



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL

WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE

Rapport annuel 2012-2013



Veillez noter que ce document utilise les termes « client » et « usager » de manière interchangeable afin de désigner une personne qui reçoit des services du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM). Les termes « trouble envahissant du développement (TED) » et « trouble du spectre autistique (TSA) » sont également utilisés de manière interchangeable. Toutefois, il convient de noter que l'utilisation de l'un ou l'autre de ces termes dans ce contexte désigne tous les diagnostics compris dans une définition plus large du TED.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013
978-2-923776-15-6

Photo : Sébastien Tremblay



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL

WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE

Rapport annuel 2012-2013

Le message du président du conseil d'administration et du directeur général	1
La déclaration de fiabilité.	2
Notre vision, nos valeurs et notre mission	2
Le comité de direction	3
Le plan d'organisation	3
Les effectifs.	3
Les faits saillants : <i>Priorité à la qualité, Mettre l'accent sur la spécialisation, Optimisation pour tous, Progrès réalisés en matière de partenariats, Promotion du bien-être des employés, Modifications apportées aux contrats du CROM, Un Centre de recherche et d'apprentissage, Amélioration continue des communications, Une maison de répit qui fait la différence</i>	4
Le rapport de la gestion des risques	9
Les résultats 2012-2013 liés au Plan stratégique	10
Les ressources de type familial et intermédiaires.	12
Les données sur la clientèle et les programmes-services	12
Tableau 1 : <i>La répartition de la clientèle selon l'âge et le sexe</i>	12
Tableau 2 : <i>La répartition de la clientèle selon les milieux de vie</i>	12
Tableau 3 : <i>Les programmes-services d'intégration communautaire et au travail</i>	13
Tableau 4 : <i>Nombre de personnes en attente de services</i>	13
Les orientations pour 2013-2014.	14
Les conseils et comités de l'établissement	
Le comité exécutif et les membres réguliers du conseil d'administration	
Le comité de vérification et des finances – Le comité d'éthique et de déontologie.	15
Le conseil multidisciplinaire	16
Le comité de vigilance et de la qualité.	17
Le comité des usagers	19
Le comité de gestion intégrée des risques	20
La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.	21
Le rapport de la direction	
et le rapport du vérificateur indépendant sur les états financiers résumés.	24
Les états financiers résumés.	27
Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	31
Les cas traités en 2012-2013	35
La reconnaissance des années de service	36

Le message du président du conseil d'administration et du directeur général

Après des années de lobbysme où nous avons démontré que le CROM est extrêmement efficace, mais sous-financé comparativement aux autres centres de réadaptation en déficience intellectuelle/autisme de la province, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé à notre Centre l'année dernière un montant annuel récurrent de 1,8 million de dollars afin de renforcer la spécialisation de nos services.

Inutile de dire que ces fonds ont été très appréciés. Toutefois, en l'espace quelques mois, ils ont été contrebalancés par des restrictions budgétaires récurrentes de grande envergure dans notre secteur qui se sont traduites au CROM par une compression d'environ 1,9 million de dollars. Dans ces circonstances difficiles, l'établissement a fait plus que le nécessaire afin d'optimiser ses opérations tout en maintenant la qualité de ses services.

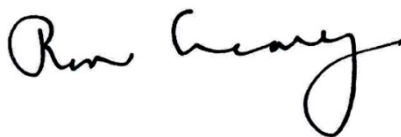
Grâce à l'appui du conseil d'administration et à l'encadrement offert par les consultants en gestion expérimentés de Proaction, nous avons lancé l'année dernière avec fierté le premier projet important d'optimisation du CROM. Nous croyons que les résultats de ce projet contribueront avec un maximum d'efficacité à améliorer les services et à réduire la liste d'attente. Le travail des gestionnaires du CROM dans le cadre de ce projet entraînera aussi des gains à long terme sous la forme de prises de décision plus stratégiques et d'une flexibilité accrue à tous les niveaux.

De plus, nous sommes heureux d'accueillir la D^{re} Katherine Moxness qui sera la première directrice générale exclusive non intérimaire depuis de nombreuses années. Elle remplacera Ron Creary qui a occupé ce poste pendant une période intérimaire de trois ans. Le CROM tient à remercier M. Creary d'avoir dirigé le CROM pendant une période difficile. On se rappellera que pendant cette période, le Centre s'est notamment séparé d'un partenaire de longue date et a obtenu un score remarquable lors de son premier agrément.

La D^{re} Katherine Moxness est extrêmement bien placée pour développer les services du CROM et représenter ses intérêts sur les scènes locales, régionales, provinciales et nationales. Nous lui souhaitons d'obtenir des résultats aussi remarquables lors de la prochaine visite d'Agrément Canada à l'automne 2013.



Gary Whittaker
Président du conseil d'administration



Ron Creary
Directeur général par intérim
(jusqu'au 31 mars 2013)

La déclaration de fiabilité

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

À l'exception des données sur la clientèle et les programmes, les résultats et les données du rapport annuel 2012-2013 du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal :

- 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 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 2013.



Ron Creary
Directeur général par intérim



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL

WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE

NOTRE VISION

L'inclusion totale, l'autodétermination et la qualité de vie de nos usagers tout en maximisant leur potentiel.

NOS VALEURS

Respect, intégrité, équité et collaboration, fondés sur l'engagement de servir et la volonté de réussir.

NOTRE MISSION

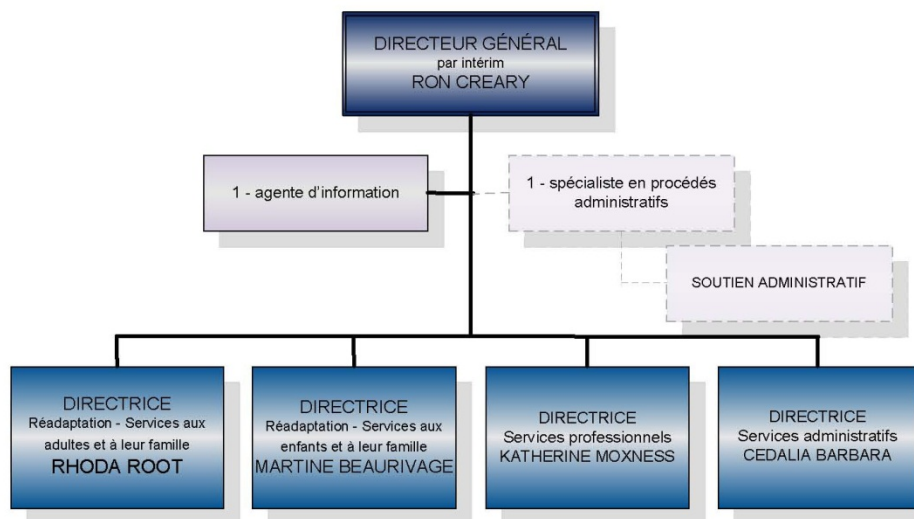
Le CROM est un établissement public de services sociaux qui s'emploie, sur son territoire de compétence, à offrir aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles du spectre autistique ainsi qu'à leur famille, un vaste éventail de services fournis au sein de la collectivité et en temps opportun.

Le CROM favorise l'inclusion totale et l'autodétermination en offrant à ces personnes le soutien et l'expertise nécessaires pour leur permettre de maximiser leur potentiel et de jouir d'une bonne qualité de vie. Par ses programmes, le Centre encourage, favorise et stimule la participation des usagers à la vie de leur collectivité.

Le comité de direction

Ron Creary	Directeur général par intérim
Cedalia Barbara	Directrice des services administratifs
Martine Beurivage	Directrice des services aux enfants et à leur famille
Katherine Moxness	Directrice des services professionnels
Rhoda Root	Directrice des services aux adultes et à leur famille

Le plan d'organisation au 31 mars 2013



Les effectifs au 31 mars 2013

Personnel cadre	
Temps complet	33
Temps complet temporaire	0
Personnel régulier	
Temps complet	236
Temps partiel (nombre de personnes)	15
Temps partiel (équivalent à temps complet)	13
Employés occasionnels	
Nombre d'employés	63
Équivalent à temps complet	43
Total	
Nombre d'employés	347
Nombre d'heures rémunérées à des employés occasionnels	77 901

Faits saillants

Le 1^{er} avril 2013, après trois ans comme directeur général intérimaire, Ron Creary a passé le flambeau à D^{re} Katherine Moxness, anciennement directrice des services professionnels. Cette nomination a fait suite à un rigoureux processus de sélection présidé par un comité de sélection relevant du conseil d'administration du CROM. D^{re} Moxness est la première directrice générale non intérimaire depuis de nombreuses années à diriger le CROM dans sa forme actuelle de Centre indépendant.

