

Rapport Annuel 2010-2011

**C
R
O
M**



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL
WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE

TABLE DES MATIÈRES

Le message du président du conseil d'administration et du directeur général	2
La déclaration de fiabilité.....	3
Notre vision, nos valeurs et notre mission.....	4
Le comité de direction	5
Le plan d'organisation au 31 mars 2011	5
Les effectifs	6
Faits saillants	7
« Une organisation exceptionnelle »	7
Un chef de file dans plusieurs secteurs.....	7
Une année de restructuration et de changements.....	8
Recentrer et intensifier l'attention sur la sécurité.....	8
Un leadership fort en matière de formation.....	9
Des efforts accrus dans le domaine des communications.....	9
Un engagement ferme en matière de recherche et d'enseignement.....	10
Reconnaître nos forces.....	11
Développement des services.....	11
Amélioration du travail organisationnel.....	11
Promotion des droits des usagers.....	12
Un projet remarquable.....	12
Au chapitre de la gestion des risques	14
Les données sur la clientèle et les programmes.....	16
Tableau 1 : La répartition de la clientèle selon l'âge et le sexe.....	16
Tableau 2 : La répartition de la clientèle selon les milieux de vie	17
Tableau 3 : Les programmes-services d'intégration communautaire et au travail	17
Tableau 4 : Nombre de personnes en attente de services.....	18
Les orientations pour 2011-2012.....	19
Les conseils et comités de l'établissement	20
Le conseil d'administration et le comité administratif	20
Le comité de vérification et des finances	20
Le comité d'éthique et de déontologie	20
Le conseil multidisciplinaire	21
Le comité de vigilance et de la qualité.....	23
Le comité des usagers	25
Le comité de gestion intégrée des risques	27
La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.....	29
Les états financiers.....	32
Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés.....	36
Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	38
Les cas traités en 2010-2011.....	47
La reconnaissance des années de service	48

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

Le conseil d'administration et le comité de direction du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM) sont extrêmement fiers des résultats exceptionnels obtenus cette année par notre établissement dans le cadre de son premier agrément. Il va sans dire que ces résultats sont le fruit d'un travail intense de collaboration et de coordination.

Notre équipe passionnée a accompli de grandes choses pour satisfaire aux normes internationales, malgré le climat d'instabilité incessant causé par les nombreux efforts du gouvernement visant à réorganiser de façon irréaliste les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de l'île de Montréal.

Pendant sa première année à titre d'établissement autonome, le CROM a prouvé son leadership en matière de développement des services, de formation du personnel et des responsables de ressources non institutionnelles (RNI), de partenariats universitaires et communautaires et de communications. En outre, notre établissement est sur le point de lancer le projet le plus impressionnant de son histoire : l'ouverture d'une maison de répit spécialisée, un projet rendu possible grâce aux dons effectués par des entreprises, des employés et des partenaires du CROM au cours des deux dernières années.

Pour l'avenir, le CROM s'attend à ce que l'excellence de ses services, le soutien de ses partenaires et les nombreuses réalisations à son actif constituent la base de sa lutte constante pour défendre la prestation de services spécialisés bilingues de qualité supérieure.



Gary Whittaker
Président du conseil d'administration



Ron Creary
Directeur général par intérim

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.

Les résultats et les données du rapport annuel 2010-2011 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 2011.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ron Creary".

Ron Creary
Directeur général par intérim

NOTRE VISION

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

NOS VALEURS

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

NOTRE MISSION

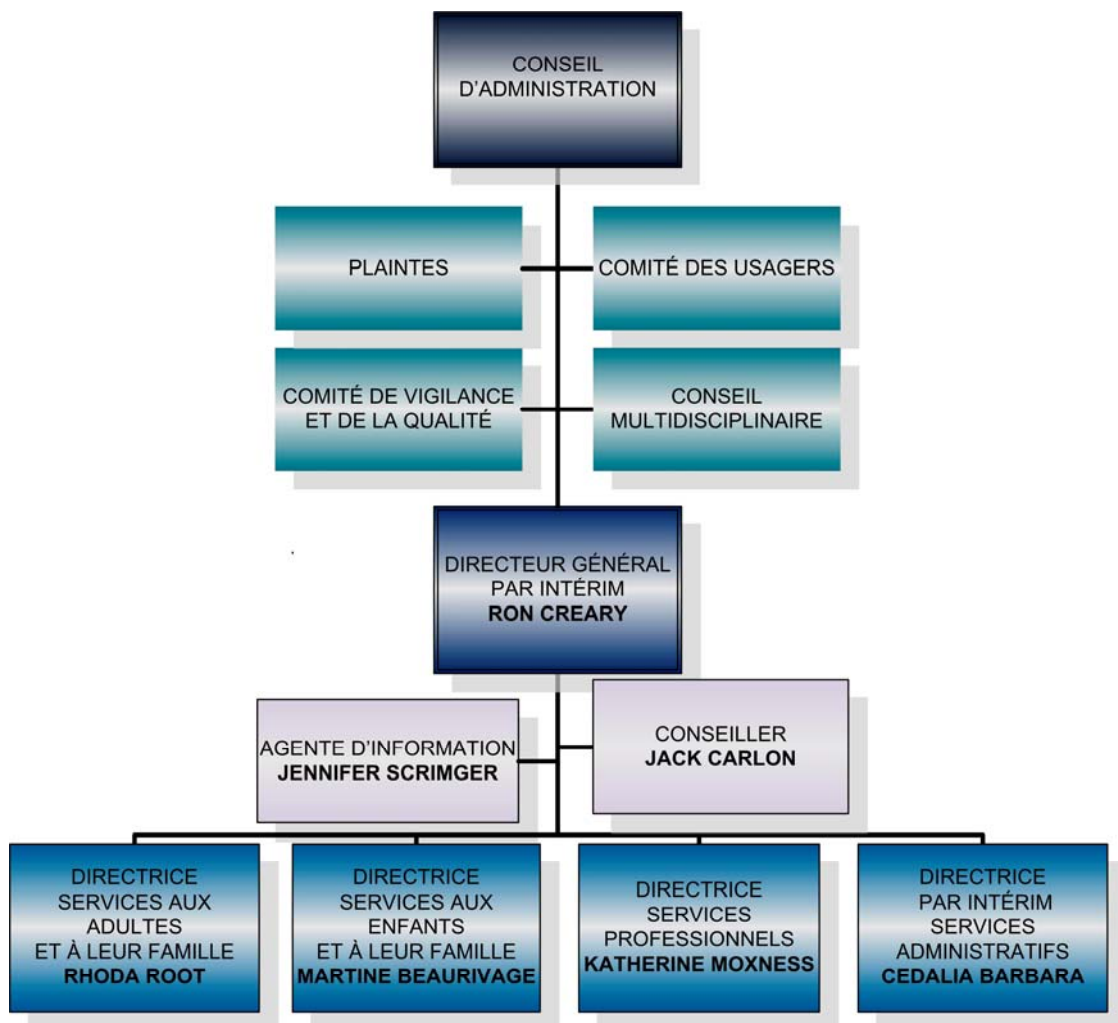
Le CROM est un établissement public de services sociaux qui s'emploie, sur son territoire de compétence, à offrir aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles du spectre autistique ainsi qu'à leur famille un vaste éventail de services fournis au sein de la collectivité et en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



Les effectifs

Le tableau ci-après présente la répartition du personnel du CROM au 31 mars 2011.

