Recommandations du Coroner

L'établissement est actuellement en attente d'un rapport du coroner concernant le décès d'un usager en ressource.

Les actions concernant des recommandations antérieures ou des recommandations ministérielles suite à des enquêtes du coroner dont les suivis se poursuivent sont :

- Dossier sur le contrôle sécuritaire de la température de l'eau en hébergement;
- Plan de mesures d'urgence et normes de sécurité;
- Inspections des ridelles de lit et des lève-personnes.

Aucun rapport du Coroner n'a été déposé au CRDITED de Laval lors de l'exercice financier 2014-2015.

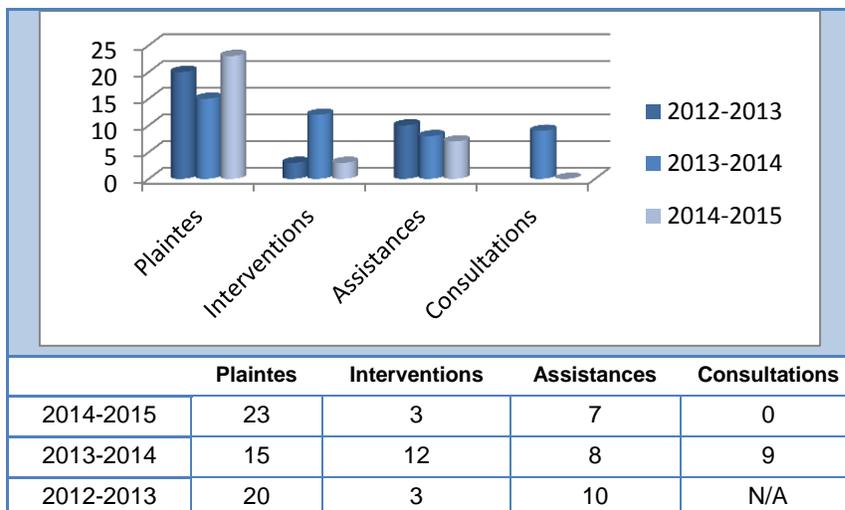
Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des usagers, du traitement diligent des plaintes et de la promotion du régime d'examen des plaintes. Le site internet du CRDITED de Laval affiche la procédure d'examen des plaintes ainsi que les coordonnées du commissaire local.

Au cours de l'exercice 2014-2015, pour l'établissement qui dispense des services à 1 892 usagers, un total de **33** demandes ont été adressées au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

De l'ensemble des demandes traitées, **23** constituent de nouveaux dossiers de plaintes en provenance des usagers ou de leurs proches. Puisqu'une plainte peut comporter plus d'un motif, **41** motifs de plainte ont été examinés en cours d'année. Des questions

touchant à des **droits particuliers (11)** et à des **soins et services dispensés (16)** représentent plus de **65 %** des objets d'insatisfactions. Viennent ensuite les motifs touchant les **relations interpersonnelles (5)**, **l'accessibilité (5)** et enfin les **aspects financiers (2)** ainsi que **l'organisation du milieu et ressources matérielles (2)**.



2014-2015 Synthèse des plaintes dont l'examen a été conclu	
Délais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 plaintes traitées dans un délai de 1 à 15 jours ▪ 3 plaintes traitées dans un délai de 16 à 30 jours ▪ 16 plaintes traitées dans un délai de 31 à 45 jours ▪ 1 plainte traitée dans un délai de 46 à 60 jours
Origine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 plainte provient de l'utilisateur ▪ 2 plaintes proviennent d'un tiers ▪ 19 plaintes proviennent du représentant (père/mère ou fratrie)

L'analyse des différentes plaintes qui ont été complétées au cours de l'année ont donné lieu à l'élaboration et à la mise en place de **22 mesures d'amélioration**. Il s'agit d'engagements pris par les gestionnaires à la suite des conclusions et recommandations provenant des examens de plaintes et des interventions du commissaire. Ces mesures se partagent de façon égale entre des **mesures à portée individuelle (50 %)** et des **mesures à portée systémique (50 %)**. Par ordre d'importance, les mesures à portée systémique visent d'abord l'amélioration des soins et des services dispensés, ensuite, l'amélioration des relations interpersonnelles. Ces mesures concernent l'application de règles et procédure, l'adaptation des soins et services, du milieu et de l'environnement, des communications, ainsi que les mesures de sécurité et de protection, tandis que les différentes mesures d'amélioration à portée individuelle ont concerné l'adaptation des soins et services.

Le comité de vigilance a suivi de façon régulière et rigoureuse l'évolution des dossiers de plainte.

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Il importe de préciser que les heures rémunérées par du personnel occasionnel a connu une diminution de 18 % comparativement à l'année passée, ce qui représente une réduction de 14 employés ETC (équivalents temps complet). Une légère augmentation du nombre d'employés réguliers est également remarquée, passant de 259 à 268 employés à temps complet, et de 19 à 21,80 ETC dans le cas des employés à temps partiel.

