



Rapport annuel de gestion

PAVILLON
DU PARC



2012-2013

TABLE DES MATIÈRES

Message de la Direction générale et du président du conseil d'administration.....	1
Déclaration par le directeur général par intérim de l'établissement.....	2
Rapport de la direction.....	3
Présentation de l'établissement.....	4
Les caractéristiques populationnelles au Pavillon du Parc.....	6
Orientations stratégiques.....	8
Agrément.....	8
Un plan d'action prioritaire.....	9
Faits saillants et réalisations.....	12
Principales modifications apportées durant l'exercice.....	14
Structure organisationnelle au 31 mars 2013.....	15
Principales modifications apportées durant l'exercice.....	15
Résultats obtenus : Entente de gestion et d'imputabilité.....	21
Informations relativement à l'application de la Loi 100.....	22
La sécurité des soins et la qualité des services : une priorité.....	14
L'examen des plaintes et à la promotion des droits :	
Un outil pour assurer la sécurité des soins et la qualité des services.....	26
Le conseil d'administration 2012-2013.....	27
Nos instances.....	17
Effectif au 31 mars 2013.....	21
États financiers et analyse des résultats des opérations.....	35
Notes aux états financiers.....	35
Code d'éthique applicable aux membres du conseil d'administration.....	
Rapport de l'auditeur.....	
Rapport de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.....	

MESSAGE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pas à pas vers la nouveauté

L'année 2012-2013 est sans contredit une période marquée de plusieurs changements au sein notre établissement. La nomination d'un intérim à la Direction générale dès juin 2012 était certes accompagnée d'une certaine instabilité, mais fut saisie comme une occasion de revoir la structure d'encadrement. La réflexion déjà entreprise sur les profils de compétences pour les postes-cadres nous a bien servi dans le réaménagement de cette structure. Ainsi, avec la participation de tous les gestionnaires, une nouvelle structure d'encadrement a été définie dès le mois de septembre.

En octobre 2012, le colloque du personnel a été plus qu'enrichissant. En effet, le personnel a été invité à dresser une liste de ce qui lui permettrait d'être davantage engagé et dynamisé envers la mission du Pavillon du Parc. Ces réponses ont été d'une grande importance et l'équipe de direction a voulu en faire un suivi dans les mois subséquents. À compter de mars 2013, le comité de direction ainsi que la coordonnatrice des activités d'établissement ont rencontré l'ensemble du personnel à l'occasion d'une tournée des équipes. L'Agrément, la performance organisationnelle ainsi que les plans d'action en lien avec la planification stratégique ont été abordés dans un contexte de dialogue avec le personnel.

La démarche d'Agrément a mobilisé l'ensemble du personnel tout au long de l'année. C'est certainement grâce à un personnel dévoué et dynamique que tous les défis ont pu être relevés dans les temps voulus.



Jean Dansereau,
Directeur général par intérim



Michel Hébert
Président du conseil d'administration

Nous profitons de l'occasion pour remercier tous les employés qui ont démontré leur engagement envers la mission et la clientèle. De son côté, le conseil d'administration a fait preuve de confiance et d'un appui actif tout au long de l'année alors que de nombreux changements s'opéraient au sein de l'établissement et nous en sommes très reconnaissants.

Il est clair que l'année nous a permis d'avancer vers certaines nouveautés. Pensons entre autres à de nouveaux partenariats, au déploiement des nouvelles offres de services spécialisés par parcours de vie, aux différents projets de recherche, aux travaux des différents comités pour n'en nommer que quelques-uns. C'est certainement avec de tels accomplissements que tous ensemble nous avançons pas à pas vers une société plus inclusive.

Michel Hébert
Président du conseil d'administration

Jean Dansereau,
Directeur général par intérim

DÉCLARATION PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM DE L'ÉTABLISSEMENT


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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 du Pavillon du Parc :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;

- présentent des données exactes et fiables.

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



Jean Dansereau
Directeur général par intérim



RAPPORT DE LA DIRECTION

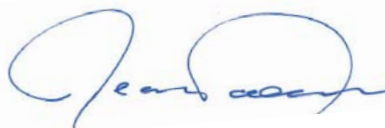
Les états financiers du Pavillon du Parc ont été complétés par la Direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes 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.

La Direction du Pavillon du Parc reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la Direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification et de finances. 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 senc. 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 senc. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification et de finances pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Jean Dansereau
Directeur général par intérim



Hélène Rouleau
Directrice des Services administratifs

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT



Notre mission

Le Pavillon du Parc est le centre de réadaptation en déficience intellectuelle (DI) et en troubles envahissants du développement (TED) de l'Outaouais. Nous sommes un établissement public du réseau de la santé et des services sociaux. Nous offrons nos services aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ainsi qu'à leur famille et leurs proches. Ces services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale et de soutien sont offerts dans un esprit de continuité, de diversité et de souplesse.

Notre vision

La valorisation d'une société inclusive et l'engagement envers l'excellence.

Cette vision élaborée lors de la rédaction de la planification stratégique 2011-2015 se veut un guide pour les actions posées au quotidien et demeure la pierre angulaire de nos services spécialisés. Les travaux de la dernière année ont permis au Pavillon du Parc de se doter d'un énoncé de vision visant à préciser son objet dans un délai prescrit qui s'articule ainsi :

«En 2017, le Pavillon du Parc aura rehaussé ses services spécialisés en maintenant son souci de la qualité et en augmentant sa performance, contribuant ainsi au développement d'une société plus inclusive et confirmant son engagement envers l'excellence, pour rayonner avec sens.»

NOS SERVICES

S'assurant que les services sont d'abord associés à la personne dans sa globalité et prenant en considération toutes ces dimensions, le Pavillon du Parc organise maintenant ses services par parcours de vie. Les offres de services spécialisés par parcours de vie procurent une flexibilité qui permet de considérer la personne selon les besoins requis par l'évolution de sa situation. Ces offres de services ont d'ailleurs fait l'objet d'un commentaire des visiteurs d'Agrément Canada qui ont souligné sa pertinence ainsi que son caractère novateur. Les parcours correspondent à cinq grandes périodes de la vie :

- **Petite enfance;**
- **Enfance-jeunesse;**
- **Adolescence et transition vers la vie adulte;**
- **Adulte;**
- **Personne vieillissante.**

Il convient également de préciser que la gamme de services du Pavillon du Parc aspire à être ponctuelle et offerte par épisode de services. Un épisode de services réfère à une période circonscrite dans le temps, durant laquelle les services offerts sont intensifs, structurés et concernent des domaines spécifiques d'intervention. Un épisode de services peut être poursuivi ou renouvelé, s'il y a concordance entre la nature des besoins de la personne et les offres de services spécialisés du Pavillon du Parc.

Les offres de services spécialisés comprennent également des offres de services pour les familles et proches, pour les partenaires, ainsi qu'un engagement envers la communauté.

NOS VALEURS

Respect

Confiance

Équité

Intégrité

Participation

Efficience

Perfectionnement

Innovation

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET DONNÉES DE SANTÉ

La région de l'Outaouais compte une population de 372 329 habitants selon les données les plus récentes de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2012). D'une superficie de 30 504 km², l'Outaouais est composée de 67 municipalités regroupées en quatre municipalités régionales de comté (MRC) auxquelles s'ajoutent la Ville de Gatineau. La plus grande concentration de sa population se retrouve à 72 % dans la Ville de Gatineau avec 266 535 habitants. Le secteur d'Aylmer et le territoire des Collines se développent à un rythme accéléré et l'augmentation relative de la population y est bien présente. Les territoires ruraux pour leur part connaissent une augmentation plus faible sans pour autant vivre une décroissance démographique telle que vécue ailleurs au Québec.

Même si la langue française demeure la langue la plus parlée à la maison en Outaouais, la langue anglaise a pris de l'ampleur et cette proportion est la plus élevée au Québec. En 2006, la langue anglaise est plus souvent mentionnée dans les populations de trois territoires de CSSS en particulier, soit celles du Pontiac (61,0 %), des Collines (26,9 %) et de la Vallée-de-la-Gatineau (15,8 %). Dans le territoire du CSSS de Gatineau, un pourcentage important de personnes déclarant l'anglais comme langue parlée le plus souvent à la maison est observé dans le territoire du CLSC d'Aylmer (35,5 %).

De façon générale, une augmentation de la proportion d'immigrants en Outaouais est observée. Toutefois, entre 2001 et 2006, la proportion d'immigrants était plus faible dans la région que dans l'ensemble du Québec, suivant une tendance historique qui

s'explique par le fait que la très grande majorité des immigrants au Québec s'installent dans la grande région de Montréal. En 2006, les proportions étaient de 7,0 % dans la région et de 11,5 % dans l'ensemble de la province. Enfin, il est clair que les immigrants en Outaouais s'établissent principalement dans les secteurs de Hull et d'Aylmer de la Ville de Gatineau, comme c'était déjà le cas dans les années 80 et 90.

Finalement, l'espérance de vie à la naissance de la population de l'Outaouais était inférieure, d'une année exactement, à l'espérance de vie moyenne observée au Québec durant la période 2003-2007.

Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)

Bien que les taux de prévalence diffèrent quelque peu d'un auteur à l'autre et que les tendances des dernières années semblent démontrées une augmentation des taux de prévalence TED, on peut estimer, selon les chiffres de l'ISQ, que la population de l'Outaouais présentant une DI ou un TED est de l'ordre de 4834.

Le Pavillon du Parc a desservi 1107 personnes au cours de l'année 2012-2013 et 32 personnes étaient en attente d'un premier service au 31 mars 2013.