Priorité à la qualité

En octobre 2012, le CROM a amorcé son deuxième processus d'agrément en organisant trois séances d'information destinées à son personnel, aux usagers et à leurs familles, ainsi que deux autres séances pour les responsables de ressources non institutionnelles (RNI). Ces séances interactives, qui ont été fort bien accueillies, ont permis de mettre à jour les connaissances relatives à des principes clés comme la qualité, la santé et la sûreté, la sécurité et les meilleures pratiques.

De plus, le Centre a fourni à ses employés un accès direct par intranet aux pratiques organisationnelles requises (POR) et a publié un rappel invitant à passer en revue les capsules d'information du CROM sur la sécurité et d'autres sujets d'intérêt. On a formé des équipes vouées à l'excellence afin d'examiner la performance du CROM dans les domaines des services aux personnes présentant des déficits sur le plan du développement, du contrôle des infections, de la gestion des médicaments, du leadership et de la gouvernance. Dans le cadre de ce processus, les membres du personnel et du conseil d'administration (CA) ont répondu à de nombreux questionnaires. Le Centre s'attend à recevoir la visite des vérificateurs d'Agrément Canada à l'automne 2013.

En partie afin de satisfaire aux nouvelles normes de soins introduites par le Ministère, le comité de gestion intégrée des risques du CROM a créé un sous-comité permanent sur la qualité qui a aidé les RNI à s'adapter à ces nouveaux standards. En outre, le Centre a continué à offrir aux RNI des séances de formation mettant l'accent sur la sûreté et la sécurité, les soins de santé (y compris la gestion sécuritaire de médicaments), l'intervention non violente en situation de crise, le déplacement sécuritaires des bénéficiaires (PDSB) et la réanimation cardiorespiratoire (RCR).

Parmi les autres nouvelles liées à la qualité, mentionnons que le CROM a mené 28 enquêtes internes en 2012-2013 et a mis en œuvre des plans de mesures préventives pour toutes les recommandations systémiques formulées.

Mettre l'accent sur la spécialisation

L'année dernière, les employés et les gestionnaires du CROM ont suivi environ 6 308 heures de formation à l'interne et à l'externe sur un vaste éventail de sujets. Les sujets couverts par ces séances de formation spécialisée du CROM comprenaient la gestion intégrée des risques et la formation en soins de santé, la nutrition des enfants autistes et les interventions auprès de clients présentant des déficiences multiples. En accord avec la Loi 21 du Québec qui depuis 2009 autorise les psychologues dûment qualifiés à diagnostiquer l'autisme, les psychologues du CROM ont reçu une formation additionnelle spécialisée sur les outils d'évaluation ADOS et ADI-R.

Conformément à l'orientation du CROM visant à améliorer ses services spécialisés, la direction des services professionnels (DSP) a embauché un archiviste médical, ainsi que deux nouveaux psychologues, l'un pour la direction des services aux adultes et à leur famille (DSAF) et l'autre pour la direction des services aux enfants et à leur famille (DSEF), afin de répondre à l'augmentation rapide des besoins dans le domaine des troubles graves du comportement (TGC).

Les deux directions qui assurent la prestation de services auprès des clients, ont également créé de nouveaux postes : deux spécialistes en activités cliniques, deux éducateurs spécialisés en autisme et en TGC, un assistant en réadaptation spécialisé en soutien résidentiel et un travailleur social professionnel. Les équipes transdisciplinaires du CROM, qui concentrent leurs efforts sur les TGC, sont constituées de psychiatres, de psychologues, d'infirmières, d'intervenants et d'autres professionnels spécialisés, ainsi que de membres de l'entourage du client. L'année dernière, ces équipes ont été consultées pour 192 dossiers concernant des adultes et 49 dossiers concernant des enfants.

Optimisation pour tous

L'établissement a déployé de nombreux efforts pour réduire ses coûts administratifs et atteindre d'autres objectifs en concordance avec la *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget au 30 mars 2010 visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette*. La direction du CROM a d'abord mis en place un plan d'optimisation afin de réduire ses coûts administratifs. Les réalisations effectuées dans le cadre de ce plan sont exposées dans un rapport produit par le comité de vérification et des finances du CA.

Pour faire face à une liste d'attente alarmante pour ses services, le CROM a lancé avec l'approbation du CA et le soutien de la firme de consultation Proaction un projet d'un an visant à encadrer les gestionnaires cliniques, à mettre au point de nouveaux outils de gestion et à mesurer la performance. Ce projet a pour objectif de libérer des ressources qui pourront être affectées à la liste d'attente. Parmi les outils créés dans le cadre de ce projet, signalons un nouveau système de communications comprenant des rencontres hebdomadaires individuelles avec les gestionnaires. Ce nouveau système, qui a été bien accueilli par le personnel, a permis une planification plus proactive à moyen et à long terme.

De plus, la DSAF a planifié avec succès le retrait de 91 usagers de la liste d'attente pour ses services d'intégration communautaire et de soutien. Pour ce faire, elle a réorganisé plusieurs équipes et créé une équipe de réadaptation spécialisée dont le rôle consiste à travailler avec des personnes nécessitant un suivi et un soutien à long terme. Ces mesures faisaient suite à des groupes de discussion et à une étude visant à évaluer si le CROM répondait aux besoins d'intégration au travail de ses usagers, ainsi qu'à chercher des façons de maximiser le nombre de places disponibles. En outre, la DSEF a mis sur pied un système ponctuel de soutien à domicile pour les enfants autistes de 0 à 6 ans sur la liste d'attente pour une intervention comportementale intensive (ICI). Pour sa part, l'équipe de déficience intellectuelle de ce service a élaboré un programme destiné aux jeunes adultes qui a pour but d'offrir un premier service à environ 80 clients en attente.

Malgré tous ces efforts, le nombre d'adultes et d'enfants en attente d'un premier service a atteint à la fin de l'année un sommet inégalé de 513 personnes.

Progrès réalisés en matière de partenariats

C'est en ayant l'optimisation à l'esprit que le CROM est allé de l'avant l'année dernière avec plusieurs partenariats en matière de partage d'expertise et de ressources. Un projet pilote avec le Centre de réadaptation MAB-Mackay (CRMM) a permis au CROM d'offrir des services en ICI en échange de services d'ergothérapie et d'orthophonie. À la fin de l'année, un autre projet a permis au CRMM de fournir ces services en retour de services de psychologie du CROM. Ces deux initiatives ont mené à la planification d'autres partenariats avec le CRMM.

En collaboration avec l'Université Concordia, la DSEF a participé à un projet de recherche sur l'utilisation de la thérapie par l'art et par le jeu théâtral afin de favoriser l'acquisition d'aptitudes sociales chez les enfants autistes. Dix enfants provenant de la liste d'attente du CROM ont participé à ce projet.

La DSP a ajouté le Centre hospitalier Sainte-Justine dans son entente avec l'Hôpital de Montréal pour enfants et l'Institut universitaire de santé mentale Douglas. Cet accord permet à un enfant résidant sur le territoire du CROM et faisant l'objet d'un diagnostic provisoire d'autisme d'être placé sur les listes d'attente du Centre et de l'hôpital à des fins de diagnostic, ce qui permet d'éviter une double attente. De plus, la DSP a apporté son soutien à un projet pilote de la DSEF visant à intégrer les enfants d'âge préscolaire ayant reçu un diagnostic d'autisme dans un programme de garderie situé à Notre-Dame-de-Grâce.

Le CROM a continué d'appuyer l'expansion et la promotion du Groupe de soutien du syndrome de Down de Montréal grâce au dévouement de deux éducatrices de la DSEF, ainsi qu'en fournissant des locaux pour plusieurs activités fort fréquentées et un soutien en communications en ce qui concerne le matériel promotionnel et une page Facebook très populaire. Fondé en 2011, le groupe est constitué de parents d'enfants atteints du syndrome de Down qui sont des usagers du CROM. Ce groupe répond à des besoins en matière d'activités sociales et de partage d'information dans l'Ouest de l'île de Montréal.

Promotion du bien-être des employés

Le Comité paritaire santé / sécurité au travail du CROM a poursuivi ses efforts de prévention en effectuant des inspections en milieu de travail qui ont entraîné plusieurs améliorations. Le service des ressources humaines a de nouveau offert gratuitement des vaccins antigrippaux au personnel, ce qui a entraîné un taux de vaccination de près de 30 %.