Ressources humaines	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres (détenteurs de poste en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	28	27
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers (détenteurs de poste en date du 31 mars)		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	268	259
- Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	21.80	19
- Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	115 213	140 571
- Équivalents temps complet	63	77

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 2015 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 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015 (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 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 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 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 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 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. 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 québécoise des infrastructures 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 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

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 2015 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.¹

Montréal
Le 25 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A113631

L'état des résultats en distinguant les activités principales, les activités accessoires et les activités immobilières

	Exercice courant			Exercice précédent
	Budget	Exploitation	Immobilisation	Total
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	40 264 511 \$	40 837 406 \$	618 700 \$	41 456 106 \$
Contributions des usagers	3 595 108 \$	3 828 882 \$		3 828 882 \$
Ventes de services et recouvrements	764 553 \$	832 330 \$		832 330 \$
Revenus de placement	28 583 \$	53 291 \$	176 \$	53 467 \$
Autres revenus	21 000 \$	23 964 \$		23 964 \$
	44 673 755 \$	45 575 873 \$	618 876 \$	46 194 749 \$
CHARGES				
Salaires, avant sociaux et charges soc	22 926 041 \$	23 866 825 \$		23 866 825 \$
Médicaments	147 000 \$	156 304 \$		156 304 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	32 000 \$	37 828 \$		37 828 \$
Denrées alimentaires	205 000 \$	176 047 \$		176 047 \$
Rétributions versées aux RNI	17 216 801 \$	16 843 622 \$		16 843 622 \$
Frais financiers	70 000 \$		69 849 \$	69 849 \$
Entretien et réparations	324 272 \$	589 123 \$		589 123 \$
Loyer	946 272 \$	923 803 \$		923 803 \$
Amortissement des immobilisations	350 000 \$		554 639 \$	554 639 \$
Autres charges	2 454 019 \$	2 724 055 \$		2 724 055 \$
	44 671 405 \$	45 317 607 \$	624 488 \$	45 942 095 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	2 350 \$	258 266 \$	(5 612) \$	252 654 \$

L'état des surplus (déficits) accumulés

	Exercice courant			Exercice précédent
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS AU DÉBUT	422 333 \$	104 960 \$	527 293 \$	494 656 \$
Modification comptable sans retraitement				
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS REDRESSÉS	422 333 \$	104 960 \$	527 293 \$	494 656 \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	258 266 \$	(5 612) \$	252 654 \$	32 637 \$
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS À LA FIN	680 599 \$	99 348 \$	779 947 \$	527 293 \$
Constitués des éléments suivants:				
Solde non affecté			779 947 \$	527 293 \$
			779 947 \$	527 293 \$

L'état de la situation financière

	Exercice courant			Exercice précédent
	Exploitation	Immobilisation	Total	Total
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	2 277 953 \$	482 002 \$	2 759 955 \$	1 192 079 \$
Placements temporaires	1 015 999 \$		1 015 999 \$	786 281 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	170 709 \$	21 522 \$	192 231 \$	329 948 \$
Autres débiteurs	297 563 \$	1 088 \$	298 651 \$	893 898 \$
Créances (Dettes) interfonds	387 721 \$	(387 721) \$	- \$	- \$
Subvention à recevoir - Réforme comptable	2 303 745 \$	1 517 901 \$	3 821 646 \$	3 447 609 \$
Placements de portefeuille	426 053 \$		426 053 \$	633 081 \$
Frais reportés liés aux dettes		2 230 \$	2 230 \$	3 345 \$
Autres éléments	68 839 \$		68 839 \$	95 171 \$
	6 948 582 \$	1 637 022 \$	8 585 604 \$	7 381 412 \$
PASSIFS				
Emprunts temporaires			- \$	75 421 \$
Autres créditeurs et charges à payer	3 907 578 \$	2 730 \$	3 910 308 \$	3 514 009 \$
Avances de fonds - Env. décentralisés		912 809 \$	912 809 \$	
Intérêts courus à payer		21 522 \$	21 522 \$	22 537 \$
Revenus reportés	118 067 \$		118 067 \$	529 849 \$
Dettes à long terme		2 051 447 \$	2 051 447 \$	2 150 030 \$
Passif - avantages sociaux futurs	2 932 401 \$		2 932 401 \$	2 882 283 \$
Autres éléments			- \$	- \$
	6 958 046 \$	2 988 508 \$	9 946 554 \$	9 174 129 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE) NETTE	(9 464) \$	(1 351 486) \$	(1 360 950) \$	(1 792 717) \$
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		1 450 834 \$	1 450 834 \$	1 709 667 \$
Stocks de fournitures	19 553 \$		19 553 \$	25 179 \$
Frais payés d'avance	670 510 \$		670 510 \$	585 164 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	690 063 \$	1 450 834 \$	2 140 897 \$	2 320 010 \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	680 599 \$	99 348 \$	779 947 \$	527 293 \$