Personnel cadre	
Temps complet	37
Temps complet temporaire	0

Personnel régulier	
Temps complet	223
Temps partiel (nombre de personnes)	23
Temps partiel (équivalent à temps complet)	20

Employés occasionnels	
Nombre d'employés	83
Équivalent à temps complet	53

Total	
Nombre d'employés	366
Nombre d'heures rémunérées aux employés occasionnels	95 959

Faits saillants

« Une organisation exceptionnelle » – Agrément Canada

C'est un effort d'équipe colossal des quatre directions du CROM qui a permis à notre centre d'obtenir en novembre 2011 son premier agrément avec un taux remarquable de respect des normes de 96,9 % d'Agrément Canada.

Pour obtenir cet agrément, chaque service a joué un rôle crucial en s'assurant que toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) étaient mises en place. Le centre s'est également assuré que le personnel et les divers intervenants étaient sensibilisés à ces pratiques, et que toutes les actions entreprises étaient guidées par les POR et les objectifs établis dans le Plan stratégique 2010-2015 du CROM.

Un chef de file dans plusieurs secteurs

Les vérificatrices du programme d'agrément se sont montrées extrêmement positives dans leur évaluation globale du CROM. Elles ont d'ailleurs relevé trois pratiques exemplaires ou exemples de leadership et de prestation de services de qualité supérieure :

1. Co-production de *'Atlas des Ressources Mondiales pour les Personnes Présentant des Déficiences Intellectuelles (Atlas-DI)*, qui décrit pour la toute première fois l'état global des ressources allouées à la déficience intellectuelle (DI) dans 147 pays, lesquels représentent 95 % de la population mondiale. Il permet ainsi de favoriser le développement des services et de planifier les efforts à entreprendre.
2. Les services offerts aux parents présentant une DI, une intervention innovatrice qui met l'accent sur les capacités d'apprentissage de cette population. L'objectif est de permettre à ces parents de conserver la garde de leurs enfants qui risqueraient autrement d'être placés dans un autre foyer en vertu de la législation concernant la protection de l'enfance.
3. L'utilisation d'un comité clinico-légal qui fournit des conseils et un soutien aux équipes cliniques et aux gestionnaires sur des questions qui pourraient affecter l'intégrité de l'utilisateur ou de l'organisation. L'année dernière, le CROM a ajouté un volet éthique à cette ressource de très grande valeur.

Faits saillants

Parmi les autres succès reconnus de l'établissement, on trouve la mise sur pied de services d'intervention comportementale intensive de répit, l'amélioration de l'accès aux services pour les usagers hautement prioritaires, ainsi que le leadership en matière d'enseignement et de formation par le biais de partenariats universitaires.

Les recommandations visant à apporter des améliorations comprenaient des mesures particulières qui témoignent de la priorité donnée à la sûreté et à la sécurité (ex., mention de cette priorité dans la description de poste

Une année de restructuration et de changements

Par ailleurs, les vérificatrices du programme d'agrément ont souligné que le CROM avait accompli de grandes choses, malgré un contexte de changements et d'incertitudes. À la suite de la séparation inattendue en décembre 2009 du centre et de son partenaire, le Centre de réadaptation Lisette-Dupras, le CROM a connu l'an dernier sa première année complète d'exploitation à titre d'établissement autonome. Cette période a été vécue avec une structure de gestion rationalisée, ainsi que des services ayant fait ou faisant encore l'objet dans certains cas d'une réorganisation continue.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a continué de soutenir qu'il fallait rationaliser les services des CRDITED¹ sur l'île de Montréal. Elle a soumis plusieurs propositions qui ont suscité l'opposition de la communauté du CROM, notamment celle de créer un système d'accès universel pour l'ensemble de l'île.

Enfin, le système d'information sur la clientèle (SIPAD) est demeuré problématique pour le personnel clinique en 2010-2011 et ce, même s'il est utilisé depuis deux ans. Le CROM a continué à assurer la formation et le soutien des usagers du système, en plus d'adapter certains horaires de travail. Le centre a aussi mis sur pied deux sous-comités SIPAD : l'un pour examiner les questions cliniques liées à SIPAD et l'autre pour résoudre les difficultés techniques systémiques.

Recentrer et intensifier l'attention sur la sécurité

La mise en place d'un modèle de gestion intégrée de la qualité a inspiré de nouvelles initiatives dans l'ensemble du CROM en 2010-2011.

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

Faits saillants

Tous les employés et RNI ont bénéficié d'une formation dans des domaines touchant la sécurité, la sûreté et l'amélioration continue de la qualité. Par ailleurs, la mise à jour des politiques et des procédures a permis de renforcer les meilleures pratiques dans les domaines suivants : prévention et contrôle des infections, distribution sécuritaire des médicaments, identification et manipulation sécuritaire des matières dangereuses, etc.

Un nouveau comité sur la santé et la sécurité, composé de membres de la direction et d'employés, a permis l'année dernière d'accomplir de grands progrès en élaborant un formulaire nouveau et amélioré de déclaration d'accident de l'employé. Ce formulaire aidera les gestionnaires à comprendre les circonstances des accidents et à adopter des mesures correctives. Le *Centre patronal de santé et sécurité du travail* a renouvelé la certification des prestataires de premiers soins en milieu de travail du CROM et leurs noms ont été affichés bien en vue dans les points de services. De plus, les membres du comité paritaire ont inspecté les principaux points de services et ont formulé des recommandations pour améliorer la conformité du CROM aux normes de sécurité.

Des initiatives en matière de santé et de sécurité axées sur le personnel ont mis l'accent sur la mise en place d'une politique de prévention de l'hépatite B, la mise à jour des trousse de premiers soins dans les points de services et l'offre de vaccination contre la grippe saisonnière.

