

RAPPORT ANNUEL

2014-15



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



Note

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 «Troubles envahissants du développement» (TED) et «Trouble du spectre autistique» (TSA) sont également utilisés de manière interchangeable.

Il convient toutefois 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.

CENTRE DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL
8000, rue Notre-Dame
Lachine (Québec) H8R 1H2
☎ 514 363-3025
www.crom.ca

ADOPTÉ PAR LE PRÉSIDENT DIRECTEUR
GÉNÉRAL DU CIUSSS DE L'OUEST-DE-
L'ÎLE-DE-MONTRÉAL
M. Benoit Morin
ce 30 juin 2015

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du
Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015
978-2-923776-18-9

La reproduction partielle ou complète de
ce document à des fins personnelles et non
commerciales est permise à la condition d'en
mentionner la source.

DIRECTION ARTISTIQUE, MONTAGE ET
COORDINATION
CROM Communications - Nathalie Tétrault

PHOTO DE LA PAGE COUVERTURE :
Nathalie Tétrault

«À l'heure où notre établissement cède son mandat au nouveau CIUSSS, nous faisons une pause afin de remercier tous ceux qui ont fait du CROM ce qu'il est, c'est-à-dire une équipe de gestion exceptionnelle, un personnel dévoué et une foule de gens dans la communauté qui ont travaillé sans relâche pour faire une différence. Un gros merci à tous !»

Gary Whittaker,
Président du conseil d'administration
p. 35





Table des matières

4	Notre vision, nos valeurs et notre mission
5	Message du président directeur général du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
7	Déclaration de fiabilité
8	Territoire du CROM
9	L'équipe du CROM
12	Nos réussites
24	Le CROM en chiffres
33	Conseils et comités de l'établissement
35	- Conseil d'administration
36	- Comité de vigilance et de la qualité
38	- Comité des parents
39	- Conseil multidisciplinaire
40	- Comité de gestion intégrée des risques
42	- Comité des usagers
44	- Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
47	États financiers 2014-15
58	Code of Ethics and Conduct



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 à 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 de l'autisme 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.

Message du président directeur général du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



Nous pouvons compter sur une solide équipe d'employés et de gestionnaires, à la fois dévoués et attentionnés, qui travaillent d'arrache-pied à l'amélioration de la vie des usagers et de leurs familles.

Le 31 mars 2015 marque la fin de notre exercice financier. C'est aussi le moment idéal pour se pencher sur les réalisations de l'année 2014-2015. Habituellement, ce serait aussi l'occasion pour le conseil d'administration (CA), l'équipe de direction, les employés, les usagers, les parents et les partenaires de planifier les nouvelles orientations pour 2015-2016 dans un objectif d'amélioration continue de la qualité. Toutefois, en raison de l'adoption de la Loi 10 réformant le réseau de la santé et des services sociaux, les nouvelles orientations du CROM sont entrées dans une nouvelle ère qui figurera assurément dans les livres d'histoire. Le CROM fusionnera avec six établissements pour former un réseau de santé et de services sociaux intégrés qui fournira toute une série de services de qualité à la population de l'Ouest de l'île de Montréal.

L'année 2014-2015 s'est révélée une année stimulante et remplie de défis. Le CROM s'est notamment distingué par des réalisations importantes qui aideront le CIUSSS dans sa réussite future. Suite aux recommandations formulées par l'équipe d'agrément du Conseil canadien d'agrément, le CA a mené une évaluation approfondie de la présidence du CA, ainsi que des directeurs généraux et des autres membres de l'organe directeur responsable du CROM. Les objectifs du CA étaient orientés vers l'élaboration d'un plan stratégique pour 2015-2020, ainsi que vers le maintien d'un budget équilibré et l'exercice de pressions pour un financement équitable du CROM.

Le comité des parents et des usagers, de même que notre fondation (Fondation Taylor-Birks) et nos deux partenaires (Centre Marc Vanier et Service d'adaptation et d'intégration de Montréal - SAIM), ont collaboré étroitement avec la direction générale du CROM. De plus, une solide équipe formée de membres de la haute direction, de cadres intermédiaires, de professionnels et de paraprofessionnels dévoués, ont uni leurs efforts afin de répondre aux besoins de tous les usagers du CROM.

Nous avons été les témoins privilégiés de l'engagement du comité des parents et des usagers qui ont multiplié les pressions pour les droits des usagers et qui ont incité le gouvernement à accroître le financement des enfants atteints d'autisme. Notre fondation et nos partenaires ont adopté la vision du CROM en matière de soutien des usagers ayant des troubles graves du comportement et se sont engagées à nous appuyer dans l'amélioration de nos milieux physiques.

Le CROM a accordé la priorité à la santé, à la sûreté et à la sécurité des usagers et des employés. Nous avons mis en œuvre et surveillé notre plan de sécurité des usagers qui mesure notre engagement à l'égard de la

qualité des services offerts aux usagers. Nous avons amélioré la qualité des services offerts aux usagers en ciblant l'accessibilité aux services et en instaurant un éventail de services destinés aux enfants et aux adultes. Nous sommes allés de l'avant avec nos projets d'optimisation. De plus, les gains d'efficacité dans la prestation des services nous ont permis de réaffecter des ressources aux services destinés aux enfants afin de mieux prendre en charge une liste d'attente toujours plus longue. Nous avons tenu à mesurer la qualité des services en mettant en place un tableau de bord clair, des indicateurs de performance et un minimum de cinq évaluations de programme.

Par ailleurs, nous avons établi des liens avec des partenaires (MacKay-MAB et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw) afin de créer le Consortium de l'Ouest. Nous avons ciblé des projets administratifs et cliniques afin de soutenir nos usagers. Nos partenaires communautaires de l'Association de l'Ouest de l'île pour les handicapés intellectuels (AOIHI) et d'AVATIL ont travaillé de près avec nos services aux adultes afin d'établir un nouvel éventail de services pour notre population âgée. Une nouvelle initiative en matière de recrutement de bénévoles s'est avérée très fructueuse. En outre, de nouveaux visages sont venus aider le CROM à étendre ses programmes de prévention, ainsi qu'à accroître la participation sociale de nos usagers.

Nous avons continué à accroître le développement de notre spécialisation définissant notre expertise en offrant des services de 2^e ligne aux personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme et/ou de déficiences intellectuelles. La mise en place de quatre lignes directrices sur les meilleures pratiques pour les enfants, les adolescents et les adultes atteints de troubles du spectre de l'autisme et de troubles graves du comportement constituent un exemple de l'engagement du CROM à établir des pratiques exemplaires. Parmi les autres exemples de même nature, on retrouve la mise sur pied d'une nouvelle maison de transition pour les enfants et les adolescents ayant des troubles graves du comportement (programme JET), l'achèvement du programme Benny-TED et la spécialisation de notre maison de L'Île-Perrot. De plus, nous avons établi un cadre de principes directeurs en matière de sexualité qui nous aide à enseigner à nos usagers des relations interpersonnelles appropriées.

L'agrément de l'établissement en matière de santé et de bien-être (Entreprise en santé) a été une grande réussite pour tous les employés du CROM et qui a révélé l'engagement et le dévouement de tous les membres du personnel à l'égard d'une culture équilibrée au travail. L'adoption et l'application prochaine d'une politique de supervision clinique constituent un autre engagement du CROM visant à soutenir le perfectionnement professionnel et les aptitudes de ses employés.

Au cours de l'année 2015-2016, nous poursuivrons ces efforts et mettrons en place des mesures additionnelles. Je suis extrêmement fière des nombreux succès remportés par le CROM. Nous comptons sur une solide équipe d'employés et de gestionnaires, à la fois dévoués et attentionnés, qui travaillent d'arrache-pied à l'amélioration de la vie des usagers et de leurs familles. En définitive, le CROM s'intégrera dans le nouveau réseau de santé et de services sociaux avec un A+ à son bulletin : le CROM est en excellente santé, son expertise est solide et ses usagers sont satisfaits !



Benoit Morin

Président directeur général
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



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 les différents contrôles.

À l'exception des données sur la clientèle et les programmes, les résultats et les données du rapport annuel 2014-2015 du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal :

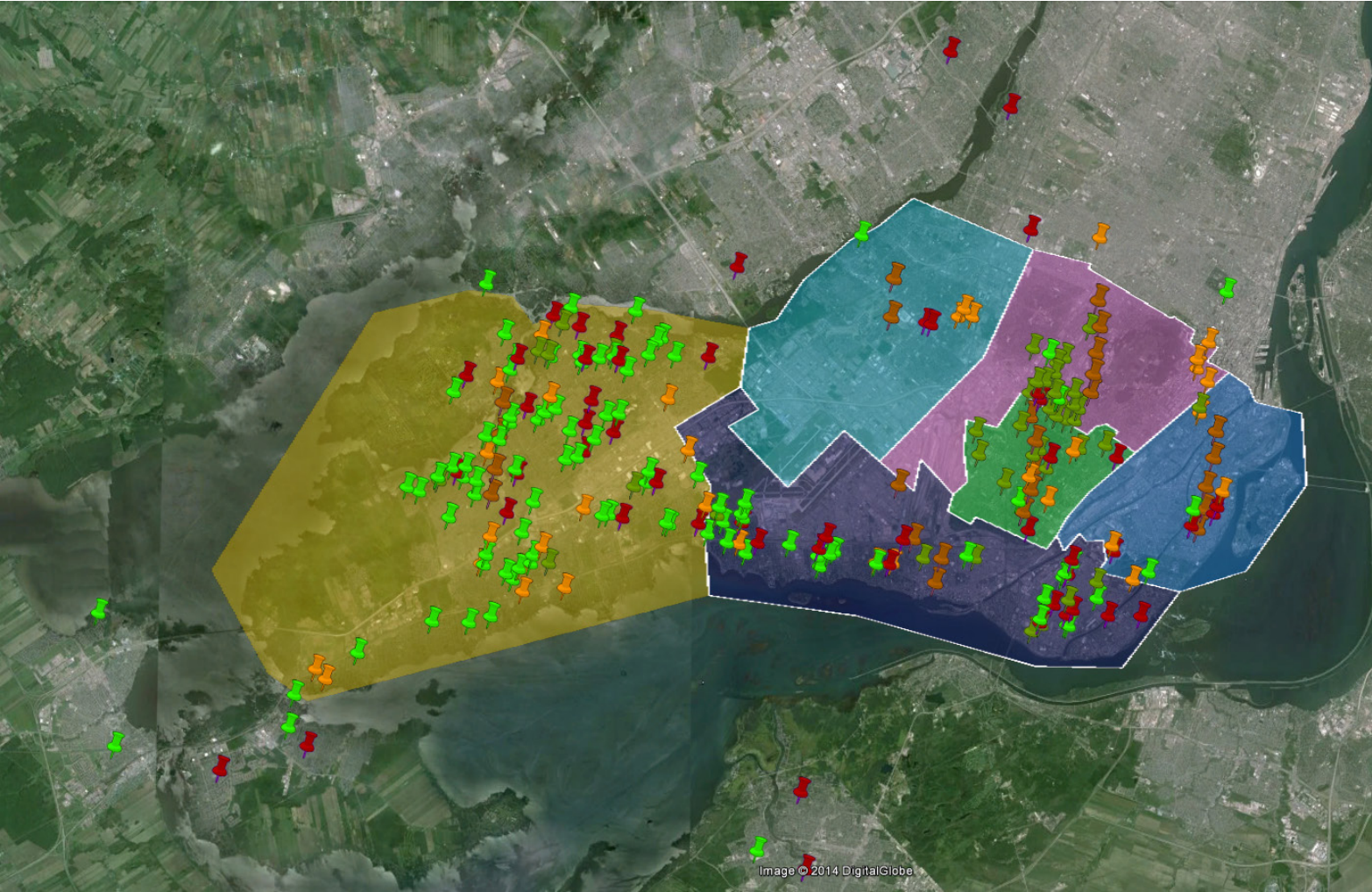
- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et finales.

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 2015.

Benoit Morin

Président directeur général
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Le territoire desservi par le CROM et les différentes installations.





