

CENTRE DE RÉADAPTATION

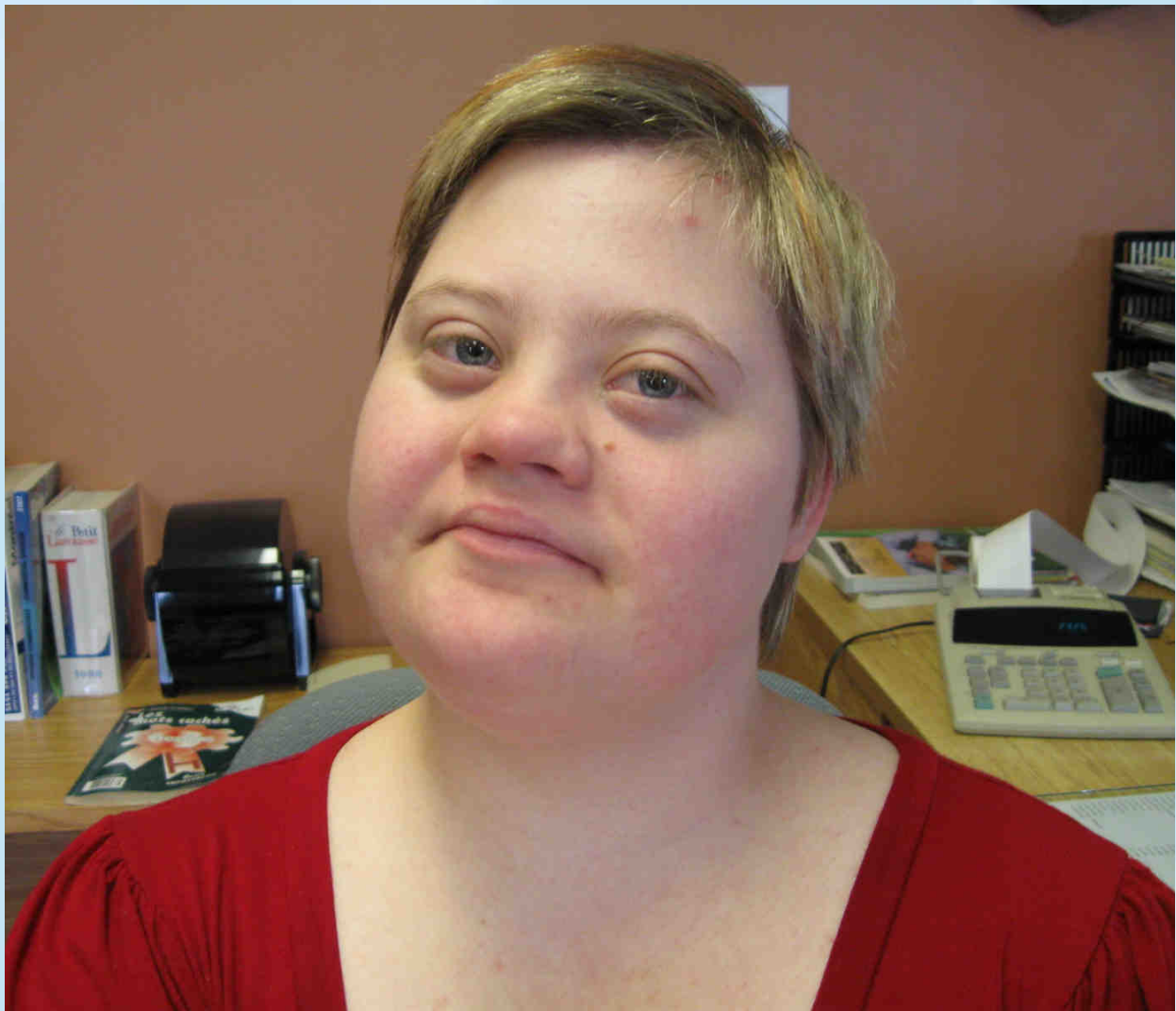


EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

DU SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN

# Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean

## *Rapport annuel de gestion* 2007-2008



*Une vision partagée !*

**CENTRE DE RÉADAPTATION**



*Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean.*

*Siège social :*

835, rue Roland, Roberval, QC, G8H 3J5

Téléphone : 418-275-1360

*Centres de services :*

**Dolbeau :** 364, 8e Avenue, Dolbeau-Mistassini, QC, G8L 3E5

Téléphone : 418 276-7491

**Roberval :** 835, rue Roland, Roberval, QC, G8H 3J5

Téléphone : 418 275-1360

**Alma :** 400, boul. Champlain, Alma, QC, G8B 3N8

Téléphone : 418 662-3447

**Jonquière :** 2509, rue du Long-Sault, Jonquière, QC, G7X 4J2

Téléphone : 418 547-5177

**Chicoutimi :** 766, rue du Cénacle, Chicoutimi, QC, G7H 2J2

Téléphone : 418 549-4003

**La Baie :** 1331, 2e Avenue, La Baie, QC, G7B 1M6

Téléphone : 418 544-7383

**Conception et réalisation :** Isabelle Tremblay, Agente de communication, Direction générale

**Support administratif :** Lyna Levesque, Attachée administrative, Direction générale

**Impression :** Luc Roy, Reprographie du CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Déclaration du directeur général</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Message du président</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Message du directeur général</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Présentation de l'établissement</b>	<b>8</b>
4.1	Mission	8
4.2	Valeurs, principes et approches	8
4.3	Services offerts	9
<b>5</b>	<b>Structure organisationnelle</b>	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>Effectifs</b>	<b>12</b>
<b>7</b>	<b>Principales réalisations des directions</b>	<b>13</b>
7.1	Direction générale	13
7.2	Direction des services professionnels et de la recherche	15
7.3	Direction des services de réadaptation	16
7.4	Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	17
7.5	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles	18
<b>8</b>	<b>Priorités d'action</b>	<b>19</b>
8.1	La spécialisation des programmes et services du CRDI	19
8.2	La mise en réseau des services du CRDI	20
8.3	L'évaluation et l'assurance de la qualité	20
8.4	Les ajustements en lien avec la disponibilité financière	20
8.5	La mise en place du nouveau plan d'organisation	21
8.6	La consolidation et l'accroissement du partenariat (interne et externe)	21
8.7	La recherche et l'enseignement	21
8.8	La révision des orientations stratégiques 2005-2010	22
<b>9</b>	<b>Résultats : Entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008</b>	<b>23</b>
<b>10</b>	<b>Accessibilité aux services</b>	<b>24</b>
10.1	Inscription aux services dispensés	24
10.2	Mécanismes d'accès	26
10.3	Liste d'attente	27
<b>11</b>	<b>Conseils ou comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux</b>	<b>28</b>
11.1	Conseil d'administration	28
11.1.1	Code d'éthique et de déontologie des administrateurs	28
11.2	Comité de vigilance et de la qualité	29
11.3	Comité des usagers	29
11.4	Conseil multidisciplinaire	30
11.5	Conseil des infirmières et infirmiers	30
11.6	Comité de gestion des risques	31
<b>12</b>	<b>États financiers et résultats des opérations</b>	<b>32</b>
<b>13</b>	<b>Fondation</b>	<b>35</b>
<b>14</b>	<b>Reconnaissance et remerciements</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE I</b>		<b>37</b>

# 1 Déclaration du directeur général

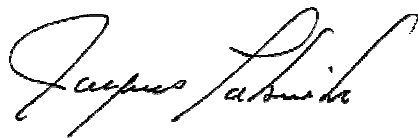
Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2007-2008 du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-St-Jean :

- ✓ Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques 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 terminé le 31 mars 2008.

Le directeur général



Jacques Labrèche



## 2 Message du président

Il me fait plaisir, au nom des membres du conseil d'administration, de vous présenter le rapport annuel de gestion 2007-2008 du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay–Lac-Saint-Jean (CRDI SLSJ).

L'année qui s'est terminée le 31 mars 2008 marque une importante transition pour le centre. En effet, l'arrivée d'un nouveau directeur général, l'adoption d'une nouvelle offre de services spécialisés et la révision de la structure organisationnelle sont trois éléments majeurs survenus au cours de l'année.

Ces changements s'inscrivent dans la perspective de permettre au CRDI SLSJ de poursuivre sa mission en lien avec les orientations ministérielles qui confèrent à l'établissement un rôle de deuxième ligne, soit un rôle de « spécialiste » en intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Cette transition annoncée plus significativement cette année dans notre région n'est pas isolée. En effet, tous les CRDI de la province œuvrent dans le sens de l'accroissement de la spécialisation de leurs services et l'évolution de leur pratique. Tous ces changements, en cours et à venir, visent à augmenter l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes desservies, notamment en travaillant davantage en réseau et en complémentarité d'action.

En terminant, en ma qualité de président du conseil d'administration, j'aimerais profiter de l'occasion pour remercier les membres du conseil d'administration et ses différents comités pour leur grande implication tout au long de l'année. Je remercie du même souffle monsieur Robert Bouchard pour la qualité de son travail et sa collaboration à titre de directeur général intérimaire. Je reconnais également la contribution soutenue et engagée du comité des usagers, des instances professionnelles et syndicales, des cadres ainsi que de la Fondation du CRDI SLSJ à la réalisation des objectifs de notre organisation.



Finalement, je souligne la grande qualité et le dynamisme du nouveau directeur général, monsieur Jacques Labrèche, qui par sa vision éclairée et sa détermination a su rapidement prendre en main la destinée du centre.

