



CENTRE  
RÉGIONAL  
DE RÉADAPTATION

LA  
RESSOURCE



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2007-2008

UN MILIEU,  
DES MOYENS,  
DES RÉSULTATS

---

# L e rapport annuel de gestion 2007-2008

## La table des matières

Le mot de la présidente	1
Le mot de la directrice générale	2
La déclaration de fiabilité des données	4
Le mot «Ressource»	5
La mission	5
Les installations	7
L'organigramme	8
Les objectifs 2008-2009	9
Les faits saillants de l'exercice 2007-2008	11
L'enseignement et la recherche	15
Les résultats	17
<i>L'entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008</i>	17
<i>L'agrément</i>	20
<i>La sécurité des soins et des services</i>	21
<i>L'examen des plaintes et la promotion des droits</i>	22
Les statistiques de la clientèle	24
L'analyse du résultat des opérations	25
Le conseil d'administration et les comités	28
Le comité de vigilance et de la qualité	29
Le comité des usagers	30
Le comité de gestion des risques	31
Les conseils professionnels	33
<i>Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>	33
<i>Le conseil des infirmières et infirmiers</i>	35
<i>Le conseil multidisciplinaire</i>	37
Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	39
La fondation Myra-Farhi	42
Le logo	43



- L'emploi du masculin n'a pour but que d'alléger le texte -



## **L**e mot de la présidente, Sylvie Rocheleau

*Au nom des membres du conseil d'administration, il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2007-2008 du Centre régional de réadaptation La Ressource. Au cours de l'année, le Conseil s'est réuni à six reprises en séances régulières en plus de sa séance publique d'information.*

*Dans le cadre de la refonte de la structure organisationnelle l'établissement, le Conseil a procédé à la nomination du directeur du développement organisationnel et des services administratifs. La création de ce nouveau directorat était devenue incontournable compte tenu du développement de l'établissement.*

*Un accent particulier a été mis sur la formation des membres du conseil. En plus de la formation offerte par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais sur l'administration des établissements du réseau de la santé, les membres du conseil ont assisté à une séance d'information sur le panier de services offert à la clientèle de l'établissement. Et, afin de mieux s'approprier leurs rôles et leurs fonctions au sein de l'établissement, les administrateurs ont également reçu une formation sur les enjeux et les défis que représente l'exercice de la gouvernance. Le rôle d'administrateur d'un établissement du réseau étant un défi très stimulant, il est en effet important de développer certaines compétences et de s'approprier les outils adéquats. C'est pourquoi un comité ad hoc a été chargé d'évaluer d'autres besoins en matière de formation.*

*Le Conseil se réjouit évidemment d'avoir obtenu, en juin 2007, l'accréditation sans conditions du Conseil québécois d'agrément pour une durée de trois ans. Fort de cette reconnaissance et soucieux de maintenir des services de qualité à sa clientèle, le Conseil a convenu de créer un comité de suivi de l'agrément qui, rappelons-le, est une démarche continue d'amélioration de la qualité des services.*

*Les membres du conseil ont administré avec rigueur les destinées du CRR La Ressource, et ce, dans le meilleur intérêt de la population de l'Outaouais avec respect et en conformité avec les valeurs de qualité, d'équité et d'imputabilité dont ils désirent imprégner l'établissement à l'égard de la clientèle, de l'administration et du personnel.*

*En terminant, je tiens à remercier les membres du Conseil, la direction générale et le personnel de leur précieuse collaboration et de leur soutien dans l'exercice de mes fonctions.*

*La clientèle est au cœur de nos actions...*



# **L**e mot de la directrice générale, Constance Vanier

*Voici revenu le temps de présenter le rapport annuel de gestion de l'établissement. Le début de l'année s'est fortement démarqué par la conclusion et le résultat de notre démarche d'agrément entreprise en janvier 2006. En effet, c'est avec fierté que nous recevions, le 14 juin 2007, notre certificat du Conseil québécois d'agrément attestant que notre établissement est reconnu pour la qualité de ses services de 2007 à 2010, soit un agrément de trois ans sans conditions. Il est certain que, dans un souci d'amélioration continue de la qualité, nous devons poursuivre le travail et répondre aux objectifs du plan d'amélioration élaboré dans le cadre de cette démarche. Ce plan d'amélioration et les objectifs de l'An 1, déjà identifiés dans le rapport annuel de gestion 2006-2007, ont été présentés au personnel qui, soulignons-le, y a pleinement adhéré. Vous en trouverez d'ailleurs les résultats dans le présent rapport et pourrez constater, entre autres, la formalisation de plusieurs règlements, politiques et procédures, notamment en matière de qualité.*

*Au cours de l'année, l'établissement a analysé ses besoins au plan de la structure organisationnelle et il a été recommandé d'ajouter un directeur sous lequel se retrouveraient les ressources humaines, les services administratifs et le Service régional d'aides techniques. C'est ainsi que la nouvelle direction du développement organisationnel et des services administratifs (DDOSA) a été créée et mise en place en décembre 2007, dotant ainsi l'établissement d'une équipe de direction indispensable aux activités de planification. Le nouveau directeur et un conseiller cadre se sont joints à l'équipe de gestion et ont procédé à l'organisation du secteur sous les angles de la décentralisation, de la professionnalisation et de l'atteinte de résultats. Ce nouveau directeur a permis de renforcer la structure d'encadrement requise pour supporter les activités et la croissance de l'établissement et aussi pour répondre aux nombreux défis du réseau de la santé et des services sociaux, notamment en matière de recrutement, de rétention et de relève de la main-d'œuvre.*

*La participation aux divers travaux et rencontres, prévues dans le cadre du cycle annuel de gestion, ont mené à l'élaboration et à la signature de l'entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008 entre l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais et le CRQ La Ressource. Au plan des services, les travaux cliniques en cours pour en améliorer l'accessibilité et l'obtention d'un budget additionnel nous ont permis de desservir plus de clients que l'année passée. Soulignons de plus que l'établissement a atteint l'équilibre budgétaire comme en fait foi l'analyse des résultats des opérations présentée dans ce rapport.*

*Dans le cadre des crédits additionnels annoncés par le Ministère en cours d'année pour l'ajout de services spécialisés de réadaptation en déficience physique, principalement pour les enfants et les jeunes, l'établissement a reçu un budget de développement de 101 150 \$ en 2007-2008, annualisé à 350 000 \$. Je profite de l'occasion pour remercier le Ministère qui a fait de la clientèle ayant une déficience physique une de ses priorités. La ventilation de ce budget, principalement réparti en déficience motrice et en déficience de la parole et du langage, se trouve sous les faits saillants de la direction des services professionnels et de réadaptation.*



*Notons que ce développement a fait l'objet d'un addenda à l'entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008 avec des cibles de services supplémentaires.*

*À notre demande, le Ministère a également majoré les heures en optométrie pour mieux répondre aux besoins de la clientèle en déficience visuelle qui a connu une augmentation significative. Compte tenu de la rareté des ressources spécialisées en déficience visuelle et des défis de taille au niveau de l'accessibilité des services, nous avons présenté une demande de bourse d'études afin qu'un employé puisse suivre un cours en orientation et mobilité, offert à l'Université de Montréal. Comme il s'agit d'un titre d'emploi en forte pénurie, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a accepté d'octroyer une somme de 10 000 \$ pour les frais d'hébergement et de déplacements de cet employé qui, par la suite, réintègrera le CRR La Ressource à l'automne 2008. Merci à l'Agence pour sa participation à ce projet fort important en ce qui a trait à l'accessibilité des services pour la clientèle en déficience visuelle.*

*De plus, dans le cadre des mesures de désengorgement des urgences, l'établissement a élaboré et mis en place un projet pilote de 10 lits de réadaptation gériatrique et de convalescence. Ce projet, financé avec un budget non récurrent, a obtenu des résultats positifs auprès de cette clientèle.*

*L'établissement poursuit toujours ses activités de représentation aux paliers local, régional et provincial. Soulignons, entre autres, sa participation au comité de travail sur les balises régionales en déficience physique qui vise, notamment, l'amélioration de la continuité et de l'accessibilité des services. Le CRR La Ressource continue à participer aux diverses tables et comités de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), tant sur le plan administratif que clinique, pour la consolidation et le développement des services spécialisés de réadaptation en déficience physique. L'établissement fait aussi partie du sous-comité de réadaptation du Réseau universitaire intégré de services (RUIS) McGill. Ce dernier a d'ailleurs visité notre centre et en a profité pour échanger avec des représentants des comités professionnels quant à nos attentes et à nos besoins. Une belle collaboration en perspective!*

*Je vous invite donc à consulter ce rapport annuel de gestion qui est le reflet des accomplissements de tous, tant de la direction des services professionnels et de réadaptation, de la direction du développement organisationnel et des services administratifs que des comités du conseil, de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, des conseils professionnels, du comité des usagers et de la fondation. Tous ont contribué, à l'intérieur de leur rôle et de leurs fonctions, à assurer à la clientèle des services de qualité.*

*En terminant, je souhaite remercier tous les membres du conseil d'administration qui, bénévolement, s'acquittent de l'importante tâche d'administrer un établissement public et de représenter la population. Je remercie également tous les membres de l'équipe de gestion, l'ensemble du personnel, les médecins et les partenaires pour leur contribution aux diverses réalisations de l'établissement et pour leur engagement indéfectible envers la clientèle.*

*Rosanne Vanier*



# L a déclaration de fiabilité des données dans le rapport de gestion et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2007-2008 du Centre régional de réadaptation La Ressource :

- ↳ décrivent fidèlement la mission, les mandats, les objectifs et les valeurs de l'établissement;
- ↳ présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- ↳ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminée le 31 mars 2008.

La directrice générale,

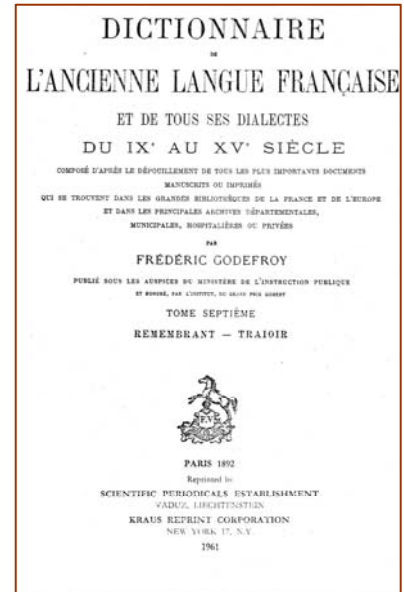


# L e mot « Ressourse »

Ancien mot de la langue française et du dialecte signifiant *relèvement, moyen de se relever, action de s'envoler, source*. \*

- Mot tiré du *Dictionnaire de l'ancienne langue française et de tous ses dialectes du IX<sup>e</sup> au XV<sup>e</sup> siècle* composé d'après le dépouillement de tous les plus importants documents manuscrits ou imprimés qui se trouvent dans les grandes bibliothèques de la France et de l'Europe et dans les principales archives départementales, municipales, hospitalières ou privées par Frédéric Godefroy.