L'ÉQUIPE DU CROM



Structure de la direction générale



D^{re} Katherine Moxness
Directrice générale

Performance et qualité

Assistante administrative

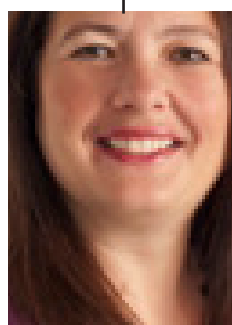
Communications



D^{re} Marjorie Aunos
Directrice,
Services professionnels



Cedralia Barbara
Directrice,
Services administratifs



Martine Beurivage
Directrice,
Services aux enfants
et leur famille



D^{re} Rhoda Root
Directrice,
Services aux adultes
et leur famille

Les effectifs au 31 mars 2015

	Temps complet	Temps partiel	Équivalent des employés occasionnel en temps complet
<i>Gestionnaires</i>	26	0	n/a
<i>Personnel régulier</i>	209	12	7,8
<i>Personnel occasionnel</i>	16	74	45,23
TOTAL	337 employés		
	82,633 heures rémunérées aux employés		

Gestion et contrôle des effectifs

Tableau comparatif des heures rémunérées (Janvier-mars 2014 et janvier-mars 2015)

11045168 - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal		Travaillées	Supplémentaires	Total	Nbre ETC	Nbre ind.
13080791 - CR de l'Ouest de Montréal	2014	153,201	797	153,998	298	325
	2015	151 421	481	151,902	294	320
	Variation	(1.2 %)	(39.7%)	(1.4%)	(1.3%)	(1.5%)
Personnel d'encadrement	2014	16,723	0	16,23	34	34
	2015	13,035	0	13,035	27	27
	Variation	(22.1%)		(22,1%)	(22,1%)	(20,6%)
Personnel professionnel	2014	29,367	167	29,534	60	68
	2015	31,355	61	31,415	64	69
	Variation	6,8%	(63.8%)	6,4%	0,4%	1,5%
Personnel infirmier	2014	3,450	0	3,450	7	7
	2015	2,921	0	2,921	6	7
	Variation	(15,3%)		(15,3%)	(13,9%)	0,0%
Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	100,425	630	101,055	191	212
	2015	100,922	421	101,342	192	211
	Variation	0,5%	(33.3%)	0,3%	0,4%	(0,5%)
Ouvrier, personnel d'entretien et de service	2014	3,237	0	3,237	6	7
	2015	3,188	0	3,188	6	7
	Variation	(1,5%)		(1,5%)	(1,7%?)	0,0%
Étudiants et stagiaires	2014					
	2015					
	Variation					

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le tableau Gestion et contrôle des effectifs est arrondi à la décimale.

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015 au 31 mars, 2015

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	6	\$233,056
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	4	\$426,438
Total des contrats de services	10	\$659,494



PHOTO : Nathalie Tétraut



NOS RÉUSSITES

Cette dernière année, nous avons vécu une synergie entre tous les services du CROM.

Notre expérience, alliée à notre expertise et à notre vision commune, nous a permis de réaliser les nombreux objectifs établis au début de l'année.

De nombreux projets ont dû être menés à terme avant que l'on puisse réaliser le suivant. C'est la raison pour laquelle la cohésion au sein du groupe était essentielle au succès de nos projets.



Mme SHELJA ARYA, *Chef des services de santé* et M. DENNIS FARLEY, *conseiller en qualité*.
PHOTO : Jennifer Scrimger

Santé, sûreté et sécurité

Les équipes, qui sont pleinement engagées à assurer la santé, la sûreté et la sécurité de tous les usagers, ont continué à profiter de toutes les occasions d'enseigner. La formation sur la sexualité a été élaborée et menée par la direction des services professionnels. Le personnel de la direction des services a offert une formation à un total de 20 usagers, dont un groupe d'usagers ayant une déficience intellectuelle.

De plus, le personnel a profité des occasions qui se présentaient naturellement à lui pour continuer à enseigner les techniques de lavage des mains, ainsi que pour dispenser la formation sur l'intimidation et la sécurité en cas d'incendie.

En collaboration avec la DSP et la DSEF, un étudiant à la maîtrise a créé un projet pilote de groupe d'éducation familiale.

Les parents ayant une déficience intellectuelle et leurs enfants âgés de moins de 5 ans (atteints ou non d'une déficience intellectuelle) se réunissaient de façon hebdomadaire pendant 2 heures.

Dans le cadre de cette initiative d'une durée de 2 ans, le groupe consistait en un modèle alternant toutes les 2 semaines entre la théorie et la pratique.

Tous les services ont continué à suivre le plan de sécurité des clients. Des exercices d'évacuation en cas d'incendie destinés aux usagers et aux employés ont été menés dans tous les environnements. De plus, tous les milieux ont été inspectés à des fins de sûreté et de sécurité, tandis que les questions de santé ont fait l'objet d'une surveillance appropriée. Le bureau de la directrice générale et la direction des services professionnels ont pris l'initiative en créant un tableau de bord afin de faire le suivi et de contrôler les résultats.

Qualité et accessibilité

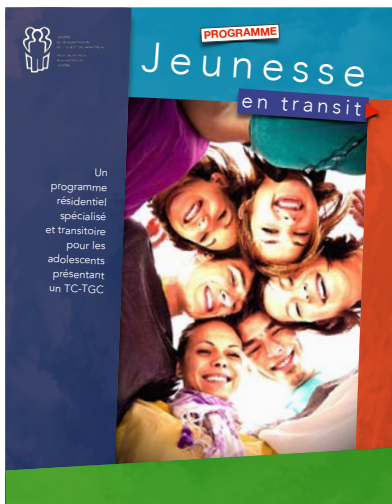
La spécialisation des services du CROM repose sur un système de gestion qui doit fonctionner de façon optimale. Les divers outils mis au point pendant le projet d'optimisation, ainsi que les indicateurs de performance actuellement mis en place, ont continué de nous permettre de mesurer les résultats de nos interventions.

Programme J.E.T. (Jeunesse en transit)

Lancé en 2013, le projet à établissements multiples visait à mettre en place un milieu résidentiel spécialisé pour les enfants et les adolescents. L'objectif de ce projet, qui était le fruit de la collaboration entre le CROM et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, consistait à élaborer un modèle de services ultraspecialisés fondé sur les meilleures



Mme MARTINE BEAURIVAGE, Directrice des services aux enfants et leur famille au CROM, M. GARY WHITTAKER, administrateur aux fondations du CROM, Mme LYNNE MCVEY, Présidente-directrice générale adjointe du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, D^{re} KATHERINE MOXNESS, Directrice générale du CROM, Mme LESLEY HILL, Directrice générale adjointe des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et M. MICHEL MASSIE, administrateur du Centre Marc-Vanier. PHOTO : Nathalie Tétrault



des adolescents dans le cadre d'un placement résidentiel à court terme. Dès le début de ce projet, la fondation Centre Marc Vanier a cherché activement une maison qui conviendrait à cette population. C'est ainsi que l'on a découvert une magnifique maison sur L'Île-Perrot, mais qui convenait mieux à nos usagers de la résidence Montrose. L'équipe du service aux adultes a immédiatement perçu le potentiel offert par cette nouvelle maison. C'est pourquoi elle a offert de quitter la résidence Montrose afin d'emménager dans la maison de L'Île-Perrot, de telle sorte que le DSEF pourrait utiliser la résidence Montrose pour en faire sa nouvelle résidence pour enfants.

pratiques. La résidence allait être axée sur les adolescents de 13 à 17 ans qui présentent des troubles graves du comportement, une légère déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et qui recevraient normalement des services dans un centre de jeunesse.

Ce nouveau service allait offrir une intervention intensive auprès

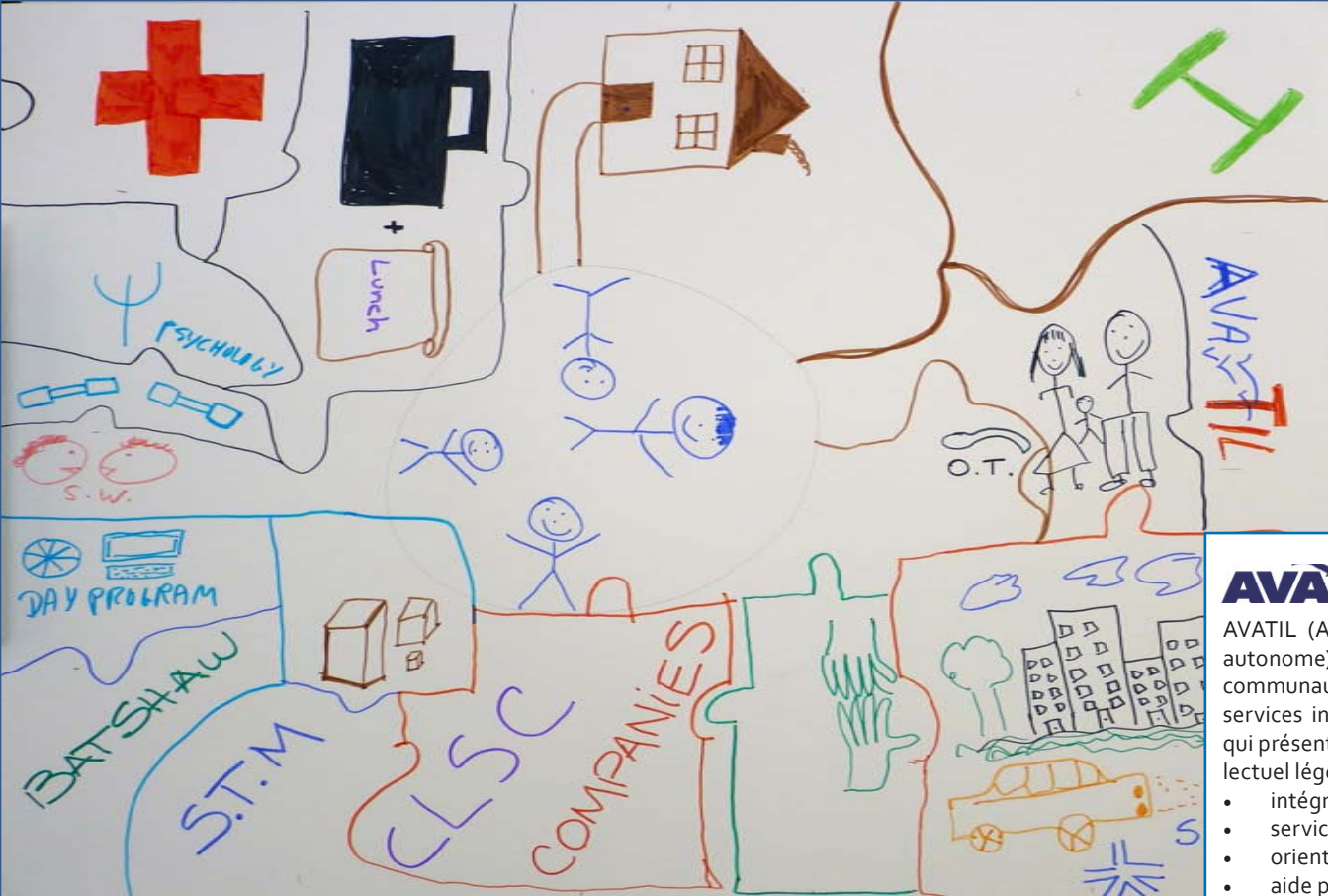
Le Centre Marc Vanier a coordonné toutes les rénovations et les adaptations requises pour les deux maisons. Finalement, les usagers des services aux adultes ont déménagé dans la maison de L'Île-Perrot en janvier 2015. Afin d'aider à réaliser cet objectif, les équipes des services aux adultes ont travaillé avec diligence afin de réorganiser les services et de transférer les fonds nécessaires à la DSEF.

Partenariats

L'année dernière, l'équipe de la DSAF a travaillé à établir et à consolider des partenariats, tandis que nos usagers ont tiré profit de l'expertise de nos partenaires communautaires.

Le programme de jour pour personnes âgées de l'Association de l'Ouest de l'île pour les handicapés intellectuels (AOIHI) a été lancé officiellement en septembre 2014. Ce programme axé sur les loisirs vise à offrir des occasions de récréation et de socialisation aux participants qui ne sont plus adaptés à un milieu de travail. Ce programme de jour offre une variété de programmes thérapeutiques fondés sur une approche individualisée et adaptée afin de répondre aux besoins de chaque participant. Un total de 33 usagers est présentement inscrit à ce programme.