L'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

	Exercice courant			Exercice précédent
	Budget	Exploitation	Immobilisation	Total
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT	(713 098) \$	(188 010) \$	(1 604 707) \$	(1 792 717) \$
Modification comptable sans retraitement des années antérieures				- \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) REDRESSÉS AU DÉBUT	(713 098) \$	(188 010) \$	(1 604 707) \$	(1 258 798) \$
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	2 350 \$	258 266 \$	(5 612) \$	252 654 \$
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions			(352 075) \$	(352 075) \$
Amortissement de l'exercice			554 639 \$	554 639 \$
Réduction de valeurs			56 269 \$	56 269 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	- \$	- \$	258 833 \$	258 833 \$
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisitions de stocks de fournitures				- \$
Acquisitions de frais payés d'avance		(85 347) \$		(85 347) \$
Utilisation de stocks de fournitures		5 627 \$		5 627 \$
Utilisation de frais payés d'avance				- \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE	- \$	(79 720) \$	- \$	(79 720) \$
Autres variations des surplus (déficits) cumulés				- \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	2 350 \$	178 546 \$	253 221 \$	431 767 \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(710 748) \$	(9 464) \$	(1 351 486) \$	(1 360 950) \$

L'état des flux de trésorerie

	Exercice	
	Courant	Précédent
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	252 654 \$	32 637 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Stock et frais payés d'avance	(79 720) \$	(519 293) \$
Amortissement des immobilisations	554 639 \$	334 138 \$
Réduction pour moins-value des immobilisations	56 269 \$	
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	1 115 \$	1 115 \$
Subvention à recevoir - réforme comptable immobilisations	(375 963) \$	
Autres		5 948 \$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	156 340 \$	(178 092) \$
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	1 243 358 \$	154 338 \$
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités de fonctionnement	1 652 352 \$	8 883 \$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	(352 075) \$	(381 401) \$
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisés pour les) activités de fonctionnement	(352 075) \$	(381 401) \$
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation de placements temporaires	(229 718) \$	
Placements de portefeuille effectués	(331 908) \$	(149 563) \$
Produit de disposition de placements de portefeuille	250 004 \$	
Placements de portefeuille réalisés	288 946 \$	
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement	(22 676) \$	(149 563) \$
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme:		
Emprunts remboursés - Dettes long terme	(98 583) \$	(103 248) \$
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	242 \$	75 785 \$
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	912 809 \$	
Emprunts temporaires remboursés -fonds d'immobilisations	(75 663) \$	(115 396) \$
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	738 805 \$	(142 859) \$
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	2 016 406 \$	(664 940) \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	1 192 347 \$	1 857 287 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE A LA FIN	3 208 753 \$	1 192 347 \$

L'état des flux de trésorerie (suite)

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENENT:

Encaisse
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois

TOTAL

Exercice	
Courant	Précédent
2 759 955 \$	1 192 347 \$
448 798 \$	
3 208 753 \$	1 192 347 \$

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT

Débiteurs - Agences et MSSS
Autres débiteurs
Subvention à recevoir - réforme comptable
Frais reportés liés aux dettes
Autres éléments d'actif
Autres créditeurs et autres charges à payer
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées
Intérêts courus à payer
Revenus reportés
Passifs au titre des avantages sociaux futurs

TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT

Exercice	
Courant	Précédent
137 717 \$	(254 050) \$
595 247 \$	(291 177) \$
(374 037) \$	
(1 115) \$	
26 332 \$	393 258 \$
396 299 \$	(282 261) \$
	(73 930) \$
1 015 \$	4 670 \$
411 782 \$	455 249 \$
50 118 \$	
1 243 358 \$	(48 241) \$

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars

	38 292 \$
--	-----------

Intérêts:

Intérêts créditeurs (revenus)
Intérêts encaissés (revenus)
Intérêts débiteurs (dépenses)
Intérêts déboursés (dépenses)

53 291 \$	
(50 772) \$	
	65 861 \$
	65 861 \$

Placements temporaires:

Échéance inférieure ou égale à 3 mois
Solde au 31 mars de l'exercice précédent
Solde au 31 mars de l'exercice courant

158 568 \$	
448 798 \$	

Échéance inférieure ou égale à 3 mois
Solde au 31 mars de l'exercice précédent
Placements effectués
Placements réalisés

388 411 \$	576 576 \$
567 201 \$	388 412 \$
388 411 \$	576 576 \$
567 201 \$	388 412 \$

Le cas échéants, la somme ou l'avantage direct ou indirect reçu d'une fondation

Le CRDITED de Laval n'a reçu aucune somme, aucun avantage direct ou avantage indirect de la part d'une fondation pendant l'exercice 2014-2015

Les notes aux états financiers pertinentes pour une bonne compréhension de la Situation financière

Note 1 | Constitution et mission

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) le 22 mars 1995. Il a pour mission de dispenser des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation et de favoriser l'intégration et la participation sociale des personnes qui, en raison de leurs incapacités intellectuelles, d'un retard significatif de développement ou d'un trouble du spectre de l'autisme, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, se retrouvent en situation de handicap et requièrent de tels services.