Après avoir reçu une subvention de 150 000 \$ pour mettre en œuvre une stratégie d'obtention de la certification « Entreprise en santé », le CROM a mené un sondage auprès de tout son personnel afin de déterminer les domaines susceptibles d'être améliorés et d'élaborer un plan d'action. Le CROM a aussi organisé plusieurs activités visant à faire la promotion de la forme physique et de saines habitudes de vie. On s'attend à ce que cette initiative, qui vise à créer une saine culture de travail, améliore la rétention et la productivité des employés.

De plus, le CROM a reçu l'année dernière une subvention de 125 000 \$ du Ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'appuyer la mise en place d'une stratégie à deux volets pour optimiser la prestation des services offerts par les membres du personnel clinique de catégorie 4 et améliorer leur satisfaction au travail grâce à l'utilisation d'ordinateurs portatifs. Amorcé en mai 2013, ce projet pilote conjoint a mis à contribution 10 employés de la DSAF et de la DSEF. Les progrès réalisés au cours des 12 derniers mois feront l'objet d'un suivi pendant un an, ce qui permettra d'évaluer l'impact du projet et d'améliorer les processus de travail.

Modifications apportées aux contrats du CROM

Le service des ressources humaines du CROM a travaillé en étroite collaboration avec les syndicats de ses employés, le CROM (CSN) et le SCFP, afin de renégocier les conventions collectives locales qui régissent les conditions de travail des employés. Ce processus a entraîné la révision de 26 conventions collectives afin de les rendre accessibles à tous les membres du personnel, ainsi que la prise en compte de la réalité des services offerts par le CROM. Les politiques et les procédures qui clarifieront l'application de ces accords sont prévus pour 2013-2014.

Une décision appliquée à l'échelle de la province concernant la représentation des RNI au sein d'associations a entraîné la création de nouvelles lignes directrices et ententes en matière d'exploitation des ressources résidentielles, ainsi que d'une période d'adaptation. Toutes les ressources du CROM ont été renouvelées pour des périodes allant de trois à cinq ans. Le Centre a assuré les RNI de son appui et du maintien de leur rôle à titre de partenaires privilégiés. Le Centre a également rappelé aux familles des usagers l'engagement du CROM à l'égard de la qualité, de la

sûreté et de la sécurité des usagers. Les équipes résidentielles ont continué de s'assurer que la qualité des soins et des milieux répondait aux normes du CROM.

En décembre 2012, le gouvernement du Québec a adopté la *Loi sur l'intégrité en matière de contrats publics* qui assujettit les contrats avec des organismes à but non lucratif à la *Loi sur les contrats des organismes publics*. La loi oblige notamment les entreprises désireuses de conclure des contrats publics à obtenir une *Demande d'autorisation pour une entreprise qui souhaite conclure un contrat/sous-contrat public* auprès de l'Autorité des marchés financiers. Ces nouvelles obligations visent à renforcer l'intégrité et la transparence en matière de contrats publics. Toutefois, cette mesure augmente considérablement la complexité de la gestion des contrats et le temps requis.

Un Centre de recherche et d'apprentissage

Le CROM a eu le plaisir de conclure son étude sur la stéréotypie, un comportement qui entraîne souvent l'isolement social et qui est l'un des plus difficiles à modifier. Les chercheurs qui ont évalué l'efficacité de l'ICI chez les enfants autistes âgés de moins de 6 ans ont terminé de recueillir des données et ont commencé leur analyse. Les résultats de ces études amélioreront considérablement la pratique clinique du Centre.

De plus, le Centre a de nouveau accueilli de nombreux étudiants universitaires évoluant dans les domaines du travail social et de la psychologie. Les étudiants ont ainsi pu acquérir une expertise clinique tout en appuyant les objectifs organisationnels.

Amélioration continue des communications

Le service des communications a continué à assurer la liaison avec le comité des parents d'adultes du CROM (comité des parents) et d'autres parties prenantes, tout en fournissant à la direction et au personnel un soutien stratégique et en publiant régulièrement les nouvelles les plus récentes. À l'automne 2012, le service a lancé le nouveau site Web du CROM. Ce site s'est caractérisé par des mises à jour fréquentes, une allure plus fluide et une utilisation plus facile des médias sociaux. La page Facebook du CROM a continué d'augmenter régulièrement son nombre d'abonnés et son auditoire. Cela est le fruit de mises à jour fréquentes et dignes d'intérêt, de la communication d'un contenu pertinent par nos partenaires et de nombreuses caractéristiques interactives. En collaboration avec des partenaires à l'interne, de nouveaux dépliants ont été produits pour les services d'intégration résidentielle et communautaire, ainsi que les services concernant le retard global du développement et les jeunes présentant une déficience intellectuelle.

Une maison de répit qui fait la différence

La Maison Eleanor Côté, une maison de répit pour enfants ayant des besoins complexes, avait été construite grâce à des dons se chiffrant à 1 million de dollars provenant d'entreprises, d'employés et de la communauté. Lors de sa deuxième année d'exploitation, elle était utilisée à 100 % de sa capacité. À l'automne 2012, la maison a lancé un programme de jour destiné aux enfants usagers du CROM ne pouvant fréquenter l'école en raison de TGC. Le succès indéniable connu par cette maison a inspiré la Fondation Taylor-Birks dans le choix de son prochain projet de collecte de fonds qui sera lancé en 2013-2014 : un complexe constitué de plusieurs composantes résidentielles et thérapeutiques et destiné aux personnes présentant un TGC.

Rapport de la gestion des risques

En 2012-2013, le CROM a déployé des efforts pour transmettre et vulgariser l'information en matière de gestion des risques pour les employés et les ressources. La priorité était d'intégrer dans le quotidien une « culture de sécurité » dans les services aux usagers.

Déclarations d'incident et d'accident

Au total, 3462 incidents/accidents ont été déclarés par le biais du système GESRISK en 2012-2013, ce qui constitue une augmentation de 7.5% par rapport à 2011-2012. Le principal motif expliquant cette augmentation est en lien avec l'utilisation du rapport de déclaration mensuel permettant de répertorier plus facilement la fréquence de certains événements.

Mentionnons aussi qu'il y a eu une diminution (4%) du nombre de chutes par rapport aux années précédentes. Les efforts déployés en matière de prévention des chutes (ex. : sensibilisation des intervenants, programme d'exercice) expliquent sûrement en partie cette baisse. Par rapport aux erreurs de médication, il est noté une hausse des erreurs interceptées avant leur administration.

Mesures de contrôle

La DSP a résilié 6 contrats de mesures de contrôle et en a autorisé 6 nouveaux. Au 31 mars 2013, 32 contrats de mesure de contrôle étaient en vigueur.

Le CROM fournit des données plus détaillées sur les mesures de contrôle en précisant leur nombre et leur type, ainsi que le nombre d'usagers touchés. Par exemple, 62 mesures de contrôle ont été approuvées en 2012-2013. On trouvera les détails concernant les types de mesures dans le rapport annuel sur la gestion intégrée des risques.

Sylvie Dugas, coordonnatrice, gestion des risques, systèmes et services cliniques

Résultats 2012-2013 liés au Plan stratégique

1. Le CROM a continué à fournir des services spécialisés à d'autres CRDITED de partout dans la province, ce qui a généré des revenus importants qui ont aidé le Centre à préserver son équilibre budgétaire. En septembre 2012, le Centre a lancé un projet d'optimisation intensive d'une durée d'un an qui a touché les directions des services aux adultes / aux enfants et à leur famille. Le projet a permis de mettre en place une gamme d'outils de gestion qui mesurent la performance et améliorent l'efficacité. Cela nous a permis de prévoir des fonds considérables pour la fin de l'exercice financier qui ont pu être affectés à la liste d'attente du Centre et accroître la spécialisation de nos services. De plus, une réorganisation des services d'intégration au travail a permis de retirer 91 usagers de la liste d'attente, tandis qu'un effort de même nature dans les services pour les enfants présentant une déficience intellectuelle a permis à 80 nouveaux usagers d'accéder à nos services.
2. En janvier s'est terminée la phase de collecte des données effectuée dans le cadre du projet de recherche du CROM mené en collaboration avec l'Université McGill sur l'évaluation de l'efficacité d'une thérapie d'intervention comportementale intensive chez les enfants de moins de 6 ans atteints d'autisme. Les chercheurs ont commencé à analyser les données. Le projet était arrivé à mi-parcours en 2011-2012.
3. Malgré un contexte budgétaire difficile, les coûts administratifs du CROM ont été réduits à 6,56 % du budget d'exploitation total jusqu'à la période financière 9 de 2012-2013, à la suite de quoi les coûts ont légèrement augmenté pour atteindre 8,27 % en raison de la mise en place de projets spéciaux visant à améliorer le rendement de la gestion. Le CROM poursuivra ses efforts d'optimisation et de réduction des coûts en 2013-2014 afin d'atteindre ses objectifs organisationnels.
4. Les chercheurs travaillant sur le troisième sondage relatif à la satisfaction des usagers à l'égard du CROM ont finalisé leurs résultats en février 2013. Rappelons que ce sondage ciblait les usagers adultes bénéficiant de services d'intégration au travail, ainsi que leurs parents ou représentants légaux. Une présentation de ces résultats est prévue pour juin 2013.
5. Le CROM a joué un rôle de premier plan dans les efforts menés à l'échelle de l'île de Montréal afin d'harmoniser les critères d'admissibilité pour l'accès aux services. En décembre 2012, les trois CRITED¹ de la région ont accepté d'adopter les critères mentionnés dans le document intitulé *Avis relatif aux critères diagnostiques pour les CRDITED de la région de Montréal*. L'initiative « Accès Ouest », menée en collaboration avec le Centre Miriam, a continué à simplifier l'accès aux services pour les usagers vivant dans les zones partagées par les quatre Centres de santé et de services sociaux (CSSS) des deux Centres.
6. Après avoir reçu du Ministère en janvier 2013 l'ébauche du cadre de référence envisagé en vue de la mise en place des nouvelles normes de soins, le CROM a travaillé avec ses RNI à plusieurs niveaux afin d'harmoniser ses standards existants avec ceux des autres CRDITED de la province.

¹ CRDITED = Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

7. Afin de se conformer à son orientation visant à renforcer la spécialisation de ses services, le CROM a créé des nouveaux postes : deux psychologues, deux spécialistes en activités cliniques, deux éducateurs spécialisés en troubles graves du comportement, un assistant en réadaptation spécialisé en soutien résidentiel, un archiviste médical et un travailleur social.
8. Le CROM a jeté les fondations de sa prochaine campagne de collecte de fonds en évaluant les besoins cliniques et physiques associés à la création d'un complexe multi-fonctionnel destiné aux clients présentant des TGC. En collaboration avec la Fondation Taylor-Birks et le Centre Marc Vanier qui seront les principaux partenaires dans le cadre de ce projet, le CROM a également élaboré une stratégie pour la première phase du projet, c'est-à-dire la conception et la construction d'une résidence de transition hautement spécialisée.
9. Malgré les efforts importants déployés par le CROM et le Centre Miriam, un manque d'équivalence dans les services offerts a freiné un partage accru de ressources entre les deux CRDITED.
10. En ce qui concerne l'application des principes d'une gestion allégée, le CROM a commencé à maximiser sa performance clinique grâce à la mise en place de nouveaux outils de mesure dans le cadre de son projet d'optimisation.
11. Le CROM a pu lancer la première phase de son projet « Entreprise en santé » visant à améliorer le bien-être et la productivité des employés grâce à une subvention de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.

Les ressources de type familial et intermédiaires

Le CROM détenait des contrats avec 49 ressources de type familial et 115 ressources intermédiaires au 31 mars 2013.

Les données sur la clientèle et les programmes-services

Tableau 1 : Répartition de la clientèle selon l'âge et le sexe

Âge	Femmes		Hommes		Total	
	31 mars 2013	31 mars 2012	31 mars 2013	31 mars 2012	31 mars 2013	31 mars 2012
4 ans et moins	41	42	87	90	128	132
5 à 17 ans	183	173	561	527	744	700
18 à 21 ans	63	44	117	104	180	148
22 à 44 ans	208	208	342	329	550	537
45 à 64 ans	157	157	193	199	350	356
65 ans et +	23	21	31	31	54	52
Total	675	645	1331	1280	2006	1925

Afin d'être comptabilisé parmi le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2013, l'intervenant doit avoir réalisé une intervention directe auprès de l'utilisateur durant l'exercice financier 2012-2013.

Tableau 2 : Répartition de la clientèle selon les milieux de vie

Milieux de vie	Nombre d'utilisateurs	
	31 mars 2013	31 mars 2012
Milieux naturels (Parents et milieux autonomes)	1394	1306
Services en contexte d'intégration résidentielle	596	594
Autres	16	25
Nombre total des utilisateurs inscrits au 31 mars	2006	1925

Les services vendus à d'autres établissements sont inclus dans ce tableau pour l'année 2012-2013.

Tableau 3 : Programmes-services d'intégration communautaire et d'intégration au travail

Programme - Service	Nombre d'utilisateurs inscrits par programme-service	
	31 mars 2013	31 mars 2012
Intégration communautaire	281	248
Intégration au travail		
atelier de travail	50	50
support des plateaux de travail	288	299
support des stages individuels	155	146
intégration à l'emploi	37	42
Nombre total des inscrits par service	530	537

Les services vendus à d'autres établissements sont inclus dans ce tableau pour l'année 2012-2013. Afin d'être comptabilisé parmi le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2013, l'intervenant doit avoir réalisé une intervention directe auprès de l'utilisateur pendant l'exercice 2012-2013.

Tableau 4 : Évolution de la liste d'attente

Programme-Service	31 mars 2013			31 mars 2012		
	DI	TED	TOTAL	DI	TED	Total
Intégration résidentielle	165	101	266	153	83	236
Intégration communautaire	18	10	28	21	10	31
Intégration au travail	49	18	67	50	13	63
Service d'adaptation et de réadaptation à la personne et sa famille	205	672	877	165	485	650
Nombre total de services attendus	437	801	1238	389	591	980
Nombre d'utilisateurs en attente d'un premier service	134	380	514	116	215	331
Nombre d'utilisateurs distincts	346	734	1080	312	524	836

Orientations pour 2013-2014

1. Santé, sûreté et sécurité

Le CROM donnera la priorité à la santé, à la sûreté et à la sécurité de ses usagers, de leurs familles et de ses employés, et en fera la promotion par la l'éducation, l'adaptation de ses environnements, la mise en œuvre de mesures d'urgence et l'élaboration de programmes de prévention (médicaments, chutes, agression, etc.).

2. La qualité par l'accessibilité, la continuité des services et les indicateurs de performance

Le CROM assurera la qualité de ses services en élaborant un modèle de qualité-performance, en ciblant l'amélioration de l'accessibilité pour ses usagers âgés de 0 à 6 ans et de 6 à 21 ans, en renforçant le continuum de soutien et de services d'intégration résidentielle et au travail, et en concevant un nouveau tableau de bord en conformité avec les nouveaux indicateurs et les nouvelles cibles de performance au niveau provincial.

3. Partenariats

Le CROM continuera à renforcer et à étendre ses partenariats par le partage et l'optimisation des ressources, la consolidation de ses propres services spécialisés et son soutien à l'harmonisation des critères d'accès dans l'île de Montréal.

4. Spécialisation

Le CROM continuera à mettre en œuvre les lignes directrices en matière de pratique établies par la Fédération québécoise des CRDITED en ce qui concerne les usagers adultes autistes et les usagers autistes âgés de 6 à 17 ans. De plus, le Centre poursuivra sa stratégie visant à mettre en place des résidences à assistance continue et d'autres initiatives ultra-spécialisées. Le CROM continuera à renforcer les aptitudes spécialisées de ses effectifs et à optimiser les ressources afin d'embaucher du personnel spécialisé supplémentaire. Enfin, le CROM élaborera une liste de rappel spécialisée.

5. Culture du milieu de travail

Le CROM intensifiera ses efforts afin d'enrichir la culture du milieu de travail et d'augmenter la satisfaction des employés au travail. Pour ce faire, le Centre entend passer à la phase suivante de son initiative « Entreprise en santé ». Le CROM encouragera aussi la diffusion et la promotion de sa politique de tolérance zéro en matière de violence sur les lieux de travail, la création d'une politique de supervision clinique et administrative, une augmentation de la promotion de l'apprentissage et du transfert des connaissances, ainsi qu'une intensification de la stratégie de relève des gestionnaires.