Publié sous les auspices du ministère de l'Instruction publique, Paris, 1892.



# L a mission

La loi qui régit le système de santé et de services sociaux définit de façon très claire la mission des centres de réadaptation :

*« La mission d'un Centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques [...] requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes.*

*À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les [...] personnes présentant une déficience [...] ; il s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts, à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'ils (les clients) soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide. » <sup>1</sup>*

<sup>1</sup> L.Q. 1991. C. 42. Article 84.



L'article 86 de la loi précise que :

*« Un Centre de réadaptation appartient à l'une ou plusieurs des classes suivantes, selon la clientèle qu'il dessert :*

*...*

*2<sup>o</sup> Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique... »<sup>2</sup>*

*«Un Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience physique appartient à l'un ou plusieurs types suivants, selon la clientèle qu'il dessert :*

*1<sup>o</sup> Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience auditive;*

*2<sup>o</sup> Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle;*

*3<sup>o</sup> Centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience motrice. »<sup>3</sup>*

Le Centre régional de réadaptation La Ressource a reçu le mandat d'offrir des services à ces trois clientèles, et ce, pour l'ensemble du territoire de l'Outaouais (région 07). Au cours des dernières années, en affinant son expertise, le Centre régional de réadaptation La Ressource a décidé de distinguer la clientèle présentant des difficultés graves de parole et du langage de celle présentant une déficience motrice. Un programme spécifique pour répondre à cette clientèle a donc été mis sur pied.

De plus, sa vocation première ayant été vouée à la réadaptation auprès des enfants, le Centre régional de réadaptation La Ressource a développé une expertise de pointe régionalement reconnue en ce qui concerne la définition du diagnostic d'enfants présentant un retard de développement.

Aujourd'hui, le Centre régional de réadaptation La Ressource offre régionalement des services de réadaptation dans les cinq domaines suivants :

- ❖ *déficience motrice*
- ❖ *déficience visuelle*
- ❖ *déficience auditive*
- ❖ *déficience de la parole et du langage*
- ❖ *retard de développement.*

---

<sup>2</sup> L.Q. 1991. C. 42. Article 86.

<sup>3</sup> L.Q. 1991. C. 42. Article 87.



# Les installations

Le Centre régional de réadaptation La Ressource reçoit la clientèle dans les 6 points de services suivants :

## Territoires des CSSS de Gatineau et des Collines

- ❖ 92, boulevard St-Raymond, Gatineau, secteur Hull (Qc) J8Y 1S7
- ❖ 135, boulevard St-Raymond, Gatineau, secteur Hull (Qc) J8Y 6X7

## Territoire du CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau

- ❖ 244, rue Champlain, Maniwaki (Qc) J9E 1L7

## Territoire du CSSS de Papineau

- ❖ 156, rue Maclaren Est, Gatineau (Qc) J8L 1K4
- ❖ 10, rue St-André, St-André-Avellin (Qc) JOV 1W

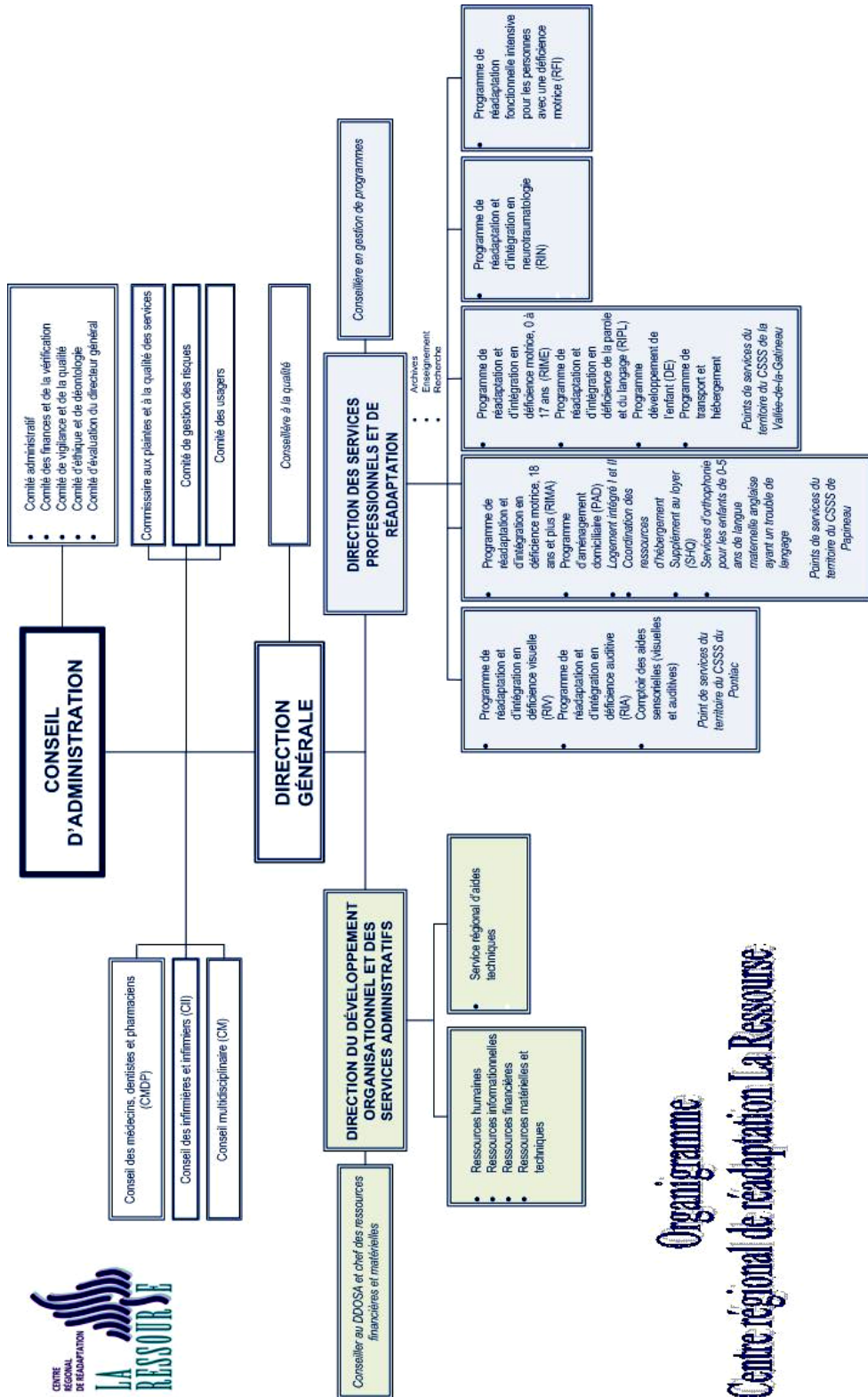
## Territoire du CSSS du Pontiac

- ❖ 160, Chemin de la Chute, Fort-Coulonge (Qc) JOX 1V0





# L'organigramme



**Organigramme**  
**Centre régional de réadaptation La Ressource**

Modèle par le conseil d'administration le 25 mars 2015

# L es objectifs 2008-2009

Voici les objectifs de l'An 2 du plan d'amélioration 2007-2010 élaboré dans le cadre de la démarche d'agrément.

## **Améliorer la continuité des services en favorisant une meilleure collaboration entre les programmes/services de l'établissement et avec nos partenaires**

- Élaborer un règlement sur le délai accordé aux médecins et aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un client après les derniers services offerts;
- Dresser une liste de partenaires par programme/service en citant leur mandat et les mécanismes de référence;
- Formaliser une entente avec le Centre hospitalier Pierre-Janet;
- Développer des partenariats avec les ressources de la communauté qui favorisent l'intégration sociale de la clientèle;
- Préciser notre offre de service à nos partenaires par des rencontres régulières.

## **Améliorer le système de référence et de cheminement de la demande de services en ce qui concerne sa simplicité, sa fiabilité et sa rapidité**

- Réviser les politiques d'inscription pour simplifier et harmoniser le cheminement de toutes les demandes de service;
- Centraliser les références pour tous les programmes/services;
- Informer le référent de la situation de sa demande en précisant les services disponibles et l'état des listes d'attente;
- Aviser le client de l'ouverture de son dossier;
- Élaborer un document sur le processus d'accueil dans les programmes/ services pour bien renseigner le client sur l'offre de service et les délais d'attente, le cas échéant.

## **Réduire les délais d'attente tout en s'assurant d'offrir un service de qualité**

- Rédiger et implanter un mécanisme de suivi des dossiers en attente avec révision régulière;
- Identifier et explorer des moyens pour diminuer les listes d'attente;
- Déterminer des orientations par programme/service et par discipline sur le niveau des interventions (intensité, durée, fréquence...) et déterminer des délais acceptables.

## **Optimiser le plan de communication pour favoriser des échanges**

- Favoriser des plates-formes pour des échanges entre le personnel et la direction;
- Favoriser des plates-formes pour des échanges entre le personnel et le supérieur immédiat.



## Formaliser les plans directeurs de l'établissement

- Clarifier les responsabilités propres à la direction des ressources humaines et celles propres aux chefs de programmes;
- Consolider l'accueil par l'établissement pour tous les nouveaux employés;
- Consolider l'accueil et les modalités d'intégration et d'orientation dans les programmes/services;
- Réviser la philosophie de gestion des ressources humaines et la faire connaître;
- Élaborer le plan de développement des ressources humaines;
- Formaliser le plan d'organisation de l'établissement;
- Élaborer le plan directeur de la sécurité des actifs informationnels;
- Réviser les programmations en déficience visuelle et en réadaptation fonctionnelle intensive;
- Rédiger les programmations en déficience auditive de même qu'au Service régional d'aides techniques.

## Réviser les politiques et procédures du CRR La Ressource et adopter les règlements prévus par la loi

- Réviser et faire connaître la politique DSPR-107 et celle sur la tenue de dossier;
- Adopter un règlement sur la procédure applicable lors de la sortie temporaire d'un dossier;
- Adopter un règlement sur la procédure d'élimination de dossiers ou de parties de dossier;
- Établir, par directive, les conditions et modalités pour lesquelles les renseignements pourront être communiqués pour prévenir un acte de violence ou un suicide;
- Améliorer la gestion des ressources matérielles;
- Faire connaître le plan des mesures d'urgence dans tous les points de services;
- Élaborer un règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des clients;
- Adopter un règlement sur l'organisation de l'enseignement et la recherche;
- Adopter un règlement sur la procédure applicable lorsqu'un client quitte l'établissement sans avoir obtenu son congé.