Profil de la clientèle desservie en 2012-2013

Par parcours de vie	DI		TED		TOTAL
	F	H	F	H	
Petite enfance (0 à 6 ans)	35	33	11	62	141
Enfance-jeunesse (7 à 14 ans)	60	56	12	90	218
Adolescence et transition vers la vie adulte (15 à 21 ans)	57	70	4	36	167
Adulte (22 à 54 ans)	204	240	9	28	481
Personne vieillissante (55 ans et plus)	45	55	0	0	100
Sous-total	401	454	36	216	
TOTAL	855		252		1107

Services d'adaptation et de réadaptation selon leur contexte résidentiel au 31 mars 2013

	Milieu naturel	RNI*	Autre établissement	Organismes comm.	TOTAL
DI	394	373	8	12	787
TED	190	35	0	0	225
TOTAL	592	401	8	12	1012

*RNI : Ressources non institutionnelles

Usagers en attente de services au 31 mars des trois dernières années

Type de service	2012-2013	2011-2012	2010-2011
Un premier service	32	40	24
Services d'intégration résidentielle	81	59	58
Services socioprofessionnels	35	30	30
Services d'adaptation et de réadaptation	66	48	37

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

La planification stratégique 2011-2015 met en lumière 7 grandes orientations qui guident notre action, toujours dans un souci d'accessibilité, de continuité et de qualité. Ainsi, les faits saillants et les réalisations de l'année sont en lien avec les orientations suivantes :

- 1. De la promotion de l'exercice des droits et d'une société inclusive** : développer une complicité avec les acteurs de la société civile pour assurer le respect des droits et promouvoir l'inclusion des personnes;
- 2. Des services spécialisés pertinents, intégrés, accessibles, de qualité et sécuritaires** : avec les personnes, les familles et nos partenaires, assurer des offres de services intégrés et spécialisés;
- 3. Des ressources humaines disponibles, mobilisées et valorisées** : avec nos employés, consolider une approche respectueuse et proactive de la planification, du développement des ressources humaines dans un environnement de milieu de travail sain;

4. De la recherche intégrée et en soutien au développement et à l'évaluation de meilleures pratiques : avec nos partenaires de l'enseignement, consolider le développement, l'innovation, le transfert de connaissance et l'intégration des résultats de recherche dans la pratique;

5. De la communication et de l'information proactive et accessible : développer des stratégies pour des communications plus efficaces dans l'optique de favoriser le dialogue et dans un souci constant d'accessibilité universelle;

6. De la gestion intégrée de la qualité et de la performance : développer des mécanismes d'évaluation continue et intégrée de la performance pour consolider la qualité de nos services et de nos processus de gestion;

7. Des ressources financières adéquates et suffisantes pour donner les services requis et réduire la fragilité organisationnelle.

AGRÉMENT

En novembre 2012, l'établissement accueillait les visiteurs d'Agrément Canada. Nous avons reçu le statut « Agréé ». Cette troisième démarche d'Agrément a permis de faire le point sur la fiabilité des processus cliniques et organisationnels en place tout en visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services offerts. Les visiteurs ont pu faire part de certaines de leurs constatations lors d'une rencontre avec le personnel. Ils ont entre autres souligné l'engagement, la transparence et la générosité du personnel dans leurs interactions avec ces derniers. Ils ont du même coup mis de l'avant le courage du conseil d'administration concernant le changement de structure

d'encadrement, en plus de faire mention de l'excellence des processus administratifs et du caractère innovateur de plusieurs de nos réalisations. Finalement, ils ont mis en lumière les bénéfices concrets concernant l'affiliation existante entre le Pavillon du Parc et l'Université du Québec en Outaouais. Les faits saillants, les réalisations, les résultats et les différents travaux des comités présentés dans ce rapport annuel feront écho aux suites apportées aux recommandations faites par Agrément Canada dans son dernier rapport*. Ces suites seront identifiables tout au long du présent rapport annuel par l'icône suivant :

* Ce rapport est disponible sur le site Internet du Pavillon du Parc



PLAN D'ACTION PRIORITAIRE

En lien avec les sept grandes orientations stratégiques de l'établissement, les Directions ont élaboré un plan d'action prioritaire pour assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Étant donné l'intérim, ce plan d'action n'a réellement été mis en branle qu'à compter de septembre 2012. Ce plan suggère trois priorités sur lesquelles des actions concrètes ont été ciblées :

- les services spécialisés;
- la communication;
- le milieu de travail sain.

Cette section fait état des actions posées en cours d'année quant aux différentes priorités et par le fait même fournira de l'information relativement aux résultats de la planification stratégique 2011-2015.

Bien que la section «Plan d'action prioritaires» fasse état de certains résultats, le rapport annuel dans son ensemble rapporte les réalisations de l'année en lien avec le plan stratégique.

Plusieurs actions ont été entreprises en cours d'année même si elles ne figuraient pas dans le plan d'action prioritaire. Il est intéressant de constater que, depuis l'adoption de la planification stratégique, les activités amorcées rejoignent plus de 87% des objectifs identifiés dans cette dernière. Dans la seule année 2012-2013, les démarches entamées ont permis l'avancement de 67% des objectifs de la planification stratégique. À ce jour, 13% des objectifs de cette dernière sont complètement atteints.

SERVICES SPÉCIALISÉS

Déploiement des offres de services spécialisés

Un plan d'action pour le déploiement des offres de services spécialisés a été élaboré. Ce plan prévoyait une diffusion tant à l'interne qu'à l'externe. Ainsi, la majorité des équipes du Pavillon du Parc a été rencontrée lors d'une présentation des offres de services spécialisés. De plus, certaines occasions ont été saisies pour présenter les offres de services aux partenaires, telles diverses tables de concertations ou événements lors de semaines thématiques.

Processus clinique générique

Accompagnant les offres de services spécialisés, un processus clinique générique a été développé. Ce

processus identifie l'ensemble des activités cliniques et administratives présenté de façon chronologique et permettant de déterminer les étapes dans la prestation des interventions spécialisées. En lien avec celui-ci, des processus cliniques pour chaque parcours de vie sont élaborés.

Recension des outils

Une recension des outils utilisés par les différents groupes de professionnels a été amorcée en cours d'année. Ce travail important permettant d'avoir des données complètes et actuelles sur les outils utilisés dans le cadre de la pratique professionnelle emmènera une meilleure standardisation des outils et de leur utilisation par le personnel.

SERVICES SPÉCIALISÉS

Réseaux personnels et sociaux

La démarche sur les réseaux personnels et sociaux (RSP) s'est poursuivie au cours de 2012-2013. Toutes les équipes des territoires ruraux ont reçu la formation sur la sensibilisation à l'importance des RSP afin de se familiariser avec l'approche. Il ne reste que 20% du personnel en territoire urbain à rencontrer. Les résultats des recherches entreprises nous guideront dans un plus grand déploiement de cette pratique. Déjà, huit initiatives sont en cours de développement et plusieurs autres à la phase d'exploration. Depuis l'automne 2012, 14 étudiants bénévoles de l'Université d'Ottawa ont été jumelés à des usagers, le but ultime étant de passer de bénévole au statut de membre du RSP de l'utilisateur. Déjà, cinq de ces 14 étudiants maintiennent, au-delà de leur bénévolat, des liens avec la personne avec laquelle ils ont été jumelés.

Gestion des risques

Une vigilance accrue a été accordée quant au suivi de la politique de gestion des risques dans les ressources non institutionnelles (RNI) de l'établissement dans le but d'augmenter l'efficacité des mesures de prévention.

Renouvellement de protocoles d'ententes et de collaboration

L'année 2012-2013 a été l'occasion de renouveler certains protocoles d'ententes et de collaboration. Au niveau du socioprofessionnel, des ententes avec les organismes communautaires ont été renouvelées dont CADO, APICO, le Centre des aînés, le dépanneur Sylvestre, la Ferme Babouchka, les Serres de l'Outaouais et Action Aide Loisir Papineau. En termes de répit, les territoires de Gatineau et Des Collines, du Pontiac et de la Vallée-de-la-Gatineau ont renouvelé leurs ententes avec différents partenaires dont les Habitations Nouveau Départ, le centre Serge Bélair et le Lac Grenon. La bonne complicité et la complémen-

tarité existante avec ces partenaires assurent un relais et permettent de pleinement jouer notre rôle tout en donnant un sens concret à l'épisode de services.

Spécialiste en activités cliniques Familles et proches

L'établissement a choisi d'investir en rendant permanent le poste de Spécialiste en activités cliniques – Familles et proches. Cette démarche a pour but de mieux outiller les intervenants et ainsi faciliter le partenariat avec les familles. De plus, elle permet de sensibiliser les intervenants aux besoins des familles et d'accompagner les parents dans la trajectoire de services.

Déploiement de la loi no. 24

Le travail accompli afin de bien évaluer les besoins de notre clientèle a permis un bon appariement avec les ressources en lien avec la loi no. 24. Au-delà du stress occasionné par les échéanciers et les impératifs gouvernementaux, l'établissement a maintenu, par les actions de son personnel, ses standards de qualité et son engagement à répondre de façon optimale aux besoins des clients.

COMMUNICATION

Plan de communication

Un plan de communication a été développé à l'automne 2012. Il traduit entre autres la vision, les orientations, les stratégies et les actions du Pavillon du Parc d'un point de vue communicationnel. Il vise à favoriser une communication ouverte et transparente de façon à assurer la circulation d'une information de qualité auprès des publics internes et externes, de même qu'à soutenir la mobilisation et la contribution du personnel.

Centre de documentation

Le centre de documentation du Pavillon du Parc est relativement nouveau. Une ressource à temps plein est dédiée à la gestion de ce centre de même qu'aux archives. L'année 2012-2013 a été l'occasion d'identifier les besoins des utilisateurs du centre de documentation afin de développer un intérêt de leur part. Les nouveautés du centre de documentation apparaissent dans le journal interne du Pavillon du Parc.

MILIEU DE TRAVAIL SAIN

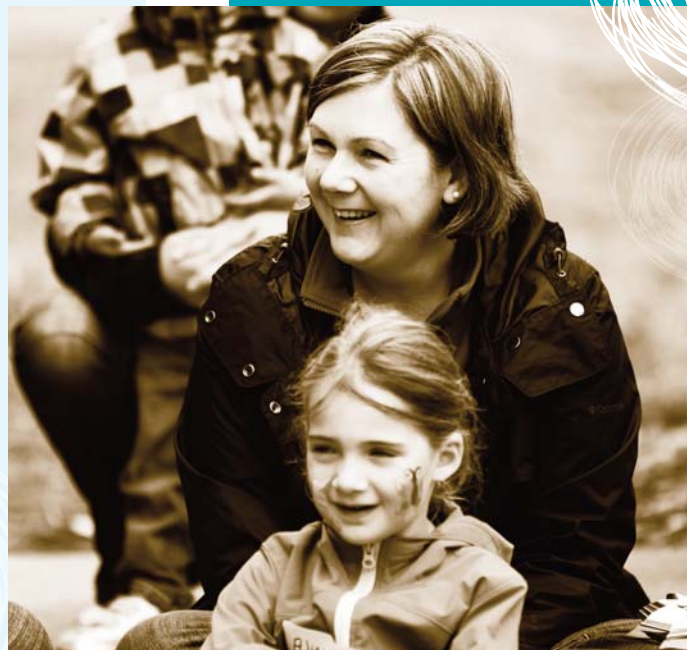
Coordonnateur des ressources humaines

L'arrivée du coordonnateur au Service des ressources humaines en décembre 2012 a permis d'augmenter la cohésion d'équipe ainsi que de

développer des actions plus stratégiques en ce qui a trait au milieu de travail sain. Les actions entreprises depuis son arrivée permettront d'avancer davantage dans les divers dossiers au cours de l'année qui vient.