Le siège social de l'établissement est situé au 304 boulevard Cartier Ouest, à Laval. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Laval.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, le CRDITED de Laval est fusionné avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

Note 7 | Opérations avec apparentés

Fondation CRDITED de Laval

Des honoraires de gestion d'un montant de 2 000 \$ ont été facturés par l'établissement à la Fondation CRDITED de Laval. 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 à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600. 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. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

Note 11 | Chiffres comparatifs

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

Tableau de l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement
CRDITED de Laval

Code
2149-1667

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2015		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise d'infrastructure (SQI) 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 SQI 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 CPA Canada			NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres</i>						
s/o pour 2014-2015						
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
L'établissement a calculé l'amortissement pour les améliorations locatives aux bâtiments sur des périodes variant entre 20 ans et 40 ans contrairement à une période de 10 ans tel que requis par l'annexe F du Chapitre 01 des principes directeurs du Manuel de gestion financière (anciennement la circulaire 2009-004). L'impact de sous-évaluation de l'amortissement est non significatif et a été porté au sommaire des anomalies non corrigées.	2013-2014	C	L'établissement a modifié les périodes d'amortissement des améliorations locatives afin de se conformer à la circulaire et de ne pas dépasser le maximum de 10 ans.	R		
<i>Rapport à la gouvernance</i>						

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30, a. 3.0.4.) oblige les membres du Conseil d'administration d'un établissement public visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) à établir un code d'éthique et de déontologie qui lui soit applicable, lequel a pour prémisses d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur, sans toutefois remplacer les lois et règlements en vigueur.

À cet effet, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CRDITED de Laval (annexe 10.3), initialement adopté en janvier 2002, a fait l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique. Il est entré en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration, soit le 11 juin 2013, et fera l'objet d'une révision aux quatre ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requerront.

Il est à noter qu'aucun dossier d'administrateur n'a fait l'objet de traitement ou de suivi par une instance disciplinaire au courant de l'année 2014-2015.

ANNEXE 1 : TABLEAU DE BORD DE L'ENTENTE DE GESTION

Priorités MSSS	Attentes administratives auprès du CRDITED de Laval	Cible	Résultat (niveau d'atteinte)	Commentaires
INDICATEURS MESURABLES POUR LA PÉRIODE 2014-2015				
DÉFICIENCES	1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées selon les délais du Plan d'accès (priorité urgente = 3 jours)	90 %	100 %	
	1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées selon les délais du Plan d'accès (priorité élevée = 30 jours)	90 %	89,47 %	
	1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées selon les délais du Plan d'accès (priorité modérée = 1 an)	90 %	71,93 %	
SANTÉ PHYSIQUE	1.09.01 Séjour moyen sur civières		Réalisé	Le CRDITED Laval collabore à l'atteinte de la cible du CSSS de Laval selon ses engagements
RESSOURCES HUMAINES	3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,37 %	7.36 %	
	3.08-PS Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	Réalisé	Mise à jour annuelle d'un plan de main d'œuvre et stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et ceux disponibles
	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	100 %	Réalisé	Assurer la mise en place du plan de pérennité des projets : plan d'organisation et projet d'optimisation
	3.13-PS Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	100 %	Réalisé	Certification Entreprise en santé obtenu en février 2015
	3.14-PS Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	Réalisé	Agréé en octobre 2012
Répertoire de ressources	6.01.01 Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS) mises à jour dans les délais	95 %	Réalisé	