## Consolider le mécanisme d'appréciation du personnel

- Permettre un ajustement continu de l'outil et du processus d'évaluation par programme/service;
- Faire une synthèse des appréciations complétées par secteur/équipe/programme et la partager avec l'équipe de gestion;
- Développer et implanter des moyens de soutien pour le personnel en complément à l'appréciation annuelle de la contribution du personnel.



# Les faits saillants de l'exercice 2007-2008

## LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET DE RÉADAPTATION

### *Les programmes et les services*

- Ajout d'un budget de développement récurrent de 101 150 \$, annualisé à 350 000 \$, pour desservir la clientèle enfants et adolescents, ce qui s'est concrétisé par l'ajout des postes suivants :
  - 1.0 équivalent temps complet (ETC) en ergothérapie pour la clientèle en déficience motrice
  - 1.0 ETC en orthophonie pour la clientèle en déficience motrice
  - 0.4 ETC en psychologie pour la clientèle en déficience motrice
  - 1.0 ETC en orthophonie pour la clientèle en déficience de la parole et du langage
  - 0.4 ETC en ergothérapie psychoéducation pour la clientèle en déficience motrice et en déficience de la parole et du langage
  - 1.0 ETC en psychoéducation pour la clientèle en déficience motrice et en déficience de la parole et du langage,ainsi que l'ajout de:
  - deux cliniques neurolocomotrices pour la clientèle en déficience motrice et de coordination clinique au programme de réadaptation et d'intégration en déficience motrice enfant (RIME);
- Ajout d'une banque d'heures en optométrie représentant 1.0 ETC;
- Recrutement d'un nouveau pédiatre pour desservir la clientèle du territoire du Pontiac;
- Actualisation du projet pilote de 10 lits de réadaptation gériatrique et de convalescence et mise en place d'un comité conjoint avec le CSSS de Gatineau;
- Révision et signature du protocole d'entente avec l'hôpital de Hull du CSSS de Gatineau pour le transfert de la clientèle avec un traumatisme craniocérébral;
- Révision et signature d'un protocole d'entente avec l'Association des neurotraumatisés de l'Outaouais (ANO);
- Collaboration à la rédaction de la programmation, du plan de formation et du plan d'amélioration de la qualité du consortium des établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave de l'Outaouais;
- Poursuite des travaux d'évaluation de programme en traumatologie;
- Participation à l'élaboration du protocole pour les blessés médullaires avec les partenaires régionaux et provinciaux;
- Réorganisation des services en ergothérapie et en orthophonie au programme RIME afin de permettre une meilleure accessibilité;
- Réorganisation des services pour les enfants de 0-2 ans au programme développement de l'enfant (DE) afin de permettre une meilleure accessibilité;
- Réorganisation des services au programme de réadaptation et d'intégration en déficience de la parole et du langage (RIPL) afin de permettre une meilleure accessibilité.



- Réorganisation des services aux programmes en déficience visuelle et en déficience auditive pour améliorer le fonctionnement et l'accessibilité des services;
- Consolidation du comptoir des aides sensorielles (visuelles et auditives);
- Révision du programme d'adaptation de domicile (PAD) et centralisation des services;
- Participation à l'accueil, en juin dernier, des 12 premiers membres locataires de la coopérative de solidarité Les Habitations Jocelyne-Légaré;
- Création de partenariats, en déficience visuelle et en déficience auditive, avec les milieux scolaires : Collège d'enseignement général et professionnel (CEGEP) de l'Outaouais, Université du Québec en Outaouais (UQO), Commission scolaire des Draveurs (CSD) et avec les milieux communautaires : Association de la déficience auditive – Outaouais (ADOO) et Patrimoine Canada;
- Mise à jour du cadre de référence pour la collecte de données sur les activités professionnelles des intervenants, formation de tous les intervenants et gestionnaires sur cette mise à jour et formation de base aux nouveaux intervenants;
- Participation aux travaux de configuration du Système informatique pour les personnes avec une déficience (SIPAD);
- Mise à niveau des lieux et plateaux techniques aux points de services Vallée-de-la-Lièvre et Petite-Nation ainsi qu'aux points de services où sont situés les programmes en déficience visuelle et en déficience auditive;
- Présentation aux gestionnaires et mise à jour du plan local de lutte contre une pandémie d'influenza et participation à l'élaboration du plan de mobilisation du personnel;
- Participation à l'élaboration des balises régionales en déficience physique coordonnée par l'Agence et en collaboration avec les partenaires du réseau;
- Intégration de l'établissement au Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill) et participation au sous-comité de réadaptation du RUIS McGill;
- Participation aux divers comités et tables de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPO).



## LA DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET DES SERVICES ADMINISTRATIFS

### *Les ressources humaines*

- Réorganisation du secteur des ressources humaines à l'intérieur de la nouvelle direction;
- Embauche d'une agente de gestion des ressources humaine;
- Poursuite du dossier de l'équité salariale;
- Création et dotation de plusieurs postes en lien avec le budget de développement 2007-2008;
- Recrutement de nombreux professionnels.

### *Les ressources financières*

- Élaboration et adoption de la politique d'utilisation de l'avoir propre;
- Mise à jour de la politique d'approvisionnement de biens et services;
- Révision des méthodes de travail au niveau de l'équipe financière;
- Révision des processus d'affaire à caractère administratif dans différents secteurs.

### *Les ressources informatiques*

- Atteinte des exigences minimales de sécurité pour le rehaussement au Réseau de télécommunication socio-sanitaire (RTSS);
- Catégorisation des actifs informationnels;
- Élaboration des 15 mesures de sécurité;
- Installation d'un nouveau serveur de données avec plus d'espace de sauvegarde et une technologie plus récente;
- Rehaussement du parc informatique;
- Meilleur accès au *Lotus Notes* pour l'ensemble du personnel.

### *Les ressources matérielles et techniques*

- Mise en place d'un service de déchetage et de recyclage de documents confidentiels;
- Élaboration du plan de conservation et de fonctionnalité immobilières;
- Implantation d'un système sécuritaire avec bouton panique portatif (pour diminuer les risques d'agression);
- Actualisation de mesures visant l'amélioration de la qualité de l'air.



### *Le Service régional d'aides techniques (SRAT)*

- Promotion des services dispensés dans le secteur orthèses/prothèses auprès de nos partenaires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des cliniques médicales privées en territoire (portes ouvertes, tournée des cabinets privés);
- Ajout de cliniques de réparation de fauteuils roulants dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) sur le territoire du CSSS de Gatineau;
- Maintien de notre collaboration avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour le projet de modernisation des applications technologiques (MAT);
- Participation, à titre de site pilote, à l'implantation et à la mise en opération du système de gestion des aides techniques (GAT) de la RAMQ : facturation électronique, gestion d'un inventaire provincial;
- Mise en place de nouvelles procédures administratives en fonction des changements apportés suite à l'implantation du GAT;
- Révision du processus d'évaluation de la clientèle en ergothérapie et participation à la conception d'un formulaire d'évaluation uniforme pour l'ensemble des services d'aides techniques (SAT) tout en respectant les règles de la RAMQ et les normes de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes;
- Production d'un dépliant pour promouvoir les services offerts au SRAT et distribution de celui-ci auprès de notre clientèle cible, entre autres : cliniques médicales, CSSS, etc;
- Achat d'un logiciel pour la conception et les ajustements des prothèses « *C-Leg* »;
- Entente avec un fournisseur pour l'appareillage podo-orthétique;
- Révision complète de la façon de dispenser les services et amélioration de l'accessibilité pour les cliniques mobiles « fauteuils roulants-positionnement » et « fauteuils roulants-réparation »;
- Maintien de notre implication au développement de l'application du système informatique de gestion des services d'aides techniques (SIGSAT).



# L'enseignement et la recherche

## L'ENSEIGNEMENT

### Les maisons d'enseignement

L'établissement a des ententes avec diverses maisons d'enseignement, soit : *le Centre de formation professionnelle Vision-Avenir, le Collège d'enseignement général et professionnel de l'Outaouais, l'Université du Québec en Outaouais, l'Université du Québec à Montréal, l'Université d'Ottawa, l'Université McGill, l'Université de Montréal et le Collège Montmorency.*

Cette année, l'établissement a conclu de nouvelles ententes en vue d'offrir des stages pour les infirmières auxiliaires.

### Les stagiaires

Au cours de l'année 2007-2008, le CRR La Ressource a accueilli 80 stagiaires qui ont reçu un total de 1 262 jours de formation pratique, ce qui représente une augmentation de 7 % du nombre de stagiaires par rapport à l'année passée. Ces étudiants sont en formation dans les disciplines suivantes :

Discipline	Nombre de stagiaires	Durée des stages en jours
Audiologie	2	33
Éducation spécialisée	3	135
Ergothérapie	7	193
Infirmière auxiliaire	5	65
Médecine	15	47
Orthophonie	9	156
Physiatrie	1	5
Physiothérapie	11	274
Psychologie	3	111
Soins infirmiers	23	168
Travail social	1	75
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>1 262</b>

### Les mesures pour les stagiaires

Il est intéressant de souligner que, dans le cadre du *Plan d'action santé Outaouais*, un projet pilote a été élaboré en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais afin d'octroyer des bourses d'études pour les frais de séjour à des stagiaires provenant de l'extérieur de notre région.



L'attraction de stagiaires en fin de programme d'études dans certaines disciplines vise à aider au recrutement de ressources professionnelles en pénurie dans l'Outaouais. Il s'agit donc là d'une mesure visant la formation, l'attraction et le recrutement du personnel. Ce projet se concrétisera en 2008-2009.

## LA RECHERCHE

### Les projets de recherche

Au 31 mars 2008, le Centre régional de réadaptation La Ressource participait activement à dix-sept projets de recherche. Douze de ces projets étaient associés au Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE) et au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), projets impliquant seize chercheurs et quatre intervenants de l'établissement.

### La collaboration avec les universités

Tout au long du déroulement de ces projets, le Centre a collaboré étroitement avec six universités québécoises : l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université McGill, l'Université du Québec en Outaouais, l'Université du Québec à Montréal, l'Université Laval et deux universités ontariennes, soit l'Université d'Ottawa et l'Université de Toronto.

### Le comité d'éthique

En 2007-2008, notre comité d'éthique (CER des établissements du CRIR) a émis quatre certificats d'éthique pour des nouveaux projets de recherche qui se dérouleront au CRR La Ressource.

### Les publications et les présentations

Il est intéressant de souligner qu'il y a eu quatorze articles, chapitres ou rapports issus des projets de recherche de l'année, et ce, en plus de neuf présentations de résultats de recherche.