Un leadership fort en matière de formation

L'expertise poussée du CROM en recherche et dans le secteur clinique a encore une fois permis d'attirer un nombre considérable d'étudiants de diverses disciplines professionnelles en tant que stagiaires et chercheurs. Cette expertise fait de notre établissement un lieu d'enseignement et de formation attrayant pour l'apprentissage en DI et en troubles du spectre autistique (TSA). En plus de son soutien à des programmes de stages universitaires et à l'élaboration de programmes éducatifs appuyés sur des données probantes, le CROM a reçu l'éloge d'Agrément Canada pour son leadership concernant l'aide apportée à ses employés désireux d'atteindre des objectifs personnels et professionnels de formation.

L'an dernier, la *Commission des partenaires du marché du travail du Québec* a également reconnu le CROM comme un « organisme de formation » dans l'agrément de ses services de formation.

Faits saillants

Dans le cadre de sa stratégie de formation 2010-2011, le CROM a produit son premier programme de formation, comprenant un calendrier de toutes les séances de formation destinées aux employés, aux RNI et aux parents. Cette publication a été distribuée à grande échelle en plus d'être disponible en ligne. Ce précieux outil de planification pour les gestionnaires a permis de faciliter la prestation de quelque 8 890 heures de formation à l'interne et à l'externe.

Des efforts accrus dans le domaine des communications

Un plan de communication renouvelé (jugé « excellent » par les vérificatrices de l'agrément) a mis l'accent sur la création d'une culture de communication au sein du CROM. De plus, ce plan se concentre sur le développement de l'image du centre à titre d'employeur de choix, une consultation accrue des parents et des usagers, ainsi que sur la promotion du transfert des connaissances.

Une refonte de la page d'accueil du site Web du CROM s'est attiré les louanges du conseil d'administration et du comité des parents. Le site permet notamment l'affichage fréquent des dernières nouvelles et de listes d'événements, un accès facile à une nouvelle section sur l'agrément et l'inscription électronique à la liste de diffusion par courriel du CROM. Il affiche également des polices plus grandes. Le lancement d'un intranet pour les employés, à la fois nouveau et moderne, a également été fort bien accueilli.

On a consacré beaucoup d'efforts pour trouver de nouvelles façons de transférer les connaissances et de diffuser l'information à grande échelle au moyen d'initiatives de communication ciblées. Par exemple, on a publié une série de capsules d'information d'une page sur les principales POR. Ces capsules ont été publiées en ligne, en plus d'être distribuées par courriel et sur papier dans tous les points de services. De plus, elles ont fait l'objet de discussions entre les gestionnaires et leurs employés à l'occasion des rencontres d'équipes. En février, le CROM a été le premier CRDI à lancer officiellement une page d'adeptes sur Facebook.

Un engagement ferme en matière de recherche et d'enseignement

Une subvention d'environ 100 000 \$ accordée l'an dernier par l'Office des personnes handicapées du Québec permettra au CROM d'évaluer et de mettre au point les meilleures pratiques pour l'évaluation et le traitement de la stéréotypie ou des comportements auto-stimulants chez les personnes présentant une DI ou un TSA.

Faits saillants

De plus, le CROM a engagé des ressources pour évaluer le programme d'intervention comportementale intensive (ICI). L'un des objectifs du projet consistait à mettre fin aux rumeurs persistantes et préjudiciables diffusées dans les médias francophones québécois, selon lesquelles l'ICI ne serait pas un traitement efficace pour les enfants autistes. L'année dernière, le CROM a aussi lancé une campagne importante de sensibilisation auprès du public pour défendre l'ICI, le traitement clinique le plus éprouvé et le plus unanimement reconnu en Amérique du Nord.

Dans le cadre de la priorisation de la recherche appliquée et de l'amélioration continue des services, le CROM a lancé sa deuxième enquête sur la satisfaction des usagers et de leur famille à l'égard des services. Les résultats de cette enquête ont révélé un taux de satisfaction très élevé à l'égard des services reçus. Un suivi est en cours afin d'améliorer les points ayant suscité de l'insatisfaction (ex., le temps d'attente pour les services).

Enfin, le centre a continué à apporter son soutien à plusieurs études de niveau universitaire liées aux déficiences.

Reconnaître nos forces

Au printemps 2011, notre centre a organisé une série de journées « portes ouvertes ». C'est le programme de jour Benny qui a été le premier à accueillir des visiteurs. Benny offre des services spécialisés d'intégration communautaire aux usagers présentant des troubles liés au vieillissement ou des TSA. L'événement a attiré environ 200 visiteurs.

Le programme de jour Cartier, qui offre des services d'intégration communautaire aux usagers adultes présentant des troubles graves du comportement (TGC), a été l'un des points de services visités par Agrément Canada. L'une des vérificatrices a d'ailleurs déclaré qu'il s'agissait du « meilleur programme de jour (qu'elle ait vu) au Canada ».

Après avoir effectué une visite surprise dans les ressources résidentielles pour adultes, le ministère de la Santé et des Services sociaux a découvert à son tour que le CROM fournissait des services de qualité supérieure dans un milieu conforme à la réglementation.

Développement des services

Une restructuration des services d'intégration résidentielle et communautaire pour adultes a aidé à définir chaque service en fonction de sa spécialisation, plutôt que par son emplacement géographique.

Faits saillants

Dans le cadre de son réseau diversifié de stages professionnels dans la communauté, le CROM a eu le plaisir d'ajouter un nouveau lieu de travail pour les usagers au Centre d'hébergement Nazaire-Piché, une résidence pour personnes âgées située à Lachine.

Un nouveau gestionnaire et un psychiatre à temps partiel ont aidé notre Direction des services aux enfants et à leur famille (DSEF) à consacrer plus de temps aux équipes transdisciplinaires et à mettre au point des outils de formation pour le personnel clinique, les usagers et les parents. Par ailleurs, des fonds supplémentaires provenant de l'Agence de Montréal ont permis à plus de 15 enfants inscrits sur la liste d'attente de commencer à recevoir des services.

Amélioration du travail organisationnel

À la suite de certaines préoccupations concernant la charge de travail, le CROM a créé un comité de direction sur la gestion de projets et l'organisation du travail. La création de ce comité visait à alléger les processus cliniques et administratifs tout en aidant les employés à travailler plus efficacement. Les consultations menées par le comité auprès des employés l'ont incité à concentrer ses efforts sur l'augmentation du soutien entourant le SIPAD, l'examen individuel des charges de travail, la définition de l'intervenant pivot et le lancement de plusieurs projets pilotes.