Priorités MSSS	Attentes administratives auprès du CRDITED de Laval	Cible	Résultat (niveau d'atteinte)	Commentaires
SERVICES SOCIAUX				
PLAN RÉGIONALE D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	Implication dans le comité régional des gestionnaires chargé du suivi et du bilan annuel du plan d'accès aux services pour personnes ayant une déficience		Réalisé	
ENTENTES DE COLLABORATION ENTRE ÉTABLISSEMENTS EN DP-DI/TSA	Transmission à L'Agence les ententes de collaboration convenues ou pourrait convenir avec le CSSS de Laval, HJR ou un organisme communautaire		Réalisé	
COORDINATION, PLANIFICATION, QUALITÉ ET IMMOBILISATIONS				
SÉCURITÉ CIVILE	Désignation d'un responsable de la sécurité civile et un substitut		Réalisé	
	Posséder une instance de coordination en sécurité civile		Réalisé	(Existence d'un comité PMU à l'interne)
	Signaler dans les meilleurs délais à la garde 24/7 toute situation affectant ou pouvant affecter la santé et le bien-être de la population de son territoire, son organisation ou le maintien des services essentiels.		Réalisé	
	Participation du responsable et/ou son substitut aux rencontres régionales.		Réalisé	
ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES	Déclaration des incidents/accidents dans le registre national sur les incidents et accident survenus lors de la prestation de services de santé et des services sociaux	Procéder à une déclaration complète et continue des incidents/accidents	Réalisé	
	En collaboration avec l'Agence, le CRDITED de Laval doit identifier les solutions durables.	L'ensemble des événements doivent être saisis et versés à la base de données du CRDITED de Laval pour le 20 octobre 2014	Réalisé	
STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Poursuivre la mise en œuvre des phases 1 et 2 du programme d'amélioration de l'efficacité de la consommation d'eau potable		Réalisé	
APPROVISIONNEMENT EN COMMUN	Augmente les achats par approvisionnement en commun et participe aux travaux régionaux en matière d'optimisation de l'approvisionnement.		Réalisé	Participation à tous les mandats d'approvisionnement en commun via Sigma Santé ou dans le cadre de projets régionaux.

Priorités MSSS	Attentes administratives auprès du CRDITED de Laval	Cible	Résultat (niveau d'atteinte)	Commentaires
LA GOUVERNANCE ET LA GESTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	Fournir, s'il y a lieu, toutes les informations nécessaires afin de favoriser la production des différents documents demandés.	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission des planifications triennales des projets et activités en ressources informationnelles (RI) • Transmission des programmations annuelles des projets et activités en RI • Transmission des bilans annuels des réalisations en RI • Transmission des états de santé des projets 	Réalisé	
INTRODUCTION DE L'ARCHITECTURE D'INTÉGRATION TECHNOLOGIQUE CIBLE	Projet de gestion du parc des postes de travail	Collaborer à la mise en œuvre des différents travaux.	99,5 %	La mise à niveau est effectuée : 366 sur 368 ordinateurs (incluant les portables), ont maintenant Windows 7.
	Projet du courrier électronique	Collaborer à la mise en œuvre des différents travaux.	En cours	Les consignes reçues ont été suivies. Nous sommes en attente de recevoir d'autres directives de la part de la DRILLL de Laval afin d'aller de l'avant dans ce dossier
	Projet de consolidation des centres de traitement informatique	Collaborer à la mise en œuvre des différents travaux.	En cours	Les consignes reçues ont été suivies. Nous sommes en attente de recevoir d'autres directives de la part de la DRILLL de Laval afin d'aller de l'avant dans ce dossier
SÉCURITÉ DE L'INFORMATION				
BILAN ANNUEL EN SÉCURITÉ D'INFORMATION	Transmettre à l'ASSSL son bilan annuel en sécurité de l'information d'ici le 1 ^{er} octobre 2014		Réalisé	
RÉSEAU D'ALERTE	Collaborer à la mise en œuvre d'un réseau d'alerte optimal permettant la déclaration des incidents de sécurité et des bonnes pratiques en matière de sécurité de l'information	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier un répondant régional 2. Participer à la validation des documents concernant la mise en œuvre des activités associées au Réseau d'alerte 3. Évaluer les efforts et les enjeux associés à la mise en œuvre des directives, processus et outils et élaborer la planification de ces travaux et transmettre pour suivi 4. Assurer la mise en œuvre des directives et des recommandations associées au 	Réalisé	Le CRDITED travaille en collaboration avec la gestionnaire responsable de l'équipe des services informatiques des 3 L

Priorités MSSS	Attentes administratives auprès du CRDITED de Laval	Cible	Résultat (niveau d'atteinte)	Commentaires
			Réseau d'alerte en fonction de la planification élaborée au point 3	
RELEVER LE DÉFI DE LA MAIN-D'ŒUVRE				
PRODUCTION ET MISE À JOUR ANNUELLE D'UN PLAN DE MAIN-D'ŒUVRE	Le CRDITED de Laval s'engage à mettre à jour annuellement son plan de main-d'œuvre et à le transmettre à l'Agence selon le cycle de production d'un plan de main-d'œuvre			Réalisé Dépôt à l'ASSSL du plan prévisionnel des effectifs au 30 septembre 2014
ENQUÊTE SUR LES POSTES VACANTS	Le CRDITED doit mettre à jour la structure de postes pour l'ensemble des titres d'emploi, et ce, selon la procédure décrite au GPMO (version 2012)			Réalisé Plan de poste à jour et les mises à jour se font dès qu'il y a un mouvement de personnel.
DÉMARCHE CONCERTÉE DE RÉVISION DES PROCESSUS DE SOINS ET DE SERVICES ET DE RÉORGANISATION DU TRAVAIL	À cet égard, le CRDITED de Laval s'assure de compléter le formulaire prévu à cette fin dans GESTRED.			Réalisé Nom du projet : Implantation du système de paye Logibec
MESURES PRÉVUES AUX CONVENTIONS COLLECTIVES	Le CRDITED de Laval s'engage à appliquer conformément les dispositions prévues à cette fin aux différentes conventions collectives	Applications des dispositions prévues aux conventions collectives		Réalisé

**SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DU PLAN
D'AMÉLIORATION 2012-2015**
BILAN SEMESTRIEL – OCTOBRE 2014 À MARS 2015



CRDITÉ DE LAVAL
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE INTELLECTUELLE
ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

L'équipe de gestion du CISSS de Laval — CRDITED est heureuse de vous présenter la synthèse des activités réalisées au cours du dernier semestre, soit d'octobre 2014 à mars 2015. Bien que l'annonce du projet de Loi 10 et son adoption en février 2015 aient eu un impact quant à la réalisation de certaines stratégies d'amélioration, nous sommes heureux de constater que la grande majorité des activités ont été réalisées, particulièrement celles liées aux services à la clientèle et à leurs proches.

Rappel des principales activités depuis la visite du Conseil québécois d'agrément (CQA) en septembre 2012 :

- Octobre 2012 : Rapport initial du CQA
- Décembre 2012 : Rapport final du CQA
- Mars 2013 : Plan d'amélioration revu et ajusté en fonction des recommandations du CQA et notre capacité de réalisation
- Septembre 2013 : Dépôt de la 1^{re} synthèse des résultats au conseil d'administration
Dépôt des résultats du Plan d'amélioration au CQA
- Avril 2014 : Dépôt du deuxième bilan (mi-parcours) du suivi du plan d'amélioration
- Septembre 2014 : Dépôt de la 2^e synthèse des résultats au conseil d'administration
Dépôt des résultats du Plan d'amélioration au CQA

Le plan d'amélioration 2012-2015 du CRDITED de Laval est constitué de :
7 axes d'amélioration
31 objectifs d'amélioration
112 stratégies de réalisation

Légende du suivi des axes d'amélioration — bilan semestriel

Axe d'amélioration terminée selon l'échéancier prévu
Axe d'amélioration en cours de réalisation selon l'échéancier prévu
Axe d'amélioration en retard selon l'échéancier prévu
Axe d'amélioration précaire selon l'échéancier prévu
Axe d'amélioration non débutée selon l'échéancier prévu

2

AN 1	AN 2	AXE D'AMÉLIORATION 1 : LA CONSOLIDATION DE L'ACTUALISATION DE L'OFFRE DE SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2^e LIGNE
------	------	---

Depuis septembre 2014, diverses activités ont été réalisées pour soutenir la consolidation d'une offre de services spécialisés :

- ◆ Une tournée des équipes a été effectuée afin de faire connaître les composantes essentielles des guides de pratiques pour la clientèle TSA (trouble du spectre de l'autisme) en fonction de trois groupes d'âge (N-5ans, 6-17 ans et adultes) ainsi que pour la clientèle TGC (troubles graves du comportement). Cette tournée a aussi permis de faire connaître les résultats de la première cueillette de données effectuée dans le cadre des activités du chantier des guides de pratiques de la FQCRDITED.
- ◆ La révision du processus clinique a été effectuée afin de refléter la nouvelle offre de services.
- ◆ Une deuxième analyse relative à la qualité des PSI/PI est en cours de réalisation.
- ◆ Formation sur [l'Outil d'actualisation des activités professionnelles en DI](#) et [l'Outil d'actualisation des activités professionnelles en TSA](#) réalisée auprès de l'ensemble des intervenants liés aux services spécialisés.

Le processus d'accueil, d'intégration et d'orientation des nouveaux employés est actualisé dans l'ensemble des équipes du CRDITED de Laval.

Recommandation contraignante – juin 2013

Définition de ce qu'est un guide et un protocole d'intervention clinique

Le CRDITED de Laval a adopté les définitions des termes « guides » et « protocoles » recommandées par la FQCRDITED. Une capsule d'information a été diffusée sur le Portail intranet et le Test de connaissances du processus clinique sonde cet aspect ; de plus, lors de la rédaction ou la révision de l'un ou l'autre des documents concernés, la définition qui lui est propre sera incluse au document. Le plan d'action relatif à l'appropriation par le personnel concerné des différents guides ou protocoles d'interventions cliniques a été transmis au CQA.