De plus, AVATIL a offert aux usagers du CROM l'occasion de participer aux activités de son programme pour personnes



AVATIL

AVATIL (Apprentissage à la vie autonome) est un organisme communautaire qui offre des services intégrés aux personnes qui présentent un handicap intellectuel léger:

- intégration sociale
- services de consultation
- orientation professionnelle
- aide pratique
- programme d'hébergement transitoire
- programme de pensions coopératives



WIAIH (*West Island Association for the Intellectually Handicapped*) est un organisme bénévole sans but lucratif, qui s'est donné pour mission d'élargir les possibilités offertes aux personnes autistes ou ayant des déficiences intellectuelles, de renforcer leurs familles et de sensibiliser la communauté.



Le centre C.A.R.E. est un organisme montréalais bénévole sans but lucratif qui offre des programmes de jour éducatif et récréatif aux adultes de plus de 21 ans qui ont des déficiences physiques. Ils protègent leurs clients et leur offrent des opportunités qui leur permettent une inclusion sociale dans leur communauté. Ils ont pour mission d'améliorer les vies et les communications des adultes aux prises avec des déficiences physiques sévères.

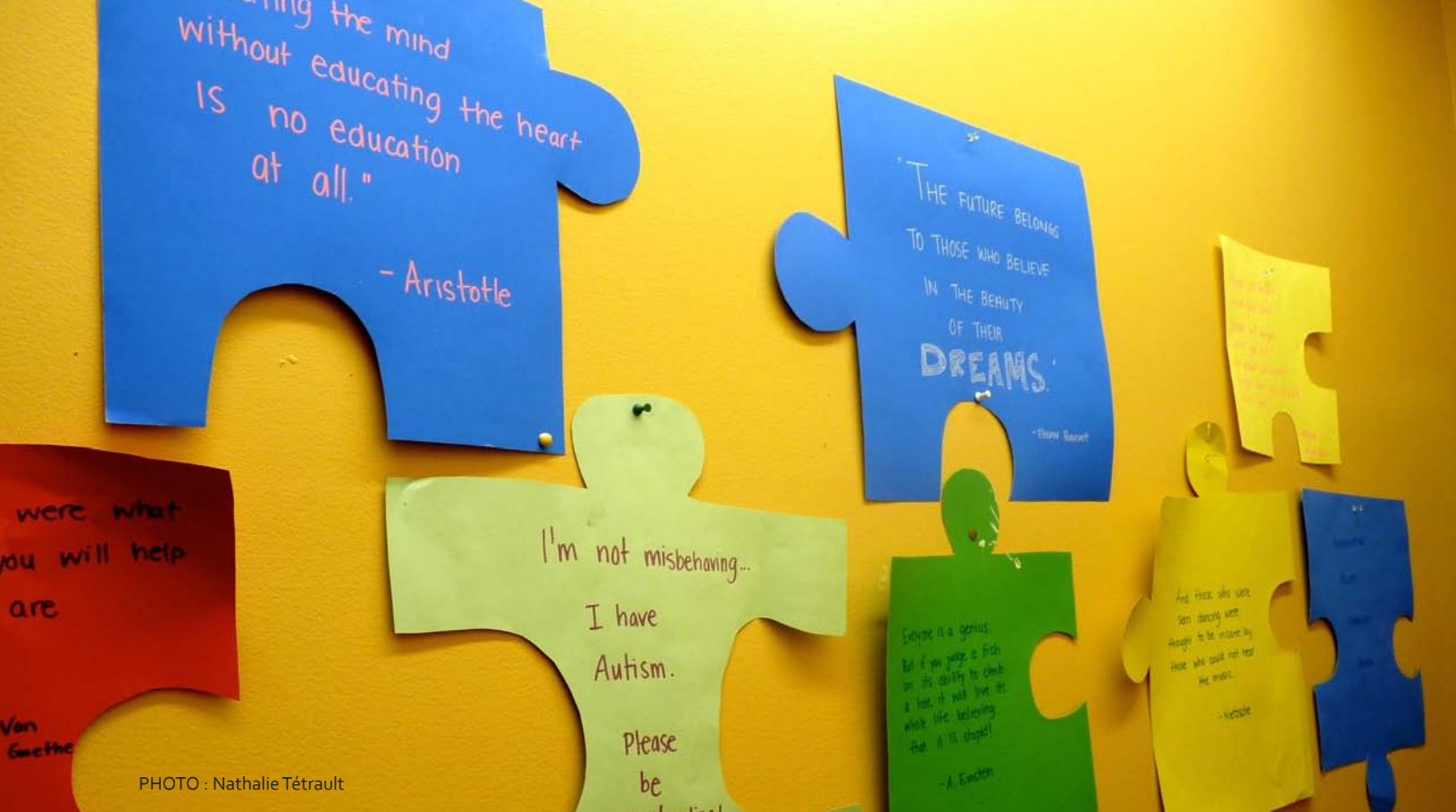
âgées. Le personnel d'AVATIL a aussi pris la responsabilité d'animer un groupe d'habilités sociales pour les personnes atteintes du syndrome d'Asperger. Nos partenariats avec le programme d'activités de la commission scolaire Lester-B.-Pearson, ainsi que les commissions scolaires English-Montréal et Marguerite-Bourgeois, se sont élargis au cours de la dernière année, ce qui nous a permis d'offrir des services éducatifs gratuits à nos usagers. Nous avons tiré profit de la mise en commun de l'expertise des enseignants et des éducateurs spécialisés.

Au début de 2015, le CROM a établi un nouveau partenariat avec le Centre C.A.R.E., un organisme communautaire dont la mission consiste à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une déficience physique en leur offrant des activités récréatives et éducatives. Nous avons commencé à intégrer nos usagers dans leur programme. Au cours des mois à venir, nous espérons consolider ce nouveau partenariat.

Notre partenariat avec les familles continue d'être une priorité au CROM. Dans le cadre d'un projet avec le service Accès, une for-

mation de 8 séances a été offerte en 2014 aux parents sur la liste d'attente. Parmi les sujets offerts, on retrouvait les suivants : apprentissage de la propreté, notions de base en analyse appliquée du comportement, sommeil, gestion du comportement et augmentation du niveau de communication.

Le CROM a continué d'entretenir son partenariat avec le Groupe de soutien du syndrome de Down de Montréal établi en 2012. La mission du groupe de parents et de membres de la famille est de constituer un premier point de contact et d'offrir de l'information aux nouvelles familles d'un enfant atteint du syndrome de Down. Au cours de la dernière année, un BBO annuel a été organisé et 80 personnes ont participé à une première marche de sensibilisation intitulée « Continuez votre marche, ce n'est qu'un chromosome en plus! ».



Spécialisation

Guide de pratique

À cours de la dernière année, tout le personnel s'est engagé dans le processus de mise en œuvre des lignes directrices en matière de pratiques. Les éducateurs, les spécialistes en activités cliniques, les psychologues et les gestionnaires ont tous participé à la création ou à la mise à jour d'outils et de processus, ainsi qu'à la mise en place de ces lignes directrices.



Un comité interne a été mis sur pied afin de diriger et de coordonner le projet qui améliorera à terme la qualité de nos interventions et augmentera la spécialisation de nos services.

Projet d'atelier Benny-TED

À la suite d'une analyse prospective de l'atelier Benny, un projet de travail organisationnel a été présenté à la DSP et accepté par l'Agence de Montréal. Le projet a été mené par la DSP et mené en collaboration avec l'équipe

de la DSAF de Benny. L'objectif du projet était de créer un environnement sécuritaire, tant pour les usagers que pour le personnel, et de diminuer les comportements inappropriés des usagers.

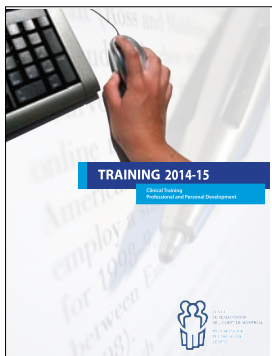
Afin d'atteindre ces objectifs, l'environnement a d'abord été adapté afin d'assurer la sûreté et la sécurité des occupants. Des salles de classe additionnelles ont été construites, de la documentation a été élaborée et le personnel a été formé afin de développer les compétences requises. Simultanément, tous les usagers ont été évalués par un ergothérapeute, un spécialiste en communication, une infirmière, un psychologue, un spécialiste en activités physiques et un physiothérapeute afin que l'on puisse déterminer leurs besoins particuliers. Le personnel a ainsi pu mettre en place des services spécialisés plus individualisés et structurés afin de répondre aux besoins de la clientèle. Les méthodes d'intervention étaient inspirées par l'approche TEACCH.

Les résultats du projet montrent une réduction significative des comportements inappropriés de la clientèle, ainsi qu'une augmentation de la participation et de la satisfaction des travailleurs.



L'équipe Entreprise en santé du CROM de gauche à droite: AVANT : Mme Sandy Vuong, Mme Sylvie Barbara, Mme Joanne Corbeil, Mme Kiley Philp, Mme Carole Moisan ARRIÈRE M. Alexandre Mercier, Mme Carolyn Walker, Mme Suzy Chedore, Mme Cedalia Barbara, Mme Véronique Chehab et M. Sébastien Tremblay.

Travailleurs et culture de travail



Formation

La direction des services administratifs a élaboré le calendrier de formation du CROM pour 2014. Cette année seulement, nous avons offert 28 formations spécialisées à l'interne aux employés, notamment sur les sujets suivants : intervention en situation de crise, troubles de l'attachement social, troubles de la personnalité, etc. La direction des services professionnels a aussi appuyé la formation (hors du calendrier prévu de formation) du personnel travaillant auprès des enfants âgés de 6 à 17 ans, ainsi que du personnel travaillant auprès des adultes. Une formation sur différents sujets (p. ex., l'approche cognitive comportementale, la gestion des émotions/contrôle émotif et les troubles graves du comportement) a été offerte afin d'accroître les compétences et la spécialisation. Les formations à l'externe ont aussi contribué au développement des qualifications et des compétences des membres du personnel.



Entreprise en santé

Cette année, le comité Entreprise en santé a travaillé fort pour nous proposer des initiatives nouvelles et excitantes. Parmi celles-ci, on retrouve le « Défi Miami/Miami challenge » qui encourageait les employés à marcher et à compter leurs pas pendant leur journée de travail ou à pédaler sur un vélo stationnaire, avec l'objectif ultime pour les équipes d'atteindre Miami

Les Midis-Bistro, qui visaient à créer un environnement agréable pour les repas, ont remporté un vif succès. Ces repas-santé ont eu lieu au siège social de la rue Notre-Dame, au bureau de la rue Elm, ainsi qu'à l'atelier Labrosse. Par ailleurs, une clinique du sommeil a présenté les stratégies des employés pour améliorer le sommeil, tandis qu'un salon de la santé a offert l'occasion aux employés d'acquérir des connaissances sur le maintien ou l'amélioration d'un mode de vie sain. Oui, nous avons réussi !



Programme de bénévolat

Depuis décembre 2014, le CROM a officialisé son programme de bénévolat. En janvier 2015, le tout premier bénévole issu de ce programme a été intégré à la direction des services professionnels. Grâce à une participation à 3 salons de l'emploi et à diverses stratégies de sensibilisation, plus de 20 candidats bénévoles ont participé au processus de demande. Le 31 mars 2015, le CROM pouvait compter sur une équipe de 8 bénévoles, dont 7 qui ont été acheminés vers leurs choix respectifs. Les bénévoles ont participé à la prestation de différents services tels que les suivants : le programme de jour à la DAFS, un soutien individuel offert par une famille naturelle à 2 enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme, le programme de parentage, le service des communications, la direction des services professionnels, ainsi qu'une participation à des parties de hockey organisées par la DAFS. Le CROM peut être fier de l'équipe croissante de bénévoles et de l'impact positif qu'elle a exercé sur l'organisation et, plus important encore, sur nos clients.

- Programme de mentorat
- Programme de tutorat
- Appels et visites amicales
- Animation d'activités en petits groupes
- Soutien touchant les tâches administratives et le travail de bureau
- Services de soutien individuel destinés aux enfants, aux adolescents ou aux clients adultes
- Aide à la ludothèque du centre
- Soutien apporté durant diverses activités tout au long de l'année (p. ex., ventes de produits d'artisanat, conférences professionnelles, préparation de paniers-caudeaux et activités de financement)



EMBRACING DIFFERENCES



EMBRACING DIFFERENCES



L'occasion d'apprendre

Encore une fois, en 2014, le CROM a offert des occasions d'apprentissage aux étudiants provenant de différents établissements et départements. Au total, 42 étudiants ont effectué un stage dans notre centre. Nous avons accueilli 12 étudiants en travail social, 3 en psychologie, 2 en psycho-éducation, 2 en thérapie par le jeu théâtral, 6 en éducation spécialisée, 15 en administration, 1 en secrétariat médical et 1 en communication.

Communications

Le service des communications du CROM a joué un rôle clé afin que tous les employés soient bien informés des nouvelles les plus récentes et des projets en cours par l'intermédiaire de plates-formes multiples. Chaque direction, comité, événement ou publication a bénéficié de la conception et de la production de logos, d'affiches, de cartes postales, de livres, d'outils d'information, etc. Bref, c'est un bureau très occupé!

La Connexion (le bulletin des employés) a été lancée de nouveau en mai 2014 grâce à la participation active des employés de tous les services. L'objectif principal de ce bulletin était de créer de la transparence et de transmettre les renseignements et l'expertise à tous les niveaux de l'organisation.

Grâce à des résumés bilingues d'une page, les capsules d'information ont permis de familiariser les employés avec l'information qui joue un rôle clé dans la promotion de la santé, de la qualité, de la sûreté, de la sécurité et des meilleures pratiques dans la communauté, au travail, à la maison et dans les milieux d'intégration individuelle.

L'intranet a été mis à jour régulièrement, tout comme notre site Web et les médias sociaux. Par ailleurs, notre page Facebook s'avère de plus en plus un service communautaire. En effet, les parents, les usagers, les partenaires et les employés suivent assidûment la page du CROM et y contribuent fréquemment. Notre page Facebook est principalement utilisée pour communiquer les plus récents développements et changements, ainsi que les nouvelles importantes qui pourraient toucher les clients, leurs familles et le personnel.



Jeunesse en transit



Mme MARTINE BEAURIVAGE, Directrice des services aux enfants et leur famille au CROM, M. GARY WHITTAKER, administrateur aux fondations du CROM, Mme LYNNE MCVEY, Présidente-directrice générale adjointe du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, D^{re} KATHERINE MOXNESS, Directrice générale du CROM, Mme LESLEY HILL, Directrice générale adjointe des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et M. MICHEL MASSIE, administrateur du Centre Marc-Vanier.



Mme MELANIE LAPOINTE, Chef, Programmation DSEF, M. Frank Vincelli, Coordonnateur à l'accès aux services et Mme. STEPHANIE TORCHIN, Coordonnatrice TSA à la DSAF.



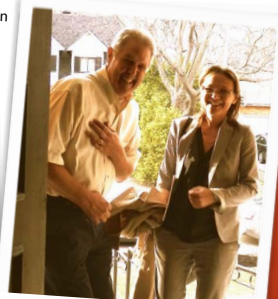
D^{re} Katherine Moxness, DG du CROM et Mme Lynne McVey, PDGA du CIUSSS-ODIM.



Mme LOUISE TURCOT, designer, Mme MARTINE BEAURIVAGE, Directrice DSEF au CROM et Mme Aram Alborzi, agent administratif DSEF.



Mme LESLEY HILL, Directrice générale, CJFB, M. JOCELYN LABBE, Chef des services de soutiens cliniques, chargé de projet secondaire, CJFB, Mme Suzanne Sévigny, ex-membre du conseil d'administration du CROM.



M. GARY WHITTAKER, président du conseil d'administration pendant plusieurs années et Mme RHODA ROOT, Directrice DSAF du CROM.

La collaboration, c'est magnifique !

Le jeudi 16 avril dernier, c'est avec beaucoup d'émotions et de fierté que **Martine Beaurivage** et son équipe ouvraient les portes de la toute nouvelle RAC pour adolescents Montrose et présentait le programme *Jeunesse en transit*.

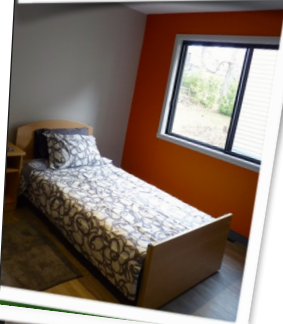
Fruit d'une collaboration avec **Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw** (CJFB), un octroi de 200 000 \$ fut remis par le MSSS pour le développement et l'implantation d'une nouvelle offre de service résidentielle spécialisée (RAC) pour adolescents ayant une déficience intellectuelle légère ou un TSA avec/ou sans une DI légère et présentant un TGC dont les manifestations s'apparentent davantage à la clientèle que l'on retrouve en centre jeunesse. Ce projet a permis le partage d'expertise entre les deux établissements et le développement d'un modèle d'intervention ultra spécialisé basé sur les meilleures pratiques.

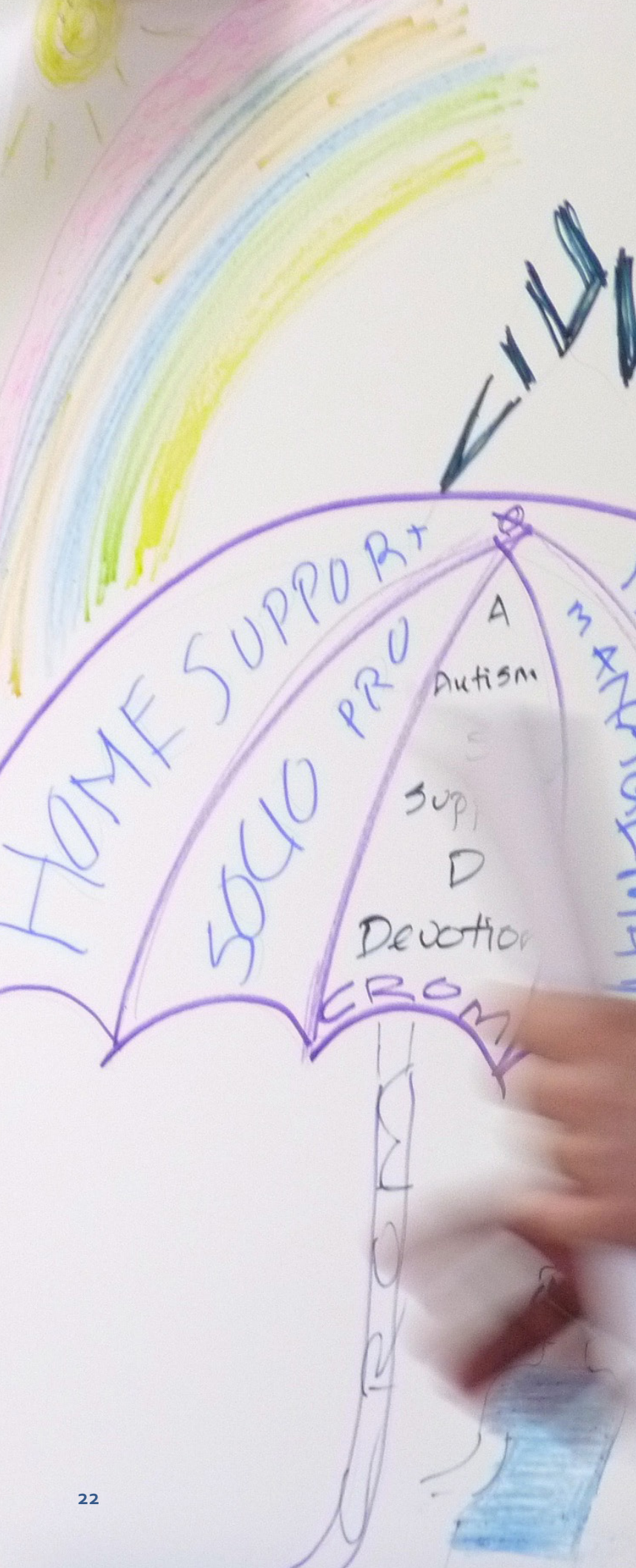
Le **Centre Marc-Vanier** s'est impliqué pour la question immobilière et la **Fondation Taylor-Birks** a pris en mains les projets de rénovations. En parallèle, différents comités de travail ont été formés pour développer la programmation de la ressource et son modèle d'organisation du travail. Débuté le 24 septembre 2013, le projet a pris fin le 31 mars 2015.

La DSEF et le CROM souhaitent remercier les différents syndicats pour leur implication et leur ouverture qui ont permis de répondre adéquatement aux besoins particuliers de la clientèle adolescente. Ils souhaitent aussi remercier les gens de Batshaw qui n'ont jamais hésité à partager leur expérience et expertise, particulièrement **Jocelyn Labbé** pour son engagement et sa générosité. La collaboration nous a permis d'apprendre, de colliger et de transférer énormément d'informations qui font que nos deux centres sortent grands de cette expérience. Un énorme MERCI à **Rhoda Root** et à l'équipe de la DSAF pour leur formidable collaboration dans ce projet. Merci au **Michel Massie** du Centre Marc-Vanier, à **Blair Tishaw** de la Fondation Taylor-Birks ainsi qu'à **Louise Chaddock**, designer

Milles mercis à toute l'équipe de la DSEF, particulièrement à **Melanie Lapointe** et à **Aram Alborzi** ! MERCI à toutes les directions et employés impliqués de près ou de loin dans ce projet. Vous avez été fabuleux !

Ce projet constitue un exemple concret de ce qu'il est possible de faire lorsque l'on mobilise et passionne les troupes de différentes organisations : ensemble, il est possible d'en faire plus et d'aller plus loin !





Qualité et performance

Dans le cadre du mandat de qualité et de performance du CROM, l'exercice financier 2014-2015 s'est déroulé sous le thème de la consolidation et du changement. Comme on l'a signalé dans les rapports annuels des années précédentes, de nouvelles initiatives en matière de modèle de performance (EGIPSS), de même qu'un service de consultation en éthique pour les questions liées aux conflits d'intérêts ou aux dilemmes éthiques, ont été mis en place au CROM. Évidemment, le changement le plus important a été la modification complète de la Loi sur les services de santé et les services sociaux au Québec. Ce changement élargira à terme le mandat de qualité et de performance qui sera attribué à la nouvelle structure organisationnelle (le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal) dans laquelle évoluera le CROM.

En termes de consolidation, la dernière année a été marquée par la mise en place de structures de performance. À commencer par le système de gestion qui est devenu une partie intégrante du CROM en ce qui concerne la production plus régulière de statistiques mensuelles et les réunions périodiques d'encadrement administratif à l'échelle de l'organisation, ces structures font maintenant partie des activités quotidiennes de tous les éléments du système de gestion. Le modèle EGIPSS, une initiative de la Fédération des CRDI partout dans la province, a été finalisé en février dernier. Ce modèle compte 129 indicateurs validés à partir desquels l'établissement peut évaluer sa performance dans le contexte de ses objectifs organisationnels, et ce, en comparaison avec des organisations semblables partout au Québec. De plus, ce modèle a été fort bien accueilli lors des audiences publiques sur le projet de loi n° 10 par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui aimerait voir les établissements du réseau aller de l'avant avec ce type de modèle de performance. Ce modèle continuera à bénéficier d'un soutien au niveau provincial par le truchement de l'INESS à compter du milieu de 2015.

Ces modèles ont eu pour corollaire la mise au point d'une méthode conviviale de communication des domaines clés de nos systèmes de performance. À cette fin, l'organisation a fait l'acquisition d'un logiciel de tableau de bord qui permet la transmission automatique des données et la création de différentes options d'affichage des données en un mode visuel simple. Pour l'heure, la plupart des données des systèmes de gestion ont été formatées et certains tableaux de bord initiaux devraient faire leur apparition d'ici la fin de l'été 2015.

Le processus d'agrément continue d'être une obligation juridique pour le CROM, et ce, malgré son intégration à une nouvelle organisation. La pratique de recueillir des renseignements associés à tous les domaines de l'agrément s'est donc poursuivie, ce qui nous a permis de demeurer à jour dans la perception de nos services dans le contexte des pratiques requises. De plus, certaines données relatives à l'agrément (p. ex., la satisfaction des employés) continueront à être utilisées afin de mesurer les indicateurs de performance dans le cadre du modèle EGIPSS.

De plus, l'année dernière a été marquée par l'administration d'un important sondage sur la satisfaction des clients. Ce sondage, qui a été mené auprès de plus de 150 clients des services aux enfants et aux adultes, a été réalisé grâce au soutien financier du comité des usagers du CROM. Ce sondage est aussi un outil validé important qui permet de recueillir certaines données pertinentes pour le modèle de performance susmentionné.