Aussi, afin d'assurer la transmission maximale des retombées de la recherche à nos intervenants, cinquante-deux d'entre eux ont pu assister à dix-sept visioconférences scientifiques présentées dans le contexte des « *Rendez-vous de la réadaptation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau* », des activités du RUIS McGill et du CRIR.



# Les résultats

## L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2007-2008

AXE :	PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE
-------	-------------------------------------

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010	AMÉLIORER LA GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL
----------------------------------	--

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Engagements* 2007-2008	Résultats 2007-2008
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,39 %	7,29 %	9,47%

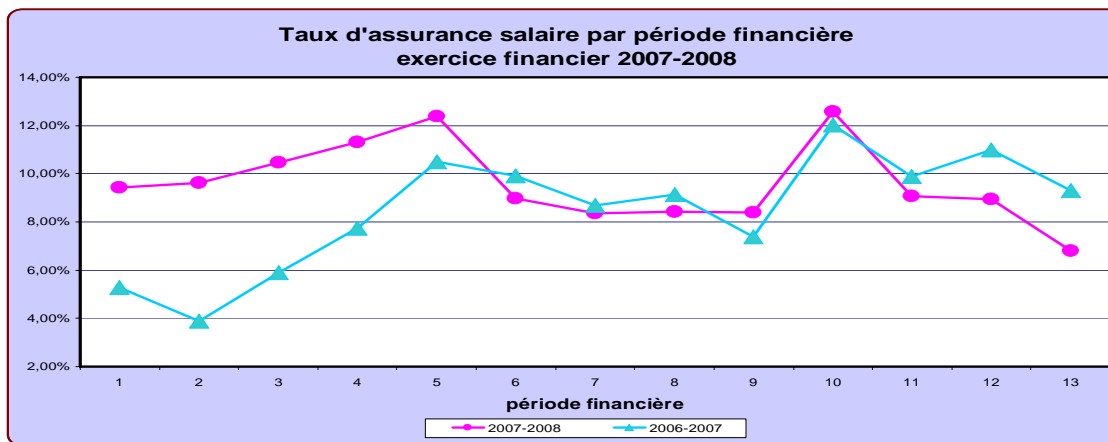
### Commentaires

#### a) Présenter les résultats

Les résultats en fin d'année dépassent notre engagement de 2,18%.

#### b) Analyser les résultats

La tendance à la hausse de l'exercice 2006-2007 s'est maintenue au cours des cinq premières périodes en 2007-2008. Cependant, au cours des périodes subséquentes, le taux moyen s'est maintenu à 8,83% comparativement à 9,57% pour la même période l'année passée. Il faut aussi souligner que les trois dernières périodes démontrent une tendance significative à la baisse.



#### c) Mesures d'amélioration

- le suivi des absences est effectué de façon continu par le service des ressources humaines et les gestionnaires concernés;
- l'analyse et le suivi des heures travaillées et heures en assurance-salaire sont assurés par l'équipe de direction à chaque période;
- l'embauche d'une agente en gestion du personnel dédiée au dossier de présence au travail permet un suivi encore plus rigoureux et individualisé de chaque dossier d'assurance salaire;
- le plan de présence au travail est en révision.

\*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008.



<b>AXE :</b>	<b>SERVICES SPÉCIALISÉS – DÉFICIENCE PHYSIQUE</b>
--------------	---

<b>OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010</b>	<b>AMÉLIORER L'ACCÈS À DES SERVICES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DANS CHACUNE DES RÉGIONS DU QUÉBEC AVEC L'INTENSITÉ SUFFISANTE, EN AUGMENTANT DE 12 % LE NOMBRE DE PERSONNES DESSERVIES.</b>
---	---

<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2006-2007</b>	<b>Engagements* 2007-2008</b>	<b>Résultats 2007-2008</b>
1.4.4 Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	1396	1549	1411
1.4.5 Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	375	375	334
1.4.6 Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	305	350	573
1.4.7 Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	283	293	292
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2359	2567	2610

<b>Commentaires</b>
<p><b>a) Présentation des résultats :</b> Globalement, notre cible du nombre de personnes ayant une déficience physique à qui nous avons rendu des services spécialisés de réadaptation, est atteinte. Nous avons même desservi 43 clients de plus que l'engagement 2007-2008.</p> <p>Spécifiquement, les résultats démontrent qu'en déficience motrice, la cible est atteinte à 91.1%, en déficience visuelle à 89.1%, en déficience auditive à 163.7% et en déficience de la parole et du langage à 99.7%.</p> <p><b>b) Analyse des résultats :</b> Les efforts du personnel, l'ajout de ressources grâce au budget de développement reçu et la réorganisation du travail dans certains programmes ont porté fruit puisque, comparativement à nos résultats de l'année 2006-2007, nous avons desservi 15 clients de plus en déficience motrice, 268 de plus en déficience auditive et 9 de plus en déficience de la parole et du langage. L'engagement de l'établissement quant au développement reçu en cours d'année est donc atteint, soit de desservir 9 clients de plus en déficience motrice et 3 de plus en déficience de la parole et du langage.</p> <p>En déficience auditive, on note une augmentation du volume de clientèle liée au nouveau décret pour l'attribution des aides de suppléance à l'audition pour les personnes âgées de 65 à 74 ans.</p> <p>Nos efforts de recrutement ont permis de combler plusieurs absences cette année. Cependant, il y a encore un manque de ressources professionnelles en orthophonie, psychologie et spécialiste de la réadaptation en déficience visuelle (SRDV). La rareté de ressources dans cette dernière discipline explique la diminution du nombre de clients desservis en déficience visuelle comparativement à l'an passé.</p> <p><b>c) Évolution et tendances associées aux résultats :</b> Au 31 mars 2008, 325 personnes étaient en attente d'un premier service en déficience motrice (216 en 2007), 13 en déficience visuelle (9 en 2007), 22 en déficience auditive (40 en 2007) et 1 en déficience de la parole et du langage (0 en 2007). On note une augmentation du nombre de clients; par contre, le délai moyen d'attente est passé de 312 jours en 2007, à 195 jours en 2008, toutes déficiences confondues.</p> <p><b>d) Mesures d'amélioration :</b> Pour l'année 2008-2009, nous poursuivrons nos efforts de recrutement et de rétention de professionnels et explorerons des modèles d'organisation de services différents afin de répondre aux besoins de notre clientèle. Le dossier de la présence au travail devrait également venir supporter nos efforts.</p>

\*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008.



<b>AXE :</b>	<b>GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS</b>
--------------	---

<b>OBJECTIFS DE RÉSULTATS</b>	<b>ASSURER UNE GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS VISANT LA RÉDUCTION DU TAUX DE DÉPENSES EN ADMINISTRATION ET EN SOUTIEN AUX SERVICES ET LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION D'ÉNERGIE.</b>
-------------------------------	--

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Engagements* 2007-2008	Résultats 2007-2008
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,14 Gj/m <sup>2</sup> »	1,10 Gj/m <sup>2</sup> »	1,13 Gj/m <sup>2</sup> »

Commentaires
<p>a) <b>Présenter les résultats</b> Les résultats de 2007-2008 sont légèrement supérieurs à la cible. En pourcentage, on parle d'un écart à la cible de 2.7 %.</p> <p>b) <b>Analyser les résultats</b> Les résultats de consommation de 2007-2008 s'apparentent à ceux de 2006-2007 (diminution de 1%).</p> <p>c) <b>Identifier, le cas échéant, les mesures d'amélioration</b> Pour 2008-2009, des mesures d'amélioration sont prévues et devraient nous permettre d'atteindre notre cible. Par exemple, la passerelle reliant notre établissement à l'Hôpital de Hull sera isolée. De plus, une firme spécialisée sera consultée pour déterminer quelles actions entreprendre pour maximiser l'économie d'énergie.</p>

<b>AXE :</b>	<b>ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE</b>
--------------	-----------------------------

<b>OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2005-2010</b>	<b>ASSURER LA DISPENSATION DES SERVICES DANS LE RESPECT DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE TOUT EN POURSUIVANT LES EFFORTS EN VUE D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.</b>
---	--

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Engagements* 2007-2008	Résultats 2007-2008
	0\$	0\$	0\$

Commentaires		
<p><b>Présentation des résultats :</b> L'établissement a atteint l'équilibre budgétaire pour l'année 2007-2008. Voir l'analyse des résultats des opérations et le rapport du vérificateur.</p>		
<table border="1"> <tr> <td><b>Nom :</b> Constance Vanier, directrice générale</td> <td><b>Date :</b> 13 mai 2008</td> </tr> </table>	<b>Nom :</b> Constance Vanier, directrice générale	<b>Date :</b> 13 mai 2008
<b>Nom :</b> Constance Vanier, directrice générale	<b>Date :</b> 13 mai 2008	

\*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008.



## L'AGRÉMENT

Voici les moyens mis en place et actualisés pour atteindre les objectifs de l'An I (2007-2008) du plan d'amélioration 2007-2010 élaboré dans le cadre de la démarche d'agrément.

- Diffusion de l'offre de service de l'établissement sur le WEB pour augmenter la visibilité du CRR La Ressource;
- Participation à la table de consultation en déficience physique pour discuter des besoins, des services et des enjeux en lien avec les projets cliniques;
- Révision de la politique DSPR-101 portant sur les plaintes en fonction des modifications exigées par la loi 83 et y inclure le traitement des insatisfactions;
- Adoption d'un règlement traitant de la gestion des plaintes et des insatisfactions de la clientèle;
- Rédaction d'une procédure simplifiée sur les plaintes à l'intention de la clientèle;
- Mise en place de modalités de diffusion auprès de la clientèle concernant la procédure simplifiée sur les plaintes (affiche, dépliant simplifié dans les pochettes d'accueil);
- Développement d'un outil de promotion de la procédure de gestion des plaintes et des insatisfactions pour la clientèle;
- Adoption d'un règlement sur les conditions d'admission de personnes atteintes de maladies contagieuses ou d'infections;
- Adoption de la politique de sécurité des actifs informationnels;
- Catégorisation des actifs informationnels et mise en place des 15 mesures de sécurité;
- Élaboration d'un plan d'entretien des équipements cliniques;
- Informations au personnel sur le suivi des travaux en cours et sur les bons coups dans le secteur des ressources matérielles.



## LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

### Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents et accidents

- Présentation du rapport annuel du comité de gestion des risques aux différents conseils professionnels, et ce, depuis 2007;
- Disponibilité du formulaire AH-223 CRDP dans chacun des programmes, services et points de services;
- Présentation, par la responsable des soins infirmiers, du nouveau formulaire AH-223 CRDP et de son utilisation à tout le personnel du programme de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI);
- Élaboration d'un dépliant à l'intention du personnel et des médecins sur la déclaration des incidents et accidents.

### Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

- L'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers, selon l'article 118.1, démontre qu'aucune mesure de contrôle impliquant la force, l'isolement ou l'utilisation de moyen mécanique ou chimique n'a été utilisée dans l'établissement.

### Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

- Sans objet.



## L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

### Bilan des plaintes traitées, des assistances et des interventions

- Le nombre de plaintes reçues en 2007-2008 est de treize ce qui est similaire au nombre de plaintes reçues en 2006-2007. Douze plaintes ont été conclues alors qu'une est en voie de traitement. Aucune plainte n'a été portée en deuxième instance et il n'y a eu aucune plainte médicale;
- Les motifs d'insatisfactions, au nombre de dix-sept, portaient sur les objets de plainte suivants : accessibilité (huit), soins et services dispensés (quatre), aspect financier (deux), organisation du milieu et ressources matérielles (une), relations interpersonnelles (une) et droits particuliers (une);
- Il y a eu huit demandes d'assistance concernant l'accessibilité, à savoir le délai pour obtenir un rendez-vous ou pour la prise en charge dans un programme;
- Il y a eu deux demandes d'interventions touchant l'organisation du milieu et des ressources matérielles.

### Mode de dépôt, auteur, assistant et délai de traitement des plaintes

- Sur les douze plaintes conclues, huit plaintes ont été déposées verbalement et quatre par écrit;
- La majorité des plaintes traitées, soit huit, ont été déposées par le représentant de l'utilisateur (titulaire de l'autorité parentale ou un proche). Les quatre autres plaintes ont été déposées par l'utilisateur lui-même;
- Il y a deux plaintes pour lesquelles les auteurs ont fait appel à des organismes pour les assister, soit le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP Outaouais) et une association pour personnes handicapées;
- Plus de la moitié des plaintes traitées, soit huit, ont été conclues dans un délai de 45 jours ou moins. Trois plaintes ont été traitées dans un délai entre 46 et 65 jours et une a été traitée en 94 jours;

La complexité du traitement des quatre dernières plaintes rendait difficile leur traitement à l'intérieur du délai de 45 jours. Toutefois, leurs auteurs en ont été avisés et ont manifesté leur accord quant au prolongement du délai.

### Mesures correctives et recommandations selon les motifs d'insatisfactions

- Sur un total de dix-sept motifs d'insatisfactions, neuf ont fait l'objet de recommandations ou de mesures correctives suite au traitement des plaintes.

Dans le cadre de l'exercice 2007-2008, toutes les recommandations émises ont été accueillies favorablement et la majorité est déjà implantée. Soulignons aussi qu'un tableau du suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est déposé périodiquement au comité de vigilance et de la qualité.



## Moyens pour la population d'accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction de l'utilisateur et le respect de leurs droits

Dans un premier temps, le rapport annuel des plaintes des usagers fait l'objet d'un point à l'ordre du jour de la séance du conseil d'administration du mois de mai.

La version intégrale du rapport est également présentée à la population lors de la séance publique d'information de l'établissement qui se tient à l'automne.

Par la suite, la population peut y avoir accès ou en obtenir une copie intégrale auprès de l'établissement, de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, du comité des usagers et de l'Agence de la santé et des services sociaux.

De plus, le rapport annuel de gestion étant placé sur le site WEB de l'établissement, la population peut donc y consulter la version résumée du rapport annuel des plaintes des usagers et, si elle le désire, présenter une demande pour obtenir la version intégrale.



# Les statistiques de la clientèle pour l'année 2007-2008

## NOMBRE DE CLIENTS UNIQUES DESSERVIS ET EN ATTENTE PAR DÉFICIENCE

DÉFICIENCE	CATÉGORIE D'ÂGE	CLIENTS DESSERVIS	CLIENTS EN ATTENTE D'UN 1 <sup>ER</sup> SERVICE AU 31 MARS 2008	DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN JOURS
DÉFICIENCE MOTRICE	0 à 17 ans	645	124	205
	18 à 64 ans	511	146	234
	65 ans et plus	255	55	154
		<b>1411</b>	<b>325</b>	<b>210</b>
DÉFICIENCE VISUELLE	0 à 17 ans	33	1	19
	18 à 64 ans	109	2	37
	65 ans et plus	192	10	99
		<b>334</b>	<b>13</b>	<b>83</b>
DÉFICIENCE AUDITIVE	0 à 17 ans	97	0	0
	18 à 64 ans	203	8	43
	65 ans et plus	273	14	65
		<b>573</b>	<b>22</b>	<b>57</b>
DÉFICIENCE PAROLE ET LANGAGE	0 à 17 ans	292	1	33
		292	1	33
<b>TOTAL POUR L'ENSEMBLE DES DÉFICIENCES</b>		<b>2610</b>	<b>361</b>	<b>195</b>

AUTRES SERVICES			
RESSOURCES D'HÉBERGEMENT	CLIENTS HÉBERGÉS AU 31 MARS 2008	CLIENTS EN ATTENTE DE SERVICES AU 31 MARS 2008	DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN JOURS
	16	10	655
TRANSPORT HÉBERGEMENT	CLIENTS RECEVANT UNE SUBVENTION AU 31 MARS 2008	CLIENTS EN ATTENTE DE SERVICES AU 31 MARS 2008	DÉLAI MOYEN D'ATTENTE EN JOURS
	94	53	1853
SUPPLÉMENT AU LOYER	54	23	1140

### Source de données pour les clients desservis par déficience :

- Un client est calculé une seule fois par déficience. Il peut toutefois être calculé plus d'une fois s'il a été desservi dans des programmes reliés à différentes déficiences.
- Il s'agit des différents clients ayant reçu des services entre le 1<sup>er</sup> avril 2007 et le 31 mars 2008 pour chaque déficience, selon le programme traité.

### Source de données pour les clients uniques en attente d'un 1<sup>er</sup> service :

- Un client est calculé une seule fois pour l'établissement.
- Il s'agit des différents clients n'ayant reçu aucun service depuis l'ouverture ou la réouverture de leur dossier.
- Le délai moyen d'attente résulte du délai entre la réception de la demande et la fin de la période, soit le 31 mars 2008.



# L'analyse des résultats des opérations

État des résultats des activités principales 2007-2008		
REVENUS	Exercice courant	Exercice précédent
Agence ou Ministère de la santé et des services sociaux	14 346 379 \$	13 319 896 \$
Usagers	1 559 739 \$	1 817 851 \$
Autres revenus et recouvrements	84 195 \$	140 604 \$
<b>TOTAL DES REVENUS</b>	<b>15 990 313 \$</b>	<b>15 278 351 \$</b>
CHARGES		
<b>Programme résidentiel</b>		
Internat – déficience physique	2 250 610 \$	2 168 837 \$
Soins infirmiers et d'assistance en unité de réadaptation fonctionnelle intensive	543 289 \$	
<b>Ressources intermédiaires, de type familial et autres ressources</b>		
Ressources intermédiaires	15 082 \$	25 859 \$
RTF – Famille d'accueil / déficience physique	29 225 \$	38 637 \$
RTF – Résidence d'accueil / déficience physique	216 056 \$	120 541 \$
Autres ressources non institutionnelles d'hébergement	286 976 \$	291 093 \$
Encadrement des ressources non institutionnelles	77 575 \$	76 752 \$
Ressources résidentielles avec allocations	86 787 \$	105 751 \$
<b>Réadaptation et support à l'intégration</b>		
Déficience motrice		
Centre de prélèvements	30 034 \$	12 759 \$
Pharmacie	177 078 \$	164 191 \$
Réadaptation – adultes	3 761 786 \$	3 664 475 \$
Réadaptation – enfants	1 446 602 \$	1 456 997 \$
Déficience sensorielle		
Réadaptation – Déficience visuelle	359 114 \$	384 235 \$
Réadaptation – Déficience auditive	404 895 \$	368 348 \$
Déficience de la parole et du langage	645 206 \$	640 403 \$
<b>Gestion des programmes et déplacements des usagers</b>		
Gestion et soutien aux programmes	312 412 \$	198 174 \$
Déplacements des personnes handicapées	319 160 \$	307 764 \$
<b>Administration et soutien aux services</b>		
Administration	1 146 709 \$	1 235 550 \$
Informatique	244 548 \$	264 140 \$
Réception – Archives et télécommunications	311 673 \$	267 904 \$
Alimentation – Internat et U.R.F.I.	243 097 \$	171 968 \$
Buanderie	43 943 \$	31 491 \$
<b>Gestion des bâtiments et des équipements</b>		
Hygiène et salubrité	258 282 \$	267 523 \$
Gestion des déchets biomédicaux	4 379 \$	4 700 \$
Fonctionnement des installations	1 700 275 \$	1 775 873 \$
Sécurité	168 217 \$	158 970 \$
Entretien et réparation des installations	566 628 \$	349 510 \$
<b>Charges non réparties</b>	<b>56 938 \$</b>	<b>647 841 \$</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>15 706 576 \$</b>	<b>15 200 286 \$</b>
<b>Excédent (déficit) des revenus sur les charges</b>	<b>283 737 \$</b>	<b>78 065 \$</b>



### État des résultats des activités accessoires 2007-2008

SERVICE RÉGIONAL D'AIDES TECHNIQUES (SRAT) – PROGRAMME DE PROTHÈSES, D'APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, DISPOSITIFS, FAUTEUILS ROULANTS ET AUTRES ÉQUIPEMENTS		
REVENUS	Exercice courant	Exercice précédent
Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) et particuliers	3 082 440 \$	2 954 162 \$
DÉPENSES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	1 153 553 \$	1 139 727 \$
Autres dépenses	1 703 473 \$	1 779 588 \$
Transfert des frais généraux	65 800 \$	64 200 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>2 922 826 \$</b>	<b>2 983 515 \$</b>
Excédent (déficit) de l'exercice	159 614 \$	(29 353) \$

PROGRAMME EN DÉFICIENCE VISUELLE – AIDES MÉCANIQUES, ÉLECTRONIQUES ET OPTIQUES (AMÉO)		
REVENUS	Exercice courant	Exercice précédent
Régie de l'assurance-maladie (RAMQ) et particuliers	155 198 \$	225 393 \$
DÉPENSES		
Autres dépenses	142 374 \$	193 125 \$
Transfert des frais généraux	33 000 \$	33 389 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>175 374 \$</b>	<b>226 514 \$</b>
Excédent (déficit) de l'exercice	(20 176) \$	(1 121) \$