AN 1	AN 2	AXE D'AMÉLIORATION 2 : LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE RECHERCHE ET D'INNOVATION
------	------	---

Cet axe d'amélioration est l'un des deux ayant été le plus impacté par la mise en œuvre du projet de Loi 10. En effet, la transformation du réseau ne pouvait être propice à la poursuite des démarches entreprises pour formaliser une affiliation avec une équipe de chercheurs et définir les axes de recherches propres au CRDITED de Laval. Dans ce contexte, la direction a choisi de suspendre ces démarches afin de s'associer aux futures orientations organisationnelles.

La volonté du CRDITED de Laval de s'investir dans le milieu de la recherche en partenariat est toujours présente ; d'ailleurs de nouvelles implications dans des recherches ont été entreprises au cours des derniers mois.

Le comité de recherche et de stage poursuit ses activités selon le calendrier établi.

Recommandation contraignante

Aucune



AN 1	AN 2	AXE D'AMÉLIORATION 3 : LA RÉVISION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE MANIÈRE À OPTIMISER LA MOBILISATION DU PERSONNEL
<p>Depuis septembre, deux activités ont principalement marqué cet axe d'amélioration : tout d'abord, le comité désigné à l'élaboration du Plan stratégique de développement des ressources humaines (PSDRH), mis en place en septembre 2014, a terminé ses travaux en mars selon l'échéancier prévu.</p> <p>De plus, les attentes et les standards de supervision clinique et de gestion ont été réaffirmées par deux activités spécifiques, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Le soutien individualisé offert aux SAC (spécialistes en activités cliniques) afin de rehausser et de développer de nouvelles habiletés liées à leurs fonctions. ◆ La diffusion dans les équipes cliniques et instances concernées du tableau de bord de gestion. 		
<p>Recommandation contraignante lors du bilan à la première année du PAM – octobre 2013</p> <p>Mise en place des mécanismes permettant d'assurer un suivi des attentes recueillies auprès du personnel</p> <p>Au cours de la dernière année, le CRDITED de Laval a mis en place des mécanismes de consultation et de concertation afin de soutenir le déploiement de projets/dossiers organisationnels (plan d'organisation, projet d'optimisation, démarche Entreprise en santé) et continue de faire appel aux diverses instances existantes afin de recueillir et assurer le suivi des attentes du personnel.</p>		
AN 1	AN 2	AXE D'AMÉLIORATION 4 : LA CONSOLIDATION D'UNE CULTURE D'INTERVENTION AXÉE SUR LA QUALITÉ, LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES RISQUES
<p>Plusieurs stratégies concernant le développement d'une culture d'intervention axée sur la prévention et la gestion des risques se sont poursuivies à l'automne et à l'hiver :</p> <p>Pour le personnel du CRDITED de Laval :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Formations spécifiques aux intervenants cliniques dédiés à la clientèle TGC dont l'intervention post-événement critique (IPEC) ◆ Formations relatives à la gestion des risques et la diffusion du protocole lié à l'application exceptionnelle des mesures de contrôle <p>Pour les ressources résidentielles (RI/RTF) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Poursuite de la formation sur l'administration des médicaments à l'intention des responsables de ressources et leurs personnels dispensée par une infirmière du CRDITED. ◆ Poursuite de la formation des responsables RNI sur les mesures universelles. ◆ Suivi administratif auprès des responsables de ressources pour la transmission des formulaires d'incidents/accidents (AH-223 et autres) : <p>La révision du plan de mesures d'urgence suite à la mise en œuvre du plan d'organisation a été diffusée dans les équipes. Les exercices d'évacuation se déroulent conformément au calendrier établi.</p> <p>Le code d'éthique, le code de conduite et le cadre de référence en matière d'éthique ont été adoptés par le conseil d'administration en février 2015. Avant son adoption, les trois documents ont été soumis à un groupe focus composé de représentants des instances suivantes : gestionnaires DSC (2), gestionnaire DPP (1), direction des services administratifs (1), professionnels (1), conseil des infirmières et infirmiers (1), comité de gestion de risques (1), comité d'éthique clinique (1), éducateur SEJ (1), instances syndicales (4), parent d'utilisateur admis (1), comité des usagers du CRDITED (1), responsable de ressource résidentielle (1).</p>		
<p>Recommandation contraignante—décembre 2012</p> <p>Réalisation d'exercices d'évacuation annuellement dans tous les points de services en procédant au suivi</p> <p>Rien à signaler concernant cette recommandation.</p>		