Au cours des années à venir, la qualité et la performance continueront de jouer un rôle de plus en plus significatif. À l'heure où un avenir nouveau et passionnant nous attend dans le cadre du réseau intégré de la santé et des services sociaux, les initiatives du CROM dans ces domaines nous permettront de jouer un rôle de leadership important au sein de ce réseau.

Gestion des risques

L'année 2013-2014 fut marquée par une équipe de gestion des risques transformée! Notre priorité, c'est la « prévention des risques » et l'optimisation des processus de déclaration et de divulgation. Le département de la recherche possède des compétences qui permettent d'outiller les directions de services pour faciliter une gestion axée sur les résultats. L'arrivée d'un nouvel outil logiciel intégré aux processus actuels de gestion intégrée des risques, nous permettra de renforcer notre leadership dans le suivi des indicateurs de performance et de qualité.

Déclaration des incidents-accidents

Un total de 3 457 incidents et accidents a été déclaré pendant l'année 2013-2014 par le biais du registre local du Système de gestion des risques (GESRISK).



Le CROM en chiffres

TABLEAU 1
Usagers desservis au 31 mars 2015

Cette année, il est possible de faire la comparaison avec les données de l'exercice qui précèdent puisque c'est la notion d'« usager desservi » qui est utilisé pour identifier l'utilisateur ayant reçu un service de l'établissement.

Plus précisément, la notion d'« usager desservi » correspond à un usager ayant reçu un service dont la nature correspond à une ou des actions posées pour cet usager ou auprès d'une personne significative (lien) en relation avec celui-ci. Les actions doivent être en rapport avec le plan d'intervention de l'utilisateur ou à défaut de plan d'intervention, découlant d'une décision ou d'un acte professionnel. À cette fin, les HPS de type 100, 300 et 500 sont les seules retenues pour désigner un usager desservi.

Comme l'année précédente le tableau 1 inclut le nombre de « demande traitée » par l'accès (AEO) pour juger de l'éligibilité de l'utilisateur. Les usagers ayant eu une HPS 025 seront considérés avoir été desservis par le service à l'accès de l'établissement. En revanche, les usagers ayant bénéficié d'une évaluation sommaire des besoins (RR02) produite dans le cadre du service à l'accès seront considérés avoir reçu un premier service de l'établissement. Il importe de mentionner que le nombre total d'utilisateurs distincts desservis (2086) durant l'année tel qu'indiqué au tableau 1 inclut cette donnée. Les données présentées permettent de distinguer les services vendus à d'autres établissements.

Plus précisément, 42 incidents et 3 415 accidents qui impliquent 542 usagers. Une légère baisse du nombre de déclarations a été enregistrée cette année, soit 225 événements en moins.

Les incidents et accidents les plus fréquents sont toujours les suivants : agressions, chutes et médication. Ces catégories d'événements font l'objet de sous comités pour permettre une analyse plus pointue et une intervention spécifique par rapport à la mise en place de mesures préventives et systémiques. Par exemple :

- **Chutes** Le CROM a une population vieillissante et à risque de chute; le programme d'exercice physique se poursuit et les intervenants appliquent des mesures préventives auprès des usagers en perte d'autonomie.
- **Médication** Des formations et des vérifications ont été réalisées par l'équipe du service de santé sur les sites auprès des intervenants pour promouvoir le respect de la procédure d'administration sécuritaire des médicaments. Des solutions ont été identifiées en collaboration avec les intervenants eux-mêmes.

L'équipe de santé a élaboré une formation adaptée pour les usagers facilitant leur compréhension quant aux raisons de la prise des médicaments; d'ailleurs, une explication plus systématique est donnée à l'utilisateur quant aux bienfaits et aux possibles effets secondaires. Le support offert aux usagers a permis probablement de diminuer les craintes et les refus de prendre leur médication.

Contrats de mesure de contrôle

Au cours de l'année 2013-2014, des contrats de mesure de contrôle ont été autorisés pour 41 usagers. Six (6) contrats ont pris fin et onze (11) nouvelles demandes ont été transmises à la Direction des services professionnels. À titre indicatif, trente-cinq (35) usagers avaient un contrat de mesure de contrôle en vigueur au 31 mars 2013.

CROM	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Access (AEO)									
Femmes	50	17	14	5	16	4	0	0	106
Hommes	108	72	30	13	17	3	0	0	243
Total	158	89	44	18	33	7	0	0	349
Adaptation Réadaptation DI									
Femmes	46	63	58	38	179	163	23	2	572
Hommes	57	86	64	45	256	174	27	6	715
Total	103	149	122	83	435	337	50	8	1287
ICI-TED									
Femmes	6	10	0	0	0	0	0	0	16
Hommes	38	40	0	0	0	0	0	0	78
Total	44	50	0	0	0	0	0	0	94
Adaptation Réadaptation TED									
Femmes	18	28	34	16	35	8	0	0	139
Hommes	62	155	133	57	116	23	0	0	546
Total	80	183	167	73	151	31	0	0	685
Usagers distincts									
Femmes	67	100	90	54	213	170	23	2	719
Hommes	144	273	195	99	371	195	27	6	1310
Total	211	373	285	153	584	365	50	8	2029

SERVICES VENDUS	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Accès (AEO)									
Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hommes	0	0	2	0	1	1	0	0	4
Total	0	0	2	0	1	1	0	0	4
Adaptation Réadaptation DI									
Femmes	0	0	4	2	9	5	1	0	21
Hommes	0	1	5	1	13	5	0	0	25
Total	0	1	9	3	22	10	1	0	46
ICI-TED									
Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hommes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adaptation Réadaptation TED									
Femmes	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Hommes	0	1	6	3	1	0	0	0	11
Total	0	1	6	3	1	1	0	0	12

Usagers distincts	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Femmes	0	0	4	2	9	6	1	0	22
Hommes	0	2	11	4	14	5	0	0	36
Total	0	2	15	6	23	11	1	0	58

NOMBRE TOTAL D'USAGERS DISTINCTS DESSERVIS (+ 2029 + 57 = 2086)

2086



TABLEAU 2 **Usagers distincts répartis selon les** **milieux de vie au 31 mars 2015**

La répartition des usagers selon les milieux de vie est le portrait des usagers ayant reçu des services durant l'année et ce, jusqu'au lendemain du 31 mars 2015.

Par ailleurs, pour les dossiers dont le programme-service ont été cessé durant l'année (décès, transfert de région, retrait volontaire, etc.) ne sont pas comptabilisés dans ce tableau.

Les données présentées permettent de distinguer les services vendus à d'autres établissements.

ENVIRONNEMENTS	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Environnement naturel (autonome)									
CROM	0	0	1	2	66	80	11	0	160
Services vendus	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	0	0	1	2	67	80	11	0	161
Environnement naturel (parents)									
CROM	200	338	220	114	289	49	1	0	1211
Services vendus	0	0	2	1	3	4	0	0	10
Total	200	338	222	115	290	53	1	0	1221
Ressource de type familiale (RTF)									
CROM	1	8	13	5	51	40	8	2	130
Services vendus	0	0	1	0	1	6	1	0	9
TOTAL	1	8	14	5	52	46	9	2	139
Ressource intermédiaire (RI)									
CROM	0	11	38	28	154	173	27	4	433
Services vendus	0	1	10	4	17	0	0	0	32
Total	1	12	48	30	171	173	27	4	465
Ressource avec assistance continue (RAC)									
CROM	0	0	0	1	4	7	0	0	12
Services vendus	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	0	0	0	2	4	7	0	0	13
Admis dans un autre établissement									
CROM	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Services vendus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Autres									
CROM	0	0	3	0	2	13	1	0	19
Services vendus	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	0	0	3	0	2	14	1	0	20

Usagers distincts	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
CROM	201	357	275	148	566	363	48	6	1964
Services vendus	0	1	13	6	22	11	1	0	54
Total	201	358	288	154	588	374	49	6	2018

NOMBRE TOTAL D'USAGERS DISTINCTS DI ET TED **2018**



TABLEAU 3
Usagers desservis recevant un service en
contexte d'intégration communautaire et au
travail

Les données présentées permettent de distinguer les services vendus à d'autres établissements.

CROM	GROUPE D'ÂGE					Total
	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Intégration communautaire						
Programme de jour DI	2	91	86	20	3	202
Programme de jour TED	1	37	14	0	0	52
Total	3	128	100	20	3	254
Intégration travail DI						
Atelier de travail	2	25	13	0	0	40
Support des stages individuels	2	69	51	1	1	124
Intégration à l'emploi	0	17	11	1	0	29
Total	13	256	176	12	2	459
TED						
Atelier de travail	2	14	4	0	0	20
Support des plateaux de travail	4	31	7	0	0	42
Support des stages individuels	4	23	3	0	0	30
Intégration à l'emploi	0	5	0	0	0	5
Total	10	73	14	0	0	97
Usagers distincts						
Femmes	11	155	128	12	0	306
Hommes	15	288	149	15	5	472
Total	26	443	277	27	5	778

SERVICES VENDUS	GROUPE D'ÂGE					Total
	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Intégration communautaire						
Programme de jour DI	0	6	0	0	0	6
Programme de jour TED	1	1	0	0	0	2
Total	1	7	0	0	0	8
Intégration travail DI						
Workshops	0	2	0	0	0	2
Workshop Support	0	3	3	0	0	6
Individual Internship Support	0	0	0	0	0	0
Work Integration	0	0	0	0	0	0
Total	0	5	3	0	0	8
Intégration travail TED						
Atelier de travail	0	0	0	0	0	0
Support des plateaux de travail	0	0	0	0	0	0
Support des stages individuels	0	0	0	0	0	0
Intégration à l'emploi	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0
Usagers distincts						
Femmes	0	5	2	0	0	7
Hommes	1	6	1	0	0	8
Total	1	11	3	0	0	15
Nombre total d'usagers distincts desservis						793

TABLEAU 4
Usagers en attente d'un premier service au 31 mars 2015

L'utilisateur considéré en attente de service au 31 mars 2015 se rapporte aux critères de sélection du Plan d'accès.
 L'utilisateur en attente de service est considéré n'ayant reçu aucune heure de prestation de service (HPS) de type

CROM	GROUPE D'ÂGE						Total	
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64		65-74
Adaptation								
Réadaptation DI								
Nombre d'utilisateurs	8	17	17	13	13	1	1	70
*Temps d'attente	33,88	359,41	408,00	658,85	432,00	1234,00	1580,00	433,03
Adaptation								
Réadaptation TED								
Nombre d'utilisateurs	153	109	37	5	3	0	0	307
*Temps d'attente	286,99	497,26	699,35	812,20	571,00	0,00	0,00	419,12
Usagers distincts								
Nombre d'utilisateurs	161	126	54	18	18	1	1	377
*Temps d'attente	264,41	470,01	607,63	701,53	458,06	1234,00	1580,00	421,70
NUMBER OF DISTINCT USERS WAITING							377	

*Temps d'attente moyenne en jours

TABLEAU 5
Usagers desservis en attente d'autres services par programme au 31 mars 2015

L'utilisateur en service peut être en attente d'autres services dans différents programmes.

Dans le groupe d'âge 0-4 ans, parmi les 27 usagers TSA en attente de services, 23 sont en attente d'un service d'intervention comportementale intensive (ICI). Dans le groupe d'âge 5-11 ans, parmi les 265 usagers TSA en

CROM	GROUPE D'ÂGE							TOTAL
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	
Adaptation/Réadaptation - Toutes disciplines*								
DI	5	35	37	42	49	5	0	173
TED	27	265	140	65	7	1	0	505
Total	32	300	177	107	56	6	0	678
Intégration communautaire - Programme de jour								
DI	0	0	0	6	9	4	1	20
TED	0	0	0	1	8	0	0	9
Total	0	0	0	7	17	4	1	29
Intégration au travail - Atelier								
DI	0	0	0	1	2	2	0	5
TED	0	0	0	1	3	0	0	4
Total	0	0	0	2	5	2	0	9
Intégration au travail - Support des plateaux de travail								
DI	0	0	0	7	8	2	1	18
TED	0	0	0	4	0	0	0	4
Total	0	0	0	11	8	2	1	22
Intégration au travail - Support des stages individuels								
DI	0	0	0	3	12	3	0	18
TED	0	0	0	3	3	0	0	6
Total	0	0	0	6	15	3	0	24
Intégration résidentielle - Ressources avec assistance continue								
DI	0	0	0	0	1	0	0	1
TED	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	1	0	0	1
Intégration résidentielle - Ressources intermédiaires								
DI	0	16	10	4	36	5	0	71
TED	0	15	18	8	13	1	0	53
Total	0	31	28	12	49	6	0	126
Intégration résidentielle - Familles d'accueil								
DI	5	12	14	10	18	1	0	60
TED	5	18	8	15	5	0	0	51
Total	10	30	22	25	23	1	0	111
Intégration résidentielle - Résidence d'accueil								
DI	0	0	0	1	35	12	0	48
TED	0	0	0	0	5	0	0	5
Total	0	0	0	1	40	12	0	53

* Éducateur spécialisé, psychologue, ergothérapeute, groupe d'habileté sociale, etc.



CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT





Conseil d'administration

Président
M. Gary Whittaker
Vice-président et trésorier
M. Jacques Nolin
Secrétaire et directrice générale
D^{re} Katherine Moxness
Comité des usagers
Mme Marjolyne Rutherford
M. Steven Goulet
Population
M. Gary Whittaker
Agence
M. Jacques Nolin
Mme Jacqueline Scott
Cooptation
Rev. Bill Jay
D^{re} Evelyn Lusthaus
M^e Gary H. Waxman
Mme Suzanne Sévigny
Conseil multidisciplinaire
M. Frank Vincelli
Mme Kelly Wilson
Mme Monique Bureau
Personnel non-clinique
Mme Julie Duquette
Fondation
M. Ian H. Moodie

Comité de vérification des finances

Président
M. Jacques Nolin
Membres
M. Ian H. Moodie
Mme Suzanne Sévigny
D^{re} Katherine Moxness
M. Gary Whittaker

Comité d'éthique et de déontologie

Président
M^e Gary H. Waxman
Membres
M. Steven Goulet
Mme Marjorie Rutherford
D^{re} Katherine Moxness

Comité de vigilance et de la qualité

Président et membre du conseil d'administration
Rev. Bill Jay
Vice-président et membre du conseil d'administration
M^e Garry H. Waxman
Membre du conseil d'administration
D^{re} Evelyn Lusthaus
Secrétaire et directrice générale
D^{re} Katherine Moxness
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
M. Stuart Rechnitzer

Conseil multidisciplinaire

Représentants les professionnels et spécialistes
Mme Monique Bureau, présidente
Mme Jessica Levine, vice-présidente
Représentant les cadres cliniques
D^{re} Stephanie Torchin
Représentants les travailleurs donnant des soins directs
Mme Kelly Wilson
Mme Kerry Hall
M. Patrick Rumbolt
Personne désignée par la direction générale
D^{re} Rhoda Root, Directrice, DSAF
Directrice générale
D^{re} Katherine Moxness

Comité des usagers

Président
M. Joe Malko
Vice-présidente et secrétaire
Mme Diane Sabourin
Membres
Mme Marjolyne Rutherford
M. Steven Goulet
M. Mathieu Dubuc
M. Tim Marshall
M. Jerry Haikalis
M. Richard Mannion
Conseiller spécial
M. Jack Carlon
Lien avec le CROM
M. Dennis Farley

Comité de gestion intégrée des risques

Présidente
D^{re} Katherine Moxness
Présidente
Mme Monique Bureau
Secrétaire et gestionnaire des risques
Mme Sylvie Dugas
Membres
D^{re} Marjorie Aunos,
Directrice, Services professionnels
Mme Julie Duquette,
Planning, Research Officer,
Gestion des risques
Mme Shelja Arya,
Chef, Services de santé
M. Steven Goulet,
Co-Président, Comité des usagers
Mme Cédalia Barbara,
Directrice, Services administratifs
Mme Martine Beaurivage,
Directrice, DSEF
D^{re} Rhoda Root,
Directrice, DSAF
Mme Emmanuella Michel,
Représentante RNI - enfants
M. Glen Fletcher,
Représentant RNI - adultes
Mme Nathalie Tétrault,
Communication
M. Dennis Farley,
Qualité et performance



Enfin, notre long et fructueux marathon est terminé!

À l'heure de la fusion du CROM avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, il est important de se tourner vers l'avenir... tout en gardant un œil sur le passé.

À cet égard, le CROM peut être fier de ses réalisations. Nous avons été à l'avant-garde des services offerts à nos usagers et à leurs familles pendant des années, dans le cadre de diverses structures organisationnelles et sous la direction de leaders exceptionnels.

Nous avons servi notre communauté avec passion, dévouement et innovation. Aujourd'hui, nous offrons chaque jour à plus de 2 000 personnes des services de première nécessité. Nous avons collaboré avec des parents, des organisations communautaires, nos fondations et des bénévoles afin de construire des résidences spécialisées et d'offrir des services exceptionnels.

De plus, nous avons été un chef de file à l'échelle provinciale dans l'élaboration des meilleures pratiques et de nouvelles normes pour les services offerts au Québec. Nous devons poursuivre cette tradition!

À l'heure où notre établissement cède son mandat au nouveau CIUSSS, nous faisons une pause afin de remercier tous ceux qui ont fait du CROM ce qu'il est, c'est-à-dire une équipe de gestion exceptionnelle, un personnel dévoué et une foule de gens dans la communauté qui ont travaillé sans relâche pour faire une différence. Un gros merci à tous!

Toutefois, il reste encore du travail à faire! Le contexte et l'environnement seront différents, mais les défis seront identiques. Nous devons nous engager à poursuivre nos efforts au profit des personnes atteintes d'autisme et de déficience intellectuelle.

Je sais que toutes ces personnes vulnérables pourront compter sur vous.

Merci à tous et continuez votre excellent travail.



Comité de vigilance et de la qualité

Révérend Bill Jay, président

C'est en 2006 que le conseil d'administration a nommé pour la première fois une entité relativement nouvelle dans la structure organisationnelle du CROM : le Comité de vigilance et de la qualité (CVQ). Ce comité est composé de 5 membres, y compris la directrice générale, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (protectrice du citoyen) et 3 membres du conseil d'administration, dont l'un doit être membre du comité des usagers du CROM.

S'il fallait résumer en termes simples le mandat du comité, on pourrait dire que son rôle consiste à être les yeux et les oreilles du conseil d'administration. Le CVQ est un comité de travail du CA dont la mission consiste à cerner les problèmes qui nécessitent des mesures correctives systémiques. Le comité a pour objectifs de mieux répondre aux exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux et aux besoins de la population desservie par le CROM, ainsi que de prévenir les situations préjudiciables et potentiellement litigieuses.

Le CVQ reçoit et analyse divers rapports et recommandations provenant de la direction, des ordres professionnels, de la protectrice du citoyen, du comité des usagers et du comité des parents récemment créé. Un élément clé du travail du comité est d'établir des liens systémiques entre ces rapports et recommandations, puis de tirer des conclusions afin de formuler des recommandations au conseil d'administration.

À l'origine, le comité suscitait certaines appréhensions au sein de l'établissement, puisque son rôle en lien avec la reddition de compte et le processus de gouvernance n'était pas clair. Il lui a fallu un certain temps pour s'affirmer dans son rôle d'analyse systémique et d'amélioration, plutôt que d'être perçu comme une entité visant à distribuer des blâmes individuels dans les cas de plaintes et d'enquête (ce dernier rôle demeurant à juste titre la prérogative de l'équipe de direction du CROM).

Pendant son mandat, le comité a été en mesure de faire plusieurs recommandations importantes au conseil d'administration, y compris les suivantes :

- Le CVQ a souligné l'importance de fournir en temps opportun l'information complète requise, y compris le rapport automatique et

ponctuel des événements et accidents « sentinelle », afin d'aider le comité à accomplir son mandat et à exercer ses responsabilités à l'égard du conseil d'administration.

- Le CVQ a recommandé de passer d'une culture se caractérisant par la réticence à signaler des situations problématiques et la crainte d'éventuelles représailles à une culture de compréhension collective des questions et des problèmes systémiques. Ces questions et problèmes peuvent être résolus par une divulgation proactive et une discussion des faits, un effort mutuel pour résoudre le problème et l'instauration d'une relation de confiance.
- Le CVQ a encouragé l'amélioration de la performance en ce qui concerne les exigences du MSSSQ relatives à l'existence d'un plan d'intervention à jour pour chaque usager dans les délais prescrits.
- Le CVQ a mis l'accent sur la sûreté et la sécurité des personnes confiées aux soins du CROM, des employés et des responsables contractuels des ressources résidentielles. Cette question revêt une importance capitale pour le CVQ. Au départ, le comité ne disposait pas de suffisamment d'information fiable qui lui aurait permis de déterminer si les ressources du CROM répondaient aux normes de base en matière de sûreté et de sécurité. Une vérification initiale externe de la sûreté et de la sécurité des ressources résidentielle, recommandée par le comité, a révélé un nombre important de lacunes qui ont été signalées par la suite au conseil d'administration et à la direction. Ce processus a entraîné une amélioration considérable. Des méthodes d'examen courantes à l'interne sont en cours d'élaboration afin d'assurer un examen périodique et les améliorations requises au besoin.
- Le CVQ a recommandé la mise à jour de sa politique et de ses procédures actuelles en matière d'enquêtes à l'interne, particulièrement en ce qui concerne les échéanciers pour l'achèvement d'une enquête, la présentation des recommandations et la communication avec les parties concernées. Les délais pré-



vus dans le cadre de ce processus entraînaient beaucoup d'anxiété chez les personnes touchées (p. ex., le personnel faisant l'objet d'une enquête, les usagers et leurs familles). Une autre source de frustration dans le processus d'enquête à l'interne concernait les rapports du coroner, qui faisaient souvent l'objet de délais de plusieurs années et qui parfois même n'étaient jamais reçus par le CROM. Cette situation inacceptable a laissé des questions importantes sans réponse concernant la sûreté et la sécurité de nos clients, ainsi que notre quête d'amélioration de la qualité des services.

- Les réunions organisées avec les représentants d'importants organismes de partenariats (p. ex., le conseil multidisciplinaire, les comités des usagers et des parents) ont attiré notre attention sur la question d'augmenter les ressources résidentielles pour adultes de 4 à 6, ainsi que les implications sur la qualité des soins. Cette question est particulièrement délicate à la lumière des nouveaux liens établis entre le CROM et ses ressources intermédiaires en vertu des modalités de la nouvelle entente d'association.
- Le CVQ a poursuivi ses efforts afin d'attirer l'attention du gouvernement, par le truchement du conseil d'administration, sur le sous-financement chronique des services du CROM qui limite l'accessibilité à ses services. Pour conclure, le comité a joui d'une confiance croissante parmi les diverses constituantes du CROM. C'est sur ces bases que se sont créées une compréhension mutuelle et une volonté de collaborer à l'amélioration des services offerts par l'établissement aux personnes confiées à ses soins.

À titre de président en fonction du CVQ, je tiens à exprimer ma gratitude à chacune des personnes ayant siégé au comité au cours des 9 dernières années pour leur dévouement et leur soutien. J'espère sincèrement que, quelle que soit la nouvelle entité qui prendra en charge notre mandat en vertu de la réorganisation provoquée par le projet de loi 10, ses membres auront à cœur de réaliser ces objectifs.



Comité des parents

Carole Mercier, présidente

COMITÉ
DES PARENTS
DU CROM



WMRC
PARENTS'
COMMITTEE

Le comité des parents a continué d'informer le conseil d'administration du CROM des préoccupations des parents et les membres du comité exécutif ont assisté à la plupart des réunions.

De plus, nous avons organisé deux assemblées générales afin d'informer les parents sur les changements et les défis les plus récents que doit relever le CROM.

La première réunion a abordé les répercussions des réductions budgétaires. Le président, ainsi que les directeurs des services aux enfants et aux adultes, ont chacun présenté leur point de vue.

La deuxième réunion a traité du projet de loi 10 et de ses effets sur notre clientèle. La directrice générale a présenté un résumé clair de la situation du moment. À titre de comité, nous continuerons à diffuser l'information et à informer les parents.

Depuis septembre dernier, notre principale préoccupation a été bien sûr la réorganisation du secteur de la santé et des services sociaux. Nous avons étroitement collaboré avec le comité des usagers et nous avons fort apprécié leur soutien.

Par ailleurs, la volonté de la direction de nous consulter sur les changements touchant le programme et d'autres développements a été fort appréciée. Nous espérons sincèrement que cette attitude se poursuivra dans le cadre du nouveau CIUSSS.

Les membres actuels du comité exécutif sont Ricky Held, Courtney Lai-Hing, Joe Malko, Richard Mannion, Carole Mercier, Kathy Worsnip, Jack Carlon (consultant) et Stephanie Torchin (représentante du CROM).



La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 226) stipule que tout établissement public doit instituer un Conseil multidisciplinaire.

Ce conseil est composé de toutes personnes titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et qui exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activités couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement. Considérant que le nombre d'infirmières et d'infirmiers ne répond pas aux exigences de la loi pour former un conseil des infirmières (plus de 5 postes d'infirmières) elles ont été intégrées au conseil multidisciplinaire. Le conseil multidisciplinaire du CROM représente environ 240 membres occupant diverses fonctions incluant : psychoéducateurs, psychologues, ergothérapeute, travailleurs sociaux, agents d'intégration, agents de relations humaines, infirmières, coordonnateurs, spécialistes en activités cliniques, agent de modification de comportement et infirmières.

Les élections pour les 3 postes représentant les travailleurs donnant des soins directs ont vu deux nouveaux être élus au comité exécutif, Patrick Rumbolt et Kerry Hall) et Kelly Wilson a été réélue pour un autre mandat.

Le comité exécutif a tenu 7 réunions régulières et 1 assemblée générale annuelle.

L'assemblée annuelle s'est tenue le 14 mai 2014 en présence de 101 participants dont 95 membres : Marjorie Aunos et Dennis Farley ont offert deux excellentes présentations sur « un modèle de supervision clinique » et « politique et procédures d'un cadre éthique ».

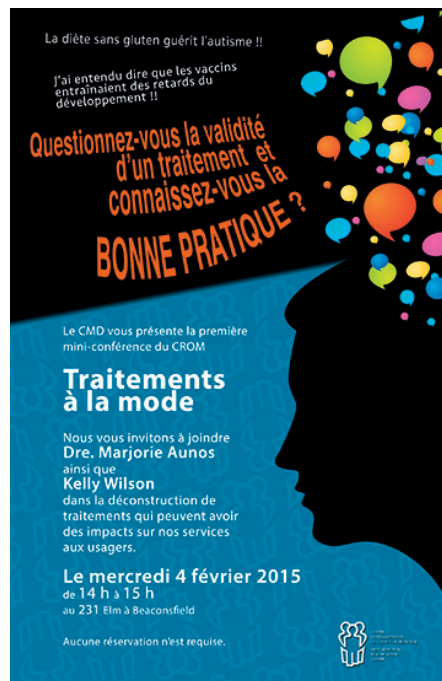
Dans le but de disséminer de nouvelles informations et promouvoir le transfert de

connaissances, une mini conférence a été organisée par le comité exécutif le 4 février dernier intitulée « Les traitements à la mode », présentée par Mmes Marjorie Aunos et Kelly Wilson. Elles ont discuté de différents traitements populaires pour notre population et mis l'emphase sur les bonnes pratiques et les données probantes disponibles.

Durant la dernière année, plusieurs membres du conseil multidisciplinaire ont participé à différents comités entre autre :

- Comité Gestion intégrée des risques
- Comité « sexualité »
- Comité communication

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





Comité de gestion intégrée des risques

D^{re} Katherine Moxness, présidente

Cette année très occupée a été marquée par plusieurs réalisations ! En mai 2013, le comité a accueilli dans son équipe de la gestion intégrée des risques l'agente de planification, de programmation et de recherche. Plus précisément, la DSP a intégré le volet de la gestion des risques au service de la recherche afin d'unir les forces.

La DSP est mieux outillée pour soutenir les services aux usagers en matière de prévention et d'outils de gestion.

Rapport 2013-2014

Au cours de l'année 2013-2014, le comité de gestion intégrée des risques a tenu cinq rencontres au cours desquelles les membres ont abordé les principaux thèmes et réalisé les activités ci-dessous :

Sous-comité de prévention des erreurs de médication

- L'utilisation d'une grille de vérification par le service de santé pour améliorer la gestion sécuritaire des médicaments dans les milieux (contexte travail/communautaire et RNI).
- La transmission systématique d'un rapport statistique aux gestionnaires concernant les erreurs de médicament afin de faciliter leurs suivis auprès des milieux et des personnes concernées.
- La conformité en lien avec l'implantation du système de fiches avec alvéoles (Bubble pack) dans tous les milieux, y compris pour les usagers en service de répit; à cet effet, une lettre a été transmise aux familles par la chef du service de santé, soulignant l'importance d'utiliser le système Bubble pack lors des répits.
- L'importance de déclarer, par un rapport d'incident/accident, lorsque le système Bubble pack n'est pas utilisé dans un milieu,

car il s'agit d'une situation à risque.

Sous-comité sur l'évaluation de la qualité

La révision de la politique sur les normes de pratique en lien avec le « cadre de référence » des ressources non institutionnelles.

Sous-comité de prévention des chutes

- La transmission systématique d'un rapport statistique aux gestionnaires et à l'ergothérapeute concernant les chutes afin de faciliter les suivis auprès des milieux et personnes concernées.
- La reprise des activités du sous-comité sur la prévention des chutes de façon plus régulière a été demandée.
- La reprise du programme d'exercice en septembre 2013 a été demandée auprès des usagers présentant un risque élevé de chute ou ceux qui ont déjà chuté plusieurs fois (référence par les ergothérapeutes et physiothérapeutes).

Sous-comité « Plaie de pression »

L'élaboration d'une politique/procédure sur les « plaies de pression » a été réalisée, compte tenu du peu de déclarations faites par le biais de la gestion des risques et de l'importance de déclarer de façon préventive (lorsqu'il y a une rougeur). Cette démarche a été réalisée par le service de santé, dont l'ergothérapie.

L'évaluation systématique de la clientèle à risque a débuté à l'automne 2013.

Analyse prospective/sous-comité prévention des agressions/projet d'organisation

L'analyse prospective de situations à risque, une démarche d'amélioration de la prévention en lien avec une pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada, a été définie comme une priorité par le comité pour le programme Benny en lien avec les comportements d'agression envers les employés.



Cette démarche a servi de levier pour que l'établissement puisse bénéficier d'une subvention en provenance du MSSS pour l'implantation du projet d'organisation du travail au programme Benny.

Hygiène des mains et prévention des infections

Plusieurs contrôles, coordonnés par le personnel infirmier, ont été effectués auprès des usagers et des employés pour assurer l'application de la bonne technique d'hygiène des mains; ils ont aussi formé les assistants en réadaptation pour qu'ils puissent à leur tour former les responsables dans les ressources.

Une grille de vérification est utilisée pour assurer une collecte de données objectives.

La procédure sur la prévention et le contrôle des infections a été mise à jour.

Programme de formation des employés sur la liste de rappel

Pour s'assurer que l'ensemble des employés sur appel a reçu les formations nécessaires pour dispenser de façon sécuritaire les services aux usagers.

Gestion des risques et DSP

L'objectif est la transmission des recommandations faites par la DSP à la suite des enquêtes afin de prévenir la récurrence des événements à risque et des accidents : la politique et les procédures en lien avec la gestion des risques ont été mises à jour.

Rapport de déclaration d'incident-accident

- Le processus des rapports d'incidents-accidents a été simplifié : les niveaux de gravité 1 à 3 sont signés par le gestionnaire et les niveaux 4 et 5 incluent le directeur.

- La possibilité d'explorer la saisie électronique des rapports d'incidents-accidents pour optimiser le processus de transmission et de traitement.
- Pour les déclarants, le délai de transmission selon les niveaux de gravité est ajouté à la 1^e page du rapport
- Pour les gestionnaires, un rappel est inscrit en page 4 pour corriger le niveau de gravité inscrit en 1^e page et de remplir la section 8 pour la divulgation
- Pour la DSP, une sous-section est ajoutée pour indiquer s'il s'agit d'un événement sentinelle et si une mesure systémique doit être partagée.
- Une précision des définitions d'évènement sentinelle et d'accident sentinelle a été soulignée aux membres.

Transport adapté

Les membres du comité identifient toujours comme priorité la formation des conducteurs du transport adapté pour notre clientèle dans le but de réduire le nombre d'évènements indésirables déclarés.

Mesures de contrôle

Comme le nombre d'usagers pour lesquels une mesure de contrôle est nécessaire (41) a augmenté, les membres du comité demandent de réaliser une analyse poussée pour réduire le nombre de mesures de contrôle appliquées.

Le comité permanent sur les mesures de contrôle a repris ses activités dans ce contexte.

La politique et la procédure ont été révisées.



Comité des usagers

Joseph Malko, président



La dernière année a été très chargée pour le comité des usagers. Les changements majeurs imposés par le gouvernement à notre organisation et les restrictions budgétaires importantes nous ont tenus particulièrement occupés. De plus, cette année a constitué un défi très particulier en raison des répercussions de ces modifications sur les usagers et les parents. Bref, nous sommes passés par toute la gamme des émotions, de la frustration à la confusion et à la colère.

Les modifications apportées par le gouvernement ont exigé beaucoup de notre temps. Étant donné que ces questions touchaient à la fois les usagers et les parents, il a été décidé qu'il serait plus avantageux de collaborer tous ensemble. J'ai participé au comité des parents pendant de nombreuses années et je suis totalement en phase avec les besoins des parents. Les modifications apportées par le gouvernement se poursuivront dans le cadre d'un processus continu. De plus, le comité des usagers et le comité des parents ont décidé qu'il serait plus profitable de tenir des réunions exécutives conjointes. Cela nous permettra d'aborder plus rapidement les nouveaux changements dans les services de santé.

Les modifications apportées à notre système de santé se sont taillées la part du lion en matière de temps et de préoccupations. Toutefois, le comité des usagers a pu continuer à remplir ses tâches pour de nombreuses autres questions. Ainsi, nous avons joué un rôle important au sein de l'organisation en rétablissant l'allocation des travailleurs qui avait été éliminée. Nous avons mis à jour et appliqué notre questionnaire destiné à l'utilisateur. Il est extrêmement important de mesurer et d'évaluer la satisfaction de l'utilisateur. Toutefois, nous sommes également conscients du besoin d'évaluer aussi la satisfaction des parents. Au cours des prochains mois, nous collaborerons avec le comité des parents du CROM sur un questionnaire qui réglera cette question.

Nos représentants, Marjorie Rutherford et Steve Goulet, ont assuré notre présence au sein du conseil d'administration. Leur participation a eu des retombées positives et nous les en remercions.

Il est important que le comité des usagers maintienne sa vigilance afin de protéger pleinement les droits des usagers. Il est aussi prioritaire pour le comité des usagers de préserver et d'entretenir ses relations avec le comité des parents. Nous avons également comme priorité de nous assurer que les services en anglais seront maintenus pour les usagers.

Je tiens à remercier personnellement les membres du comité des usagers du CROM. C'est leur dévouement et leur dur labeur qui nous ont permis de remplir correctement nos tâches.



Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Stuart Rechnitzer

- Le Protecteur du citoyen a conclu sans émettre de recommandation auprès du CROM.
- Une plainte concernant la réduction des services a donné lieu à 2 mesures correctives systémiques : Amélioration de la participation des représentants des usagers à l'élaboration des plans de service; Amélioration de la communication lors de changement de service.
- La sécurité, la qualité des soins et services, et la communication dans les ressources résidentielles demeurent des motifs d'insatisfaction pour certains représentants des usagers.
- Des plaintes et des demandes d'assistance concernant l'accès ont donné lieu à l'obtention de services. L'accès demeure problématique, apparemment à cause du sous-financement historique du CROM.
- Tous les dossiers sauf 2 ont été conclus à l'intérieur du délai règlementaire de 45 jours.
- La plupart des dossiers ont été résolus par la médiation, la clarification, la liaison, et l'amélioration des services.
- La plupart des consultations étaient en lien avec la procédure des plaintes.

Activités connexes

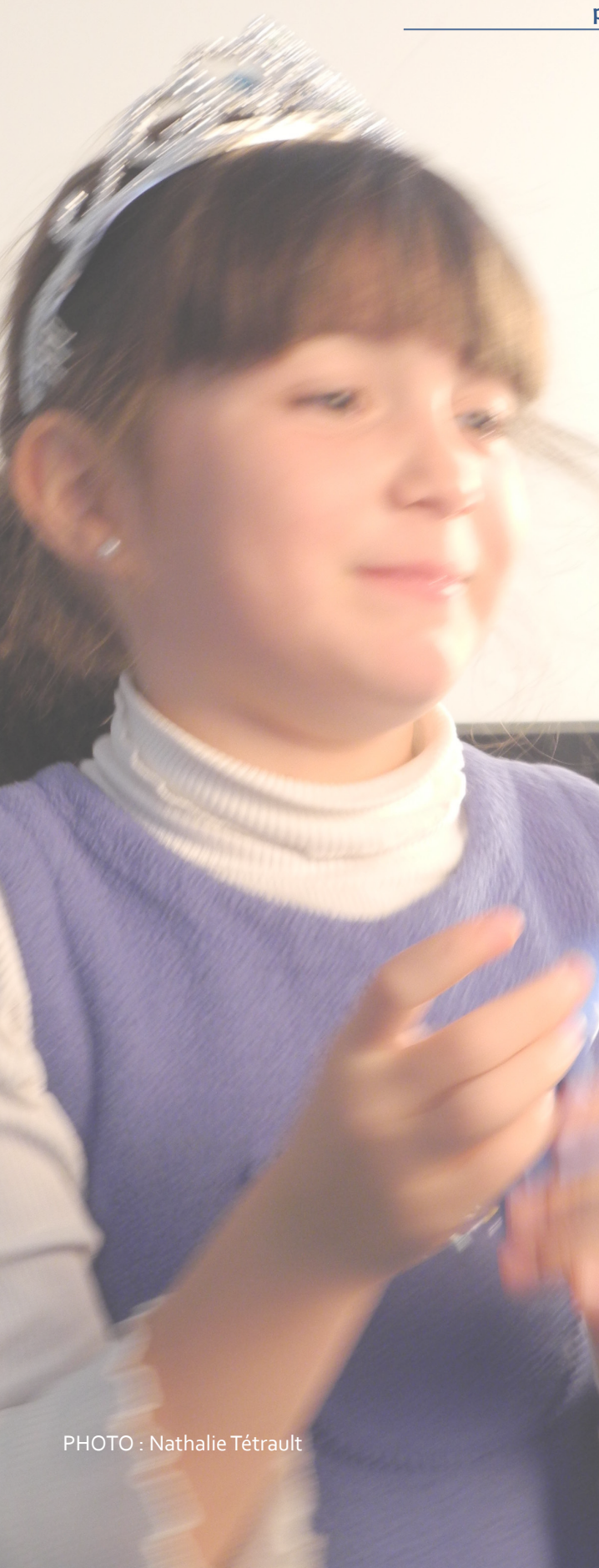
L'Ombudsman a profité des contacts informels avec les gestionnaires, le personnel, les clients et leurs représentants, afin de promouvoir la procédure des plaintes et le respect des droits des usagers, et afin de résoudre l'insatisfaction des clients avant qu'elle ne devienne une plainte officielle. L'Ombudsman a participé à de nombreuses activités externes et internes en lien avec ses fonctions.



Remerciements

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité tient à souligner la grande collaboration offerte lors du traitement des plaintes par le conseil d'administration, la direction, les gestionnaires et tout le personnel du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal ainsi que l'immense souci démontré pour l'amélioration continue des services offerts aux clients et à leurs proches. Le commissaire est confiant que CROM saura poursuivre cette attitude axée sur le client au sein de la nouvelle structure du CIUSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

**2014-15 Rapport annuel du
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
pour la période entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015**



Répartition des dossier conclus	2014-2015
Plainte	16
Intervention	1
Assistance	3
Consultation	8
Nombre total de dossiers du CLPQS	28
Recours auprès du protecteur du citoyen - conclusion du dossier de l'année dernière	1
Plainte médicale	1
Comité de révision médicale	1

Plaintes et interventions selon le motif*	Total 2014-2015
Accessibilité	3
Aspect financier	1
Droits	5
Organisation du milieu et ressources matérielles	5
Relations interpersonnelles	7
Soins et services	10
Autres	0
Total	31
Mesures correctives pour Plaintes et interventions*	29
Motifs de plainte médicale*: droits; soins et services	2
Motif du Comité de révision médicale; droits	1

**Note: Un dossier de plainte ou d'intervention peut contenir plusieurs motifs et peut amener à plusieurs mesures correctives. Un dossier de consultation donne lieu à une opinion, mais pas à une mesure corrective.*



ÉTATS FINANCIERS 2014-2015



Rapport de la direction

Les états financiers du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal ont été complétés. 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.



Benoit Morin
Président et directeur général
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal



Lucie Ménard, CPA, CA
Directrice des ressources financières
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

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 du
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 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2015 (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 du 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 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 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 du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères

décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2015. 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 québécoise des infrastructures 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 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

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 du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Montréal

Le 30 juin 2015

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

États des résultats

pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

				15-03-31	14-03-31
	Budget	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
	\$	\$	\$	\$	\$
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	42 655 640	43 389 311	480 064	43 869 375	42 572 029
Contributions des usagers	4 398 269	4 481 099		4 481 099	4 384 469
Ventes de services et recouvrements	4 439 878	4 724 120		4 724 120	4 223 522
Donations	2 777	13 167	2 777	15 944	20 130
Revenus de placement	10 000	15 756		15 756	18 065
Autres revenus	527 542	154 289	9 535	163 824	240 902
TOTAL	52 034 106	52 777 742	492 376	53 270 118	51 459 117
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	23 044 503	23 322 446		23 322 446	22 290 221
Médicaments	11 000	6 535		6 535	11 402
Fournitures médicales et chirurgicales	1 600	597		597	1 401
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	22 554 785	22 843 702		22 843 702	21 744 409
Frais financiers	160 000		94 879	94 879	152 842
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	210 144	61 788	157 578	219 366	169 628
Créances douteuses					1 738
Loyer	584 100	571 197		571 197	579 758
Amortissement des immobilisations	300 000		269 401	269 401	292 654
Autres charges	5 148 849	5 872 757		5 872 757	5 729 046
TOTAL	52 014 981	52 679 022	521 858	53 200 880	50 973 099
SURPLUS DE L'EXERCICE	19 125	98 720	(29 482)	69 238	486 018

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

État des surplus cumulés

pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

	15-03-31		14-03-31	
	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
Surplus cumulés au début	882 608	182 205	1 064 813	198 795
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures				380 000
Surplus cumulés au début redressés	882 608	182 205	1 064 813	578 795
Surplus de l'exercice	98 720	(29 482)	69 238	486 018
Transferts interfonds	981 328	152 723	1 134 051	1 064 813
SURPLUS CUMULÉS À LA FIN	981 328	152 723	1 134 051	1 064 813

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Centre de readaptation de l'Ouest de Montreal
État de la situation financière

au 31 mars 2015

			15-03-31	14-03-31
	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total	Total
	\$	\$	\$	\$
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	1 686 743	45 846	1 732 589	2 820 666
Débiteurs - Agence et MSSS	459 273	18 883	478 156	148 583
Autres débiteurs	3 506 627		3 506 627	2 794 054
Créances interfonds (dettes interfonds)	147 362	(147 362)		
Subventions à recevoir - réforme comptable	2 336 699	1 177 347	3 514 046	3 341 952
Frais reportés liés aux dettes		13 997	13 997	4 208
Autres éléments	105 220		105 220	123 697
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	8 241 924	1 108 711	9 350 635	9 233 160
PASSIFS				
Emprunts temporaires		9 772	9 772	748 467
Autres créditeurs et autres charges à payer	4 930 225		4 930 225	4 095 153
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées		184 927	184 927	259 419
Intérêts courus à payer		18 883	18 883	87 869
Revenus reportés	53 024	15 489	68 513	785 472
Dettes à long terme		3 401 017	3 401 017	2 539 878
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	2 385 490		2 385 490	2 445 371
Autres éléments				11 502
TOTAL DES PASSIFS	7 368 739	3 630 088	10 998 827	10 973 131
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	873 185	(2 521 377)	(1 648 192)	(1 739 971)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		2 674 100	2 674 100	2 722 005
Frais payés d'avance	108 143		108 143	82 779
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	108 143	2 674 100	2 782 243	2 804 784
SURPLUS CUMULÉS	981 328	152 723	1 134 051	1 064 813

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

État de la variation de la dette nette

pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

				15-03-31	14-03-31
	Budget \$	Fonds d'exploitation \$	Fonds d'immobilisations \$	Total \$	Total \$
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉS					
Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établis	(1 810 522)	799 829	(2 539 800)	(1 739 971)	(2 626 646)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures					380 000
TOTAL	(1 810 522)	799 829	(2 539 800)	(1 739 971)	(2 246 646)
SURPLUS DE L'EXERCICE	19 125	98 720	(29 482)	69 238	486 018
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions	809 220		(221 496)	(221 496)	(281 945)
Amortissement de l'exercice	300 000		269 401	269 401	292 654
TOTAL	1 109 220		47 905	47 905	10 709
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Utilisation de frais payés d'avance		(25 364)		(25 364)	9 948
TOTAL		(25 364)		(25 364)	9 948
AUTRES VARIATIONS DES SURPLUS (DÉFICITS CUMULÉS)					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	1 128 345	73 356	18 423	91 779	506 675
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(682 177)	873 185	(2 521 377)	(1 648 192)	(1 739 971)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

État des flux de trésorerie

pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

	15-03-31	14-03-31
	\$	\$
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus de l'exercice	69 238	486 018
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Stocks et frais payés d'avance	(25 364)	9 948
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations	(3 567)	(6 326)
Amortissement des immobilisations	269 401	292 654
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	1 052	1 053
Autres		123 434
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	241 522	420 763
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(1 064 566)	255 342
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	(753 806)	1 162 123
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(221 496)	(281 945)
Flux de trésorerie utilisés pour les activités d'investissement en immobilisations	(221 496)	(281 945)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Subvention à recevoir - Réforme comptable	(235 219)	
Flux de trésorerie utilisés pour les activités d'investissement	(235 219)	
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	1 012 923	
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(151 784)	(145 516)
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	274 228	99 165
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations		(1 493)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	(1 012 923)	
Flux de trésorerie des activités de financement	122 444	(47 844)
Augmentation de la trésorerie et équivalents de trésorerie	(1 088 077)	832 334
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	2 820 666	1 988 332
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	1 732 589	2 820 666
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT		
Encaisse	1 732 589	2 820 666
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	1 732 589	2 820 666

Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal
État des résultats - Fonds d'exploitation
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

				15-03-31	14-03-31
	Budget \$	Activités principales \$	Activités accessoires \$	Total \$	Total \$
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS	42 047 013	43 389 311	✓	43 389 311	42 013 637
Contributions des usagers	4 398 269	4 481 099	✓	4 481 099	4 384 469
Ventes de services et recouvrements	4 439 878	4 724 120	✓	4 724 120	4 223 522
Donations		13 167	✓	13 167	14 594
Revenus de placement	10 000	15 756	✓	15 756	18 065
Autres revenus	526 752	154 289	✓	154 289	240 112
TOTAL	51 421 912	52 777 742	✓	52 777 742	50 894 399
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	23 044 503	23 322 446	✓	23 322 446	22 290 221
Médicaments	11 000	6 535	✓	6 535	11 402
Fournitures médicales et chirurgicales	1 600	597	✓	597	1 401
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	22 554 785	22 843 702	✓	22 843 702	21 744 409
Entretien et réparations	67 950	61 788	✓	61 788	117 403
Créances douteuses			✓		1 738
Loyers	584 100	571 197	✓	571 197	579 758
Autres charges	5 148 849	5 872 757	✓	5 872 757	5 729 046
TOTAL	51 412 787	52 679 022	✓	52 679 022	50 475 378
SURPLUS DE L'EXERCICE	9 125	98 720		98 720	419 021

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

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

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2015		
				R 5	PR 6	NR 7

Signification des codes :

Colonne 3 :

R : pour réserve

O : pour observation

C : pour commentaire

Colonnes 5, 6 et 7 :

R : Pour réglé

PR : pour partiellement réglé

NR : pour non réglé

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 «Immobilisations corporelles louées» du Manuel de CPA Canada			NR
--	-----------	---	--	--	--	----

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 efficace 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 Soins 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.

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.

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'abs-

tenir 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 foundation

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, pro-

duire 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 2013-2014

Aucun dossier n'a dû être traité en regard du code d'éthique et de déontologie des administrateurs en 2013-2014.



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL

WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE

8000, rue Notre-Dame, Lachine (Québec) H8R 1H2

☎ 514 363.3025

[infocrom@ssss.gouv.qc.ca] [crom-wmrc.org]