PROGRAMME / COMPTOIR DES AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION (CASA)		
REVENUS	Exercice courant	Exercice précédent
	325 655 \$	134 611 \$
Salaires, avantages sociaux et charges sociales		18 762 \$
Autres dépenses	259 270 \$	106 951 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>259 270 \$</b>	<b>125 713 \$</b>
Excédent (déficit) de l'exercice	66 385 \$	8 898 \$

AUTRES ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES – SUPPLÉMENT AU LOYER		
REVENUS	Exercice courant	Exercice précédent
	231 961 \$	219 371 \$
DÉPENSES	231 961 \$	219 371 \$
Excédent (déficit) de l'exercice	- \$	- \$

STATIONNEMENT & CASSE-CROÛTE		
REVENUS	Exercice courant	Exercice précédent
	73 130 \$	81 996 \$
DÉPENSES	73 130 \$	81 996 \$
Excédent (déficit) de l'exercice	- \$	- \$

ÉTATS DES RÉSULTATS DES AUTRES FONDS – RECHERCHE		
REVENUS	Exercice courant	Exercice précédent
	19 065 \$	34 655 \$
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	1 209 \$	14 420 \$
Autres dépenses	17 856 \$	20 235 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>19 065 \$</b>	<b>34 655 \$</b>
Excédent (déficit) de l'exercice	- \$	- \$



LE BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION AU 31 MARS 2008		
ACTIF	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	1 129 545 \$	1 152 015 \$
Débiteur – Agence et MSSS	932 400 \$	111 628 \$
Autres débiteurs	572 738 \$	1 122 454 \$
Charges payées d'avance	62 009 \$	32 628 \$
Stocks	359 646 \$	261 987 \$
Créances interfonds		- \$
Autres éléments	214 395 \$	103 070 \$
<b>Total de l'actif</b>	<b>3 270 733 \$</b>	<b>2 783 782 \$</b>

PASSIF	Exercice courant	Exercice précédent
Créditeur – Agence et MSSS		
Autres créditeurs	1 710 145 \$	1 685 585 \$
Dettes interfonds	275 764 \$	198 367 \$
Autres éléments	92 181 \$	196 747 \$
<b>Total du passif</b>	<b>2 078 090 \$</b>	<b>2 080 699 \$</b>
Solde de fonds	1 192 643 \$	703 083 \$
<b>Total du passif et du solde de fonds</b>	<b>3 270 733 \$</b>	<b>2 783 782 \$</b>

LE BILAN DU FONDS D'IMMOBILISATIONS AU 31 MARS 2008		
ACTIF	Exercice courant	Exercice précédent
Débiteur – Agence et MSSS	7 613 \$	78 814 \$
Autres débiteurs		- \$
Créances interfonds	265 153 \$	186 807 \$
Immobilisations	5 360 046 \$	5 372 469 \$
<b>Total de l'actif</b>	<b>5 632 812 \$</b>	<b>5 638 090 \$</b>

PASSIF	Exercice courant	Exercice précédent
Autres créditeurs	1 044 \$	9 483 \$
Dettes interfonds		- \$
Financement temporaire / enveloppes décentralisées	159 284 \$	1 716 178 \$
Obligations et autres éléments	2 325 452 \$	682 727 \$
<b>Total du passif</b>	<b>2 485 780 \$</b>	<b>2 408 388 \$</b>
Solde de fonds	3 147 032 \$	3 229 702 \$
<b>Total du passif et du solde de fonds</b>	<b>5 632 812 \$</b>	<b>5 638 090 \$</b>

LE BILAN DU FONDS DE STATIONNEMENT AU 31 MARS 2008		
ACTIF	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	6 800 \$	- \$
Créances interfonds	10 611 \$	11 560 \$
<b>Total de l'actif</b>	<b>17 411 \$</b>	<b>11 560 \$</b>
	Exercice courant	Exercice précédent
<b>Solde de fonds</b>	<b>17 411 \$</b>	<b>11 560 \$</b>



# **L**e conseil d'administration et les comités au 31 mars 2008

## **Le conseil d'administration**

### **Population**

Monique Laplante-Carisse  
Pierre Leduc  
Rachid Merzouk  
Louise Synnott-Cholette

### **Comité des usagers**

Sylvie Rocheleau, présidente  
Suzanne Roy-Séguin

### **Fondation**

Jean-François Trépanier

### **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

D<sup>re</sup> Guylaine Doucet

### **Conseil des infirmières et infirmiers**

Martine Bilodeau

### **Conseil multidisciplinaire**

Josée Lévesque

### **Personnel non clinique**

Lyse Lévesque

### **Agence**

Madeleine Chabot

Denis René

### **Cooptation**

Gérard Brouillette

Sylvie Larose, vice-présidente

### **Directrice générale**

Constance Vanier, secrétaire

## **Le comité administratif**

Sylvie Larose, vice-présidente  
Pierre Leduc  
Sylvie Rocheleau, présidente  
Constance Vanier, directrice générale

## **Le comité d'éthique et de déontologie**

Gérard Brouillette  
Monique Laplante-Carisse  
Rachid Merzouk

## **Le comité d'évaluation de la directrice générale**

Monique Laplante-Carisse  
Pierre Leduc  
Sylvie Rocheleau, présidente

## **Le comité des finances et de la vérification**

Sylvie Larose, présidente  
Pierre Leduc  
Louise Synnott-Cholette

## **Le comité de vigilance et de la qualité**

Élise Boisvert, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services  
Gérard Brouillette  
Madeleine Chabot  
Suzanne Roy-Séguin  
Constance Vanier, directrice générale



## **Le comité des usagers**

Mme Sylvie Rocheleau, présidente  
M. Steve Dolesch  
Mme Louise Lavallée  
Mme Suzanne Roy-Séguin  
M. Robert Saucier

## **Le comité de gestion des risques**

Martine Bilodeau, responsable des soins infirmiers  
Suzanne Denis, conseillère à la qualité et présidente  
Denis Gendron, comité paritaire  
D<sup>re</sup> Nathalie Lanoie, équipe médicale  
Mathieu Potvin, conseil multidisciplinaire  
Sylvie Rocheleau, comité des usagers  
Constance Vanier, directrice générale

## **Le comité de suivi de l'agrément**

Martine Bilodeau  
Suzanne Denis  
Guylaine Doucet  
Carole Lacaille  
Mathieu Potvin  
Sylvie Rocheleau  
Martine Tessier  
Constance Vanier, directrice générale

# L e comité de vigilance et de la qualité

Au cours de la période couverte par ce rapport, les membres se sont réunis à trois reprises.

## Activités du comité

- Élaboration du règlement du comité de vigilance et de la qualité en vue de son adoption par le conseil d'administration le 26 juin 2007;
- Identification des différents outils et sources d'information disponibles pour les membres du comité;
- Rétrospective des plaintes de l'année précédente comme point de départ pour les travaux du comité;
- Établissement du calendrier des réunions de l'année;
- Suivis ponctuels des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et du rapport périodique des plaintes;
- Élaboration d'une grille d'analyse pour les différents rapports;
- Analyse des divers rapports annuels produits dans l'établissement par *la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le comité de gestion des risques, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le conseil des infirmières et infirmiers, le conseil multidisciplinaire, le comité de suivi de l'agrément et le comité des usagers* et établissement de liens systémiques avec leurs recommandations;
- Information sur le formulaire AH-223 *Rapport de déclaration d'incident/accident* qui répond aux besoins spécifiques des centres de réadaptation en déficience physique;
- Information sur le système de surveillance des incidents-accidents;
- Échanges sur l'importance de rendre la documentation produite par l'établissement accessible à toute la clientèle et plus particulièrement en format adapté pour la clientèle en déficience visuelle.

## Conclusion

Le comité de vigilance et de la qualité a fait ponctuellement rapport au conseil d'administration de la teneur de ses rencontres et **il est à souligner que le comité n'a pas eu à formuler de recommandation au conseil d'administration de l'établissement au cours de l'année.**

L'année 2007-2008 étant la première année complète de fonctionnement du comité de vigilance et de la qualité au sein du CRR La Ressource, les membres se sont donc appropriés tous les éléments du règlement élaboré selon les directives du Ministère et se sont familiarisés avec leurs rôles et leurs responsabilités.

Il est ressorti des contacts avec le conseil d'administration, avec le comité des usagers de même que de l'analyse des divers rapports, que la qualité des services est une préoccupation majeure au sein de l'établissement, partagée par tous.

Il est certain que les membres du comité de vigilance et de la qualité, dans le cadre de leurs fonctions, préserveront et encourageront cette orientation.



# L e comité des usagers



## Participation à divers comités

- Représentation au *Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais* (RCUO) et au *Comité de gestion des risques*;
- Représentation au conseil d'administration de l'établissement, au comité de gestion des risques et au comité de vigilance et de la qualité;
- Adhésion à la Table provinciale des comités des usagers des centres de réadaptation en déficience physique.

## Les activités

- Participation à une session d'information sur les services offerts à la clientèle de l'établissement;
- Participation au Colloque provincial sur la résilience dans le domaine de la réadaptation;
- Participation à un événement annuel du programme de réadaptation fonctionnelle intensive;
- Distribution du nouveau dépliant d'information du comité des usagers dans les locaux et points de services de l'établissement;
- Étude et suivi des suggestions et des commentaires de la clientèle recueillis dans les boîtes à suggestions mises à sa disposition;
- Rencontre avec la conseillère à la qualité pour l'établissement de l'échéancier des étapes d'actualisation des actions du plan d'amélioration de l'agrément en lien direct avec la clientèle et le comité.

## Le futur

Faire connaître davantage le comité des usagers et augmenter sa visibilité.



# L e comité de gestion des risques

## Les activités du comité de gestion des risques

Durant la période du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mars 2008, le comité de gestion des risques (CGR) s'est réuni quatre fois. Le CGR a :

- suivi de l'état d'avancement des mesures correctives proposées;
- adopté les mesures de soutien pour le client et ses proches;
- révisé le règlement sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident;
- pris connaissance des travaux sur la création d'un formulaire incident/accident adapté aux centres de réadaptation en déficience physique (AH223-CRDP).

## Bilan des rapports d'incidents/accidents

Cent trente-six rapports d'incidents/accidents ont été complétés. De ce nombre, quatre-vingt treize sont des rapports d'incidents et quarante-trois des rapports d'accidents. Notons que 63% des incidents/accidents se sont produits de jour.

## Objets des rapports

Les rapports portaient principalement;

- sur des chutes : quatre-vingt-deux, soit quarante et un d'incidents et quarante et un d'accidents, et
- sur des erreurs de médication : cinquante et une, soit cinquante d'incidents et un d'accident;
- autres : trois, soit deux d'incidents et un d'accident.

## Conséquences des incidents/accidents

Il n'y a pas eu de conséquences pour le client dans quatre-vingt-treize des cent trente-six rapports d'incidents/accidents rapportés cette année.