Promotion des droits des usagers

Le CROM a offert une formation sur le code d'éthique adapté aux usagers à ses éducateurs, à ses agents de relations humaines et à ses RNI. Cette formation vise à aider les intervenants à informer les usagers de leurs droits et de leurs responsabilités. Également pour soutenir les droits des usagers, le CROM a adopté une nouvelle politique sur le consentement aux soins qui garantit la participation des usagers à l'élaboration de leurs propres plans d'intervention.

Un projet remarquable

Enfin, le CROM et ses partenaires peuvent être fiers des efforts accomplis au cours des deux dernières années pour assurer le financement d'une maison de répit. Cette maison répondra aux besoins des usagers du centre présentant des besoins complexes et à ceux de leur famille. L'année dernière, le CROM a pu assister à la cérémonie d'inauguration des travaux et à toutes les étapes de la construction de cette magnifique résidence qui n'avait besoin que de quelques touches finales à la fin de

l'année. Grâce à des dons se chiffrant à environ 1 million de dollars provenant d'entreprises, d'employés et de partenaires, cette ressource unique sera appréciée à sa juste valeur par les familles et les usagers pendant des années à venir.

Au chapitre de la gestion des risques

Un dossier en constante amélioration et toujours prioritaire à la direction des services professionnels (DSP) : la gestion des risques comme outil privilégié pour assurer une prestation sécuritaire des services à la clientèle.

Déclaration des incidents-accidents

Au total, 2 421 incidents et accidents ont été déclarés pendant l'année 2010-2011. Les événements ont été répartis de la façon suivante : 726 incidents et 1 695 accidents déclarés par le biais du registre local du Système de gestion des risques (GESRISK).

La direction a assuré un suivi pour l'ensemble des incidents et accidents déclarés. Pour des situations plus particulières, des interventions spécifiques ont été réalisées auprès des gestionnaires concernés dans le but de parfaire la « culture de sécurité » dans les services et de réduire la récurrence des incidents et accidents pouvant mener, dans certaines situations, à des événements « sentinelle ».¹ Pour d'autres situations, des recommandations ont été formulées pour renforcer l'analyse des événements survenus.

Une gestion intégrée des risques

Afin d'avoir une meilleure diffusion de l'information, d'accélérer le processus de mise en place de plans d'action suite aux incidents et accidents, et afin que toutes les directions jouent un rôle dans la réduction des risques et dans l'amélioration de la qualité, le comité de gestion des risques inclut désormais des représentants de chacune des quatre directions. Avec cette nouvelle structure, nous parlerons désormais d'une gestion intégrée des risques (voir le rapport du comité à la page 26).

Contrats de mesure de contrôle

Au cours de l'année 2010-2011, la coordination des activités liées aux mesures de contrôle a été centralisée à la DSP pour améliorer l'efficacité du traitement des demandes et assurer une réponse conforme aux exigences législatives et ministérielles.

¹ Les événements « sentinelle » sont ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques ou ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

Au chapitre de la gestion des risques

Pendant l'année, neuf contrats de mesure de contrôle sont venus à expiration et dix nouvelles demandes ont été acheminées à la DSP. Au 31 mars 2011, un contrat de mesure de contrôle était en vigueur auprès de 25 usagers.

Sylvie Dugas, coordonnatrice, gestion des risques, systèmes et services cliniques
Sabine Monosiet, agente de planification (gestion des risques)

Les données sur la clientèle et l'évolution des programmes-services

Les statistiques 2010-2011 présentées dans les tableaux suivants ne devraient pas être comparées parce que les règles d'affaires appliquées sont différentes de celles utilisées en 2009-2010.

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

Âge	Masculin		Féminin		Total	
	31 mars 2010	31 mars 2011	31 mars 2010	31 mars 2011	31 mars 2010	31 mars 2011
4 ans et moins	90	79	45	38	135	117
5 à 17 ans	367	335	138	163	505	498
18 à 21 ans	69	74	45	37	114	111
22 à 44 ans	327	323	215	204	542	527
45 à 64 ans	187	193	149	150	336	343
65 ans et +	24	26	16	20	40	46
Total	1 064	1 030	608	612	1 672	1 642

Selon les nouvelles règles d'affaires, le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2011 n'inclut pas les utilisateurs ayant fait l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'AEO (Accueil, évaluation et orientation) contrairement au nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2010.

Contrairement à l'an passé, afin d'être comptabilisé parmi le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2011, l'utilisateur inscrit doit avoir un intervenant assigné et ce dernier doit avoir réalisé une intervention directe¹ auprès de l'utilisateur pendant l'année.

¹ Heures de prestation de services (HPS) saisies dans SIPAD

Les données sur la clientèle et l'évolution des programmes-services

Tableau 2 : La répartition de la clientèle selon les milieux de vie

Milieu de vie	Nombre de personnes	
	31 mars 2010	31 mars 2011
Milieus naturels (Parents et milieux autonomes)	1 072	1 043
Services en contexte d'intégration résidentielle	580	582
Autres	20	17
Total	1 672	1 642

Comme en 2009-2010, les services vendus à d'autres établissements sont inclus dans le tableau 2.

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

Programmes-services	Nombre de personnes	
	31 mars 2010	31 mars 2011
En contexte d'intégration communautaire	262	254
En contexte d'intégration au travail		
atelier de travail	45	49
support des stages	469	452
intégration à l'emploi	33	38
Total	809	798

Les données sur la clientèle et l'évolution des programmes-services

Concernant le tableau 3 :

Comme en 2009-2010, les services vendus à d'autres établissements sont inclus dans le tableau 3.

Contrairement à l'an passé, afin d'être comptabilisé parmi le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2011, l'utilisateur inscrit doit avoir un intervenant assigné et ce dernier doit avoir réalisé une intervention directe¹ auprès de l'utilisateur pendant l'année.

Tableau 4 : Nombre de personnes en attente de services

Programmes-services	Nombre de personnes					
	31 mars 2010			31 mars 2011		
	DI ²	TSA ³	TOTAL	DI	TSA	Total
Intégration résidentielle ¹	133	73	187	141	97	238
Intégration communautaire et au travail	19	6	25	50	19	69
Service d'adaptation et de réadaptation à la personne et sa famille ¹	157	326	483	236	418	654
Total des personnes en attente sans aucun service du CROM	148	185	333	136	202	338

Les données fournies aux trois premières lignes du tableau 4 représentent le nombre d'utilisateurs en attente pour un ou plusieurs programmes-services. Par ailleurs, les données fournies à la dernière ligne du tableau représentent le nombre d'utilisateurs en attente d'un premier service de l'établissement.