AN 1	AN 2	AXE D'AMÉLIORATION 5 : L'IMPLICATION DES RESPONSABLES DES RESSOURCES RÉSIDENIELLES DANS LE PROCESSUS D'ADAPTION ET DE RÉADAPTATION DE LA PERSONNE HÉBERGÉE
<p>La révision du guide pratique à l'intention des intervenants pour le suivi des ressources résidentielles a mobilisé les différentes directions. Cette révision le rendra conforme au cadre de référence du MSSS ainsi qu'au processus clinique du CRDITED de Laval. Plusieurs chapitres sont terminés ; leur diffusion est prévue au cours des prochains mois auprès des acteurs concernés, dont les responsables de ressources résidentielles (RI et RTF), ce qui viendra préciser pour chacun leurs rôles et leurs responsabilités.</p>		
<p>Recommandation contraignante Aucune</p>		
AN 2	AN 2	AXE D'AMÉLIORATION 6: L'AMÉLIORATION DURABLE DE LA SANTÉ, DU MIEUX-ÊTRE ET DE LA MOBILISATION DU PERSONNEL
<p>Au cours de l'automne 2014, le Comité Santé Mieux-Être (CSME) s'est principalement penché sur l'élaboration de son bilan de l'année 2013-2014, ainsi que sur l'élaboration de son nouveau plan de mise en œuvre 2014-2016. Le bilan annuel a été adopté au Comité de direction générale, puis présenté au conseil d'administration, à la séance du Conseil du 16 décembre dernier.</p> <p>Également au cours de l'automne, les groupes de discussion relatifs aux sondages réalisés auprès du personnel ont été effectués, afin de recueillir les préoccupations et les besoins du personnel en ce qui a trait à la santé et au mieux-être au travail. Les faits saillants recueillis lors de ces groupes de discussion ont alimenté le CSME pour l'élaboration de son plan de mise en œuvre 2014-2016, afin de bien répondre aux besoins identifiés par le personnel. Le plan a fait l'objet d'une adoption au Comité de direction générale le 16 décembre 2014, puis diffusé au personnel en début d'hiver 2015. De plus, les membres du CSME ont travaillé, au cours de l'automne, à la préparation de l'audit en vue de l'obtention de la certification Entreprise en santé.</p> <p>L'hiver 2015 est donc principalement marqué par la certification du CRDITED en tant qu'Entreprise en Santé. La visite de l'auditeur du Bureau de Normalisation du Québec (BNQ) s'est déroulée sur deux jours, les 18 et 19 février derniers. Suite à la visite de l'auditeur, les recommandations formulées par celui-ci ont été très favorables à certifier l'établissement en tant qu'Entreprise en santé.</p>		
<p>Recommandation contraignante Aucune</p>		
AN 1	AN 2	AXE D'AMÉLIORATION 7 : ASSURER LA GESTION DE LA DOCUMENTATION ET DES INFORMATIONS INTERNES
<p>Au terme de notre dernière année de mise en œuvre du plan d'amélioration, il était prévu de déployer l'outil de soutien informatique permettant d'assurer une gestion de la documentation et des informations internes efficaces.</p> <p>Cependant, dans le contexte de fusion d'établissements contraignant les nouveaux dirigeants à consolider les politiques et procédures associées à la gestion documentaire, il a été convenu de restreindre les travaux et de limiter les actions à un classement des différents documents dans chacune des directions selon la structure de classement ayant été adoptée par le comité de direction générale.</p>		
<p>Recommandation contraignante lors du bilan à la première année du PAM – octobre 2013 La politique relative à la gestion documentaire est rédigée et diffusée à l'ensemble du personnel. Un comité de travail dirigé par l'archiviste médicale déposera à la Direction des pratiques professionnelles un plan de travail assurant sa mise en œuvre dans l'ensemble des services de l'organisation, à l'automne 2013. Le comité des ressources informationnelles est mis à contribution pour identifier les outils technologiques pouvant soutenir la gestion documentaire de l'organisation. Les nouvelles procédures liées à la gestion documentaire seront actualisées au rythme de la transformation des nouveaux services administratifs prévus au plan d'organisation.</p>		

ANNEXE 3 : CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

• PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste³.

- 1) L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 2) L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3) L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 4) L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 5) L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 6) L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 7) L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la

mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

- 8) L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

• RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs⁴.

Disponibilité et participation active

- 1) L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

Respect

- 1) L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 2) L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 3) L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, notamment son droit de réserve et les règles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité

des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soin et compétence

- 1) L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

- 1) L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote 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 à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- 2) L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

- 1) L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 2) L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discretion et confidentialité

- 1) L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une

3. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

4. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- 2) L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.
- 3) L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

- 1) L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les communications.

Charge publique

- 1) L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- 2) L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

- 1) L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 2) L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses

fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

- 1) L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 2) L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 1) L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.
- 2) L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

- 1) L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 1) L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts

lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

- 2) Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 3) L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
 - a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 4) L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

- 5) L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 6) Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur 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., c. V-1.1).
- 7) L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 8) Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit

remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

- 9) La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur reçoit des services du CRDITED de Laval.

FIN DU MANDAT

- 1) Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 2) L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration. Il doit également respecter son obligation de réserve.
- 3) L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

- 4) À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- 5) L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter le personnel de l'Établissement ou un emploi dans l'Établissement.

APPLICATION DU CODE

- 1) Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
- 2) dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 3) En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.
- 4) L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 5) Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.