Un colloque du personnel enrichissant suivi d'une tournée de la Direction générale

Le colloque du personnel d'octobre 2012 ainsi que la tournée de la Direction générale qui s'en est suivie ont permis à l'ensemble du personnel d'apporter une contribution majeure à l'identification des enjeux de l'établissement ainsi que de s'approprier les différentes priorités énoncées au plan d'action.



FAITS SAILLANTS ET RÉALISATIONS

• Carte routière

La carte routière vers le secondaire et la carte routière vers la vie adulte ont été officiellement lancées en septembre 2012. Les cartes routières ont été développées pour répondre à l'importance de bien planifier les transitions que vivent les jeunes en situation de handicap ou de difficultés d'adaptation ou d'apprentissage. Selon la carte routière consultée, des outils spécifiques sont destinés soit aux parents, directions, enseignants, intervenants ou employeurs. Ces cartes routières sont disponibles gratuitement en version électronique au <http://w3.uqo.ca/transition/>.

• Prix David CIRLI

La Chaire interdisciplinaire de recherche en littératie et inclusion (CIRLI) s'est mérité un prix David le 3 décembre 2012. Ces prix sont remis annuellement par le Regroupement des associations de personnes handicapées de l'Outaouais (RAPHO). Le prix David a été remporté dans la catégorie sensibilisation pour les différents travaux concrétisés dans le cadre de cette Chaire.

• Journée du personnel de la Direction des services administratifs

En décembre 2012, la Direction des services administratifs (DSA) a tenu une journée complète de formation et d'échange entre son personnel. Sous le thème « Bâtir ensemble », cette journée a permis à tous les employés de se familiariser avec le rôle de leur collègue et de connaître l'impact de leur travail au quotidien. Lors de cette journée, la présentation « Qu'est-ce que la déficience intellectuelle ou le trouble envahissant du développement? » a été offerte. Cette dernière a été grandement appréciée par le

personnel administratif qui ne travaille pas directement avec la clientèle. Il s'agit d'une initiative dont nous devons nous inspirer pour d'autres activités qui permettront de mieux reconnaître la contribution de tous à la réalisation de la mission.

• Activité de Zumba pour le personnel

Depuis janvier 2013, un programme de mise en forme de type Zumba est offert au siège social du Pavillon du Parc. Ainsi, à raison de trois midis par semaine, les employés peuvent donner le meilleur d'eux en travaillant leur cœur et leurs muscles. Cette initiative est un projet « Environnement de travail » développé par une employée qui assure l'animation des cours.

• Formation OMÉGA

Au cours de l'année, trois employés du Pavillon du Parc ont obtenu leur certification de formateur OMÉGA. Le Pavillon du Parc a choisi d'investir pour se doter de formateurs à l'interne permettant d'outiller les intervenants d'habiletés et de modes d'intervention qui assurent leur sécurité et celle des autres lors de situation de crise avec comportement violent. De plus, cela permet également de faire de meilleurs suivis suite à de tels épisodes et ainsi améliorer la qualité et la sécurité des services.

Au cours de l'année 2012-2013, de nombreux outils ont été déployés. Certains sont utilisés par le personnel, d'autres par les usagers. Ces outils visent entre autres, la qualité, la sécurité des services, de même que l'inclusion des personnes dans la communauté :

• Horaires harmonisés

Le projet pilote d'utilisation d'horaires harmonisés est maintenant déployé dans toutes les résidences. Cet outil vise la réduction significative des risques liés aux erreurs de médication. Comme l'outil est le même dans toutes les résidences, le personnel peut facilement se retrouver par rapport aux éléments critiques pour l'usager. L'évaluation de l'efficacité de l'outil est prévue pour l'automne 2013.



• Programme de sensibilisation/désensibilisation à la prise de sang

En février 2013, le programme de sensibilisation/désensibilisation à la prise de sang pour la clientèle a été officiellement lancé. Ce programme vise à diminuer l'anxiété souvent associée à une prise de sang. Il fournit plusieurs outils, dont une vidéo démontrant les étapes de la prise de sang avec pictogrammes dans l'objectif de vivre avec succès une expérience de prise de sang.

• Évaluation des personnes vieillissantes

Plusieurs outils sont disponibles aux intervenants du Pavillon du Parc afin d'évaluer et de mieux anticiper les changements fonctionnels de la personne vieillissante. En cours d'année, le comité sur le vieillissement a recommandé l'ajout d'un outil de dépistage de la démence ainsi qu'une démarche d'évaluation de la clientèle adulte vieillissante et clientèle à risque. Ces recommandations sont étroitement en lien avec les travaux du comité sur le vieillissement et des apports de nos partenaires pour la clientèle vieillissante du Pavillon du Parc.

• MARTI

L'utilisation de l'application MARTI (Mon assistant à la réalisation de tâches interactif) par certains usagers du Pavillon du Parc s'avère jusqu'à maintenant très enrichissante. Entre autres, six usagers utilisent un iPod avec l'application MARTI sur leur lieu de travail. Un bilan du projet se fera dans les prochains mois, mais déjà des résultats positifs sont perçus.

• Guide pour ma vie de tous les jours

Le Guide pour ma vie de tous les jours a été rendu disponible au printemps 2012. Cette traduction et adaptation de la version originale du « Planner Guide » touche plusieurs sphères de la vie quotidienne dont : la vie personnelle, résolution de problèmes, communication, relations interpersonnelles, information, communauté, travail, maison (téléphone, santé, sécurité,

activité, hygiène), école, etc. Le Pavillon du Parc est un distributeur exclusif de la version française de ce guide.

• Questionnaire MHAVIE

L'utilisation de l'outil MHAVIE (Mesures des habitudes de vie) découle d'une décision de l'établissement et s'inscrit dans un processus de recherche avec d'autres établissements. Ainsi, entre septembre et décembre 2012, il a été demandé aux intervenants de tester l'outil MHAVIE auprès de la clientèle 5-13 ans. Trente questionnaires MHAVIE ont été administrés par 18 intervenants. Plusieurs points forts ont été soulignés par les participants. Le principal défi demeure dans l'articulation de cet outil dans nos processus cliniques.

• Grille Ishikawa

La grille d'Ishikawa est un nouvel outil intégré dans les analyses prospectives. Ce mode d'analyse systémique permet d'établir un diagnostic complexe et évolutif en vue d'un résultat attendu ou encore en fonction d'un résultat atteint. Au Pavillon du Parc, il permet une analyse plus raffinée des causes pouvant expliquer les erreurs de médicaments. La grille pourrait également s'appliquer pour les autres principaux risques identifiés par exemple les chutes.



• Grille de complexité des dossiers de l'intervenant

La complexité de la réponse aux besoins de la personne, la fréquence et l'intensité des interventions, tout comme la situation dans laquelle se trouve la personne sont autant d'éléments que l'intervenant doit considérer dans ses dossiers. Le Pavillon du Parc s'est doté d'un outil permettant de faire une analyse de tous les dossiers de façon systématique, en utilisant les mêmes indicateurs. Ainsi, la Grille de complexité des dossiers de l'intervenant propose des paramètres qui fournissent des points de repère communs aux intervenants et aux cadres cliniques afin de mieux analyser et ajuster la prestation de services en réponse aux besoins du client.

PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE

Nouvelle structure d'encadrement

La nomination intérimaire d'un directeur général a nécessité une réflexion en lien avec la structure organisationnelle de l'établissement. Une démarche avait déjà été amorcée en février 2012 autour de la vision.

L'équipe de direction a poursuivi cette réflexion et proposée en juillet 2012 un nouvel énoncé de vision, congruent à celui de la planification stratégique 2011-2015, mais venant le détailler. Plutôt que de subir l'intérim à la Direction générale, le comité de direction en a profité pour s'interroger à savoir si la structure d'encadrement actuelle servait bien l'établissement. Cette réflexion a mené l'équipe de direction à vouloir assurer une meilleure préparation de la relève-cadre, maintenir la cohésion des directions et consolider la logique de l'organisation clinique. Cette démarche s'est articulée autour de la planification stratégique 2011-2015 ainsi que l'énoncé de vision 2017.

La nouvelle structure repose donc sur trois directions, plutôt que cinq, une seule Direction des services de réadaptation (DSR) qui supervise directement l'ensemble des services spécifiques aux troubles du comportement/troubles graves du comportement (TC/TGC) et les fonctions d'accès, un seul coordonnateur pour l'ensemble des services régionalisés et un renforcement des fonctions ressources humaines (RH) avec la création d'un poste de coordonnateur pour soutenir la cohésion de l'équipe.

Lors du dernier exercice financier, le conseil d'administration avait accepté la création d'un poste de Direction des ressources humaines. Toutefois, le comité de direction sous l'intérim en est venu à la conclusion que pour maintenir une vision d'une responsabilité partagée des ressources humaines et pour conserver

une cohésion dans les orientations, le Service des ressources humaines devait demeurer sous la Direction des services administratifs. Ainsi, un poste de coordonnateur des ressources humaines était davantage approprié. Dans ce même mouvement de rationalisation, l'ensemble des services de soutien technique (ressources matérielles et ressources informationnelles) a été réuni sous un seul chef de service.