¹ Heures de prestation de services (HPS) saisies dans SIPAD

² DI – Déficience intellectuelle

³ TSA – Trouble du spectre autistique

Orientations du CROM pour 2011-2012

Le CROM entend mettre en œuvre les orientations définies dans son plan stratégique 2010-2015.

Priorités :

- Avec l'aide des partenaires communautaires du CROM et du réseau de la santé et des services sociaux, élaborer et mettre en œuvre un plan d'affaires pour la vente de services spécialisés aux parties intéressées;
- Avec la collaboration d'un partenaire intéressé, lancer un nouveau projet de recherche pour évaluer l'efficacité de l'ICI chez les enfants de moins de 5 ans présentant des TSA;
- Réduire les coûts administratifs de 3,5 %;
- Définir et analyser les composantes de la satisfaction des usagers à l'égard des services à partir des données recueillies dans le cadre de la récente enquête sur la satisfaction des usagers et de leur famille, et d'un examen détaillé de la littérature existant sur le sujet;
- Créer un système de gestion unique pour l'accès aux services et mettre en place une offre de service intégré pour l'Ouest de l'île de Montréal;
- Former un groupe consultatif de répit constitué de parents de la DSEF;
- Réunir trois fois par année tous les gestionnaires du CROM à des fins de consultation et d'information pour le directeur général;
- Réviser le processus d'inspection résidentielle afin d'améliorer la sécurité et la sûreté;
- Mettre en place un cours de mise à jour à l'intention des RNI.

Les conseils et comités de l'établissement

Le conseil d'administration - Administrateurs

David Allen
Louise Beaudry
Bill Jay
Evelyn Lusthaus
Ian Moodie
Patricia Morris
Raymond Palmer
Stephanie Torchin
Frank Vincelli
Gary Waxman
Kelly Wilson

Le conseil d'administration - Comité administratif

Gary Whittaker, président
Blair Tisshaw, vice-président
Jacques Nolin, secrétaire
Ron Creary, directeur général par intérim

Le comité de vérification et des finances

Jacques Nolin, président
Ron Creary
Ian Moodie
Patricia Morris
Gary Whittaker

Le comité d'éthique et de déontologie

Gary Waxman
Brian Griffis
Stephanie Torchin

Le conseil multidisciplinaire

Membres

Stephanie Torchin, présidente
Monique Bureau, vice-présidente
Sébastien Tremblay, trésorier
Maria Dolores Casagran (par intérim)
Ron Creary, directeur général par intérim
Rhoda Root
Frank Vincelli
Kelly Wilson



Rapport 2010-2011

L'assemblée annuelle du conseil multidisciplinaire (CM) s'est tenue le 2 juin 2010. Plus de 100 personnes étaient présentes dont 86 membres du CM.

Au cours de l'assemblée, la D^{re} Katherine Moxness, directrice des services professionnels, ainsi que Dennis Farley, conseiller, évaluation de la qualité, ont présenté les récents changements concernant la loi 21 et ses conséquences pour nos membres.

L'an dernier, le comité exécutif du CM a participé à l'élaboration d'une conférence animée par la Fédération Québécoise des Centres de Réadaptation en Déficience Intellectuelle et en Troubles Envahissants du Développement (FQCRDITED), en partenariat avec les conseils multidisciplinaires des 22 autres CRDI présents à travers le Québec. L'exploration de notre identité professionnelle, soit la conférence qui a eu lieu en octobre 2010, a permis de donner un précieux aperçu de la situation ainsi que de tisser un réseau de contacts.

Le CM a poursuivi son engagement au sein du conseil d'administration du CROM et a offert ses recommandations lors de l'élaboration du nouveau plan stratégique de l'établissement ainsi que du nouveau plan d'organisation. Des représentants du CM ont également participé aux comités suivants :

1. Le sous-comité du SIPAD s'occupant de redéfinir les procédés cliniques et de relever les défis que cela comporte.
2. Le comité de gestion des risques.
3. Le comité pour l'amélioration des ressources non institutionnelles.
4. Le comité pour le plan de développement des ressources humaines.
5. Le sous-comité du conseil d'administration sur la gouvernance.

L'an passé, le CM a soutenu l'élaboration de formations pour ses 266 membres et a diffusé de l'information professionnelle pertinente. Parallèlement, il a entamé, en partenariat avec le Service de la recherche et du transfert des connaissances, la création d'un code d'éthique pour les éducateurs du CROM. Le comité exécutif s'est également réuni pour discuter du document

Le conseil multidisciplinaire (suite)

d'évaluation du personnel présenté l'an dernier par le service des ressources humaines, et il soumettra ses conclusions à une date ultérieure. Enfin, les comptes rendus des rencontres du CM ont été mis à la disposition de l'ensemble du personnel du CROM par la mise en place d'un répertoire sur le réseau commun.

Deux membres du comité exécutif ont pris la responsabilité d'adapter les règlements du CM à la suite d'une conférence de deux jours offerte par l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec.

Sébastien Tremblay et Kelly Wilson, tous deux membres du comité exécutif occupant le poste d'éducateur, ont été réélus l'an passé, laissant ainsi un poste d'éducateur vacant. Les membres du CM envisagent de nommer et d'élire un troisième éducateur à la prochaine rencontre annuelle prévue pour septembre 2011.

Stephanie Torchin, présidente

Le comité de vigilance et de la qualité

Membres

Bill Jay, président

Evelyn Lusthaus

Blair Tisshaw

Ron Creary, directeur général par intérim

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

En 2010-2011, le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) a poursuivi son mandat afin de réviser les rapports et conclusions liés à l'amélioration des services ainsi que des droits individuels et collectifs des usagers.

Rapport 2010-2011

À chaque rencontre, le CVQ a réexaminé les rapports de plaintes soumises à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS), relevant ainsi le fait qu'un nombre important d'entre elles traitait des délais d'attente pour bénéficier des services du CROM. Dans chacun des cas, les plaignants ont été informés du fait que le manque de ressources financières de l'établissement ne permettait pas de répondre à leurs requêtes.

Parallèlement, les rapports d'investigation interne ont été fréquemment réexaminés. Plus de détails et d'exactitude ont été réclamés pour ces rapports afin d'aider le CVQ dans l'analyse des problèmes systémiques et dans la formulation de recommandations destinées au conseil d'administration.