Le président



Jean-Marc Gagnon

### 3 *Message du directeur général*

À mon tour, il me fait grand plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion du CRDI du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Mais avant de débiter, j'aimerais remercier les membres du conseil d'administration pour leur soutien et leur confiance depuis mon arrivée en poste en septembre 2007. Je profite de l'occasion pour remercier le personnel et les cadres pour leur accueil chaleureux dans cette grande et belle région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

L'année 2007-2008 a été une année marquée par plusieurs éléments qui inscrivent le centre de réadaptation dans une transition importante axée sur l'accroissement de la spécialisation de ses programmes et services et la mise en réseau des services aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

D'abord, après avoir précisé les défis et enjeux du centre, ceux-ci ont été largement diffusés tant à l'interne qu'à l'externe afin de partager une vision commune et cibler les actions à entreprendre.

L'élaboration de l'offre de services spécialisés du CRDI SLSJ et son adoption par le Conseil d'administration en mars 2008 marque le point de départ d'un projet de transformation et d'une pratique en évolution. Cette offre de service a été élaborée en conformité avec celle des établissements membres de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDI-TED). Sa diffusion auprès du personnel et des partenaires est en cours.

En lien avec l'offre de service, le conseil d'administration et le centre se sont engagés auprès de la FQCRDI à appliquer les standards de pratique présentement en élaboration au niveau provincial. Les travaux à ce chapitre avancent bien et nous y participons activement. La Fédération présentera le fruit de cette démarche à l'automne 2008.

Toujours en lien avec la nouvelle offre de services à mettre en place, des discussions ont eu lieu avec le conseil des infirmiers et infirmières et le conseil multidisciplinaire pour convenir de tenir trois (3) chantiers qui visent à ajuster la pratique à la nouvelle offre de service. Ces travaux avec les infirmières, les travailleurs sociaux et les éducateurs débiteront à l'automne 2008.

Des travaux préliminaires visant la transformation des services actuels se sont amorcés en janvier 2008 et des discussions « animées » ont eu lieu avec les instances syndicales quant à leur réalisation. Les travaux et les discussions se poursuivent et nous sommes confiants de trouver les solutions et les façons de faire qui permettront une transition harmonieuse dans le respect des règles en vigueur et du personnel concerné pour une plus grande qualité de services aux usagers. Rappelons-nous que ces travaux préliminaires qui se poursuivent visent trois (3) objectifs :

1. Permettre à des usagers de vivre et d'évoluer dans des ressources mieux adaptées à leurs besoins;
2. Recentrer les activités du centre sur sa mission « spécialisée »;
3. Dégager une marge de manœuvre financière pour l'accroissement de la spécialisation.

Sur le plan régional, en lien avec la mise en réseau des services, un comité de travail, initié par le CRDI, a été constitué pour définir les paramètres de l'intervention et des services qui devront être partagés entre les instances œuvrant en première ligne et le CRDI. Ce comité est animé par l'agence et des représentants des CSSS et du CRDI y participent. Ces travaux mèneront à terme à l'élaboration et à la signature de protocoles d'entente sur la répartition des responsabilités et des services auprès des personnes que nous desservons dans la région. Cette démarche s'inscrit dans les orientations ministérielles et vise à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Un nouveau plan d'organisation et une nouvelle structure hiérarchique ont été adoptés au conseil d'administration en mars 2008. En lien avec les défis et enjeux du centre pour les prochaines années et conformément à la loi 83, nous avons procédé à un vaste exercice de consultation au cours de l'hiver et révisé notre plan d'organisation afin qu'il soit mieux ajusté à la nouvelle réalité et aux défis de l'heure.

La nouvelle structure hiérarchique contraste significativement avec le modèle précédent. Elle est ajustée à la structure des réseaux locaux de la région et certains services ont été centralisés (enfance/TED).

## Suite ...

De plus, une seule direction, au lieu de trois (3) assurera et orientera les services professionnels, de réadaptation et de recherche. Le processus de dotation des postes de cadres est en cours pour une mise en œuvre en septembre 2008. Enfin, un ajout de trois postes de spécialistes en activités cliniques au cours des prochains mois viendra compléter cet exercice. Ces nouveaux postes, en lien avec l'accroissement de la spécialisation, visent à offrir aux intervenants et aux interventions, un soutien efficace dans le cadre de l'évolution de la pratique.

Le début de la démarche de renouvellement de notre certification par le Conseil québécois d'agrément a aussi ponctué notre hiver 2008. En plus de faire le point sur les actions réalisées et à réaliser de notre plan d'amélioration élaboré en 2005, nous avons constitué les différents comités qui participeront à la démarche et distribué les nombreux mandats qui nous permettront de réaliser cette démarche d'autoévaluation et d'amélioration continue. Cette démarche s'échelonne jusqu'en mars 2009.

Sur le plan des communications, l'engagement d'une agente de communication au printemps 2008 devrait permettre d'améliorer grandement l'efficacité de nos communications internes et externes. Son premier mandat sera de mettre en place différents bulletins d'informations internes pour le personnel et voir à l'élaboration du site web de l'établissement.

En ce qui a trait à l'avenir de la bâtisse du siège social à Roberval, des discussions ont eu lieu avec l'Agence régionale et des études sont en cours sur différents scénarios proposés. Une orientation devrait être prise d'ici la fin 2008.

Des travaux de collaboration avec le comité des usagers ont permis d'établir les bases de la mise en place d'un mécanisme d'évaluation continue de la satisfaction des usagers. Enfin, ce mécanisme s'élabore en collaboration avec trois autres CRDI du Québec. Le budget du comité sera rehaussé en 2008-2009 pour permettre l'engagement d'une secrétaire et d'une conseillère à la personne.

Conformément à l'application de la loi 90 sur la gestion des risques, les différents éléments reliés à la gestion des accidents et des incidents ont été mis en place et les intervenants ont été habilités à l'utilisation des nouvelles règles de pratique.

Si les plaintes ont été peu nombreuses cette année, le comité de vigilance, conformément à la loi 83, s'est réuni régulièrement au

cours de l'année afin d'assurer un suivi rigoureux de celles-ci. Le comité a de plus amorcé des discussions sur le « modèle de qualité », discussions qui se poursuivront au cours de l'année à venir.

Du côté de la recherche, nous avons participé à différents projets au cours de l'année avec des partenaires régionaux et provinciaux (UQAC, UQAM, CNRIS, etc.). Ces efforts, en lien avec l'accroissement de la spécialisation, vont s'intensifier dans l'avenir et des moyens sont à mettre en place afin de favoriser une meilleure diffusion et une appropriation par les intervenants des résultats de ces recherches pour les intégrer à la pratique.

Enfin, nous avons consolidé des liens avec la Fondation du CRDI dans le but de favoriser son développement et la réalisation de sa mission. Encore là, les travaux se poursuivront en 2008-2009 afin de mieux faire connaître la Fondation et son œuvre auprès du personnel et de favoriser leur adhésion et la participation à ses activités.

En terminant, j'aimerais souligner la contribution importante des membres du conseil d'administration qui, bénévolement, nous font bénéficier de leur expertise. Leur implication soutenue est des plus enrichissante pour l'établissement. De plus, je ne pourrais conclure ce message sans reconnaître la qualité du travail accompli par tous les employés qui œuvrent au quotidien au développement des habiletés et des autonomies des personnes desservies pour leur plus grande intégration et participation sociales.



Le directeur général

Jacques Labrèche

# 4 Présentation de l'établissement

## 4.1 Mission

La mission du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-St-Jean est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, 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 reçoit, sur référence, les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement; 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 soient dirigés le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

## 4.2 Valeurs, principes et approches

Les valeurs prônées par l'établissement à l'égard des usagers sont décrites principalement dans la philosophie d'intervention du CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean :

- Chaque personne est unique et possède sa propre façon de se développer et de réagir;
- La ferme croyance dans le potentiel de l'usager : sa capacité d'apprendre, de s'adapter, de travailler et de se distraire;
- La participation de l'usager, de sa famille et de ses proches à prendre une part active aux décisions les concernant;
- Le respect des droits de la personne;
- L'amélioration de la qualité de vie;
- Communication, respect, participation, discrétion, intégrité.

À partir de ces valeurs, l'organisation de services repose sur les cinq (5) principes d'intervention suivants :

- La normalisation;
- La valorisation des rôles sociaux;
- L'intégration sociale;
- La participation sociale;
- L'autodétermination.

Enfin, les principales approches sur lesquelles repose la programmation de services spécialisés sont les suivantes :

- L'approche individuelle et globale;
- L'approche développementale;
- L'approche comportementale;
- L'approche communautaire;
- L'approche systémique et familiale.

Les finalités poursuivies par l'établissement s'inscrivent dans les visées des politiques clientèle du MSSS, DI et TED, et de l'offre de services spécialisés des établissements de la FQCRDI-TED.



## 4.3 Services offerts

L'établissement dispense une gamme de services spécialisés à travers lesquels se retrouvent les diverses activités d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale. Ces services spécialisés sont les suivants :

- Le service d'accès, d'évaluation et d'orientation;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation à la personne;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation en contexte d'intégration résidentielle;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation en contexte d'intégration au travail;
- Les services d'adaptation ou de réadaptation en contexte d'intégration communautaire;
- Les services d'assistance éducative spécialisée aux familles et aux proches;
- Les services de soutien spécialisé aux partenaires.

Des expertises spécifiques complètent l'offre de services spécialisés.

### LES SERVICES D'ADAPTATION/RÉADAPTATION DISPENSÉS POUR LES PERSONNES PRÉSENTANT UN RGD, UNE DI OU UN TED

#### I. ACCÈS, D'ÉVALUATION ET D'ORIENTATION

- ✓ usagers avec un diagnostic
- ✓ enfants ayant un RD à étiologie indéterminée

#### II. ADAPTATION/RÉADAPTATION À LA PERSONNE

Ensemble des activités cliniques visant à réduire les situations de handicap et optimiser l'intégration et la participation sociale réalisées via l'évaluation fonctionnelle, l'analyse des besoins, l'élaboration, l'actualisation et la révision du plan d'intervention.

#### Adaptation/réadaptation en contexte d'intégration :

#### III. COMMUNAUTAIRE

Soutien à l'intégration communautaire  
Maintien des acquis/qualité de vie

#### IV. AU TRAVAIL

Accessibilité à l'emploi  
Interventions intensives de réinsertion

#### V. RÉSIDENTIELLE

Services non-institutionnels (RTF/RI)  
Services résidentiels spécialisés (RI, RAC)  
Soutien spécialisé en formules alternatives

#### VI. ASSISTANCE ÉDUCATIVE SPÉCIALISÉE

##### AUX FAMILLES ET AUX PROCHES

Renforcement des compétences parentales  
Aide aux démarches d'intégration  
Aide au développement du réseau de soutien  
Répit et dépannage spécialisés

#### VII. SOUTIEN SPÉCIALISÉ AUX PARTENAIRES

Développement des compétences éducatives  
Soutien des milieux en vue de :  
- faciliter l'intégration  
- l'adaptation des services

### EXPERTISES SPÉCIFIQUES <sup>1</sup>

- Intervention comportementale intensive (TED : 2 - 5 ans)
- Intervention pour les personnes ayant un TGC (DI-TED : adultes)
- Assistance éducative pour l'acquisition des habiletés sociales (TED : 6 - 17 ans et adultes) \*
- Programme-conseil, d'orientation et de soutien à l'exercice du rôle parental des personnes \*
- Prévention et d'intervention en situation de négligence, d'abus ou de violence \*
- Intervention précoce (RGD : 0 - 5 ans)
- Développement optimal des personnes polyhandicapées \*
- Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (DI-TED : 16 ans et plus)
- Accompagnement et soutien des personnes impliquées dans un processus judiciaire \*
- Le programme d'assistance aux personnes vieillissantes \*

#### SOUTIEN SPÉCIALISÉ DE L'INTERVENTION ET DE L'ACCROISSEMENT DE L'EXPERTISE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

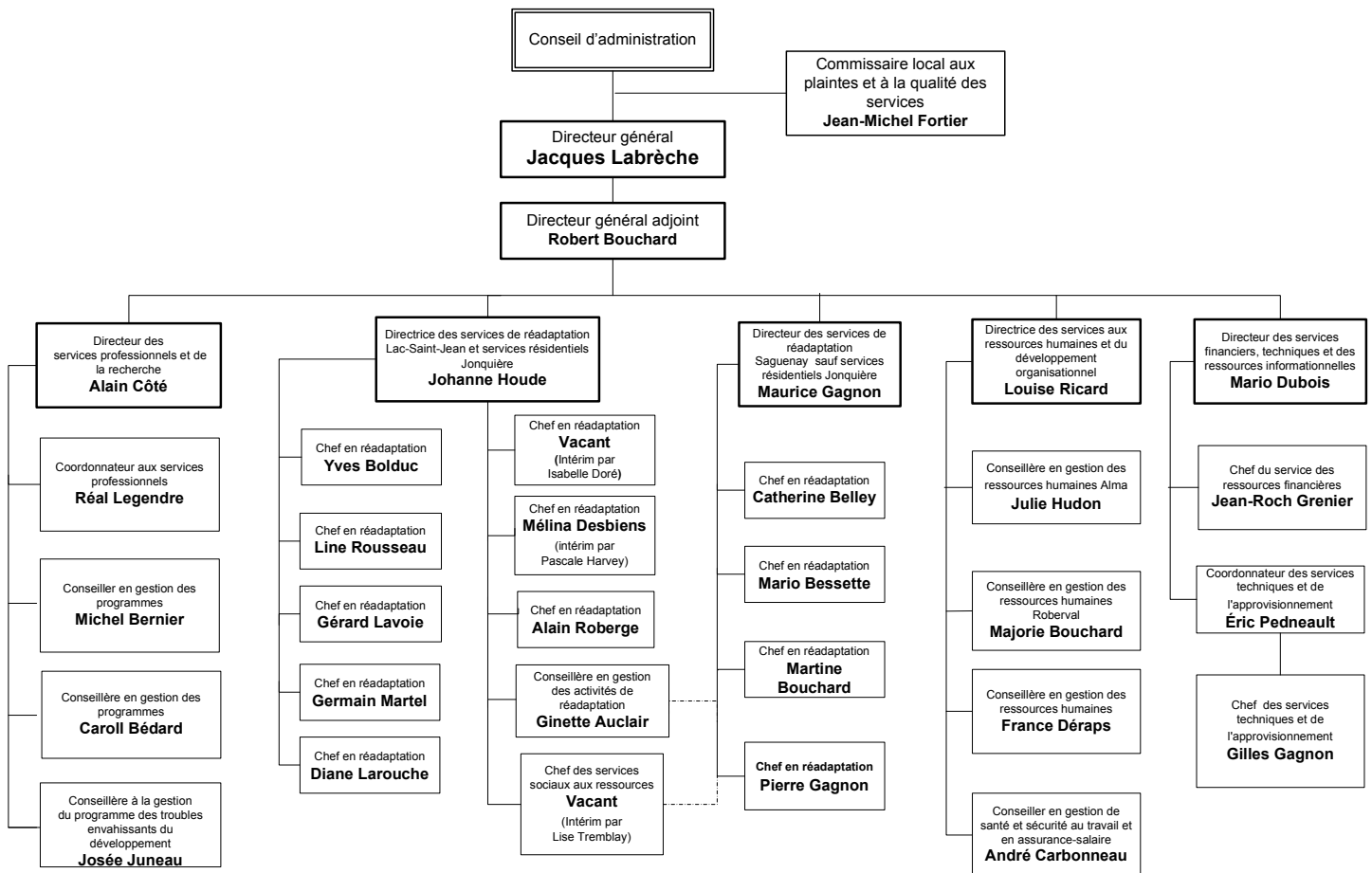
#### RECHERCHE, DÉVELOPPEMENT ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

1. LES PROGRAMMES MARQUÉS D'UN ASTÉRISQUE \* SONT EN DÉVELOPPEMENT

# 5 Structure organisationnelle

Le 26 mars 2008, le Conseil d'administration adoptait une nouvelle structure hiérarchique suite au processus de révision du plan d'organisation. Les deux organigrammes sont présentés. La nouvelle structure entrera en fonction graduellement à partir du 30 juin 2008.

## Structure antérieure



légende :  
 autorité fonctionnelle : ligne pointillée  
 autorité hiérarchique : ligne continue

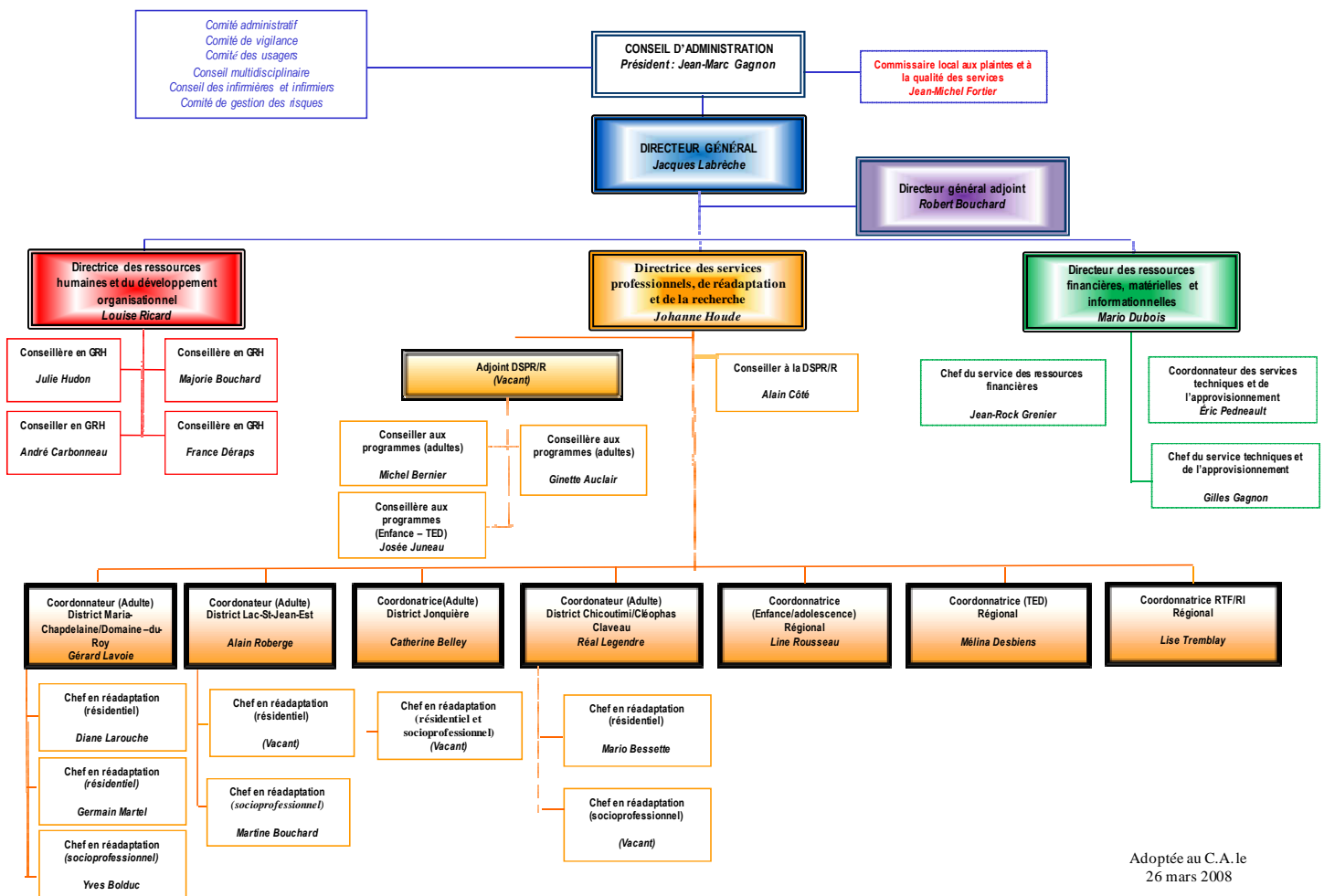
# Structure organisationnelle adoptée par le conseil d'administration le 26 mars 2008



## Les cadres supérieurs du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

**Rangée du bas :** Louise Ricard, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel et Johanne Houde, directrice des services professionnels, de réadaptation et de la recherche.

**Rangée du haut :** Mario Dubois, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles, Jacques Labrèche, directeur général et Robert Bouchard, directeur général adjoint.



Adoptée au C.A. le 26 mars 2008

# 6 Effectifs

Le tableau I illustre la répartition des effectifs du personnel de l'établissement au 31 mars 2008.

**TABLEAU I**  
**EFFECTIFS au 31 mars 2008**

	2007-2008	2006-2007
<b>Personnel détenteur de poste</b>		
Personnel cadre		
Temps complet	31	32
Temps partiel		
Nb de personnes		1
ETC		1
Stabilité d'emploi	1	0
Personnel régulier		
Temps complet	299	310
Temps partiel		
Nb de personnes	110	111
ETC	70	71
Sécurité d'emploi	0	0
<b>Personnel non détenteur de poste</b>		
Nombre d'heures rémunérées	281 631	253 486
Nb de personnes	223	190
ETC	154	139
<b>Total équivalents à temps complet</b>	<b>555</b>	<b>553</b>
<b>Nombre total d'employés</b>	<b>664</b>	<b>644</b>
<b>(incluant les cadres)</b>		



# 7 Principales réalisations des directions

## 7.1 Direction générale



Jacques Labrèche, directeur général

Robert Bouchard, directeur général adjoint

## Orientations stratégiques 2005-2010

### Orientation 1

**Assurer le leadership nécessaire à un partenariat de qualité avec l'ensemble des établissements et des organismes concernés par les services à dispenser aux personnes présentant une déficience intellectuelle et aux personnes présentant des troubles envahissants du développement.**

- Assurer la participation de l'établissement comme partenaire;
- Poursuivre l'implication des représentants de l'établissement dans les différents mécanismes de concertation;
- Réaliser des démarches de collaboration en vue d'ententes nécessaires au partenariat.

### Orientation 2

**Se doter des moyens nécessaires pour disposer prioritairement de l'information pertinente tant sur la clientèle que sur la prestation des services clinico-administratifs, et disposer des outils technologiques requis pour s'assurer une prise de décision éclairée et de qualité sur l'ensemble des services cliniques et administratifs de l'établissement (SIG) organisationnel.**

- Disposer d'un système d'information clientèle de qualité et efficace (SIC DI);
- Poursuivre les travaux relatifs à l'implantation essentielle d'un tableau de bord de gestion informatisé et en découlant, produire des rapports d'appréciation de la qualité selon la fréquence établie et les indicateurs retenus;
- Implanter les outils technologiques requis;
- Prévoir les ressources humaines nécessaires pour supporter adéquatement la dimension « management et technologie de l'information dans l'établissement »;
- Implanter un système unifié de gestion des archives et adopter un calendrier de conservation des documents administratifs et cliniques.

### Orientation 3

*Poursuivre la consolidation des services cliniques par un ajustement de la programmation au contexte de développement de l'offre de service du CRDI liée à l'environnement tant externe qu'interne (Politique clientèle, poursuite des activités en lien avec le rapport du Curateur public, projet clinique découlant de l'implantation des réseaux locaux, Plan d'action national sur les services aux personnes présentant des TED, réseaux locaux de services, clientèle vieillissante, etc.).*

- Réaliser des travaux de consolidation visant à accentuer la participation sociale de l'ensemble des usagers;
- Consolider et développer la programmation de services en lien avec le Plan d'action national sur les services aux personnes présentant des troubles envahissants du développement;
- Collaborer à la mise en œuvre des projets cliniques à convenir;
- Développer les nouveaux services requis pour répondre aux besoins de la clientèle.

### Orientation 4

*Renforcer le soutien à l'intervention clinique tant au niveau individuel qu'au niveau des équipes de travail.*

- Développer des mesures de soutien individuelles;
- Développer des mesures de soutien aux équipes d'intervenants.

### Orientation 5

*Poursuivre des démarches en ce qui a trait au développement organisationnel dans le but de se doter d'un plan d'action favorisant l'établissement d'un climat de travail propice à l'exercice des rôles et responsabilités, et ce, au niveau de chacune des catégories de personnel tout en s'assurant que le CRDI dispose du personnel compétent et en quantité suffisante pour accomplir sa mission.*

- Générer la valorisation et la mobilisation par la contribution aux activités du plan de développement des ressources humaines par la participation et l'implication du personnel d'encadrement, des professionnels et intervenants cliniques et du personnel administratif;
- Établir un plan de communication formel afin de développer un sentiment d'appartenance et une responsabilisation accrue chez l'ensemble du personnel;
- Établir un plan d'action suite à l'étude de vulnérabilité dans le cadre de la planification de main-d'œuvre pour les titres d'emploi des différentes catégories de personnel présentant des risques de pénurie;
- Créer les conditions propices à la participation de tous les paliers de l'établissement afin de se doter de nouvelles dispositions de conventions collectives devant régir l'organisation du travail favorisant le recrutement et la rétention du personnel.

### Orientation 6

*Appliquer, par un plan d'action approprié, les recommandations découlant du rapport d'évaluation du Conseil québécois d'agrément ainsi que les pistes d'amélioration proposées par l'établissement.*

- Circonscrire et appliquer le plan d'amélioration permettant la réalisation du suivi à apporter au rapport d'évaluation du Conseil québécois d'agrément;
- Établir les responsabilités des directorats et des diverses instances de l'établissement en ce qui a trait aux recommandations.

## 7.2 *Direction des services professionnels et de la recherche*



**Alain Côté, directeur**

Josée Juneau, conseillère aux programmes enfance-TED, Michel Bernier, conseiller aux programmes, Réal Legendre, coordonnateur aux services professionnels et Caroll Bédard, conseillère aux programmes.

### *Principales réalisations*

- ✓ Élaboration de l'offre de services spécialisés du centre;
- ✓ Mise en place de la nouvelle programmation en intervention précoce;
- ✓ Élaboration d'une politique des actes délégués;
- ✓ Réalisation en partenariat de différents travaux de recherche, notamment "L'étude des pratiques de la transition planifiée au préscolaire" et "L'étude des facteurs associés à la détresse psychologique des parents de jeunes ayant une déficience intellectuelle";
- ✓ Évaluation de l'agir éthique au CRDI;
- ✓ Expérimentation de la clinique d'évaluation interdisciplinaire pour les enfants 0-5 ans présentant un retard global de développement;
- ✓ Développement d'un nouveau poste d'orthophoniste;
- ✓ Tenue de 10 rencontres de la Clinique régionale d'évaluation des retards de développement;
- ✓ Mise en place de mécanismes d'arrimage entre les psychologues de la DSP, les spécialistes en activités cliniques et les éducateurs;
- ✓ Évaluation des besoins en services professionnels et planification de la main-d'œuvre (PMO-DSP);
- ✓ Mise en place et suivi du comité de gestion des risques, élaboration et diffusion d'une nouvelle politique et procédure de gestion des accidents et incidents;
- ✓ Révision de la politique et procédure entourant les mesures exceptionnelles de contrôle;
- ✓ Implantation d'un mécanisme de contrôle et de suivi de la participation des proches à la planification de services;
- ✓ Participation aux travaux de l'ADHIS pour la production d'un aide-mémoire destiné aux familles;
- ✓ Animation de la table régionale DI/TED issue de la structure participative réseau du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

### 7.3 *Direction des services de réadaptation :*



**Johanne Houde, directrice**



**Maurice Gagnon, directeur**

Yves Bolduc, chef en réadaptation, Line Rousseau, chef en réadaptation, Gérard Lavoie, chef en réadaptation, Germain Martel, chef en réadaptation, Diane Larouche, chef en réadaptation, Isabelle Doré, chef en réadaptation par intérim, Mélina Desbiens, chef en réadaptation, Alain Roberge, chef en réadaptation, Ginette Auclair, conseillère en gestion des activités de réadaptation, Lise Tremblay, chef des services sociaux aux ressources par intérim, Catherine Belley, chef en réadaptation, Mario Bessette, chef en réadaptation, Martine Bouchard, chef en réadaptation et Pierre Gagnon, chef en réadaptation.

#### *Principales réalisations*

- ✓ Mise en place d'une ressource d'hébergement (RI) spécifique pour les enfants présentant un TED;
- ✓ Élaboration d'un protocole pour les études de cas;
- ✓ Élaboration d'une procédure sur les mouvements de clientèle;
- ✓ Mise à niveau pour les intervenants en TGC sur l'intervention multimodale;
- ✓ Collaboration avec l'Agence et les CSSS à la définition du rôle de l'intervenant pivot;
- ✓ Participation au comité sur la hiérarchisation des services;
- ✓ Élaboration, en lien avec la nouvelle offre de services spécialisés, d'un projet préliminaire de transformation des services;
- ✓ Élaboration et adoption d'une politique sur le règlement des mésententes entre l'établissement et les RNI;
- ✓ Collaboration avec la DSP/RD à la réalisation de différents dossiers;
- ✓ Constitution d'un comité d'expertise pour les ressources polyhandicapées;
- ✓ Participation soutenue au comité de relations de travail;
- ✓ Élaboration de formations en TED et TGC et notes significatives;
- ✓ Promotion du service de l'appartement éducatif d'Alma;
- ✓ Implantation du programme en intervention précoce;
- ✓ Planification de l'introduction d'un nouveau programme en troubles graves du comportement (TGC).



## 7.4 *Direction des ressources humaines et du développement organisationnel :*



**Louise Ricard, directrice**

Julie Hudon, conseillère en gestion des ressources humaines, Majorie Bouchard, conseillère en gestion des ressources humaines, France Déraps, conseillère en gestion des ressources humaines et André Carbonneau, conseiller en gestion de la santé et sécurité au travail et en assurance-salaire.

### *Principales réalisations*

- ✓ Identification d'une stratégie d'actualisation du PDRH, diffusion de cette stratégie et initiation d'un mécanisme de suivi;
- ✓ Mise en place d'une expérience pilote pour expérimenter l'outil de la « feuille de route » pour l'appréciation de la contribution auprès d'éducateurs des trois secteurs;
- ✓ Lancement du comité de reconnaissance pour reconnaître les bons coups;
- ✓ Tenue des activités en lien avec la philosophie de la performance par le plaisir dont l'organisation de la formation sur l'obligation de la civilité;
- ✓ Évaluation de l'ensemble des emplois du secteur bureau et procéder à la reclassification, en diffuser les résultats dans l'ensemble du territoire;
- ✓ Détermination des exigences du secteur bureau, diffuser les résultats;
- ✓ Dans le processus de sélection, révision de l'étape des tests psychométriques afin de réduire les délais;
- ✓ Mise en place d'un système d'information sur les départs prévisibles à l'intention des directeurs;
- ✓ Formation sur le dossier assurance-salaire à l'intention du personnel d'encadrement;
- ✓ Déploiement du programme de thérapie brève : diminution appréciable du taux d'absentéisme pour motif psychologique sur 5 mois;
- ✓ Identification des formations postsecondaires aux fins de la rémunération additionnelle et application des modalités pour le personnel visé;
- ✓ Tenue régulière des comités de relations de travail et maintien de bonnes relations avec la partie syndicale;
- ✓ Élaboration d'un projet de politique de développement des compétences des ressources humaines;
- ✓ Élaboration d'un projet de politique sur la supervision et l'appréciation de la contribution.

## 7.5 *Direction des ressources financières matérielles et informationnelles :*



**Mario Dubois, directeur**

Jean-Rock Grenier, chef du service des ressources financières, Éric Pedneault, coordonnateur des services techniques et de l'approvisionnement et Gilles Gagnon, chef des services techniques et de l'approvisionnement.

### *Principales réalisations*

- ✓ Transformation de la structure organisationnelle des services techniques pour mieux répondre aux besoins des services;
- ✓ Rénovation de l'atelier de menuiserie;
- ✓ Rénovation du hall d'entrée du siège social;
- ✓ Mise aux normes des salles informatiques;
- ✓ Élaboration de scénarios via la relocalisation du siège social à Roberval;
- ✓ Mise en place du comité sur la sécurité des actifs informationnels;
- ✓ Mise en place des 15 mesures sur la sécurité des actifs informationnels (élaboration des directives et des procédures);
- ✓ Élaboration d'un plan de communication et de sensibilisation sur la sécurité des actifs informationnels;
- ✓ Catégorisation des actifs informationnels;
- ✓ Ébauche d'un plan directeur de sécurité des actifs informationnels.

## 8 *Priorités d'action*

En lien avec la transformation du réseau de la santé et des services sociaux amorcée en 2004 et les travaux présentement en cours au sein même de l'établissement et les principaux enjeux auxquels fait face le CRDI, les priorités d'action pour l'établissement sont les suivants :

- ✓ La spécialisation des programmes et services;
- ✓ La mise en réseau des services;
- ✓ La consolidation et l'accroissement du partenariat (interne et externe);
- ✓ La recherche et l'enseignement;
- ✓ L'évaluation et l'assurance de la qualité;
- ✓ Les ajustements en lien avec la disponibilité financière;
- ✓ La mise en place d'un nouveau plan d'organisation;
- ✓ La révision des orientations stratégiques.

### *8.1 La spécialisation des programmes et services du CRDI*

Le 26 mars 2008, le conseil d'administration adoptait la nouvelle offre de services spécialisés du CRDI. Cette offre de service marque le coup d'envoi d'une longue démarche qui vise son appropriation tant à l'interne qu'à l'externe, son déploiement graduel, le rehaussement de la rigueur des processus cliniques, la mise en application des standards de pratique et la transformation des services.

Dans ce contexte, le CRDI doit planifier des activités de formation, de recherche et d'innovation pour assurer l'évolution des pratiques.

Il doit poursuivre le développement de ses programmes spécialisés et de ses expertises de pointes.

L'implantation de l'offre de services spécialisés commande la révision des modèles de main-d'œuvre et une planification est à faire en ce sens.

Enfin, toujours en lien avec ce défi, le CRDI devra dégager une marge de manœuvre financière par la transformation de certains de ses services actuels (moins spécialisés ou non spécialisés) dans une perspective de recentrer ses forces vives sur sa mission spécialisée et financer les ressources nécessaires à son actualisation.

## *8.2 La mise en réseau des services du CRDI*

En lien avec la création et la mise en place des réseaux locaux de services et la hiérarchisation des services, le CRDI se doit d'être un acteur clé dans la concertation entre les différents acteurs impliqués, ou à impliquer dans la dispensation des services, notamment les CSSS.

Présentement, pour les personnes de la région présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, le CRDI est à toute fin pratique le seul dispensateur de services. Il faut donc travailler avec les partenaires au développement de véritables réseaux locaux de services où chacun assumera ses responsabilités et où le CRDI pourra davantage consacrer ses énergies et ses ressources aux actes spécialisés. La mise en œuvre du « Plan d'accès » du MSSS diffusé en juin 2008 et les travaux en cours sur la hiérarchisation des services dans le région soutiendront la mise en réseau des services.

## *8.3 L'évaluation et l'assurance de la qualité*

Les modèles de qualité sont nombreux, parfois complexes, et souvent difficiles à actualiser. Notre défi sera d'en adopter un qui soit simple, utile et efficace.

L'évaluation continue de la qualité est un incontournable pour assurer l'amélioration des services aux usagers et leurs proches. Si l'évaluation périodique par le Conseil québécois d'agrément nous soutient dans notre démarche d'amélioration continue, nous devons développer davantage nos propres indicateurs à ce niveau.

La démarche en cours de renouvellement de notre accréditation par le Conseil québécois d'agrément et le plan d'amélioration que nous élaborerons suite à notre démarche d'autoévaluation nous permettront de poursuivre notre processus d'amélioration continue de la qualité en 2008-2009.

## *8.4 Les ajustements en lien avec la disponibilité financière*

La richesse relative du programme DI-TED dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean est élevée comparative-ment aux autres régions du Québec. Le CRDI, dans ce contexte, ne bénéficie pas de budget de développement depuis plusieurs années et son budget est en décroissance. Le passage vers l'accroissement de la spécialisation des services implique nécessairement le dégagement d'une marge de manœuvre pour son actualisation par la transformation de ses services actuels. Le CRDI restera, pour les années à venir, dans un contexte de transformation continue.

Ces changements génèrent certaines tensions et insécurités auprès du personnel, des parents et des usagers qui devront être gérées efficacement dans la perspective d'une transition harmonieuse axée sur une meilleure réponse aux besoins des usagers.

Enfin, le taux en assurance salaire de l'établissement est à plus de 9 %, ce qui prive le CRDI d'une marge de manœuvre intéressante et importante. Nous poursuivons les démarches mises en place en 2007-2008 afin de corriger la situation et nous verrons à introduire d'autres mesures, au besoin.

### *8.5 La mise en place du nouveau plan d'organisation*

Un nouveau plan d'organisation et une nouvelle structure organisationnelle adoptés par le Conseil d'administration le 26 mars 2008 sont en voie d'implantation. La nouvelle structure tranche radicalement avec la structure antérieure. Elle est axée vers la réalisation des défis reliés à la spécialisation des services, la responsabilisation à tous les niveaux, l'accroissement du soutien clinique et la mise en réseau. Ce changement majeur prendra du temps à atteindre son rendement optimal et nous devons mettre en place les mesures favorisant une transition harmonieuse et une approche des nouveaux rôles attendus.

Enfin la mise en place de la nouvelle structure et du soutien clinique prévu posent certains défis concernant la dotation de postes spécialisés. Nous devons être imaginatifs et attractifs dans ce contexte.

### *8.6 La consolidation et l'accroissement du partenariat (interne et externe)*

La réalisation des grands défis du CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean implique un partenariat solide et crédible tant à l'interne qu'à l'externe.

À l'interne, la mise en place de la nouvelle structure organisationnelle adoptée par le Conseil d'administration le 26 mars 2008 prendra un certain temps avant d'atteindre son fonctionnement optimal. Il faudra miser sur une cohérence accrue et travailler davantage en interdépendance au sein des directions et entre les directions.

Toujours à l'interne, il nous faudra revoir et consolider nos approches et nos liens avec les représentants syndicaux pour la réalisation de nos objectifs.

À l'externe, un partenariat significatif et efficace est à construire avec les autres dispensateurs de services, notamment les CSSS. Le personnel d'encadrement et les intervenants devront être habilités à y œuvrer et auront à développer des compétences spécifiques pour travailler dans un réseau de services intégrés.

### *8.7 La recherche et l'enseignement*

La spécialisation des programmes et services du CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean passe inévitablement par le développement d'une programmation de recherche. Compte-tenu de nos ressources limitées, nous devons nous associer à d'autres centres et travailler de concert avec les milieux de l'enseignement, notamment les universités.

De plus, il faut s'assurer que les résultats de recherche soient diffusés dans l'établissement, appropriés par les équipes et intégrés à la pratique.

Enfin, l'accueil d'un nombre croissant de stagiaires dans l'établissement favoriserait l'évolution de la pratique.

## *8.8 La révision des orientations stratégiques 2005-2010*

En lien avec l'adoption de la nouvelle offre de services spécialisés du CRDI et son implantation, son nouveau plan d'organisation, l'évolution constante de la prestation de services aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, un partenariat à construire et revisiter, et avant tout afin d'assurer une prestation de services toujours de plus haute qualité, des démarches devront être entreprises en 2009 afin de réviser pour 2010 les orientations stratégiques du CRDI. Bien que les orientations du Plan d'orientations stratégiques 2005-2010 sont toujours d'actualité, plusieurs éléments gagneraient à être précisés ou ajoutés pour une meilleure vision des développements à venir.



# 9 Résultats : Entente de gestion et d'imputabilité 2007-2008

Conformément à l'article 182.1 de la LSSS, l'établissement a conclu avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean une entente de gestion et d'imputabilité qui prévoit notamment l'atteinte de certaines cibles au niveau des services dispensés aux personnes présentant un trouble envahissant du développement. Le tableau suivant présente les résultats de l'année 2007-2008 :

	ENGAGEMENT 2007-2008	SITUATION À LA FIN DE LA PÉRIODE 13	ÉCART	COMMENTAIRES
Nombre d'enfants de moins de six ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA.	19 enfants	27 enfants	8	Objectif atteint.
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de six ans.	18 heures	15,75 heures	(2,25)	La structure d'intervention actuellement en place permet de dispenser 20 heures par semaine par enfant inscrit. Certains facteurs viennent cependant limiter le nombre d'heures réellement accordé : les absences des enfants inscrits (maladie ou autres), le processus d'intégration sociale au cours duquel 8 enfants ont reçu environ 10 heures par semaine pendant 2 à 4 semaines, les absences pour maladie du personnel, les formations du personnel et les réunions d'équipe.
Nombre de personnes de six ans et plus recevant un service spécialisé TED.	133 personnes	160 personnes	27	Objectif atteint.
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	7,57	9,06	(1,49)	Certaines mesures administratives et l'engagement d'un intervenant à temps complet pour l'application du programme « thérapie brève » ont permis une réduction du nombre d'heures en assurance salaire au cours des dernières périodes.
Consommation en giga joules par mètres carrés.	0,57	0,56	0,01	Objectif atteint.
Mise en place d'une RI pour jeunes ayant un trouble envahissant du développement (nombre de places).	5	5	-	Objectif atteint. La ressource est pleinement opérationnelle.
Nombre de gestionnaire responsable du plan d'accès.	1	1	-	Objectif atteint. Le gestionnaire du plan d'accès a été désigné.

# 10 Accessibilité aux services

## 10.1 Inscription aux services dispensés

Le CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean dessert un total de 1 358 usagers différents en déficience intellectuelle qui reçoivent en moyenne 2 services.

**TABLEAU 3**  
**USAGERS INSCRITS – CLIENTÈLE DI**  
**DANS L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES CLINIQUES**  
**RÉPARTIS SELON LES GROUPES D'ÂGE ET LES SECTEURS SOCIOSANITAIRES**  
**AU 31 MARS 2008**

USAGERS INSCRITS AUX PROGRAMMES CLIENTÈLE DI															
Programme	Territoire CSSS	2007-2008						2006-2007							
		0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99		
Résidentiel	Cléophas-Claveau		3	1	12	4			3	1	16	13	3		
	Chicoutimi		15	9	84	61	7		15	8	87	56	8		
	Jonquière	2	6	8	42	49	6	1	7	6	55	65	5		
	Lac-St-Jean-Est		10	10	53	56	6		8	8	61	65	12		
	Domaine-du Roy	1	7	2	40	87	57	1	6	1	34	81	55		
	Maria-Chapdelaine		8	2	19	25	6		7	2	18	25	6		
		<b>3</b>	<b>49</b>	<b>32</b>	<b>250</b>	<b>282</b>	<b>82</b>	<b>2</b>	<b>46</b>	<b>26</b>	<b>271</b>	<b>305</b>	<b>89</b>		
				<b>698</b>						<b>739</b>					
Socio-professionnel	Cléophas-Claveau			2	18	18				2	25	22	1		
	Chicoutimi			5	102	47	2			2	100	45	2		
	Jonquière			9	62	47	2			3	67	49	1		
	Lac-St-Jean-Est			4	76	55	1			6	85	64	4		
	Domaine-du Roy			6	55	90	47			4	52	84	45		
	Maria-Chapdelaine			9	44	27	4			3	42	30	5		
		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>357</b>	<b>284</b>	<b>56</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>371</b>	<b>294</b>	<b>58</b>		
				<b>732</b>						<b>743</b>					
Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches	Cléophas-Claveau	2	17	2	15	8		4	16	2	22	16	3		
	Chicoutimi	8	51	17	104	65	9	3	52	14	107	60	8		
	Jonquière	1	4	43	21	66	55	6	4	41	19	79	70	5	
	Lac-St-Jean-Est	1	0	53	15	80	68	6	5	49	19	91	81	22	
	Domaine-du Roy	8	25	9	66	100	60	4	25	7	54	93	57		
	Maria-Chapdelaine	1	19	12	43	29	6		22	11	44	29	6		
		<b>4</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>76</b>	<b>374</b>	<b>325</b>	<b>87</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>72</b>	<b>397</b>	<b>349</b>	<b>101</b>
				<b>1113</b>						<b>1144</b>					



Le CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean dessert un total de 202 usagers différents en troubles envahissant du développement qui reçoivent en moyenne 1,3 services.

**TABLEAU 4**  
**USAGERS INSCRITS – CLIENTÈLE TED**  
**DANS L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES CLINIQUES**  
**RÉPARTIS SELON LES GROUPES D'ÂGE ET LES SECTEURS SOCIOSANITAIRES**  
**AU 31 MARS 2008**

**USAGERS INSCRITS AUX PROGRAMMES CLIENTÈLE TED**

Programme	Territoire CSSS	2007-2008						2006-2007					
		0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99
Résidentiel	Cléophas-Claveau		1	1	1					1	2		
	Chicoutimi		5	1	9					1	7		
	Jonquière		5	2	4					4	6		
	Lac-St-Jean-Est		4	4	8	1				1	6	2	
	Domaine-du Roy		4		2	4				1	2	2	
	Maria-Chapdelaine		1		1						1	1	
			<b>0</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>5</b>
		<b>58</b>						<b>37</b>					

Programme	Territoire CSSS	2007-2008						2006-2007					
		0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99
Socio-professionnel	Cléophas-Claveau			1	4						4		
	Chicoutimi			1	6						7		
	Jonquière				6						7		
	Lac-St-Jean-Est				5						4	1	
	Domaine-du Roy			1	2	2					2	1	
	Maria-Chapdelaine			1		1				1			
			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>2</b>
		<b>30</b>						<b>27</b>					

Programme	Territoire CSSS	2007-2008						2006-2007					
		0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99
Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches	Cléophas-Claveau	1	8	2	4				6	2	5		
	Chicoutimi	6	23	3	10			5	26	2	10		
	Jonquière	5	31	4	6			6	19	3	7		
	Lac-St-Jean-Est	1	23	2	6	1		1	21		4	2	
	Domaine-du Roy		17	1	3	4		1	14	1	3	2	
	Maria-Chapdelaine	1	10	2	1			1	8	2	1	1	
			<b>14</b>	<b>112</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>94</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>5</b>
		<b>175</b>						<b>153</b>					

## 10.2 Mécanismes d'accès

Le tableau 5 illustre les activités reliées à l'accès pour l'exercice 2007-2008 selon le type de clientèle et dans chacun des territoires de CSSS. Toute nouvelle demande de service est analysée en conformité avec la réglementation en vigueur et en respect de la mission et du rôle de chaque partenaire utilisateur des services de l'établissement. Ces données n'incluent pas les nouvelles demandes d'hébergement d'un usager déjà inscrit ou possédant un diagnostic autre que DI-TED.

**TABLEAU 5**  
**NOUVELLES DEMANDES D'ACCÈS**  
**SUR LE TERRITOIRE DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN**  
**POUR LA PÉRIODE DU 1<sup>er</sup> AVRIL 2007 AU 31 MARS 2008**

NOUVELLES DEMANDES D'ACCÈS													
Clientèle	Territoire de CSSS	2007-2008						2006-2007					
		0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99	0-4	5-17	18-21	22-44	45-64	65-99
DI	Cléophas-Claveau		4			2		1	2			2	
	Chicoutimi	1	6	1	5	5		5	5	1	4		
	Jonquière	5	8	3	5	6	1	2	5	1	2	7	
	Lac-St-Jean-Est	3	9	1	2	1		4	1		4	1	
	Domaine-du Roy	1	5	1	1	2	1	1	2		3	4	
	Maria-Chapdelaine		1		1	1		1				1	
		10	33	6	14	17	2	14	15	2	13	15	0
		82						59					
TED	Cléophas-Claveau								2				
	Chicoutimi	7	4					3	5	1			
	Jonquière	4	5	2				5	6				
	Lac-St-Jean-Est	2	2					1	2				
	Domaine-du Roy		3						2				
	Maria-Chapdelaine	2	1						1				
		15	15	2	0	0	0	9	18	1	0	0	0
		32						28					

## 10.3 *Liste d'attente*

Le tableau 6 présente la situation de la liste d'attente d'un premier service de l'établissement le 31 mars 2008.

**TABLEAU 6**  
**USAGERS EN ATTENTE D'UN PREMIER SERVICE**  
**AU 31 MARS 2008**

<b>Territoire de CSSS</b>	<b>DI</b>	<b>TED</b>
Cléophas-Claveau	1	
Chicoutimi	6	
Jonquière	2	
Lac-St-Jean-Est	1	1
Domaine-du-Roy	6	
Maria-Chapdelaine	-	
	<hr/>	<hr/>
	16	1



# 11 *Conseils ou comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*

## 11.1 *Conseil d'administration*

Liste des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-St-Jean :

Jacques Allard	Population
Manon Bolduc	Comité des usagers
Claude Bouchard	Population
Nancy Brassard	Conseil multidisciplinaire
Laurent-Paul Dallaire	Agence régionale
Jean-Marc Gagnon	Population
Sylvie Jean	Cooptation
André Lamontagne	Conseil multidisciplinaire
Gaston Langevin	Personnel non clinique
Serge Laprise	Agence régionale
Christiane Lecomte	Cooptation
Serge Léveillé	Comité des usagers
Doris Pelletier	Conseil des infirmières et infirmiers
Sonia Tremblay	Fondation du CRDI
Denis Veilleux	Population
Jacques Labrèche	Directeur général



## 11.1.1 *Code d'éthique et de déontologie des administrateurs*

Le conseil d'administration a adopté le 11 mars 1998, conformément à la Loi, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Ce document traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts. Il précise les règles visant à identifier les situations de conflit d'intérêts et interdit les pratiques reliées à la rémunération de ces personnes. Le code d'éthique et de déontologie définit les devoirs et obligations de l'après mandat des administrateurs. Il instaure une procédure d'enquête et des modalités d'attribution des sanctions. Il établit les critères visant à assurer le déroulement de toute enquête et l'immunité des personnes chargées d'appliquer de bonne foi ledit code d'éthique et de déontologie. Enfin, il fixe les formalités relatives à sa publication.

Chaque membre du conseil d'administration doit confirmer par écrit qu'il a pris connaissance du code d'éthique et de déontologie et qu'il s'engage à s'y conformer et à déclarer annuellement les intérêts pécuniaires qu'il détient à titre de propriétaire, d'administrateur ou d'actionnaire dans les personnes morales ou entreprises qui font affaire ou qui sont susceptibles de faire affaire avec l'établissement.

Aucun cas n'a été traité en rapport avec le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean au cours de l'exercice financier 2007-2008.

Le code d'éthique et de déontologie est remis à toute personne qui en fait la demande en s'adressant à la Direction générale au siège social du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean, sis au 835 de la rue Roland à Roberval, QC, G8H 3J5, ou en composant le numéro de téléphone 418 275-1360, poste 149.

## 11.2 Comité de vigilance et de la qualité

Liste des membres :



**Sonia Tremblay,**  
présidente

Serge Léveillé  
Claude Bouchard  
Jacques Labrèche, directeur général  
Jean-Michel Fortier, commissaire local aux plaintes

### NOMBRE DE PLAINTES REÇUES

<u>2007-2008</u>	<u>2006-2007</u>
8	15

## Résumé des réalisations de l'année

2007-2008



**Jean-Michel Fortier,**  
commissaire

Le comité de vigilance s'est réuni régulièrement au cours de la semaine qui précédait les séances régulières du conseil d'administration. Un suivi rigoureux a été effectué sur les plaintes et interventions du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Suite aux recommandations proposées dans le rapport annuel 2006-2007 du commissaire, celles-ci furent intégrées à la planification annuelle des cadres et les différents correctifs ont été réalisés ou sont en cours de réalisation. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, dans son rapport 2007-2008, propose deux recommandations à l'établissement.

## 11.3 Comité des usagers

Liste des membres :



**Manon Bolduc,**  
présidente

Serge Léveillé, 1<sup>er</sup> vice-président  
Luc Imbeault, 2<sup>ème</sup> vice-président  
Denyse Côté-Dupéré, trésorière  
Barbara Arnaud, secrétaire  
Robert Bernier  
Stéphane Brassard  
Richard Coulombe  
Louisette Couture  
Lise Gagnon  
Carol Gaudreault  
Hélène Larouche  
Jacynthe Savard



### Résumé des réalisations de l'année 2007-2008

Des représentants du comité ont participé à divers congrès, colloques et activités sociales visant un partage d'informations et l'amélioration de la qualité de vie des usagers.

Plusieurs représentants d'usagers ont fait appel au comité pour les supporter dans différentes démarches concernant leurs droits ou la résolution de certains problèmes. Deux familles ont notamment été accompagnées lors de la révision des plans de services.

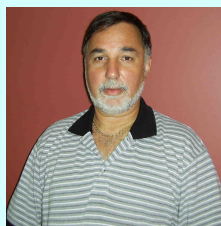
Dans le cadre d'une démarche de consultation initiée par le CRDI, le comité a émis des commentaires et des recommandations sur un document intitulé « Cadre de référence sur les normes de qualité dans les ressources non institutionnelles ».

De concert avec un autre centre de réadaptation en déficience intellectuelle, des démarches ont été entreprises afin d'identifier un outil d'évaluation continue de la satisfaction des usagers de l'établissement. Le comité sera probablement en mesure d'assumer cette responsabilité dès l'année 2008-2009.

Une nouvelle orientation a été adoptée afin de créer au sein du comité un poste de conseiller à la personne, à la famille et aux proches. Celui-ci entrera en fonction en 2008-2009 et contribuera grandement à accroître la présence du comité auprès des usagers et de leurs représentants.

## 11.4 Conseil multidisciplinaire

Membres de l'exécutif :



**Gaétan St-Pierre, président**

Alain Côté

Julie Denis

Denise Duchesne

Claire Goulet

Jacques Labrèche, directeur général

André Lamontagne

Chantale Rivard

Nadine Simard

Nathalie Simard

Édith Tremblay

## Résumé des réalisations de l'année 2007

2008

Le comité a désigné des représentants sur plusieurs comités dont le Comité de gestion des risques, le Comité d'éthique, le Comité d'agrément et le conseil d'administration de l'établissement.

Le comité a été consulté et a émis des avis sur plusieurs projets de politique ou de règlement dont, le « Règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident et à la constitution du Comité de gestion des risques », le « Règlement sur les garanties minimales de protection de la clientèle », la politique sur les « Modalités de transmission d'informations lors d'accidents ou d'incidents impliquant la clientèle », la politique sur « l'Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôles » et l'offre de services spécialisés de l'établissement. Les recommandations formulées ont été prises en considération par les instances concernées pour la rédaction de la version définitive de ces documents.

## 11.5 Conseil des infirmières et infirmiers

Membres de l'exécutif :



**Myrtha Martel, présidente**

Florette Dion, vice-présidente

Hélène Desbiens, secrétaire

Doris Pelletier

## Résumé des réalisations de l'année 2007

2008

Élaboration et mise en place d'un « cahier de santé » pour les usagers hébergés dans des résidences à assistance continue. Cet outil permet un suivi plus adéquat du dossier santé de chaque usager.

Le comité a été consulté et a émis un avis sur le projet de politique sur « l'Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôles ».



Liste des membres:



**Nicole Tremblay,**  
gestionnaire de risque

*Alain Côté*

*Nicole Tremblay*

*Huguette Landry*

*Denise Côté-Dupéré*

*Myrtha Martel*

*Nadine Simard*

*André Carbonneau*

Le comité de gestion des risques est constitué conformément à l'article 183.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c.S-4. Son mandat est de jouer un rôle de vigie pour la mise en place de la gestion des risques. Il se fait le promoteur de la sécurité des soins et services offerts à la clientèle et apporte son soutien au personnel et aux professionnels dans la recherche de moyens pour accroître la sécurité des usagers. Le comité a tenu 4 rencontres dont les priorités ont été de s'assurer que la politique relative aux modalités de transmission d'information, de divulgation et d'analyse lors d'incidents ou d'accidents impliquant la clientèle soit conforme à la loi concernant la prestation sécuritaire de services (loi 113), de mettre en place un plan de formation pour supporter le personnel et les professionnels et d'assurer le suivi des accidents, incidents impliquant la clientèle.

Pour l'année 2007-2008, 907 événements indésirables ont été déclarés. Nous constatons une réduction de ces événements par rapport à l'année précédente. Nous sommes en période de transition dans notre façon de codifier les événements indésirables touchant la clientèle, il faut être prudent dans l'interprétation des chiffres puisque malgré une diminution du nombre, nous constatons une hausse des erreurs de médication et des blessures superficielles.

Les travaux amorcés, la formation, les nouveaux outils visent à développer une culture de sécurité qui permettra de diminuer les événements indésirables. La mise en place de plans d'action sécuritaires pour éviter la récurrence sera un outil à implanter pour atteindre notre objectif.



# 12 État financiers et résultats des opérations

## Rapport des vérificateurs externes

Aux membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-St-Jean

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean de l'exercice terminé le 31 mars 2008, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de Santé et des Services sociaux du Québec, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe I du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

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 dépenses, ou son volume de services ou d'activités;

l'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services

sociaux du Québec; les unités de mesures utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;

les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

l'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean;

le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2008 ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 2.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

**Nom de l'associé responsable :** Marc Lévesque, CA

**Nom du Vérificateur :**

Raymond Chabot Grant Thornton, SENCRL,  
comptables agréés

**Adresse :** 775, boul. Saint-Joseph  
Roberval, QC, G8H 2L4

**Date:** 3 juin 2008



*Tableau 7*  
*Fonds d'exploitation*  
*Résultats pour l'exercice terminé le 31 mars 2008*

<b>ACTIVITÉS PRINCIPALES</b>	<b>2007-2008</b>	<b>2006-2007</b>
<b>Revenus</b>		
<i>Agence et MSSS</i>	38 581 667	40 858 230
<i>Usagers</i>	3 669 072	3 874 235
<i>Ventes des services</i>	4 796 966	345 691
<i>Recouvrement</i>	452 781	359 564
<i>Autres</i>	316 225	1 001 753
	47 816 711	46 439 473
<b>Charges</b>		
<i>Salaires</i>	20 382 788	18 826 128
<i>Avantages sociaux</i>	6 615 129	5 818 567
<i>Charges sociales</i>	3 307 523	3 269 518
<i>Médicaments</i>		
<i>Fournitures médicales et chirurgicales</i>	8 396	5 848
<i>Autres</i>	17 468 410	19 020 359
	47 782 246	46 940 420
<i>Excédent des revenus sur les charges des activités principales</i>	34 465	(500 947)
<b>ACTIVITÉS ACCESSOIRES</b>		
<b>Revenus</b>		
<b>Charges (autres)</b>		
<i>Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires</i>		
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION</b>		
	34 465	(500 947)

*Tableau 8*  
*Fonds d'exploitation*  
*Bilan au 31 mars 2008*

<b>ACTIF</b>	<b>2007-2008</b>	<b>2006-2007</b>
<b>À COURT TERME</b>		
Encaisse	339 371	2 373 832
Débiteur – Agence et MSSS	507 536	
Autres débiteurs	606 836	445 746
Charges payées d'avance	36 075	37 051
Stocks	319 721	310 095
Créances interfonds		169 738
Autres éléments		318
	<hr/>	
AUTRES ÉLÉMENTS DE L'ACTIF	1 809 539	3 336 780
	19 455	20 803
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<hr/> <b>1 828 994</b>	<hr/> <b>3 357 583</b>
<hr/>		
<b>PASSIF</b>		
<b>À COURT TERME</b>		
Créditeur – Agence et MSSS		140 751
Autres créditeurs	3 068 519	4 606 875
Dette interfonds	42 334	
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme		
Revenus reportés		
Agence	89 001	10 027
Autres	12 491	17 746
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<hr/> <b>3 212 345</b>	<hr/> <b>4 775 399</b>
<b>SOLDE DE FONDS</b>	<b>(1 383 351)</b>	<b>(1 417 816)</b>
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	<hr/> <b>1 828 994</b>	<hr/> <b>3 357 583</b>

# 13 Fondation



## Les membres du conseil d'administration : Bilan 2007-2008



**André Sénéchal, président**



**Nancy Fortin,  
coordonnatrice**

Au cours de l'exercice 2007-2008, la fondation a contribué de façon significative, en tant que partenaire privilégié de l'établissement, à la mission du CRDI en matière de recherche et en soutien à l'intégration sociale des usagers.

L'année a été marquée notamment par l'embauche d'une nouvelle coordonnatrice, madame Nancy Fortin et la tenue de la 10<sup>e</sup> édition du Tournoi de golf de la Fondation.

Jean-Paul Potvin, vice-président  
Yvon Tremblay, président d'office  
Yves Bolduc, secrétaire-trésorier  
Bruno Bolduc  
Jacques St-Onge  
Claude Villeneuve  
Sonia Tremblay  
Réal Legendre  
Michel Cantin  
Frédéric Larouche

Plusieurs projets en lien avec la mission du CRDI ont reçu le soutien financier de la Fondation. Une telle contribution n'aurait pu être possible sans l'implication bénévole des membres du conseil d'administration de la Fondation et la générosité des donateurs qui se méritent notre témoignage de reconnaissance.

*La mission de la Fondation du CRDI  
est de favoriser l'intégration.*



## 14 *Reconnaissance et remerciements*

Il y a quelques années, l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement étaient un objectif à atteindre. De nombreuses étapes ont été franchies dans ce sens et ce, grâce à un personnel dédié. Les réussites d'intégration sont nombreuses et les personnes que nous desservons poursuivent leur épanouissement vers une plus grande autonomie, une qualité de vie meilleure ainsi qu'une plus grande participation à la communauté.

Les membres du conseil d'administration et de la direction profitent de la présentation du rapport annuel de gestion du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour exprimer leur reconnaissance et leurs remerciements à l'endroit de tous les employés qui ont, et continuent de contribuer à la réalisation de cet impératif social et humain.

De plus, nous tenons à remercier de façon toute particulière, ceux et celles qui ont vu souligner, au cours du dernier exercice financier, leurs nombreuses années de service dans l'organisation et souhaiter aux personnes qui ont pris leur retraite la réalisation de tous leurs objectifs.

# Annexe 1

**INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE  
SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
(2002, c. 71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES  
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2)  
Exercice concerné : 2007 - 2008**

Identification de l'agence : Saguenay-Lac-St-Jean

Numéro d'identification de l'établissement : 1104-3585

Nom de l'établissement : CRDI du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Nom du répondant : Tremblay Prénom : Nicole

Titre du répondant : Gestionnaire de risques, intérimaire

**Gestionnaire des risques désigné :**

## 1. Comité de gestion des risques

1.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité :	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
--	-----	-------------------------------------	-----	--------------------------

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA): 2004-12-10

1.3 Nombre de membres :

	Fonction	Fonction
1.4 Membres :		
1	<u>Directeur des services professionnels</u>	<u></u>
1	<u>Membre désigné par le Conseil multidisciplinaire</u>	<u></u>
1	<u>Membre désigné par le Conseil des infirmiers -es</u>	<u></u>
1	<u>Membre désigné par le Comité des usagers</u>	<u></u>
1	<u>Membre coopté fourni par les ressources de type familial</u>	<u></u>
1	<u>Membre coopté fourni par les ressources intermédiaires</u>	<u></u>
1	<u>Membre désigné par la direction des services aux ressources humaine et du développement org.</u>	<u></u>
1	<u>Gestionnaire de risques</u>	<u></u>

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours :

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain : S'assurer que le protocole de distribution des médicaments soit appliqué.

Contre la récurrence des incidents et accidents chez les usagers à risques (automutilation, problématique comportementale et de santé)

## 2. Divulgarion de tout accident

### 2.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives :

- |   |     |                                     |     |                          |
|---|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|
| – à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident : | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| – aux mesures de soutien incluant les soins appropriés :                            | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| – aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident :                       | Oui | <input checked="" type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) : 2004-02-25

### 2.3 Les règles de divulgation sont respectées :

Jamais  Quelques fois  La plupart du temps  Difficile à savoir

### 2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :

Jamais  Quelques fois  La plupart du temps  Difficile à savoir

### 2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :

Jamais  Quelques fois  La plupart du temps  Difficile à savoir

**N.B. La gestion est assumée par plusieurs personnes.**

2.6 De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de votre organisation pendant l'année en cours : Oui  Non

## 3. Déclaration de tout incident et accident et constitution d'un registre local

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse :   
20 %  40 %  60 %  80 %  100 %

3.3 Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :   
20 %  40 %  60 %  80 %  100 %

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie :   
20 %  40 %  60 %  80 %  100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : 772  
20 %  40 %  60 %  80 %  100 %

3.7 Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès : 0

3.8 Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés : N/D

3.9 Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents :  
Oui  Non

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : 2002-09-01

3.11 Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 0

#### 4. Agrément des services dispensés

4.1 Sollicitation d'un organisme d'agrément :  
Oui  Non

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : Conseil québécois d'agrément

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : -

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : 12 décembre 2007-

4.5 Agrément obtenu :  
Oui  Non

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : Agrément de trois (3) ans obtenu le 25 janvier 2005

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis : 2005-02-25	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
- au ministre :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à l'agence :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux ordres professionnels concernés :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N.B. #3.5 Plusieurs chefs en réadaptation assurent le suivi des incidents /accidents. Les informations inscrites au bas des rapports d'accident, ne permettent pas de confirmer le nombre d'analyse approfondie réalisée. Toutefois l'analyse sommaire a été réalisée pour chaque accidents.**