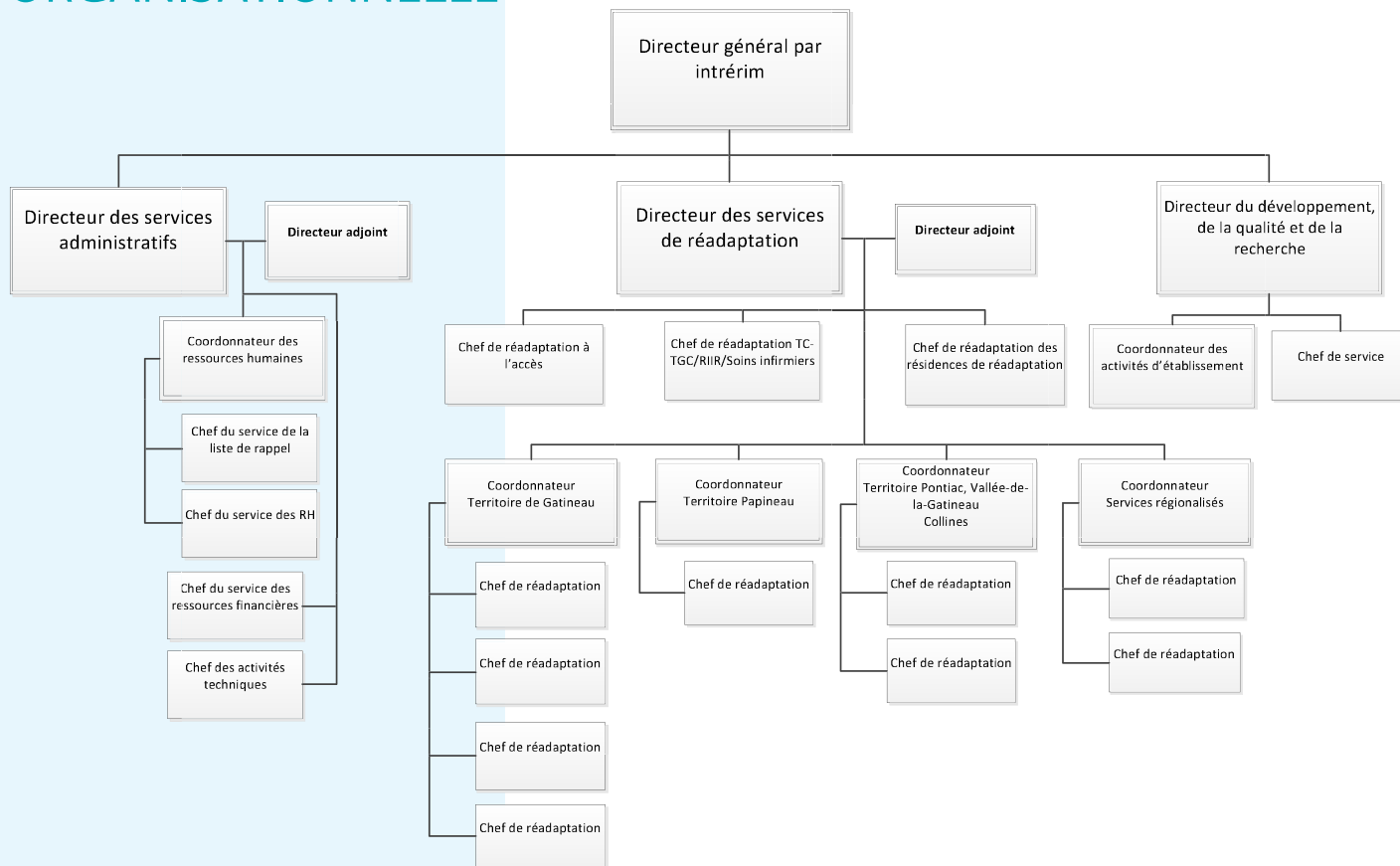
La nouvelle structure a également permis d'organiser les services régionalisés et les services sur le territoire de Gatineau selon la logique de nos offres de services spécialisés, soit par parcours de vie.

Depuis mars 2012, le Pavillon du Parc s'était engagé dans un processus d'évaluation et d'élaboration de profils de compétences pour l'ensemble des cadres de l'établissement. Dans cette perspective, la firme EPSI a procédé à l'élaboration des profils de compétences pour chaque famille de cadre (directeur, coordonnateur, chef de service). Ainsi, les compétences essentielles pour chaque poste ont été déterminées.

Ces travaux ont bien servi l'établissement dans le contexte d'une réorganisation de sa structure d'encadrement en confiant à chaque cadre des fonctions qui tenaient compte de leur profil de compétences pour optimiser les forces de chacun ou favoriser leur développement, et ainsi mieux servir la poursuite de notre mission.



STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



Adoptée par le conseil d'administration le 19 septembre 2012

Dernière mise à jour le 31 mars 2013

PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE (SUITE)

Virage résidentiel

Dans le souci constant du meilleur pairage pour répondre aux besoins d'hébergement de notre clientèle, nous avons poursuivi le redéploiement de nos ressources résidentielles. Compte tenu de la spécialisation des résidences à assistance continue (RAC) et des mandats qui leur sont dévolus, le Pavillon du Parc a

procédé à une réallocation de ses ressources en juillet 2012 :

- La RAC du 240, Robert-Wright est devenue un lieu transitoire lors de situations d'urgence, de crise ou de situations imprévues;
- Afin de répondre plus efficacement aux besoins grandissants des usagers hébergés à la RAC Louis-Antoine-Couillard à Papineauville, nous avons dû procéder à un déplacement de ceux-ci vers d'autres ressources, occasionnant la fermeture de la RAC. Toutefois cette réorganisation des services a permis de développer deux places d'hébergement supplémentaires. Cette fermeture n'a occasionné aucune suppression de poste et parallèlement a pu alléger les pressions sur notre liste de rappel.

Gestion intégrée du risque

La démarche d'Agrément a permis à l'établissement de se sensibiliser à l'importance d'avoir une approche intégrée de la gestion du risque dans toutes les sphères de l'organisation. Certes, la préoccupation de la prestation sécuritaire des services directs est capitale toutefois, elle est insuffisante. L'établissement a décidé de définir un cadre global qui encadre la gestion du risque et de la qualité pour l'ensemble des activités de l'établissement. Ce cadre global vient systématiser l'analyse de l'impact des risques dans l'ensemble des processus de l'établissement. Le cadre de gestion intégrée du risque vient consolider des actions et le suivi d'information. Ainsi, un cadre de référence a été établi, de même qu'un comité conjoint gestion des risques, soins infirmiers, santé-sécurité au travail et installations matérielles a vu le jour.



Accueil et accès

Le service à l'Accès (AEO) s'est vu amélioré en cours d'année par l'ajout de personnel supplémentaire pour les mesures d'appoint. De plus, un protocole d'entente avec le Centre régional de réadaptation La RessourSe et le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau a été signé pour accélérer les références à nos services diminuant ainsi les délais de transfert et favorisant la continuité des services d'un établissement à l'autre.



NOS INSTANCES

Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique s'est rencontré à neuf reprises au cours de l'année. M. Michel Hébert assure la présidence et Mme Nicole Ouellette, coordonnatrice des activités d'établissement, agit comme personne-ressource du comité depuis juin 2012.

Le premier grand dossier sur lequel le comité a travaillé fut à partir du sondage effectué dans le cadre de la visite d'Agrément Canada. Les membres ont utilisé les normes d'Agrément Canada pour les guider dans la mise en place des meilleures pratiques de gouvernance et s'assurer de bien s'acquitter des obligations qui leur sont conférées par la loi no. 127.

Le 5 septembre 2012, un plan d'action du comité de gouvernance en lien avec les normes d'Agrément Canada et la loi no. 127, fut adopté par le conseil d'administration en même temps que l'approbation de l'inventaire des compétences et expériences des membres et le tableau de succession. Ces outils permettent au conseil d'administration d'obtenir une bonne représentativité et un profil plus précis de ses besoins de recrutement afin de s'acquitter pleinement de ses responsabilités.

Le comité a également soumis son plan de travail au conseil d'administration. Ce plan couvre quatre grandes activités :



- évaluation du rendement du conseil d'administration;
- révision du règlement de la régie interne;
- engagement éthique;
- recrutement et formation.

Les travaux étant déjà bien avancés, le comité devrait être en mesure de compléter les objectifs fixés dans son plan d'action d'ici décembre 2013.

Comité de finances et de vérification

En 2012-2013 le comité a recommandé la transformation du poste de Directeur des ressources humaines en poste de coordonnateur des ressources humaines dans le cadre de la réorganisation de la structure d'encadrement en plus d'assurer le suivi de la gestion financière de l'établissement.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité travaille principalement à partir des travaux de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du comité de gestion des risques. Le comité a analysé et recommandé au conseil d'administration les rapports périodiques et annuels de gestion des risques et de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Suite à ces rapports, aucune action relevant du conseil d'administration n'était requise et aucune conclusion complémentaire n'a été tirée par le comité de vigilance et de la qualité concernant la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus.

Au cours du prochain exercice, le comité se dotera d'un tableau synthèse sur l'ensemble des actions ou recommandations entreprises pour l'amélioration continue de la qualité et pour en faire un suivi.

Comité des services à la clientèle

À l'occasion de deux rencontres au cours de l'année 2012-2013, la composition du comité ainsi que le mandat ont été revus. Lors de ces rencontres, le comité s'est penché sur la réorganisation des services régionalisés par parcours de vie, et non plus par diagnostic DI-TED.

De plus, le comité a traité le dossier du déploiement des offres de services en émettant des commentaires et

suggestions sur le plan d'action entourant cette démarche. Finalement, le comité a pu prendre connaissance de toute l'approche visant le déploiement des processus cliniques.

Conseil multidisciplinaire



Une fois de plus, le conseil multidisciplinaire (CM) a fait preuve d'une grande implication avec une participation accrue dans l'ensemble des comités du Pavillon du Parc. Dans un souci constant d'informer ses membres, le conseil multidisciplinaire a établi un plan de communication dont le mode privilégié est une capsule d'information mensuelle dans le journal interne. Étant donné les nombreux nouveaux membres sur l'exécutif du CM, ce dernier a pris un moment pour travailler un plan d'action facilitant la priorisation des dossiers.

La régie interne étant à échéance, un sous-comité de l'exécutif a procédé à la révision de ce document. Le conseil d'administration a approuvé ce nouveau document le 13 février 2013.

L'interdisciplinarité demeure un sujet prioritaire pour le CM et les membres du CM et de l'exécutif ont eu une préoccupation de poursuivre les travaux sur le sujet. Une demande avait été adressée à la Direction afin de prendre des engagements quant à la mise en place de moyens facilitant le travail en interdisciplinarité. Certaines des recommandations proposées sont en cours d'actualisation.



Fort d'une recommandation d'Agrément Canada, les travaux sur l'interdisciplinarité se sont poursuivis suite à la visite de novembre 2012. À partir des données recueillies lors d'une tournée, un comité composé de différents professionnels se penche actuellement sur des propositions de recommandations et sur la conception d'un cadre de référence quant à l'interdisciplinarité. Ces

travaux devraient être présentés aux membres au cours de la prochaine année.

Finalement, plusieurs projets ont été adoptés par le comité exécutif du CM cette année :

- grille de complexité;
- évaluation des personnes vieillissantes;
- programme de sensibilisation/désensibilisation à la prise de sang;
- plan d'intégration de la personne dans un nouveau milieu.

Comité des usagers

En plus des rencontres de l'exécutif, dont six avec la Direction générale, le comité a tenu six réunions régulières. L'assemblée générale annuelle a eu lieu le 4 juin 2012 dans les locaux du Pavillon du Parc au 124, rue Lois à Gatineau. De plus, certains membres du comité des usagers ont participé à la démarche d'Agrément en rencontrant les visiteurs le 28 novembre 2012.

Les principaux sujets discutés en cours d'année touchaient les services à la clientèle, les enjeux de transport, de soins de santé, la communication, le vieillissement de la clientèle, l'accessibilité et la qualité des services de santé en Outaouais, certaines prestations/tarififications sociales, ainsi que divers sujets d'information ponctuelle.

En 2013-2014, le comité des usagers compte poursuivre la publication de son journal L'Impact pour :

- promouvoir la mission et les activités du comité;
- susciter la participation des usagers ou de leurs représentants au comité;
- veiller à la qualité des services et à la défense des droits des usagers à une réelle inclusion sociale;
- poursuivre les démarches entreprises dans les dossiers en cours, et se rendre disponible aux usagers et leurs représentants, tel qu'il se doit.

NOS INSTANCES

Comité de recherche

En 2012-2013, les membres du comité de recherche ont procédé à l'évaluation de la convenance institutionnelle de trois nouveaux projets de recherche :

- l'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec (Carmen Dionne);
- TED, santé bucco-dentaire et intervention éducative (Mariama Amadou et Julie Ruel);
- les pratiques de transition lors de la rentrée des enfants au préscolaire (Julie Ruel, André Moreau, Annie Bérubé et Johanne April).

De plus, des 76 projets en cours dans l'ensemble des CRDI du Québec, 16 projets se sont déroulés au Pavillon du Parc en 2012-2013. Effectivement, 16 recherches différentes ont été actives à un moment ou à un autre dans l'établissement. Au 31 mars 2013, 15 recherches étaient encore actives.

Nombre de recherches qui se sont réalisées au cours des dernières années au Pavillon du Parc

2008-2009	14
2009-2010	15
2010-2011	14
2011-2012	17
2012-2013	16



Les collaborations de recherche avec le milieu universitaire, et tout particulièrement celles réalisées dans le cadre de l'affiliation avec l'UQO, permettent de répondre à des enjeux identifiés tant dans notre planification

stratégique que dans nos offres de services. Elles permettent également de répondre aux normes d'Agrément en matière de recherche, tout particulièrement en ce qui a trait à l'implantation de pratiques cliniques basées sur des données récentes et probantes.

Faits saillants de la recherche au Pavillon du Parc en 2012-2013 :

- Les visiteurs d'Agrément Canada ont souligné la valeur et la richesse des activités de recherche menées au Pavillon du Parc;
- Le rayonnement du Pavillon du Parc à travers des activités de diffusion de la recherche tant national qu'international. À ce titre, des présentations lors de congrès et colloques ont été faites sur différents sujets, dont entre autres : les cartes routières, la littératie, les groupes de pairs, le soutien à l'intervention interculturelle, le programme de sensibilisation / désensibilisation à la prise de sang, l'utilisation de l'outil MARTI, etc. De plus, des conférences-midi organisées au siège social du Pavillon du Parc ont permis de présenter certains résultats de recherche tant aux employés qu'aux partenaires;
- Le Pavillon du Parc a contribué de façon importante au colloque de l'IQDI tenu en novembre 2012 à Gatineau et au colloque annuel dans le cadre de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle qui s'est tenu en mars 2012 à St-André-Avellin.
- L'octroi, pour une 4^e année consécutive, de bourses de premier cycle d'initiation à la recherche du CNRIS. Ces bourses ont permis à 3 étudiant(e)s de réaliser un stage de recherche au Pavillon du Parc durant l'été 2012.
- Plusieurs activités ont appuyé la valorisation, le transfert et le partage des savoirs, dont des publications scientifiques, des publications professionnelles, des formations spécifiques et le développement d'outils.

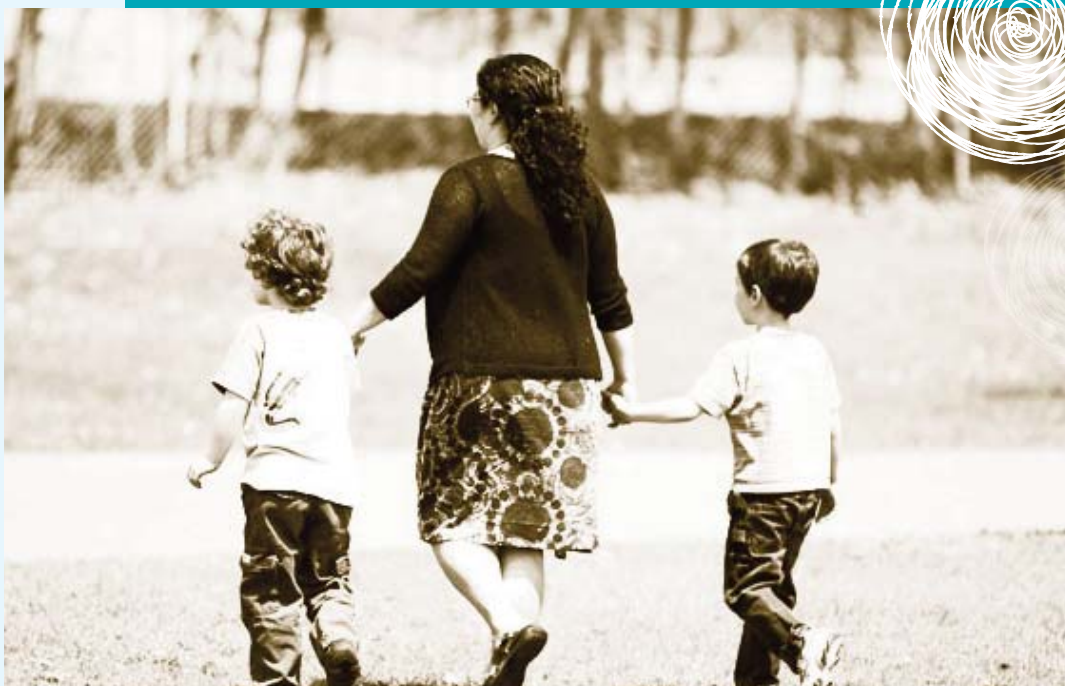


Finalement, le comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDITED (CÉRC/CRDITED) a mis en lumière deux perspectives d'action pour 2013-2014 :

- mettre en place un programme de formation en éthique de la recherche;
- rédiger différents articles portant sur l'éthique de la recherche pour la revue du CNRIS.

Les collaborations de recherche avec le milieu universitaire, et tout particulièrement celles réalisées dans le cadre de l'affiliation avec l'UQO, permet

tent de répondre à des enjeux identifiés tant dans notre planification stratégique que dans nos offres de services. Elles permettent également de répondre aux normes d'Agrément en matière de recherche, tout particulièrement en ce qui a trait à l'implantation de pratiques cliniques basées sur des données récentes et probantes.



EFFECTIFS AU 31 MARS 2013

	Exercice en cours	Exercice antérieur
CADRES		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	30	28
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	-	-
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
EMPLOYÉS RÉGULIERS		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	220	234
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	41	44
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
EMPLOYÉS OCCASIONNELS		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	112 644	107 229
Équivalents temps complet	61	59

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées;
divisé par : 1827 heures

INFORMATION RELATIVEMENT À L'APPLICATION DE LA LOI NO. 100

Mesures	Cible	Résultat
Mesure mise en place pour la compression de la loi 100		
Diminution des coûts d'opération de la formation	12 930 \$	Partiellement réalisé
Mesures mises en place pour la compression de l'optimisation – Autres que secteur administratif		
Diminution des coûts d'encadrement suite à la transformation des services résidentiels	126 576 \$	Réalisé
Diminution des coûts suite à la transformation des services résidentiels	40 000 \$	Réalisé
Diminution des coûts d'énergie suite au fonctionnement optimal des installations de géothermie	64 300 \$	Réalisé
Diminution des coûts projet de transformation résidentiel	70 000 \$	Réalisé
TOTAL	313 806\$	

Les mesures mises en place pour rencontrer les cibles de compression en lien avec la loi no. 100 ont un impact sur la formation offerte au personnel. L'établissement a tout de même réussi à donner un certain nombre de formations au cours de l'exercice 2012-

2013. Dans l'optique de reprendre les formations délaissées dans les dernières années, l'offre de formations inclura prioritairement les formations de RCR, d'éthique ainsi que celle sur les droits des usagers et le traitement des plaintes.

Type de formation	2012-2013		2011-2012		2011-2010	
	# de formations	# de participants	# de formations	# de participants	# de formations	# de participants
Formation administrative	47	258	54	289	75	401
Formation clinique à l'interne	207	583	380	1144	427	1204
Formation clinique à l'externe	41	135	58	181	49	139
TOTAL	295	976	492	1614	551	1744

LA SÉCURITÉ DES SOINS ET LA QUALITÉ DES SERVICES : UNE PRIORITÉ

Suite aux travaux du comité de vigilance et de la qualité et du comité de gestion des risques

Cette année, une augmentation de 14% du nombre total de déclarations des incidents et des accidents est observée. En effet, 1072 événements ont été déclarés comparativement à 926 l'an dernier. Cette augmentation témoigne d'une culture positive de déclaration au sein de l'établissement. Parmi les éléments susceptibles d'expliquer la hausse du nombre de déclarations, notons les différentes actions prises en cours d'année

pour promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents/accidents : articles et jeu ludique dans le journal interne l'Entre-Nous, présentations à diverses instances des rapports trimestriels, promotion de différents outils via l'Intranet de l'établissement, la création de capsules bons coups en gestion des risques ainsi que les différentes formations.

Titre de la formation	Nombre de formations	Nombre de participants
Principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)	11	56
Soins de santé	9	31
Gestion des risques	18	98
Mesures exceptionnelles de contrôle	2	23

Les incidents et les accidents sans conséquence représentent 63 % des déclarations pour l'année 2012-2013, ce qui permet une bien meilleure prévention. De

leur côté, les accidents avec conséquence ont diminué en proportion passant de 55% à 37%.

Gravité	2012-2013	2011-2012
Incident	12 %	20 %
Accident sans conséquence	51 %	25 %
Accident avec conséquence	37 %	55 %

Également, soulignons que l'augmentation du volume de déclarations s'explique par des efforts soutenus afin de rendre plus transparent et compréhensible le

processus en gestion intégrée des risques dans l'ensemble de nos milieux de vie.

Milieu de services	2012-2013	2011-2012	↑ ou ↓
RTF	76	57	↑ de 33%
RI	135	72	↑ de 88%
RAC	729	696	↑ de 4%
Centre d'activité de jour	66	45	↑ de 46%

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance sont les suivants :

Type d'événement	Année 2012-2013	Année 2011-2012	↑ ou ↓
Erreurs de médicament	215	195	↑ 10%
Chutes	160	142	↑ 12%
Possibilités d'abus	146	119	↑ 22%



Enfin, de nombreux suivis et recommandations ont été effectués par les membres du comité de gestion des risques en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés et des infections nosocomiales :

En plus des nouveaux outils déployés (horaires harmonisés, grille de selle et des laxatifs) et du comité conjoint gestion des risques, soins infirmiers, santé-sécurité au travail et installations matérielles, une démarche s'est concrétisée afin de sensibiliser davantage le personnel terrain. En effet, les statistiques et les analyses prospectives sont fournies aux gestionnaires qui s'assurent de mettre en place les mesures préventives et d'en faire part à leur équipe terrain.

De plus, un agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) et une spécialiste en activités cliniques (SAC) collaborent afin d'informer et de développer une approche pour inciter et sensibiliser les gens à l'importance des réseaux personnels et sociaux comme facteur de protection.

D'autres suivis et recommandations ont été effectués par le comité de gestion des risques en cours d'année :

- révision du contenu de la formation gestion des risques;

- révision de l'ensemble des procédures et politiques;
- développement d'un tableau de bord pour le suivi des pratiques organisationnelles requises (POR);
- participation à la journée nationale et mondiale sur le lavage des mains : deux activités réalisées auprès des intervenants et usagers;
- rédaction de procédure en lien avec les mesures de prévention des infections et le vaccin antigrippal.

Finalement, aucune mesure n'a été recommandée par un coroner. Toutefois, suite à trois décès accidentels par étouffement, un sous-comité dysphagie a été mis en place afin notamment de documenter cette problématique, de ressortir les interventions préventives à privilégier, etc. Le but étant d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services, et ce, en collaboration avec nos partenaires. Ce sous-comité relève du comité de la gestion des risques.

Plusieurs constats ont été tirés suite à l'évaluation annuelle de l'application des mesures exceptionnelles de contrôle des usagers.

Année	Nb d'usagers distincts	Nb de signalements	Installation du Pavillon du Parc	Hors installation	Intervention planifiée	Intervention non planifiée
2008-2009	15	92	6	86	82	10
2009-2010	8	95	0	95	94	2
2010-2011	17	94	2	92	56	38
2011-2012	18	57	17	40	28	29
2012-2013	26	88	12	76	22	66

CONSTATS

- Pour l'année 2012-2013, nous observons une augmentation du nombre de signalements puisque 88 fiches de signalements ont été complétées comparativement à 57 l'an dernier. Le nombre d'usagers concernés par ces fiches est également à la hausse puisqu'il touche 26 usagers cette année par rapport à 18 l'an dernier;

- Précisons que sur les 26 usagers de cette année, 4 usagers ressortent du lot représentant 58% du volume total de fiches reçues;

- Concernant les usagers dont une fiche de signalement a été complétée, 46% des mesures ont été appliquées dans un contexte d'urgence soit plus spécifiquement 12 des 26 usagers;

- Il est important de préciser que du volume total de fiches reçues 41% a été complété pour une clientèle mineure (âgé de moins de 18 ans) où les mesures d'intervention planifiée ne sont pas privilégiées. Et donc, 59% est en lien avec une clientèle adulte.



L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS : UN OUTIL POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DES SOINS ET LA QUALITÉ DES SERVICES

Nombre de plaintes	Nombre de plaintes 2012-2013	Nombre de plaintes 2011-2012
Nombre de plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	1	0
Nombre de plaintes reçues	11	13
Nombre de plaintes rejetées	0	0
Nombre de plaintes conclues	12	12**
Nombre de plaintes refusées ou abandonnées	0	0
Plaintes transmises au deuxième palier, soit au Protecteur du citoyen	0	0

* Il y a eu 14 plaintes en 2010-2011 et 13 plaintes en 2009-2010

**Une plainte en voie de traitement à la fin de l'année 2011-2012 a été conclue en 2012-2013

L'établissement a bien accueilli les recommandations émises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité et a mis en place les correctifs nécessaires en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits. En examinant attentivement les types de recommandations adressées à l'établissement et les mesures correctives appliquées par les gestionnaires, trois enjeux principaux sont identifiés pour l'équipe du Pavillon du Parc : la continuité des services, la communication et l'accessibilité aux services. Le Pavillon du Parc a également accueilli favorablement deux recommandations du Protecteur du citoyen en lien avec l'accueil et l'accès. Ces modifications expliquées dans la section Principales modifications apportées durant l'exercice ont entre autres permis d'accélérer les références à nos services diminuant ainsi les délais de transfert et favorisant la continuité des services d'un établissement à l'autre.

Au cours de l'année 2012-2013, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a pu présenter le processus d'examen des plaintes et son rôle à plusieurs groupes : l'exécutif du comité des usagers et l'ensemble des gestionnaires. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité a également participé à l'Assemblée générale annuelle du comité des usagers, de même qu'à la démarche d'Agrément de l'établissement.

Outre les affiches et dépliants dans les points de services et les ressources du Pavillon du Parc, la population a accès aux coordonnées de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, au rapport annuel et à la procédure d'examen des plaintes sur le site Web de l'établissement.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 2012-2013

Membres du conseil d'administration
au 31 mars 2013

M. Michel Hébert, président - population

M. Claude Létourneau, vice-président - cooptation

M. Jean Dansereau, secrétaire - directeur général par intérim

M. France Delorme, membre - population

Mme Louise Foran, membre - comité des usagers

Mme Hélène Béland, membre - comité des usagers

M. André Martineau, membre - fondation

M. Yvan Liben, membre - conseil multidisciplinaire

Mme Ghislaine Fabre, membre - conseil multidisciplinaire

Mme Annie-Claude Tardif, membre - conseil multidisciplinaire

Mme Lyne Dagenais, membre - nommée par l'Agence

Mme Sylvie Morin, membre - nommée par l'Agence

Mme Christiane Guay, membre - cooptation

Mme Laurence Lendormy, membre - cooptation

Au cours de l'année 2012-2013, aucun manquement n'a été constaté et aucun cas ni suivi n'a été effectué par les instances disciplinaires.

Pour l'année 2012-2013, le conseil d'administration a tenu 7 rencontres régulières – dont 2 incluaient un huis clos, 1 séance spéciale qui incluait un huis clos, 3 séances du comité exécutif – dont 1 incluait un huis clos ainsi qu'une assemblée publique.

Code d'éthique et de déontologie

Le code d'éthique et de déontologie se retrouve à l'annexe I du présent rapport annuel.

M. Claude Létourneau a remporté un prix MERCI le 6 mai 2012 lors du gala des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Les prix MERCI soulignent la contribution exceptionnelle de bénévoles.

RÉSULTATS OBTENUS : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité compte 13 fiches de reddition de compte. Parmi les objectifs ciblés pour l'année 2012-2013, la ma-

jorité des objectifs ont été atteints, sont en cours de réalisation ou démontrent une amélioration par rapport à l'exercice précédent.

ENJEU : L'accès à des services de première ligne et spécialisés offerts de façon continue pour l'ensemble de la population de l'Outaouais			
Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	Objectif atteint	Maintien des 90 places en ressources intermédiaires (RI) en DI-TED	Objectif atteint et dépassé
Respect du délai d'attente d'accès pour les services DI-TED de deuxième ligne dont le niveau de priorité est urgent	100 %	90 %	100 %
Respect du délai d'attente d'accès pour les services DI-TED de deuxième ligne dont le niveau de priorité est élevé	100 %	90 %	100 %
Respect du délai d'attente d'accès pour les services DI-TED de deuxième ligne dont le niveau de priorité est modéré	96,8 %	75 %	94,7 %
<p>Commentaires : 18 places ont été développées en RI pour un total de 108 places à la fin de la période 2012-2013 permettant ainsi de diminuer le nombre de personnes sur la liste d'attente.</p> <p>La priorité urgente est répondue par les services de première ligne. Les cibles du plan d'accès ont été atteintes.</p>			
ENJEU : Informatisation du réseau DSQ-DCI-DMÉ			
Indicateur	Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
Réalisation de différentes actions locales en lien avec le regroupement des ressources informationnelles	S/O	Réaliser les actions ciblées pour 2012-2013	Objectif atteint
<p>Commentaires : Les cinq actions prioritaires pour l'année 2012-2013 pour le regroupement des ressources informationnelles ont été réalisées.</p>			

ENJEU : La disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant et mobilisée à l'action

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
Se doter de plans prévisionnels locaux et régionaux de la main-d'œuvre	Objectif atteint	Mettre à jour le plan de main-d'œuvre local (réalisé)	Objectif atteint
Taux de roulement d'employés des établissements de santé et des services sociaux	15,15 %	11,66 %	16,42 %
Taux de rétention de nouvelles embauches au sein des établissements de santé et de services sociaux	77,55 %	83,13 %	82,93 %
Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	9,69 %	6,81 %	8,39 %

Commentaires :

Le plan de main-d'œuvre a été mis à jour. Notre planification de la main-d'œuvre se fait de façon continue et en cohérence avec la mission de l'établissement. Nos actions sont en concordance avec la stratégie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui vise l'accès à des services de qualité en continuité dans une optique d'optimisation des ressources.

Au cours de la dernière année financière, notre taux de roulement s'est détérioré, comme bon nombre d'établissements. Dans l'Outaouais, 7 établissements sur 12 ont vu leur taux de roulement augmenté. Nous attribuons ce fait à quelques facteurs, notamment la proximité avec l'Ontario. Le manque de stabilité, de possibilité d'avancement rapide ainsi que la méconnaissance de la clientèle sont d'autres facteurs pouvant être attribués à notre haut taux de roulement. Les ressources humaines s'impliquent dans différents comités et auprès de différents partenaires afin de réduire le taux de roulement, en plus de participer à plusieurs événements. Bien qu'un léger écart demeure entre la cible et le résultat 2012-2013 du taux de rétention de nouvelles embauches, une amélioration est constatée par rapport à 2011-2012.

Même si le ratio d'assurance-salaire dépasse la cible déterminée pour l'année 2012-2013, on constate au cours de cette année une diminution par rapport à l'année 2011-2012. Pour l'année à venir, l'établissement mènera des travaux sur le stress, le climat de travail, les facteurs qui touchent davantage la dimension humaine, etc.

ENJEU : Équilibre budgétaire

Indicateur	Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
Équilibre budgétaire atteint	Objectif atteint	Atteindre l'équilibre budgétaire	Objectif atteint

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

ÉTAT DES RÉSULTATS TOUS LES FONDS

	Fonds d'exploitation		Immobilisations	Total	
	Activités principales	Activités accessoires		2012-2013	2011-2012
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	31 193 646	0	695 398	31 889 044	31 712 634
Contributions des usagers	2 688 739	0	0	2 688 739	2 550 047
Ventes de services et recouvrements	654 401	0	0	654 401	573 855
Donations	1 144	0	0	1 144	0
Revenus de placement	46 066	0	0	46 066	36 841
Revenus de type commercial	0	42 449	0	42 449	55 853
Gain sur disposition	0	0	0		1 326
Autres revenus	333 067	47 936	62 760	443 763	391,687
TOTAL REVENUS	34 917 063	90 385	758 158	35 765 606	35 322 243
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	20 419 943	27 616	0	20 447 559	20 509 033
Médicaments	299	0	0	299	123
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	8 162 339	0	0	8 162 339	7 584 921
Frais financiers	0	0	258 992	258 992	260 803
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	551 266	3 608	52 554	607 428	389 804
Amortissement des immobilisations	0	0	446 513	446 513	525 737
Autres charges	5 779 878	46 372	0	5 826 250	5 483 309
TOTAL CHARGES	34 913 725	77 596	758 059	35 749 380	34 753 730
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	3 338	12 789	99	16 226	568 513

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS TOUS LES FONDS

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	2012-2013	2011-2012
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1 234 375	67 313	1 301 688	733 176
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	0	0	0	0
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	0	0	0	0
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	1 234 375	67 313	1 301 688	733 176
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	16 127	99	16 226	568 513
Autres variations :				
- Transferts interétablissements	0	0	0	0
- Transferts interfonds	0	0	0	0
- Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés	0	0	0	0
Total des autres variations	0	0	0	0
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	1 250 502	67 412	1 317 914	1 301 689
Constitués des éléments suivants :				
- Affectations d'origine externe	0	0	0	0
- Affectations d'origine interne	0	0	0	0
- Solde non affecté	0	0	1 317 914	1 301 689
TOTAL	0	0	1 317 914	1 301 689



ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE TOUS LES FONDS

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	2012-2013	2011-2012
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert de banque)	2 684 714	17 293	2 702 007	2 207 608
Placements temporaires	1 000 000	0	1 000 000	1 000 000
Débiteurs – Agence et MSSS	30 944	121 657	152 601	467 391
Autres débiteurs	402 018	0	402 018	327 068
Créances interfonds (dettes interfonds)	84 032	(84 032)	0	0
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	2 634 724	581 451	3 216 175	2 611 223
Frais reportés liés aux dettes	0	6 881	6 881	0
Autres éléments	84 687	320	85 007	125 641
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	6 921 119	643 570	7 564 689	6 738 931
PASSIFS				
Emprunts temporaires	0	168 909	168 909	763 243
Autres créditeurs et charges à payer	3 259 430	1 143	3 260 573	5 268 227
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées	0	121 903	121 903	651 921
Intérêts courus à payer	0	121 657	121 657	120 492
Revenus reportés	24 308	0	24 308	21 428
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	2 597 803	0	2 597 803	0
Dettes à long terme	0	5 067 154	5 067 154	3 884 498
Autres éléments	79 599	0	79 599	40 629
TOTAL DES PASSIFS	5 961 140	5 480 766	11 441 906	10 750 438
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	959 979	(4 837 196)	(3 877 217)	(4 011 507)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	0	4 904 608	4 904 608	5 089 086
Frais payés d'avance	290 523	0	290 523	224 110
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	290 523	4 904 608	5 195 131	5 313 196
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉS	1 250 502	67 412	1 317 914	1 301 689

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) TOUS LES FONDS

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	2012-2013	2011-2012
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
DÉJÀ ÉTABLIS	1 010 266	(5 021 773)	(4 011 507)	(5 598 201)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	0	0		0
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
REDRESSÉS	1 010 266	(5 021 773)	(4 011 507)	(5 598 201)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	16 127	99	16 226	568 513
VARIATION DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions	0	(262 035)	(262 035)	545 077
Amortissement de l'exercice	0	446 513	446 513	525 737
(Gain)/Perte sur dispositions	0	0		(1 326)
Intérêts capitalisés	0			0
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS	0	184 478	184 478	1 069 488
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUTRES FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de frais payés d'avance	0	0		0
Utilisation de frais payés d'avance	(66 414)	0	(66 414)	(63 147)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUTRES FRAIS PAYÉS D'AVANCE	(66 414)	0	(66 414)	(63 147)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(50 287)	184 577	134 290	1 574 854
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	959 979	(4 837 196)	(3 877 217)	(4 023 347)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE TOUS LES FONDS

	Exercice courant 2012-2013	Exercice précédent 2011-2012
Activités de fonctionnement		
SURPLUS (DÉFICITS)	16 226	568 513
Stocks et frais payés d'avance	(66 414)	(63 147)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	0	(1 326)
Amortissement des immobilisations	446 513	525 737
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	380 099	461 264
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(113 587)	(519 749)
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	282 738	510 028
Activités d'investissement en immobilisations		
Acquisitions d'immobilisations	(262 035)	(545 077)
Activités de financement		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	1 376 125	0
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(193 469)	(188 374)
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	829 660	289 776
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(47 869)	(64 146)
Emprunts temporaires remboursés – refinancement fonds d'immobilisations	(1 376 125)	0
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	588 322	37 256
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	609 025	2 207
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	3 284 045	3 281 840
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	3 893 070	3 284 047
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent :		
-Encaisse	2 893 070	2 284 045
-Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	1 000 000	1 000 000
TOTAL	3 893 070	3 284 045

NOTE AUX ÉTATS FINANCIERS

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

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

Durant l'année 2011-2012, la comptabilisation de la banque de vacances, de maladies, banque de temps et fériés telle que déterminée dans la réforme comptable du gouvernement et la subvention liée à la prime d'allocation et de rétention de hors cadres avaient généré un surplus de 339 349 \$. Cette année, la comptabilisation des écritures liées à la réforme comptable a généré une dépense et la prime d'allocation et de rétention de hors cadres ne s'applique pas. De plus, au cours de cette année l'établissement a réussi à combler quelques postes vacants. Donc, l'économie non récurrente générée par la masse salariale a diminué. Ces informations expliquent la variation du surplus de l'année 2012-2013 par rapport à l'année 2011-2012.

Le rapport de l'auditeur est disponible à l'annexe II.

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

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 :		Colonnes 5, 6 et 7 :				
R : pour réserve		R : Pour réglé				
O : pour observation		PR : pour partiellement réglé				
C : pour commentaire		NR : pour non réglé				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Comptabilisation des passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental	2011	R	Comptabilisation des passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental	X		
Comptabilisation des passifs afférents aux obligations d'assurance salaire	2011	R	Comptabilisation des passifs afférents aux obligations d'assurance salaire.	X		
Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec à titre de contrats de location-exploitation au lieu des contrats de location-acquisition	2011	R	Aucune, car directive du MSSS			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Aucune						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Aucune						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Aucune						
Rapport à la gouvernance						
Aucune						



ANNEXE I

**Code d'éthique applicable aux membres du conseil
d'administration du Pavillon du Parc**

Adopté par le conseil d'administration

le 27 juin 2001

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Ce contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent *Code d'éthique et de déontologie* les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs du Pavillon du Parc sont assujettis.

A - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Le présent *Code d'éthique et de déontologie* détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Pavillon du Parc, dans l'exercice de leurs fonctions. Celui-ci tient compte des dispositions législatives et réglementaires prévues dans le Code civil, la Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels, la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et ses règlements ainsi que du règlement n^o 1 sur la régie interne du Pavillon du Parc

B- CHAMP D'APPLICATION

2. Le présent Code a pour objet de :
 - ♦ traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
 - ♦ traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
 - ♦ traiter des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
 - ♦ prévoir des mécanismes d'application du Code.
3. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

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

C- DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) «**ADMINISTRATEUR**» désigne un membre du conseil d'administration du Pavillon du Parc, qu'il soit élu ou nommé;

b) «**CONFLIT D'INTÉRÊTS**» désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

c) «**ENTREPRISE**» désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier.

Également, tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions susceptibles d'exercer une influence sur les autorités de l'établissement;

d) «**PROCHE**» désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

D - VALEURS ÉTHIQUES QUI SOUS-TENDENT CE CODE

- l'administrateur agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie;
- l'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence;
- l'administrateur agit avec honnêteté et loyauté;
- l'administrateur agit, même après la fin de son mandat, avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.

E – DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'ADMINISTRATEUR, DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS :

Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin, l'administrateur :

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

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

9. Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Il comprend l'importance d'une participation active aux réunions, aux comités dont il fait partie de même qu'aux mandats qui lui sont confiés.

Soin et compétence

10. S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

11. Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote dans le meilleur intérêt du bénéficiaire de service et dans le respect des règles de la Régie régionale

et du Ministère. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder une garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

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

Relations publiques

14. Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec les membres du conseil d'administration, avec le public.
15. Évite toute forme de discrimination ou de harcèlement.
16. S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir ; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
17. Fait preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentation publique. À cet effet, transmet fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité dudit établissement.

Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

18. Agit de bonne foi dans le meilleur intérêt de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

19. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels que les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de

renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Évite les conflits de devoirs ou d'intérêts et dénonce par écrit son intérêt au conseil d'administration lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'un des établissements qu'il administre, et ce, sous peine de déchéance de sa charge à titre d'administrateur.

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

21. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, de ses fonctions d'administrateur, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui.
22. Ne peut accepter ni solliciter un avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

23. Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

Transparence

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

Interventions abusives

25. S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve d'une demande spécifique de la part du directeur général.

Règles particulières à l'égard du directeur général

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

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

27. Le directeur général doit, dans les 60 jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition et, à chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination.
28. Doit, comme directeur général, dans les 30 jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.
29. Comme directeur général, ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

30. Doit, comme le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la Loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les 60 jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

31. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, de ses fonctions d'administrateur, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui.
32. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
33. 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 un emploi auprès de l'établissement comme directeur général ou cadre supérieur.
34. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
35. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

F - MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Comité d'éthique et de déontologie

36. Ce comité est composé de deux administrateurs qui ne sont pas impliqués dans les services directement ou indirectement, soit comme intervenant, soit comme usager ou représentant des usagers. Il peut s'adjoindre une troisième personne, d'un autre milieu ou du conseil, si requis. Le mandat de ce comité est de veiller à l'application et à l'arbitrage du présent règlement

Introduction d'une demande d'examen

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

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

Examen sommaire

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

Information de l'administrateur concerné

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

Tenue d'une enquête

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

Transmission du rapport au conseil d'administration

41. Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel et peut être transmis sur demande à la personne concernée.

Décision

42. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanctions

43. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension, la destitution d'un officier ou le recours en déchéance de charge d'un administrateur. L'administrateur visé est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

Engagements

44. Dans les 60 jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe A du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les 60 jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les 60 jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe C du présent Code.

Les administrateurs visés aux articles 19 et 21 doivent remplir la «**DÉCLARATION DES INTÉRÊTS**» à l'annexe B.

- N.B. Le masculin est utilisé dans ce document uniquement dans le but d'alléger le texte et il désigne aussi bien le féminin

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aux membres du conseil d'administration du
Pavillon du Parc

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Pavillon du Parc inclus dans la section auditée du rapport financier annuel, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs nets et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660, puisqu'elles font l'objet d'un rapport d'audit distinct.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisons l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit assortie de réserves.

Fondement de l'opinion avec réserves

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à

Rapport de l'auditeur indépendant - É/P et autres informations financières exercice terminé le 31 mars 2012
exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

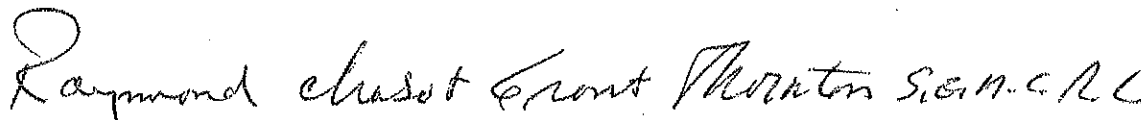
Opinion avec réserves

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans les paragraphes de fondement de l'opinion avec réserves, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Pavillon du Parc au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Québec) et à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant, dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses charges;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en ce qui a trait à ses pratiques comptables.



Comptables professionnels agréés

Gatineau
Le 13 juin 2012

Nom de l'associé responsable : Michel Malo, CPA, CA

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières exercice terminé le 31 mars 2012
Nom de l'auditeur: Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Adresse 15 rue Gamelin, bureau 400
Gatineau, Québec J8Y 1V4

Téléphone (819) 770 9833

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

L'auditeur (1)

Télécopieur (819) 770-5398

Date: le 13 juin 2012

(1) CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique no. A105618



RAPPORT ANNUEL 2012-2013

**Sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la
satisfaction des usagers et le respect de leurs droits**

Période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013

**CRDI
PAVILLON DU PARC**

Préparé par

**MARLYNE BRIAND
COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

**Bilan des activités de la
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
2012 - 2013**

BILAN POUR L'ANNÉE 2012-2013

Au cours de l'année 2012-2013, onze (11) plaintes ont été déposées. Vous retrouverez dans les tableaux suivants un sommaire de ces plaintes, les motifs visés et les programmes concernés. Suivront les mesures d'amélioration recommandées, le délai de traitement des plaintes, le bilan des autres dossiers ainsi que les activités de promotion des droits des usagers et du régime de traitement des plaintes, réalisées au cours de l'année.

1. EXAMEN DES PLAINTES

1.1 Bilan des dossiers de plaintes

Nombre de plaintes	Nombre de plaintes 2012-2013	Nombre de plaintes 2011-2012
Nombre de plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	1	0
Nombre de plaintes reçues	11	13
Nombre de plaintes rejetées	0	0
Nombre de plaintes conclues	12	12 ¹
Nombre de plaintes refusées ou abandonnées	0	0
Plaintes transmises au deuxième palier soit, au Protecteur du citoyen	0	0

¹ Une plainte en voie de traitement à la fin de l'année 2011-2012 a été conclue en 2012-2013

1.2 Bilan des dossiers de plaintes reçues selon les objets *

Objets des plaintes	Nombre de plaintes 2012-2013	Nombre de plaintes 2011-2012
Accessibilité	8	4
Soins et services dispensés	12	11
Relations interpersonnelles	9	7
Organisation du milieu et des ressources matérielles	0	0
Aspect financier	1	1
Droits particuliers	2	2
Autres objets de demandes	0	0

* A noter qu'une plainte peut viser plus d'un objet

1.3 Bilan des dossiers de plaintes reçues selon le programme / service *

Programme / Service	Nombre de plaintes 2012-2013	Nombre de plaintes 2011-2012
Services résidentiels / hébergement / enfant	1	3
Services résidentiels / hébergement / adulte	5	6
Soutien à la personne / enfant	2	1
Soutien à la personne / adulte	3	2
Services cliniques régionalisés / enfant	1	3
Services cliniques régionalisés / adulte	0	2
Programme socioprofessionnel	0	0

* A noter qu'une plainte peut viser plus d'un programme

1.4 Délai de traitement

Délai d'examen	Nombre	Pourcentage (%)
De moins de 14 jours	0	0%
De 15 à 30 jours	1	8.3%
De 31 à 45 jours	8	66.7%
De 46 jours et plus	3	25.0%

1.5 Mesures d'amélioration

Il y a eu dix (10) recommandations émises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services suite au traitement des plaintes. Ces recommandations visaient principalement à améliorer la continuité de services, la communication et des processus cliniques. L'élaboration, l'application et le suivi des plans de services ou d'intervention demeurent la pierre angulaire de l'amélioration de la continuité des services soutenue par l'implication, la participation et la communication aux usagers ou à leur représentant.

Le Protecteur du citoyen a émis deux (2) recommandations à l'établissement suite à son analyse d'une plainte d'un autre établissement transmise au deuxième palier en 2010-2011. La première recommandation visait l'évaluation de tous les services que nécessitait un usager ainsi que les interventions requises par sa situation. La seconde recommandation visait la présence d'un représentant de l'établissement aux rencontres d'élaboration ou de suivi des plans de service individualisé (PSI) lorsqu'un usager est en attente de service au CRDI Pavillon du Parc afin d'expliquer la mission et les services de l'établissement.

2. BILAN DES AUTRES DOSSIERS

Autres dossiers	Nombre 2012-2013	Nombre 2011-2012
Demandes d'assistance	3	2
Demandes de consultation	1	0
Interventions	8	3

La commissaire locale a procédé à des interventions dans huit (8) situations qui ont toutes été conclues en cours d'année. Ces interventions ont été faites suite à un signalement à la

commissaire locale. Elles portaient sur les objets suivants : accessibilité (3), soins et services (5), relations interpersonnelles (3).

Il y a eu trois (3) recommandations émises par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services suite à l'analyse de ces situations. Ces recommandations touchaient l'information et la communication aux usagers ou leur représentant lorsqu'ils sont en attente d'un ou plusieurs services.

3. PROMOTION SUR LES DROITS DES USAGERS ET SUR LE RÉGIME DE TRAITEMENT DES PLAINTES

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a rencontré les membres du comité des usagers à une (1) reprise. Cette rencontre a permis de présenter aux membres du comité le rôle de la commissaire locale aux plaintes, la procédure d'examen des plaintes de l'établissement de même que son rapport annuel 2011-2012.

La commissaire locale aux plaintes a également participé à l'Assemblée générale annuelle du comité des usagers.

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a rencontré l'équipe des cadres de l'établissement afin de présenter son rôle de même que la procédure d'examen des plaintes de l'établissement. Une rencontre a également eu lieu avec les membres de l'équipe de la direction des services de réadaptation.

Enfin, la commissaire locale aux plaintes a participé à la démarche d'agrément de l'établissement.

Outre les affiches et dépliants dans les points de services et les ressources du CRDI Pavillon du Parc, la population a accès aux coordonnées de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'à la procédure d'examen des plaintes sur le site web de l'établissement.

PAVILLON
DU PARC