Le Comité a aussi redéfini le statut des Plans d'Intervention pour chaque catégorie d'utilisateur tel que la loi 90 l'impose sous délai prescrit. Il a également évoqué le fait que le temps accordé pour atteindre les objectifs fixés représente certaines difficultés pour le comité de gestion. De plus, des problèmes techniques liés à l'utilisation de la nouvelle base de données SIPAD causent des retards importants.

Les politiques, procédures, plans d'urgence et de sécurité, récemment érigés, ont également été révisés. Ceux-ci ont été affichés à des emplacements stratégiques au sein du CROM.

Un nouveau modèle de gestion intégrée de la qualité a été élaboré par la Direction des services professionnels dans l'optique d'améliorer la coordination et de rendre le contrôle de la qualité plus efficace.

Après étude du rapport rendu à la suite de la visite surprise du Ministère de la Santé et des Services sociaux dans 36 ressources du CROM, le CVQ se dit satisfait des conclusions émises. Seulement une des ressources ne remplissait pas les conditions requises et des mesures ont été prises en conséquence.

Le comité de vigilance et de la qualité (suite)

Des préoccupations mineures ont également été soulevées dans cinq autres ressources, et celles-ci ont été prises en considération par la Direction des services aux adultes et à leur famille.

Priorités pour 2011-2012

Le changement majeur prévu par le Comité, vis-à-vis son fonctionnement, sera de clarifier la documentation fournie en amont, avec pour objectif de mettre en place une analyse systémique ainsi que des recommandations pour l'amélioration de la qualité.

Autrement, le CVQ a relevé le besoin de faciliter l'accès à l'information, et ce, au-delà des mandats spécifiques. Élargir l'accès pourrait ainsi permettre d'avoir une information plus juste sur les usagers, leurs représentants ainsi que sur les organisations partenaires telles que les associations de parents, les représentants syndicaux et les fondations.

Pour conclure, il faut prendre en considération le besoin urgent d'informer l'ensemble des parties concernées sur l'importance et le rôle du CVQ pour le CROM. Il est également primordial d'encourager un dialogue amélioré pour le bien commun et surtout pour celui des usagers du CROM.

Bill Jay, président

Le comité des usagers

Membres

Joseph Malko, président
Stephane Bertrand, co-président
Stratis Ioannou, vice-président
Stephen Goulet, co-vice-président
Maria Berrafato, secrétaire
Lydia Waddell, co-secrétaire
Joseph Malko, trésorier
Tina Lemieux, co-trésorière



Rapport 2010-2011

L'an dernier, le comité des usagers a fait face à une période de transition marquée par l'élection d'un nouveau directeur pour les trois prochaines années.

À l'automne 2010, le directeur s'est donné les missions suivantes :

- Informer les usagers sur leurs droits individuels
- Promouvoir les moyens d'améliorer la qualité de vie des usagers
- Assister les usagers dans la résolution des questions relatives au CROM

Parmi les missions accomplies, on retrouve la commandite et le soutien à la réalisation d'une deuxième enquête de satisfaction auprès des usagers. Dans l'ensemble, les résultats ont indiqué que les usagers, les familles et leurs représentants légaux étaient généralement satisfaits des services fournis par le CROM. Le plus bas niveau de satisfaction concernait les deux aspects suivants :

- La longueur du délai d'attente pour bénéficier des services
- L'importante rotation du personnel

Les conclusions ont débouché sur six recommandations visant à améliorer les services aux usagers et à leurs familles. Ces recommandations sont détaillées dans le rapport (publié sur le site www.crom-wmrc.ca).

Droits des usagers

- Un représentant du comité des usagers a assisté à la rencontre annuelle de l'Association québécoise des comités des usagers, et a également participé à divers comités de travail.
- Le directeur a rencontré des représentants de Vrais copains afin d'examiner la possibilité de mettre sur pied un volet québécois au sein de cette organisation internationale de bénévoles.
- Le comité a tenu à envoyer un représentant pour assister à une conférence dédiée à la production d'émissions radio par des personnes présentant des déficiences, ainsi que pour savoir comment partager des ressources radiophoniques à l'échelle nationale.

Le comité des usagers (suite)

Partenariat

- Le comité a contribué à l'élaboration du plan stratégique du CROM et assisté les vérificatrices d'Agrément Canada dans leur évaluation du CROM.
- Deux membres ont pris part à un projet spécial visant à rappeler au personnel du CROM l'importance de se laver les mains.
- Le comité a fourni une contribution logistique et financière au comité des parents des usagers adultes, dans le cadre de son mandat, afin de permettre aux parents de mettre en place un forum visant la réception et l'échange d'information.
- Le comité a continué de représenter les besoins et intérêts des usagers par une présence active au sein du conseil d'administration et du comité de gestion des risques du CROM.
- Les membres ont participé et apporté leur soutien à un certain nombre d'activités communautaires, ainsi qu'aux Olympiques spéciaux.

Je souhaite remercier les membres de notre comité de direction pour leur soutien et leur engagement, et plus spécialement Stéphane Bertrand, notre co-président.

Joseph Malko, président

Le comité de gestion intégrée des risques

Membres

Katherine Moxness, présidente
Monique Bureau, vice-présidente
Sylvie Dugas, secrétaire et gestionnaire des risques
Sabine Monosiet, agente de planification (gestion des risques)
Alcida Boissonnault, représentante des RNI - adultes
Emmanuella Michel, représentante des RNI - enfants
Louise Epstein, représentante du service de santé
Stephane Bertrand, représentant du comité des usagers
Cedalia Barbara, directrice des services administratifs par intérim
Martine Beurivage, directrice des services aux enfants et à leur famille
Rhoda Root, directrice des services aux adultes et à leur famille

Rapport 2010-2011

Au cours de l'année 2010-2011, le comité a tenu sept rencontres. Les principaux thèmes abordés et activités réalisées ont été les suivants :

- Mise en place d'un nouveau système de suivi des incidents/accidents avec conséquences significatives et les situations à risques élevés
- Mise en place d'un nouveau système *Bubble Pack*, c'est-à-dire avec emballage-coque) pour l'administration sécuritaire des médicaments
- Participation du service de la recherche à une analyse plus pointue des rapports incidents/accidents (agression, chutes et erreur de médication)
- Tous les types d'infections déclarés par le biais du système GESRISK ont été suivis par le service de santé de la direction des services professionnels. De plus, des stratégies de prévention ont été réitérées (ex., lavage des mains, désinfection des surfaces, etc.). En 2010-2011, il n'y a eu aucun rapport d'infection nosocomiale.
- Révision des politiques et procédures en lien avec la gestion des risques
- Élaboration d'une grille d'aide au dépistage pour la prévention des chutes complétée
- Participation des usagers et des familles à la culture de sécurité :
 - . Prévention et contrôle des infections par le biais d'une activité de « Vérification de l'hygiène des mains »
 - . Élaboration et diffusion d'un rapport de gestion intégrée des risques « adapté » ainsi que des séances de formation offertes aux usagers et à leurs familles
 - . Discussion du rôle et de la participation des usagers et de leurs familles en lien avec la sécurité dans le cadre des comités pertinents

Le comité de gestion intégrée des risques (suite)

- . Réorganisation des sous-comités ciblant les erreurs de médication, les chutes et les comportements d'agressions

Chaque sous-comité a poursuivi ses activités avec de nouveaux membres : un représentant pour chacune des directions, des gestionnaires, des éducateurs, des agents de relations humaines et des RNI ont été présents aux rencontres pour fournir des renseignements et assurer la diffusion de recommandations concrètes applicables dans les milieux.