## Infections nosocomiales

Le tableau suivant dresse le portrait des infections nosocomiales de l'année 2007-2008.

<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthycilline (SARM)	13 clients Aucune éclosion
<i>Clostridium difficile</i>	5 épisodes (4 clients + 1 rechute) 1 éclosion (2 clients partageant une chambre)
Gastroentérite	Quelques cas isolés (clients/employés) Aucune éclosion
Influenza	Aucun cas
Zona	1 cas 1 éclosion (1 employé a eu la varicelle)



## Formation en prévention et en contrôle des infections

Une formation en prévention et contrôle des infections a été effectuée auprès du personnel concerné. De plus, les cartables de prévention et de contrôle des infections ont été restructurés, mis à jour et distribués aux endroits stratégiques.

## Suivis

Les mesures suivantes ont été implantées suite à l'analyse de la gestion des risques ou pour prévenir des situations de risque :

- Adoption de la procédure interne de gestion sur le contrôle de la gastroentérite;
- Avis envoyé à la pharmacie pour lui signifier ses erreurs;
- Création d'un comité de développement d'une procédure interne pour faciliter le transfert d'un client admis lors de son retour d'un séjour temporaire et de courte durée au centre hospitalier;
- Élaboration d'un protocole d'utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale;
- Création d'un comité pour le développement d'un plan de soins infirmiers sur la prévention des chutes;
- Adoption du règlement sur l'admission des clients avec infections, REGL-13;
- Modification de la procédure d'admission pour les clients avec infections;
- Révision du règlement sur la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident;
- Adoption des mesures de soutien pour le client et ses proches suite à un accident;
- Formalisation du système de surveillance des incidents/accidents.



# L es conseils professionnels

## LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

### L'exécutif du CMDP

- D<sup>re</sup> Guylaine Doucet, présidente
- D<sup>r</sup> Markus Besemann, secrétaire-trésorier
- D<sup>r</sup> Éric Dehoux
- M<sup>me</sup> Constance Vanier, directrice générale
- M<sup>me</sup> Suzanne Denis, directrice intérimaire des services professionnels et de réadaptation.

L'exécutif du CMDP s'est réuni à quatre reprises (trois réunions ordinaires et une réunion spéciale). Voici les dossiers dont les membres ont discuté durant l'année :

- Codification de diagnostics secondaires par les archives;
- Conservation des feuilles sommaires et du résumé en psychiatrie dans les dossiers de clients;
- Étude de demande de nomination du D<sup>r</sup> Yohann Couture;
- Obtention du logiciel *Up-to-date*;
- Suivi systématique des AVC;
- Ordonnances permanentes déposées au CA;
- Stage d'étudiant en médecine à l'été 2007;
- Projet dix lits de réadaptation gériatrique et de convalescence;
- Désignation des médecins (privileges spécifiques, prescription d'aides techniques).

### Le comité des titres

- D<sup>re</sup> Guylaine Doucet
- D<sup>r</sup> Markus Besemann
- D<sup>r</sup> Éric Dehoux

Le comité des titres s'est réuni à trois reprises pour discuter des dossiers suivants :

- Uniformisation du contenu des dossiers professionnels des médecins de l'établissement;
- Demande de privilèges pour D<sup>r</sup> Couture;
- Démission du D<sup>r</sup> Besemann à la fin mars 2008.

### Le comité de pharmacologie

- D<sup>r</sup> Philippe Mailhot
- D<sup>re</sup> Dominique Auger
- D<sup>re</sup> Isabelle Cloutier



- Dr Michel Marleau
- M<sup>me</sup> Martine Bilodeau, infirmière responsable des soins infirmiers (RSI).

Le comité de pharmacologie s'est réuni à trois reprises. Les dossiers suivants étaient à l'ordre du jour :

- Étude de protocoles / ordonnances permanentes;
- Révision des trousse de réanimation;
- Évaluation de l'usage des probiotiques dans les cas de diarrhée.

#### **Le comité de l'acte médical**

- Dr Philippe Mailhot
- D<sup>re</sup> Dominique Auger
- D<sup>re</sup> Isabelle Cloutier
- Dr Michel Marleau
- M<sup>me</sup> Martine Bilodeau, (RSI)

Le comité de l'acte médical s'est réuni à trois reprises et voici les dossiers discutés durant l'année :

- Étude de protocoles / ordonnances permanentes;
- Suivi du pied diabétique en réadaptation fonctionnelle intensive (projet)

#### **La représentation au comité de gestion des risques (vous référer à la page—du rapport)**

- D<sup>re</sup> Nathalie Lanoie

#### **La responsable des plaintes**

- D<sup>re</sup> Guylaine Doucet
- Aucune plainte n'a été reçue au cours de l'année.

#### **Le responsable de l'éducation médicale continue**

- Dr Michel Marleau
- Une demi-journée de formation s'est tenue en mars 2008 avec les conférenciers Dr Gagnier, de Montréal, et Dr Gagnon, de Gatineau.



## LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

### L'exécutif du CECII

- France Charbonneau, présidente
- Julie Page, vice-présidente
- Johanne Tardif, Agente de communications
- Diane Pagé, secrétaire
- Martine Bilodeau, responsable des soins infirmiers
- Constance Vanier, directrice générale

Sept rencontres ont eu lieu durant l'année 2007-2008

### Les dossiers de l'année

- Kit diabétique : finalisé et implanté depuis octobre 2007;
- Rôle de l'infirmière auxiliaire : élaboration de la description des tâches;
- Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : révision et mise à jour des trousse avec médication;
- Organisation du travail : mesures implantées pour favoriser le fonctionnement et la qualité des soins, exemple : redistribution de certaines tâches.
- *Anticoagulothérapie* : procédure implantée pour suivi *coumadin* et *fragmin sc*;
- Programme de prévention des chutes (en collaboration avec Claudia Waddel et Sylvie Fillion) : en cours;
- Plan de soins pour les personnes amputées (en collaboration avec physiothérapeute et ergothérapeute) : à finaliser;
- Plan thérapeutique infirmier (PTI) : projet pilote, depuis mars 2008, avec les nouvelles admissions.

### Les formations

- Réanimation cardiorespiratoire (RCR);
- Mesures d'urgence;
- Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB);
- *Fit test* pour les masques N-95;
- Préceptorat à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) les 16 et 23 janvier 2008;
- Plan thérapeutique infirmier (PTI) le 12 février 2008;
- Conférence sur le *leadership infirmier* le 29 novembre 2007 par le Regroupement des infirmières en réadaptation, avec la participation de Paul Coulombe;
- Téléconférences.



## Les stages

- Stages pour les infirmières en octobre 2007 et pour les infirmières auxiliaires en décembre 2007 et mars 2008.

## Les autres sujets

- Plan d'action santé Outaouais : présenté à l'Agence en novembre dernier, mesures proposées pour remédier aux problématiques reliées à la pénurie;
- RUIS McGill : visioconférences sur divers sujets en santé;
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information (AQIISTI) : infirmières qui s'intéressent à introduire des notions sur différents besoins informatisés, ex : plan de soins automatisé;
- Ordonnances collectives : protocoles *héparinothérapie, gavage et opiacés*;
- Vaccination;
- Prévention des infections;
- Outils de communication: bulletin distribué aux membres du conseil des infirmières et infirmiers (CII) par Johanne Tardif;
- Clientèle du projet des 10 lits de réadaptation gériatrique et de convalescence;
- Clientèle en phase terminale;
- Formulaire incident / accident;
- Suivi systématique : suite aux suggestions des infirmières lors des réunions de février et de mars 2008, implantation de mesures pour favoriser le fonctionnement et les suivis de la clientèle.



## LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

### L'exécutif du CECM

- Nancy Lafontaine, présidente
- Patricia Doyon, vice-présidente
- Nicole Lebrun, secrétaire
- Mathieu Potvin
- Valérie Ryan
- Constance Vanier, directrice générale
- Suzanne Denis, DSPR intérimaire, membre désigné

Le comité s'est réuni à 6 reprises en cours d'année. Les travaux des sous-comités suivants ont fait l'objet de suivis. Les travaux du sous-comité A en lien avec les objectifs de l'agrément se poursuivront en 2008-2009 alors que les travaux des autres sous-comités sont terminés.

#### *Sous-comité « A »*

- Identifier les critères cliniques ou autres indicateurs pour déterminer l'intensité des services et la fin des interventions en ergothérapie en déficience motrice enfant (RIME).

#### *Sous-comité « B »*

- Identifier les critères cliniques ou autres indicateurs pour déterminer l'intensité des services et la fin des interventions en orthophonie en déficience de la parole et du langage (RIPL).

#### *Sous comité « C »*

- Déterminer le rôle de l'éducateur spécialisé dans les services externes.

#### *Sous-comité « D »*

- Déterminer le rôle du thérapeute en réadaptation physique en déficience motrice adulte externe (RIMA).

### Suivi de la démarche d'agrément

Un plan d'amélioration a été élaboré par le comité d'agrément à partir des pistes suggérées par les équipes de réalisations ainsi que des recommandations de l'équipe visiteuse. Quatre objectifs concernent particulièrement les membres du conseil multidisciplinaire. Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) suggère un plan d'action pour chacun de ces objectifs.

### Besoins de formation

Les besoins de formation ont été traités en deux volets. D'une part, le sous-comité de formation n'a pas été réinstauré cette année. Cependant, compte tenu que depuis l'entrée en vigueur de la présente convention collective, le syndicat APTS joue un rôle très important dans la gestion du budget de formation et que ses membres sont les mêmes que ceux du conseil multidisciplinaire, il y a lieu de s'interroger sur la nécessité d'un tel sous-comité. Il est certain que le conseil multidisciplinaire a un rôle à jouer pour assurer la tenue de formations collectives visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Il faudra voir quelles sont les possibilités d'arrimage entre le CM, le syndicat et l'employeur.

D'autre part, cette année le budget des revenus de stage a été significativement bonifié par la nouvelle contribution de l'Université d'Ottawa. Selon le contrat signé avec l'établissement scolaire, cet argent doit être utilisé pour améliorer la tenue de stages dans notre centre, que ce soit par l'amélioration des infrastructures, des services offerts aux étudiants ou en outillant mieux les



superviseurs. Il nous est également apparu important de souligner le travail accompli par les superviseurs. Pour l'année 2007-2008, alors que l'établissement disposait d'environ 5 000\$ en date du 27 février 2008, les activités suivantes ont été réalisées : formation sur la supervision, achat d'un ordinateur pour le local des stagiaires et une activité de reconnaissance.

### Comité de pairs

Au cours de cette année, le CECM s'est penché sur l'implantation des comités de pairs. Historiquement, dans le réseau de la santé, la préoccupation d'avoir un comité de pairs provient d'un besoin de soutien au plan clinique. Suite à la démarche d'agrément, un tel soutien est en effet ressorti comme étant souhaitable au sein de notre établissement. Les cliniciens font déjà un certain travail de réflexion sur des problématiques cliniques diverses, mais le comité de pairs pourrait structurer davantage ce travail et s'assurer que les conclusions et les documents soient conservés et disponibles pour consultations ultérieures.

### Réseau universitaire intégré de services (RUIS McGill)

L'équipe du RUIS McGill est venue nous rencontrer en septembre dernier et Nancy Lafontaine y a représenté le CECM. Le but de cette rencontre était, entre autres, que les membres du sous comité de réadaptation du RUIS McGill viennent présenter ce qu'ils pouvaient nous offrir. Il y a eu discussion sur les sujets suivants : la conduite automobile (incluant le modèle utilisé en Abitibi), l'intervention socio-professionnelle, les blessures médullaires, les rendez-vous avec des spécialistes en médecine à Montréal et à Ottawa, le soutien lors de bris de services et, pour les services aux enfants, le développement de partenariat.

Une demande d'équipement pour la visioconférence a été effectuée pour tous les points de service de l'établissement. Notons également que le RUIS a une imposante banque d'outils dont il souhaite faire profiter le plus de gens possible, et ce, au bénéfice de la clientèle.

### Colloque provincial des CM « *Reconnaître les compétences, un élément fondamental pour soutenir l'évolution des pratiques* »

La présidente a assisté au colloque provincial des CM en novembre 2007. L'accent a été mis sur l'importance des CECM dans les établissements et les bénéfices apportés par l'utilisation de comité de pairs. Le colloque a permis, entre autres, de faciliter les échanges entre les CM des différents établissements.

### Association des conseils multidisciplinaires

Le CECM fait partie de cette association dont le principal moyen de diffusion est un site internet que les membres peuvent consulter à l'adresse suivante : [www.a-cm-q.com](http://www.a-cm-q.com)



# L e code d'éthique et de déontologie des administrateurs

- AU COURS DE L'ANNÉE, AUCUNE PLAINTÉ N'A ÉTÉ TRAITÉE EN VERTU DU PRÉSENT CODE -

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les membres d'un conseil d'administration d'un établissement public ou privé conventionné du réseau de la santé et des services sociaux doivent adopter un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.Q. 1997, C.6).

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

### 1. BUT ET DÉFINITION

Le code d'éthique et de déontologie est un ensemble de valeurs, principes et règles qui guident les administrateurs dans leurs responsabilités et devoirs. Il est aussi un outil pour favoriser et s'assurer de l'intégrité et de l'impartialité des administrateurs de fonds et de services publics.

### 2. LES VALEURS DE L'ADMINISTRATEUR

#### a) Son engagement envers la clientèle et envers l'établissement

L'administrateur adhère au conseil d'administration pour collaborer à la gestion des services aux personnes ayant une déficience physique et avec l'établissement et non pour satisfaire des intérêts personnels.

L'administrateur doit assurer une gestion responsable quant aux services à la clientèle.

#### b) Son respect des droits et de la personne

L'administrateur tient compte des droits des individus et des groupes dans les décisions et respecte les personnes lors des échanges et du processus décisionnel.

#### c) Son équité dans les décisions

L'administrateur se comporte avec impartialité et justice dans les prises de décision basées sur les besoins du milieu et la capacité du Centre régional de réadaptation La Ressource à y répondre.

#### d) Son efficacité et son efficience

L'administrateur juge des projets et des actions en fonction des résultats à atteindre et vise une utilisation optimale des ressources, en collaboration avec le personnel de l'administration et les employés.

#### e) Sa transparence et sa discrétion

L'administrateur communique clairement les informations et les opinions et fait preuve de discrétion concernant certains faits et données qui lui sont communiqués. Il préserve la confidentialité des débats, des échanges et des discussions.



- f) **Sa persévérance**  
L'administrateur manifeste de la patience, de la ténacité et de la volonté dans l'actualisation et la continuité des orientations du Centre régional de réadaptation La Ressource.

### 3. LES DEVOIRS DE L'ADMINISTRATEUR

- a) **Il agit dans les limites de son pouvoir**  
L'administrateur exerce ses pouvoirs dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ne s'immisce pas dans la gestion interne de l'établissement.
- b) **Il agit avec soin, prudence, diligence et compétence**  
L'administrateur prend les moyens pour assumer avec compétence ses responsabilités et ses devoirs. Il s'informe, s'ouvre aux divers points de vue et demande conseil.
- c) **Il agit dans l'intérêt de la population et de l'établissement**  
L'administrateur voit à la protection de la population en toute bonne foi, avec honnêteté et loyauté, sans abus de confiance ou de droit en évitant les conflits d'intérêts.

### 4. LES CONFLITS D'INTÉRÊTS POSSIBLES DE L'ADMINISTRATEUR

- a) L'administrateur doit éviter toute situation pouvant compromettre son objectivité, la rigueur de son jugement ou son indépendance, pouvant résulter, notamment, de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme.
- b) L'administrateur doit éviter de prendre part à une décision qui lui apporterait un avantage personnel. Pour qu'il y ait acte répréhensible, il doit sciemment poser une action qui le place dans un conflit d'intérêts.
- c) L'administrateur ne peut participer au processus décisionnel lorsque ses intérêts ou ceux de ses proches sont concernés. Il doit s'agir d'intérêt particulier et non d'intérêt de groupe, tel le personnel ou les usagers.
- d) L'administrateur doit fuir la sollicitation et refuser l'acceptation d'un avantage en lien avec sa fonction d'administrateur. Un avantage significatif peut entacher son impartialité et influencer ses décisions.
- e) L'administrateur ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
- f) L'administrateur ne doit pas utiliser ou communiquer d'informations privilégiées considérées comme confidentielles.
- g) L'administrateur ne peut utiliser les liens, les ressources ou les services de l'établissement autrement que selon les modalités applicables à tous.

*Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un administrateur :*

- h) est donc en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le Conseil peuvent en être défavorablement affectés, ou



- i) s'il n'est pas indépendant comme membre de Conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

## 5. LES MESURES PRÉVENTIVES À L'INTENTION DE L'ADMINISTRATEUR

- a) L'administrateur doit déclarer ses intérêts concernant les intérêts pécuniaires dans les entreprises commerciales en relation contractuelle avec le Centre régional de réadaptation La Ressource ou qui sont susceptibles de le devenir.
- b) L'administrateur doit déclarer le lien d'employé ou d'administrateur d'une entreprise ou d'un organisme susceptible de contracter avec l'établissement.
- c) L'administrateur doit remplir sa déclaration d'intérêts (formulaire ci-joint) dans les soixante jours suivant son élection ou sa nomination.
- d) L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts possible doit dénoncer son intérêt au Conseil et s'abstenir de siéger et de participer au processus décisionnel relatif à toute question où cet intérêt est en cause.

## 6. LA RÉMUNÉRATION DE L'ADMINISTRATEUR

- a) L'administrateur ne peut recevoir de rémunération à ce titre, tel que déjà stipulé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
- b) L'administrateur peut réclamer un remboursement pour les dépenses inhérentes à sa fonction selon les règles édictées par le gouvernement.

## 7) LE COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Un comité d'éthique, formé de trois administrateurs nommés par le conseil d'administration, est constitué afin de veiller à l'application du code.

Le mandat du comité est de promouvoir l'application du code d'éthique et de déontologie, d'enquêter au besoin sur toute situation de manquement aux règles et de proposer les mesures appropriées.



# La fondation Myra-Farhi



## Les membres du conseil d'administration

- Jean-Pierre Blais
- Claude Boisvert
- François Côté
- Pierrette Dupont
- Alain Farhi
- André Sanche, président
- Jean-François Trépanier
- Constance Vanier, secrétaire et directrice générale du CRR La Ressource

## L'historique et les objectifs

La fondation Myra-Farhi a été créée par lettres patentes selon la *Loi sur les compagnies du Québec* le 12 novembre 1986. Il s'agit d'un organisme sans but lucratif dont les buts et objectifs sont d'amasser des fonds en recevant des dons, legs et autres contributions de même nature en argent, en valeur mobilière ou immobilière, d'administrer tels dons, legs et contributions, d'organiser des campagnes de souscription pour recueillir des fonds, utiliser ses biens dans le but de rencontrer les objectifs spécifiques qui suivent :

- Fournir ou prêter à des personnes ayant une déficience physique des équipements et du matériel pour renforcer leur autonomie et les aider à s'intégrer dans la communauté;
- Fournir au Centre régional de réadaptation La Ressource des équipements et du matériel pouvant servir à l'ensemble de la clientèle desservie par l'établissement;
- Supporter financièrement des projets de ressources résidentielles visant l'intégration des personnes ayant une déficience physique;
- Acquérir des biens meubles et immeubles dans le but d'aider des personnes ayant une déficience physique à renforcer leur autonomie et ainsi favoriser leur intégration dans la communauté.

## Les activités

Au cours de l'année, la fondation a, entre autres :

- Remplacé un membre démissionnaire au conseil d'administration du CRR La Ressource au collège de désignation la représentant ;
- Élaboré une nouvelle affiche et un nouveau dépliant d'information ;
- Ajouté de l'information sur le site WEB de l'établissement ;
- Traité 15 demandes de financement ;
- Reçu 10 dons en argent de particuliers de même que des dons d'équipements divers.

La fondation prépare un rapport annuel et tient une assemblée publique d'information annuelle à laquelle participent les membres des conseils d'administration de la fondation et de l'établissement.



# Notre logo



La forme triangulaire identifie la force et l'approche bio-psycho-sociale.

La forme stylisée d'un arbre, dont la cime s'élève fièrement, représente les diverses étapes de réadaptation et d'adaptation que la personne vivant avec une déficience motrice, sensorielle ou de la parole et du langage, évolutive ou non, doit traverser pour atteindre son potentiel maximal.

La base de l'arbre qui forme le S du mot RessourSe représente les liens étroits entre la clientèle et le personnel.



Le Centre régional de réadaptation La Ressource  
est un établissement agréé par le  
Conseil québécois d'agrément





Siège social  
135, boul. St-Raymond  
Gatineau (Qc) J8Y 6X7



819 777-6261



[crr-la-ressource@ssss.gouv.qc.ca](mailto:crr-la-ressource@ssss.gouv.qc.ca)



<http://www.crr-la-ressource.qc.ca>

Rapport annuel de  
gestion 2007-2008

Direction générale





ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS  
DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE  
PHYSIQUE DU QUÉBEC



L'Association regroupe les **CRDP** du Québec  
Centre  
de réadaptation  
en déficience  
physique