Les conseils et comités de l'établissement

Conseil d'administration

Comité exécutif

Gary Whittaker, Président

Jacques Nolin, Vice-président

Ron Creary, Directeur général par intérim et secrétaire

Conseil d'administration

Membres

Stephane Bertrand

Monique Bureau

François Côté

Nathalie Garcin

Bill Jay

Ingrid Lockett

Evelyn Lusthaus

Ian Moodie

Marjorie Rutherford

Jacqueline Scott

Suzanne Sévigny

Linda Sheehan

Frank Vincelli

Gary Waxman

Kelly Wilson

Comité de vérification et des finances

Jacques Nolin, Président

Ian Moodie

Suzanne Sévigny

Ron Creary

Comité d'éthique et de déontologie

Gary Waxman, Président

Stephane Bertrand

Marjorie Rutherford

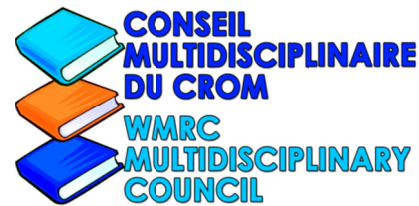
Ron Creary

Conseil multidisciplinaire

Membres

Monique Bureau, Présidente
Sébastien Tremblay, Vice-président
Sylvie Barbara, Trésorière
Janet Buck
Ron Creary, directeur general par intérim

Rhoda Root
Stephanie Torchin
Kelly Wilson



Rapport 2012-2013

Au cours de l'année 2012-2013, Stephanie Torchin a été élue au comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CM) au poste de représentant des gestionnaires cliniques et Janet Buck l'a remplacée comme représentante des professionnels et spécialistes (élue lors de l'assemblée annuelle).

Lors de cette assemblée annuelle, quelques 125 personnes ont eu le privilège d'entendre quatre excellentes présentations offertes par six membres du CM sur des « interventions et outils cliniques innovateurs ». Les participants ont grandement apprécié les projets présentés par leurs collègues de travail traitants de sujets variés et stimulants.

En lien avec la modernisation du système professionnel qui redéfinit le champ de pratique de chaque ordre professionnel, le comité exécutif a formé un groupe de pairs d'éducateurs qui travaille activement à écrire un « Code d'éthique des éducateurs » propre à notre établissement, afin de définir les rôles et responsabilités de ces derniers.

Le comité exécutif a également consulté ses membres au sujet des dossiers suivants pour aider le service de ressources humaines à mieux répondre aux besoins des intervenants :

- L'outil d'appréciation de la contribution individuelle des employés
- Les besoins de formation des employés.

Les membres de l'exécutif ont été appelés à participer au Comité de gestion intégrée de risques de l'établissement ainsi qu'au comité « Fardeau de tâches/SIPAD ».

Les membres du comité exécutif, Monique Bureau et Kelly Wilson, ont représenté le personnel clinique au sein du conseil d'administration du CROM.

Priorités pour 2012-2013

1. Mieux connaître les besoins cliniques des membres.
2. Contribuer au perfectionnement du personnel clinique par l'entremise de la formation des employés, d'activités de transfert des connaissances, d'une représentation au sein de sous-comités et des orientations cliniques, en collaboration avec l'établissement.
3. Finaliser et diffuser le code d'éthique des éducateurs.
4. Contribuer à l'élaboration d'un document pour faciliter les inspections professionnelles de nos membres faisant partie d'ordres professionnels.

Monique Bureau, présidente

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

Bill Jay, président
Nathalie Garcin
Evelyn Lusthaus

Ron Creary, directeur général par intérim
Dominique Normand,
commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Rapport 2012-2013

Au terme de cette année, le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) a dit au revoir à deux de ses membres dont la contribution au comité a été inestimable, notamment en permettant une meilleure compréhension de son mandat et une exécution optimale de ses tâches. Dominique Normand, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, assumera des responsabilités accrues au sein du CRDITED de Montréal, tandis que Ron Creary, directeur général par intérim, prendra progressivement sa retraite après avoir quitté le CROM.

Le comité tient également à remercier pour sa précieuse contribution l'ancienne membre du CA, la D^{re} Nathalie Garcin, qui a été remplacée sur le comité par Gary Waxman, président du comité d'éthique et de déontologie du CA.

Au cours de l'année visée par ce rapport, le CVQ a tenu quatre réunions ordinaires et deux réunions extraordinaires (avec la participation des représentants du conseil multidisciplinaire, du comité des usagers et du comité des parents d'usagers adultes du CROM). De plus, Gary Waxman, président du comité d'éthique et de déontologie du CA du CROM, a rencontré le CVQ afin de lui faire part de ses réflexions.

Questions prioritaires abordées en 2012-2013

1. En réponse aux demandes de clarification exprimées par le personnel, les usagers et les familles, nous avons produit une brochure conviviale décrivant le processus d'enquête à l'interne². Cet imprimé sera prêt à être distribué au cours de l'exercice financier 2013-2014.
2. De plus, en ce qui concerne la clarification du processus d'enquête interne, le CVQ a demandé à la direction des services professionnels de mettre à jour sa politique et ses procédures actuelles en matière d'enquêtes internes, particulièrement en ce qui concerne les échéanciers pour l'achèvement d'une enquête, la présentation des recommandations et la communication avec les parties concernées
3. Commandé par le directeur général par intérim, un rapport sur l'inspection de 30 ressources résidentielles a été récemment déposé. Le CVQ a reçu ce rapport à l'occasion de sa réunion d'avril 2013. Le rapport et ses recommandations permettront au CVQ de transmettre au CA du CROM des recommandations touchant les nouvelles problématiques associées aux ressources résidentielles (y compris le besoin d'une politique plus claire et de mesures de surveillance en ce qui concerne la validation des pièces aménagées au sous-sol de ces ressources). Le CVQ recommandera notamment de poursuivre des vérifications aléatoires annuelles des ressources résidentielles en faisant appel à un vérificateur externe indépendant.

² Le processus d'enquête interne du CROM s'applique à certaines situations très graves touchant des usagers du CROM (ex., allégations d'agressions physiques ou sexuelles, présence inexplicquée de lésions chez un usager). Ce processus ne doit pas être confondu avec la procédure d'examen des plaintes du CROM.

Les coûts de ces vérifications devront être compris dans les budgets annuels ultérieurs du CROM.

4. Le CVQ a rencontré les représentants du comité des usagers et du comité des parents d'usagers adultes du CROM afin de discuter de leurs préoccupations. Un thème récurrent a été celui des communications, particulièrement en ce qui concernait le système téléphonique du CROM. Parmi les améliorations demandées, on retrouve la possibilité de parler directement à une « vraie » personne.

Priorités pour 2013-2014

1. Le CVQ continuera de recevoir régulièrement les rapports provenant de la direction générale et du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. À partir de ces rapports, le CVQ fera des recommandations au CA.

2. Le CVQ continuera à élargir la discussion et la collaboration avec les diverses composantes du CROM, y compris le conseil multidisciplinaire, le comité des usagers et les autres comités du conseil d'administration, afin de bénéficier de leurs diverses perceptions, informations et opinions.

Révérénd Bill Jay, président

Comité des usagers



Members

Joseph Malko, Président
Stephane Bertrand, Co-président
Aram Alborzi
Therese Belanger-Ardon
Paul Coudriau
Stephen Goulet

Jerry Haikalis
Stratis Ioannou
Tina Lemieux
Marjorie Rutherford
Kosta Tsambalieros
Lydia Waddell

Rapport 2012-2013

L'année dernière a été particulièrement bien remplie. Le comité des usagers et son directeur ont réalisé leur mandat relativement à l'information et à la protection des droits des usagers avec un zèle et un dévouement constants.

Nous tenons à remercier et à féliciter tout spécialement Marjorie Rutherford et Stephane Bertrand pour leur précieuse collaboration à titre de représentants du comité au sein du CA du CROM. Ils ont fait preuve d'une grande efficacité dans des moments difficiles en mettant de l'avant les préoccupations et les intérêts des usagers.

Le comité des usagers a collaboré très étroitement avec l'équipe de direction du CROM à l'élaboration de séances de formation destinée aux usagers, afin qu'à l'établissement des priorités et à l'évaluation de celles-ci. Le comité considère que ces séances sont essentielles au mieux-être de nos usagers et prévoit continuer à participer à ce projet.

Nous avons maintenu et continuerons de maintenir une relation solide avec le comité des parents d'usagers adultes (comité des parents) du CROM. Nous espérons continuer à participer directement au comité et poursuivre notre aide financière. Nous souhaitons sincèrement qu'un comité pour les parents d'enfants sera formé dans un proche avenir.

Il importe de noter qu'en collaboration avec le comité des parents, nous sommes parvenus à convaincre le CROM de reconsidérer sa décision relative à l'ajout d'une semaine supplémentaire de fermeture de ses programmes de jour destinés aux usagers adultes. Notre souhait le plus cher est que l'on tiendra compte de façon prioritaire, lors de toute future fermeture des répercussions pour les usagers, leurs familles et les responsables de ressources non institutionnelles.

Afin de rationaliser la composition du comité des usagers et d'augmenter son efficacité, nous avons demandé au CA du CROM d'approuver les modifications suivantes à la réglementation sur le processus d'élection au sein du comité :

« Le comité sera dorénavant composé de huit (8) personnes, et non de quatorze (14). Quatre (4) de ces personnes doivent être des usagers atteints d'une déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, et quatre (4) d'entre eux doivent être des représentants des adultes ou des enfants. »

Ces modifications entreront en vigueur lors des prochaines élections qui auront lieu au printemps 2013.

De plus, en 2012-2013, le comité des usagers a continué d'apporter son soutien aux Olympiques spéciaux. Nous avons l'intention de poursuivre dans cette voie, étant donné que bon nombre de nos usagers participent activement à cet événement.

Pour terminer, j'aimerais remercier personnellement les membres du comité des usagers pour leur dévouement. J'espère que le comité poursuivra ses efforts afin de diriger, de guider et de conseiller nos usagers pour les aider à avancer dans la vie.

Joseph Malko, président

Comité de gestion intégrée des risques

Membres

Katherine Moxness, présidente	Martine Beurivage, directrice, services aux enfants et à leur famille
Monique Bureau, vice-présidente	Dennis Farley, conseiller, évaluation de la qualité
Sylvie Dugas, secrétaire et gestionnaire des risques	Glynne Fletcher, représentant RNI – adultes
Sabine Monosiet, agente de planification (gestion des risques)	Emmanuella Michel, représentante RNI - enfants
Shelja Arya, chef du service de santé	Rhoda Root, directrice, services aux adultes et à leur famille
Stephane Bertrand, co-président, Comité des usagers	Jennifer Scrimger, agente d'information
Cedalia Barbara, directrice, services administratifs	

Dans un souci d'intégrer la culture de sécurité à l'ensemble de l'établissement, deux membres se sont ajoutés au comité : l'agente d'information et le conseiller en évaluation de la qualité. La participation de l'agente d'information permet l'élaboration et la mise en place de nouvelles stratégies de communication. Par ailleurs, la participation du conseiller en qualité qui a le mandat de promouvoir l'amélioration continue de la qualité de l'établissement, s'assure que l'ensemble des décisions prises par le comité de gestion intégrée des risques s'intègrent bien à l'amélioration continue et aux priorités de l'Agrément.

Rapport 2012-2013

Au cours de l'année 2012-2013, le comité a tenu cinq rencontres. Les principaux thèmes abordés et activités réalisées ont été les suivants :

- Formation sur l'administration sécuritaire des médicaments auprès du personnel du CROM et des responsables de ressources non institutionnelles (RNI).
- Mise en place d'un moyen de transport sécuritaire de la médication entre la ressource résidentielle et le programme de jour.
- Vérification de l'implantation du Bubble Pack dans tous les milieux (RNI, programme de jour, maison de répit) ainsi qu'auprès des usagers vivant en milieu naturel.
- Mise à jour de la grille en lien avec la médication PRN qui permet d'identifier les situations où celui-ci agit comme une « contention chimique »
- Élaboration de grilles de vérification pour effectuer des audits afin d'assurer le respect des politiques et procédures lors de l'administration de la médication ; un effort est déployé pour obtenir des données mesurables et quantifiables.
- Élaboration de grilles de vérifications de l'hygiène des mains afin d'effectuer des audits auprès des employés, des responsables de RNI et des usagers. Des efforts sont déployés afin d'obtenir des données mesurables et quantifiables.
- Poursuite du programme d'activité physique adapté pour les personnes à risque de chute dans les milieux résidentiels et communautaires (des progrès ont été notés pour 72% des usagers ayant participé au programme)
- Création de deux nouveaux sous-comités: le premier a pour but d'alléger les processus administratifs se rattachant à la prise de données. L'autre en matière de qualité, a pour mandat d'arrimer les outils utilisés dans le cadre de la vérification des standards de soins avec le nouveau cadre de référence des RNI.

Katherine Moxness, présidente

Bilan des dossiers de plainte

Au cours de l'exercice 2012-2013, 13 dossiers de plainte ont été adressés au bureau de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS).

De ce nombre, deux dossiers étaient en cours de traitement à la fin de l'exercice.

Des 11 plaintes examinées, le traitement de quatre d'entre elles a été refusé parce qu'elles s'avéraient ne pas relever de la compétence d'un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou impossible à traiter en vertu du délai écoulé entre l'événement et son signalement.

Les motifs des sept plaintes conclues se répartissent comme présentés au tableau intitulé « Répartition des motifs des plaintes conclues par catégories ».

Répartition des motifs des plaintes conclues par catégories

Catégories	2012-2013 Nombre de motifs de plaintes		2011-2012 Nombre de motifs de plaintes	
	(N)	(%)	(N)	(%)
Accessibilité	3	43	4	50
Soins et services dispensés	3	43	3	38
Relations interpersonnelles	-	-	-	-
Organisation du milieu et ressources matérielles	-	-	-	-
Aspects financiers	-	-	-	-
Droits particuliers	1	14	1	12
Autres	-	-	-	-
TOTAL¹	7	100	8	100
Nombre de plaintes conclues	7	-	6	-

¹ Le nombre de motifs peut être supérieur au nombre de plaintes puisqu'il peut y avoir plus d'un motif par plainte.

Comme il est possible de le constater, à l'instar de l'année précédente, deux sources principales d'insatisfaction ont conduit à la formulation d'une plainte. Il s'agit de la catégorie ayant trait à l'accessibilité aux services ainsi que celle portant sur les services dispensés.

La catégorie « Accessibilité » a trait au laps de temps qui s'écoule entre le moment où est demandé un service et le moment où on peut l'obtenir.

La catégorie « Soins et services dispensés » réfère quant à elle à l'application des connaissances, du savoir-faire et des normes de pratique généralement reconnues dans les milieux professionnels et scientifiques. Cette catégorie a également trait aux situations où c'est l'organisation et le fonctionnement général des services qui affectent la qualité.

Le processus d'analyse des plaintes conclues a mené à la formulation de 13 recommandations. Essentiellement de nature organisationnelle (portée systémique), elles avaient trait principalement à

la réduction des délais d'attente, à l'amélioration des communications et à la révision de politiques et procédures.

L'examen de deux dossiers de plainte a nécessité plus de temps que le délai de 45 jours imparti par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Aucun dossier n'a fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du Citoyen.

Bilan des dossiers d'intervention

La Loi confère à tout commissaire local un pouvoir d'intervention. Ce pouvoir lui permet d'intervenir en dehors du cadre formel du traitement d'une plainte lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés. Aussi, à ce chapitre, deux signalements ont été adressés, au cours de l'année 2012-2013, à la CLPQS.

Les motifs des interventions réalisées se répartissent comme présentés au tableau intitulé « Répartition des motifs d'intervention ».

Répartition des motifs d'intervention par catégories

Catégories	2012-2013 Nombre de motifs d'intervention	
	(N)	(%)
Accessibilité	-	-
Soins et services dispensés	1	50
Relations interpersonnelles	-	-
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	-
Aspects financiers	-	-
Droits particuliers	-	-
Autres	-	-
TOTAL¹	2	50
Nombre d'interventions effectuées	2	-

¹ Le nombre de motifs peut être supérieur au nombre d'interventions puisqu'il peut y avoir plus d'un motif par intervention.

Le traitement des dossiers d'intervention a mené à la formulation de deux recommandations; une avait trait à l'évaluation des besoins et à l'adaptation du milieu (portée individuelle) et l'autre, de nature organisationnelle (portée systémique), avait trait à la révision d'une politique et procédure.

Bilan des dossiers d'assistance

Dix-neuf demandes d'assistance ont été adressées à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Ces demandes portaient principalement sur l'obtention d'information concernant les services offerts (16) (accessibilité, communication) et la procédure d'examen des plaintes (3).

Rapports

L'ensemble des activités réalisées par CLPQS a été présenté aux membres du comité de vigilance et de la qualité lors de ses réunions régulières.

Par ailleurs, les conclusions, et le cas échéant, les recommandations issues du traitement des plaintes et des interventions effectuées au cours de l'année de référence, ont été déposées au comité de vigilance et de la qualité et transmises au conseil d'administration.

Autres fonctions

Dans une perspective d'amélioration du régime d'examen des plaintes, la CLPQS a participé à différentes activités d'information et de formation continue tant au plan régional que provincial.

Dominique Normand, Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Rapport de la direction

Les états financiers du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal ont été complétés par la direction des services administratifs qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers. Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification et des finances. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration. Les états financiers ont été vérifiés par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification et des finances pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Ron Creary
Directeur général par intérim



Cedralia Barbara
Directrice des services administratifs

Rapport du vérificateur indépendant sur les états financiers résumés



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013, l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) et du fonds d'immobilisation et l'état de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités de Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM) pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2013 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de CROM.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de CROM pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire

Rapport du vérificateur indépendant sur les états financiers résumés (suite)

2

2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de CROM pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

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

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

¹
Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.

Montréal
Le 11 juin 2013

États financiers

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exploitation	Accessoires	Immobilisations	Total	
	2012-2013	2012-2013	2012-2013	2012-2013	2011-2012
Revenus					
Subventions Agence et MSSS	40 789 144		422 478	41 211 622	39 563 441
Contribution des usagers	4 217 462			4 217 462	4 046 224
Ventes de services et recouvrements	4 062 914			4 062 914	3 320 995
Donations	15 070		5 543	20 613	30 923
Revenus de placement	10 000		10	10 010	10 696
Autres revenus		56 270	9 711	65 981	34 832
Total	49 094 590		437 842	49 588 702	47 007 111
Charges					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	22 009 051	52 519		22 061 570	22 403 475
Médicaments	7 549			7 549	92 723
Fournitures médicales et chirurgicales	1 773			1 773	1 673
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	20 393 420			20 393 420	18 492 838
Frais financiers			162 377	162 377	168 786
Entretien et réparations	122 297		28 255	150 552	90 252
Amortissement des immobilisations			304 635	304 635	315 168
Autres	6486 961	3 751		6 490 712	5 393 246
Total	49 021 051		495 267	49 572 588	46 958 161
Surplus (Déficit) de l'exercice	73 539	0	(57 425)	16 114	48 950

État des surplus (Déficits) cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exploitation	Immobilisation	Total	
	2012-2013	2012-2013	2012-2013	2011-2012
Surplus (Déficits) cumulés au début déjà établis	129 018	53 663	182 681	133 731
Surplus (Déficits) cumulés au début redressés	129 018	53 663	182 681	133 731
Surplus (Déficit) de l'exercice	73 539	(57 425)	16 114	48 950
Transferts interfonds	(47 723)	47 725		
Surplus (Déficits) cumulés à la fin	154 834	43 961	198 795	182 681

États financiers

État de la situation financière

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exploitation	Immobilisation	Total	
	2012-2013	2012-2013	2012-2013	2011-2012
Actifs financiers				
Encaisse (découvert bancaire)	1 909 480	78 852	1 988 332	1 679 269
Débiteurs – Agence et MSSS	36 598	93 044	129 642	545 315
Autres débiteurs	2 500 165	3 845	2 504 010	2 294 554
Créances interfonds	(1 631)	1 631		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	2 401 823	681 825	3 083 648	2 959 678
Frais reportés liés aux dettes		5 261	5 261	6 312
Autres éléments	99 617		99 617	86 307
Total des actifs financiers	6 946 052	864 458	7 810 510	7 571 435
Passifs				
Emprunts temporaires		650 795		150 725
Autres créditeurs et autres charges à payer	3 940 593		3 940 593	4 315 394
Avances de fonds en provenance de l'Agence – enveloppes décentralisées		98 596	98 596	383 578
Intérêts courus à payer		93 044	93 044	97 745
Revenus reportés	497 673	25 382	523 055	107 979
Dettes à long terme		2 685 394	2 685 394	2 825 087
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 440 802		2 440 802	2 519 300
Autres	4 877		4 877	12 231
Total des passifs	6 883 445	3 553 211	10 437 156	10 412 039
Actifs financiers nets (Dette nette)	62 107	(2 688 753)	(2 626 646)	(2 840 604)
Actifs non financiers				
Immobilisations		2 732 714	2 732 714	2 906 180
Frais payés d'avance	92 727		93 727	117 105
Total des actifs non financiers	92 727	2 732 714	2 825 441	3 023 285
Surplus (Déficits) cumulés	154 834	43 961	198 795	182 681

États financiers

État de la variation des actifs financiers nets (Dettes nettes)

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exploitation	Immobilisation	Total	
	2012-2013	2012-2013	2012-2013	2011-2012
Actifs financiers nets (Dettes nettes) au début déjà établis	11 913	(2 852 517)	(2 840 604)	(2 781 118)
Actifs financiers nets (Dettes nettes) au début redressé	11 913	(2 852 517)	(2 840 604)	(2 781 118)
Surplus (Déficit) de l'exercice	73 539	(57 425)	16 114	48 950
Variations dues aux immobilisations				
Acquisitions		(131 169)	(131 169)	(436 432)
Amortissement de l'exercice		304 635	304 635	315 168
Total des variations dues aux immobilisations		173 466	173 466	(171 264)
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance				
Acquisition de frais payés d'avance				
Utilisation de frais payés d'avance	24 378		24 378	62 828
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	24 378		24 378	62 828
Autres variations des surplus (Déficits) cumulés	(47 723)	47 723		
Augmentation (Diminution) des actifs financiers nets (Dettes nettes)	50 194	163 764	213 958	(59 486)
Actifs financiers nets (Dettes nettes) à la fin	62 107	(2 688 753)	(2 626 646)	(2 840 604)

États financiers

État des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2013

	<u>2012-2013</u>	<u>2011-2012</u>
Activités de fonctionnement		
Surplus (déficit)	16 114	48 950
Éléments sans incidence sur la trésorerie:		
Stocks et frais payés d'avance	24 378	62 828
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(13 754)	(15 004)
Amortissement des immobilisations	304 635	315 168
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	1 051	1 052
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	316 310	364 042
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	410 456	(171 967)
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	742 880	241 025
Activité d'investissement en immobilisations		
Acquisitions	(131 169)	(486 432)
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement en immobilisation	(131 169)	(486 432)
Activités d'investissement		
Variation subvention à recevoir – Réforme comptable	(410 867)	(12 963)
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement	(410 867)	(12 963)
Activités de financement		
Variation des dettes		
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(139 693)	(134 283)
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	531 473	181 426
Emprunts temporaires remboursés – fonds d'immobilisations	(31 403)	(33 844)
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	360 377	13 299
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	561 221	(245 071)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	1 692 826	1 937 897
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	2 254 047	1 692 826
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	2 254 047	1 692 826
TOTAL	2 254 047	1 692 826

États financiers

Fonds d'exploitation par centre d'activités

Exercice terminé le 31 mars 2013

	<u>2012-2013</u>	<u>2011-2012</u>
Activités principales		
Programme résidentiel		
Ressources intermédiaires, de type familial et autres	22 885 239	21 488 601
Total du secteur	22 885 239	21 488 601
Programme d'intégration communautaire		
Services d'adaptation et réadaptation – intégration communautaire	1 234 081	1 638 504
Atelier de travail	89 848	90 266
Support aux stages en milieu de travail	214 577	170 230
Intégration à l'emploi	82 199	78 124
Total du secteur	1 620 705	1 977 124
Services d'adaptation et réadaptation à la personne	15 958 778	15 997 418
Services de soutien		
Gestion et soutien aux programmes	1 958 760	2 005 701
Informatique	577 173	439 848
Réception, archives, télécommunications	63 260	57 432
Total du secteur	2 599 193	2 502 981
Services administratifs		
Administration générale	3 356 147	2 821 280
Total du secteur	3 356 147	2 821 280
Mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	299 434	94 068
Services techniques		
Entretien ménager	463 855	448 106
Fonctionnement des installations	828 914	803 762
Sécurité	54 767	58 325
Entretien et réparation des installations	240 165	165 981
Total du secteur	1 587 701	1 476 174
TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS	48 307 197	46 357 646

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Adopté le 20 mai 2003

SECTION 1 – GÉNÉRALITÉS

Article 1 : Objectif général et champ d'application

1.1 Contenu

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur. Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, et entre autres des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

1.2 Portée

Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi, la réglementation et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

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

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

Article 2 : Définitions

2.1 Administrateur désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;

2.2 Conflit d'intérêts désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

2.3 Entreprise désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et ainsi que tout regroupement incorporé ou non visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;

2.4 Proches désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

SECTION 2 - DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Article 3 : Devoirs des administrateurs

Conjointement avec les autres administrateurs de l'établissement dans l'intérêt de la population desservie et de l'établissement, l'administrateur doit :

3.1 Priorités et orientations

Voir à établir les priorités et les orientations de l'établissement et à leur respect notamment quant aux besoins de la population que l'établissement doit satisfaire compte tenu de sa mission, des clientèles qu'il doit desservir et des services qu'il doit offrir.

3.2 Qualité

S'assurer de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

3.3 Droits des usagers

S'assurer du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

3.4 Efficience

S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

3.5 Ressources humaines

S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Article 4 : Obligation de soin, prudence, diligence et compétence

Afin d'agir avec soin, prudence, diligence et compétence, l'administrateur doit :

4.1 Disponibilité et participation active

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

4.2 Soin et compétence

S'assurer de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider.

4.3 Neutralité

Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

4.4 Discretion

Faire généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

4.5 Confidentialité

Garder confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

4.6 Relations publiques

4.6.1 Respecter les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi;

4.6.2 Diriger le citoyen vers le service approprié de l'établissement lorsque celui-ci demande une information.

4.6.3 Adopter une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

Article 5: Obligation d'honnêteté et de loyauté

L'administrateur doit agir avec honnêteté et loyauté et à cette fin il doit notamment :

5.1 Intérêt de la population

Agir de bonne foi, au mieux des intérêts de l'établissement et de la population sans tenir compte des intérêts d'aucun autre groupe, personne ou entité.

5.2 Abus de pouvoir

Lutter contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

5.3 Conflits de devoirs ou d'intérêts

Éviter les conflits de devoirs ou d'intérêts.

5.4 Biens de l'établissement

N'utiliser les biens, les ressources ou les services de l'établissement que selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Éviter de confondre les biens de l'établissement avec les siens.

5.5 Avantages ou bénéfices

5.5.1 Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur;

5.5.2 Ni accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet

avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens;

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

5.6 Traitement

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

5.7 Transparence

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

5.8 Interventions abusives

5.8.1 S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf pour ce qui concerne les directeurs;

5.8.2 S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches; 5.8.3 S'abstenir d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

5.9 Directeur général

En sus de ses obligations d'administrateur, le directeur général doit respecter toutes les obligations et exigences additionnelles qui lui sont imposées par la loi notamment celles concernant l'interdiction d'être en conflit d'intérêts, l'obligation de se consacrer exclusivement à sa tâche (sauf les exceptions prévues à la loi) et l'obligation de ne recevoir aucune autre rémunération ou avantage d'une fondation

Article 6 : Obligations après le mandat

Après la fin de son mandat, l'administrateur, reste tenu à ses obligations de prudence, discrétion, honnêteté et loyauté. Notamment, il doit :

6.1 Avantage

Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

6.2 Intervention

Éviter, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

6.3 Emploi

S'abstenir, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

6.4 Confidentialité

Ne pas faire usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

6.5 Réputation

Éviter de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Article 7 : Engagements

7.1 Déclaration d'intérêts

Dans les 60 jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur, à l'exception du directeur général, doit produire la déclaration des intérêts contenue à l'Annexe 2 du présent Code dûment complétée.

Le directeur général doit, quant à lui, produire de la façon et dans les délais prévus à la loi, sa déclaration des intérêts tel que prévu à l'Annexe 1.

7.2 Engagement personnel

Dans les 60 jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe 3 du présent Code.

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

7.3 Engagement des membres du comité

Tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les 60 jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe 4 du présent Code.

SECTION 3 - SERVICES EXCLUSIFS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Article 8 : La Loi sur les services de santé et les services sociaux

8.1 Exclusivité et exceptions

Le conseil d'administration doit assurer l'application de la section 199 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui exige que le directeur général doit s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Il peut toutefois occuper un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service sous les conditions suivantes :

1. Aucune rémunération ou aucun avantage quelconque, direct ou indirect, ne lui est accordé de ce fait.
2. Avec l'autorisation du conseil d'administration, il peut occuper hors du domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé. Il peut aussi occuper une charge ou une fonction au sein d'une association regroupant la majorité des établissements exerçant des activités propres à la mission de Centres de même nature ou au sein d'une association de directeurs généraux des services de santé et des services sociaux reconnue par décret à des fins de relations de travail ou au sein d'un organisme d'agrément des établissements.
3. Le directeur général peut de même, avec l'autorisation de l'agence régionale de la santé et des services sociaux et du conseil d'administration, dans le domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé.

Article 9 : Déclaration du directeur général

Le directeur général et tout directeur doivent, dans les 60 jours qui suivent leur nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'ils ont dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par la personne et, à chaque année, dans les 60 jours de l'anniversaire de sa nomination.

Le directeur général et tout directeur doivent également déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les 30 jours qui suivent la conclusion de ce contrat (art. 198, LSSSS).

Article 10 : Modalités

10.1 Lorsque le conseil d'administration accorde une autorisation au directeur général ou à un directeur de service, elle doit être spécifique et ne doit pas interférer avec l'accomplissement des tâches habituelles en tant de directeur général ou cadre supérieur.

10.2 Nonobstant la mention précédente, si le conseil d'administration estime que cette autre position, poste, fonction ou service interfère avec l'accomplissement des tâches propres au directeur général ou au directeur de service, il devra demander à la personne concernée de rectifier la situation dans un délai prescrit, à défaut de quoi, l'autorisation émise sera réexaminée par le conseil.

10.3 Si le directeur général ou le directeur de service entrave les règles de la section 199 de l'Acte, le conseil d'administration appliquera la sanction prévue à cet effet dans l'Acte qui est : une suspension sans solde allant de trois (3) à six (6) mois ou une destitution de poste tout dépendant de la gravité de l'infraction.

Dans un tel cas, comme mentionné en point 3 (ci-dessus), le conseil d'administration, dans les dix (10) jours suivant l'infraction, devra en informer la régie régionale et le Ministre de la Santé et des Services sociaux, en précisant la nature du cas et les mesures qui ont été prises.

SECTION 4 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

Article 11 : Demande d'examen et enquête

11.1 Introduction d'une demande d'examen

Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi, à la réglementation ou au présent Code, visant un administrateur, doit être transmise au président du comité d'éthique et de déontologie ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité.

La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors de réunir, au plus tard, dans les 30 jours suivants.

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

11.2 Examen sommaire

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

11.3 Tenue de l'enquête

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

11.4 Information de l'administrateur concerné

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

11.5 Transmission du rapport au conseil

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

Article 12 : Sanctions

12.1 Décision

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

12.2 Sanctions

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

Article 13 : Publicité

13.1 Consultation du Code

Le présent Code peut être consulté par toute personne qui en fait la demande. De plus, il sera publié dans le rapport annuel de l'établissement.

Les cas traités en 2012-2013

Aucun dossier n'a dû être traité en regard du code d'éthique et de déontologie des administrateurs en 2012-2013.

La reconnaissance des années de service

Le CROM compte parmi son personnel des employés qui exercent leurs fonctions depuis de nombreuses années.

À toutes ces personnes, les membres du conseil d'administration et de la direction désirent exprimer, au nom des usagers et de leur famille, leurs plus sincères remerciements pour leur grande contribution à l'avancement des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre autistique.

35 ANNÉES DE SERVICE

JOHN ASHBY
DEBORAH ELLIOTT
CAROL GILMOUR
JENNIFER HOLT ALEXANDER
CHRISTINA IANNITTO
MADDALENA IASENZA

25 ANNÉES DE SERVICE

JULIE BUBELIS
NORMAND COMTOIS
MARK D. DONNICI
HEATHER HANKS
LINDA LAFLAMME
ALAIN OUVRARD
ANNE PONNIAH
ROBERT-THOMAS SMITH

15 ANNÉES DE SERVICE

JAMES WILSON ALLAN
CHARMAINE BANTON
MELANIE HAWKINS
FRANÇOIS JASMIN
SYBIL MAYERS
ANNICK RAJOTTE
SUZIE TREMBLAY
ROSETTA TUCCI

30 ANNÉES DE SERVICE

HEATHER BÉLANGER
FERNAND CYR
CARMELINA DILIELLO
JENNIFER MUNDEE
ANNA MARIA OLIVARO
RHODA ROOT
TRUDY WEIDENBACH

20 ANNÉES DE SERVICE

MARIAN BAINES
ALEXANDRA BOISROND
SUZY CHEDORE
SANDRA COSTA
NADIA FUOCO
KERRY HALL
MARY MALLACI
HEATHER MCINTOSH
BORIS PAREDES
CHELSEA THIVIERGE

RETRAITÉS (2011-2012)

SANDRA BABICH
SHARON BROADWAY
PAULA CELANI CAPRARO
JACQUES DION
RÉAL DION
PETER FISET
JUDITH GRANDSIRE
JAMES BUNTY
LINDA JONES
LARISSA KANONDJIAN
VALÉRIE LABERGE
DELORES TOMLINSON