Katherine Moxness, présidente

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Au cours de l'exercice 2010-2011, sept dossiers de plaintes ont été conclus. Par ailleurs, le traitement d'une plainte a été refusé, le motif de celle-ci ne relevant pas du champ d'application de la procédure d'examen des plaintes prévu à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Le traitement d'une des sept plaintes conclues a nécessité plus de temps que le délai de 45 jours prévu par la loi. Aucun dossier de plainte n'était en cours de traitement à la fin de l'exercice financier. Aucun dossier n'a fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen.

Les motifs des 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	2010-2011		2009-2010	
	Nombre de motifs de plaintes		Nombre de motifs de plaintes	
	(N)	(%)	(N)	(%)
Accessibilité	4	40	-	-
Soins et services dispensés	4	40	5	72
Relations interpersonnelles	1	10	1	14
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	10	-	-
Aspects financiers	-	-	1	14
Droits particuliers	-	-	-	-
Autres	-	-	-	-
TOTAL¹	10	100	7	100
Nombre de plaintes conclues	7	-	5	-

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, 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 commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

La catégorie « Soins et services dispensés » se rapporte 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 14 recommandations : cinq avaient trait spécifiquement aux situations dénoncées (portée individuelle) et neuf étaient de nature organisationnelle (portée systémique). Les recommandations formulées avaient trait principalement à la révision de protocoles cliniques et administratifs, à l'amélioration des communications et à la réduction des délais d'attente.

Par ailleurs, en vertu de son pouvoir d'intervention, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPOS) est intervenue dans trois dossiers; une quatrième demande d'intervention a par ailleurs été rejetée, un examen sommaire de celle-ci n'ayant pas permis de constater que les droits de l'utilisateur concerné n'étaient pas respectés. Le pouvoir d'intervention est conféré par la loi à tout commissaire local; 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'utilisateurs ne sont pas respectés.

Les motifs des interventions réalisées se répartissent comme présentés ci-dessous.

Répartition des motifs d'intervention 2010-2011

Catégories	Nombre de motifs d'intervention	
	(N)	(%)
Accessibilité	-	-
Soins et services dispensés	1	25
Relations interpersonnelles	1	25
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	25
Aspects financiers	1	25
Droits particuliers	-	-
Autres	-	-
TOTAL ¹	4	100
Nombre d'interventions effectuées	3	-

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

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Le traitement des dossiers de plaintes a mené à la formulation de quatre recommandations ayant trait à l'application de politiques et procédures et à l'amélioration des conditions de vie.

Enfin, sept demandes d'assistance ont été adressées à la CLPQS. Ces demandes portaient principalement sur l'obtention d'information concernant les services offerts et l'accès à ceux-ci.

L'ensemble des activités réalisées par la CLPQS a été présenté aux membres du comité de vigilance et de la qualité lors de ses réunions ordinaires. De même, ses conclusions, et le cas échéant, ses recommandations à la suite du traitement des plaintes et de ses interventions, ont été déposées au comité de vigilance et de la qualité et transmises au conseil d'administration.

Dans un autre ordre d'idées, une image promotionnelle distincte de celle de l'établissement a été élaborée pour la CLPQS. En effet, le logo du bureau de la commissaire, conçu à partir du motif et des couleurs du logo du CROM, veut exprimer la notion de communication, de soutien et de neutralité. Par ailleurs, le feuillet d'information sur la procédure d'examen des plaintes de l'établissement a été bonifié tant sur le plan de son contenu que de son image. Aussi, à l'issue de ces démarches, tous les usagers de l'établissement et leurs représentants ont reçu, de la CLPQS, le nouveau feuillet d'information sur la procédure d'examen des plaintes.

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



Les états financiers

FONDS D'EXPLOITATION – REVENUS ET DÉPENSES

Exercice financier terminé le 31 mars 2011

	2011	2010
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Revenus		
Agence et MSSS	36 931 441	36 447 792
Usagers	3 887 850	3 725 155
Recouvrements	4 709 665	3 825 999
Dons	11 114	8 234
Autres	57 492	10 354
TOTAL	45 597 562	44 017 534
Dépenses		
Salaires	16 206 426	17 076 869
Avantages sociaux	4 033 215	3 916 137
Charges sociales	2 102 605	1 992 017
Autres dépenses	23 123 919	21 112 312
TOTAL	45 466 165	44 097 335
EXCÉDENTS DES REVENUS (DÉFICIT)	131 397	(79 801)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
Revenus		
Recherche		111 611
Projet McGill		40 000
TOTAL		151 611
Dépenses		
Recherche		111 611
Projet McGill		40 000
Dépenses extraordinaires		9 412
TOTAL		161 023
DÉFICIT DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES		(9 412)
SOUS-TOTAL SURPLUS (DÉFICIT)	131 397	(89 213)
Contribution de l'avoir propre et d'autres fonds	50 000	17 847
Transfert au fonds immobilisations	(132 247)	
TOTAL SURPLUS (DÉFICIT)	49 150	(71 366)

Les états financiers

FONDS D'EXPLOITATION PAR CENTRE D'ACTIVITÉS

Exercice financier terminé le 31 mars 2011

	2011	2010
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Programme résidentiel		
Ressources intermédiaires, de type familial et autres	20 871 159	20 752 036
Total du secteur	20 871 159	20 752 036
Programme d'intégration communautaire		
Centre pour activités de jour	1 642 778	1 859 199
Atelier de travail	95 335	73 079
Support aux stages en milieu de travail	183 620	210 191
Intégration à l'emploi	82 059	134 361
Total du secteur	2 003 792	2 276 830
Services d'adaptation et réadaptation	15 634 743	13 363 839
Services de soutien		
Gestion et soutien aux programmes	2 213 673	2 398 640
Informatique	385 639	327 000
Réception, archives, télécommunications	32 212	67 898
Total du secteur	2 631 524	2 793 538
Services administratifs		
Administration générale	2 980 286	3 406 149
Administration des services techniques	4 689	36 162
Total du secteur	2 984 975	3 442 311
Services techniques		
Entretien ménager	430 589	487 428
Fonctionnement des installations	721 611	693 478
Sécurité	31 392	47 113
Entretien et réparation des installations	121 625	219 041
Total du secteur	1 305 217	1 447 060
TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS	45 431 410	44 075 614

Les états financiers

BILAN - FONDS COMBINÉS AU 31 MARS 2011

	EXPLOITATION	IMMOBILISATION	FIDUCIE	SPÉCIAL	TOTAL
ACTIF					
Court terme					
Encaisse	1 790 123	70 790	24 373		1 885 286
Débiteurs Agence et MSSS	110 765				110 765
Autres débiteurs	2 435 428	9 902			2 445 330
Frais payés d'avance	179 933				179 933
Créances inter-fonds	194 741			19 184	231 925
Total de l'actif à court terme	4 710 990	80 692	24 373	19 184	4 835 239
Subvention à recevoir réforme comptable	2 083 706	576 112			2 659 818
Immobilisations		2 734 916			2 734 916
Frais reportés		7 364			7 364
Autres éléments d'actif	78 904				78 904
TOTAL DE L'ACTIF	6 873 600	3 399 084	24 373	19 184	10 316 241
PASSIF					
Court terme					
Emprunts temporaires		3143			3143
Créditeurs Agence et MSSS					
Autres créditeurs	6 540 470				6 540 470
Créditeurs établissements publics			241		241
Dettes inter-fonds		213 925			213 925
Revenus reportés	241 580				241 580
Enveloppes décentralisées		30 660			30 660
Intérêts courus à payer		94 001			94 001
Sommes en fiducie à l'établissement			24 132		24 132
Total du passif à court terme	6 782 050	341 729	24 373		7 148 152
Long terme					
Revenus reportés		54 142		19 184	73 326
Dettes à long terme		2 959 370			2 959 370
Total du passif à long terme		3 013 512		19 184	3 032 696
Autres éléments du passif	1 662				1 662
Total du passif	6 783 712	3 355 241	24 373	19 184	10 182 510
Solde de fonds	89 888	43 843			133 731
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DES FONDS	6 873 600	3 399 084	24 373	19 184	10 316 241

Les états financiers

BILAN - FONDS COMBINÉS au 31 mars 2010

	EXPLOITATION	IMMOBILISATION	FIDUCIE	SPÉCIAL	TOTAL
ACTIF					
Court terme					
Encaisse	2 782 134	70 624	107 938		2 960 696
Débiteurs Agence et MSSS		86 855			86 855
Autres débiteurs	2 827 692	9 087			2 836 779
Frais payées d'avance	94 050				94 050
Créances inter-fonds		3 915		15 910	19 825
Total de l'actif à court terme	5 703 876	170 481	107 938	15 910	5 998 205
Subvention à recevoir réforme comptable	2 078 445	495 826			2 574 271
Immobilisations		2 623 419			2 623 419
Autres éléments d'actif	149 377				149 377
TOTAL DE L'ACTIF	7 931 698	3 289 726	107 938	15 910	11 345 272
PASSIF					
Court terme					
Emprunts temporaires		950 896			950 896
Créditeurs Agence et MSSS	888 862				888 862
Autres créditeurs	6 965 883		6 560		6 972 443
Créditeurs établissements publics			100 000		100 000
Dettes inter-fonds	19 825				19 825
Revenus reportés	16 390				16 390
Enveloppes décentralisées		229 217			229 217
Intérêts courus à payer		86 855			86 855
Sommes en fiducie à l'établissement			1 378		1 378
Total du passif à court terme	7 890 960	1 266 968	107 938		9 265 866
Long terme					
Revenus reportés		64 624		15 910	80 534
Dettes à long terme		1 914 291			1 914 291
Total du passif à long terme		1 978 915		15 910	1 994 825
Autres éléments du passif					
Total du passif	7 890 960	3 245 883	107 938	15 910	11 260 691
Solde de fonds	40 738	43 843			84 581
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DES FONDS	7 931 698	3 289 726	107 938	15 910	11 345 272

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans du fonds d'exploitation, du fonds d'immobilisation, du fonds de fiducie et du fonds à destination spéciale au 31 mars 2011 et l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités de Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 8 juin 2011 (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 par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal.

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 2 à la circulaire 2011-030 (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 Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 8 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadre admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation plutôt que comme une location-acquisition conformément à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés*, « Immobilisations corporelles louées ». L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats pour les exercices 2011 et 2010 n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

Montréal
Le 14 juillet 2011

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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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 Discrétion

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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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 éviter 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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

5.5 Avantages ou bénéfiques

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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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

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.
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.
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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

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 2010-2011

Aucun dossier n'a dû être traité en regard du code d'éthique et de déontologie des administrateurs en 2010-2011.

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 DI ou un TSA.

35 années de service

Paula Celani Capraro
Louise Ciancibello
Marnie Emmett
Melanie Lapointe
Thyrone Searles
Ralph Stocek
Amril Young

25 années de service

Shirley Barnes
Lucia Battista
René Bouchard
Alain Loslier
Catherine Nitka
Gerard Steen
Donna Stewart

15 années de service

Deanna Clark
Stéphane Dagenais
Patrizia Iaconessi

30 années de service

Lise Patenaude
Ngoc-Dung Pham-Vo
Maureen Rawlins
Christine Thoms
Nancy Weisnagel
Line Zakrzewski

20 années de service

Janice Bicher Jarvis
Christine Garner
Janice Goddard
Janet Lynn Grafton
Antonio Kaludieko N' Silu
Merle McFarlane Searles
Jean Pelletier
Donald Prashker
Corinne Taylor
Johanne Vézina

Retraités en 2010-2011

Serge Aubuchon
Pierre Bombardier
Helen Dunn
Candace Flood
John Jaikaransingh
Marcia Johnson
Sarah-Ann Johnston
Joan Kelly
Desiree King
Paula Kruk
Jules Lefebvre
Rick-Gail Lerner
Rosalind Peltola
Isaura Phelps
Linda Taylor

Dépôt légal

VERSION PAPIER

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
978-2-923776-08-8

VERSION ÉLECTRONIQUE

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
978-2-923776-06-4

Rapport Annuel 2010-2011

C
R
O
M



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL
WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE