



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

RAPPORT ANNUEL 2011-2012

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

Dépôt légal

VERSION IMPRIMÉE

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

978-2-923776-11-8

VERSION ÉLECTRONIQUE

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

978-2-923776-10-1



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL

WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE

RAPPORT ANNUEL 2012-2012

Le message du président du conseil d'administration et du directeur général	1
La déclaration de fiabilité.	2
Notre vision, nos valeurs et notre mission.	2
Le comité de direction	3
Le plan d'organisation.	3
Les effectifs	3
Les faits saillants <i>Amélioration de l'accès aux services – Réduction de la liste d'attente – Gouvernance</i> <i>Mettre l'accent sur la qualité – Un employeur de choix – Un centre d'apprentissage</i> <i>Projets de recherche en cours – Sensibilisation de la communauté</i> <i>Progrès en matière de communication – Des efforts couronnés de succès.</i>	4,5,6
Le rapport de la gestion des risques	7
Les résultats 2011-2012 liés au Plan stratégique	8
Le suivi sur l'entente de gestion.	8
Les ressources de type familial et intermédiaires.	9
Les données sur la clientèle et les programmes-services <i>Tableau 1 : La répartition de la clientèle selon l'âge et le sexe</i> <i>Tableau 2 : La répartition de la clientèle selon les milieux de vie</i> <i>Tableau 3 : Les programmes-services d'intégration communautaire et au travail</i> <i>Tableau 4 : Nombre de personnes en attente de services</i>	9 10
Les orientations pour 2012-2013.	11
Les conseils et comités de l'établissement <i>Le comité exécutif et les membres réguliers du conseil d'administration</i> <i>Le comité de vérification et des finances – Le comité d'éthique et de déontologie.</i> <i>Le conseil multidisciplinaire</i> <i>Le comité de vigilance et de la qualité.</i> <i>Le comité des usagers</i> <i>Le comité de gestion intégrée des risques</i>	12 13 14 15 16
La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.	17
Le rapport de la direction et le rapport du vérificateur indépendant sur les états financiers résumés.	19, 20
Les états financiers résumés.	22
Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs	26
Les cas traités en 2011-2012	30
La reconnaissance des années de service	31

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

L'année dernière, nous avons assisté à la réorganisation du réseau des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) sur l'île de Montréal et à sa division en deux territoires.

Notre centre collabore maintenant avec le Centre Miriam¹ afin de répondre aux besoins particuliers de la partie ouest de l'île de Montréal, qui regroupe les territoires des quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS) de cette région. Ensemble, nous espérons améliorer l'accès aux services des familles, ainsi que la prestation des services. À cette fin, nous avons lancé au cours de l'été 2011 un système d'accès intégré et nous prévoyons former d'autres partenariats.

De plus, nous avons continué à déployer des efforts considérables afin de récolter les fonds de développement nécessaires à l'amélioration de nos services et à la réduction de la très longue liste d'attente pour ces derniers. À cet égard, nous avons trouvé de précieux alliés parmi les représentants du Centre Miriam et nos députés locaux à l'Assemblée nationale, en particulier Geoffrey Kelley, député de la circonscription de Jacques-Cartier. Au moment de la rédaction de ce message, nous attendions toujours la confirmation de notre budget pour l'année financière 2012-2013.

Comme vous le constaterez en lisant ce rapport annuel, nous avons raffiné nos processus cliniques et administratifs, en plus d'améliorer la surveillance de notre infrastructure physique.

En juin 2011, nous avons inauguré la Maison Eleanor Côté, une maison de répit très attendue et spécialement adaptée pour enfants ayant des besoins complexes. L'inauguration de cette maison, construite et équipée à l'aide de fonds recueillis par les partenaires du CROM du secteur privé et de la communauté, ainsi que par nos employés, a été un moment de grande fierté.

Nous aimerions profiter de l'occasion pour remercier notre personnel, les responsables de ressources résidentielles, les bénévoles et les partenaires communautaires pour leur travail acharné, souvent dans des situations difficiles, ainsi que pour leur engagement indéfectible à offrir des services de qualité à nos usagers et aux familles dans le besoin.



Gary Whittaker
Président du conseil d'administration



Ron Creary
Directeur général par intérim

¹ Situé dans la ville de Mont-Royal, le Centre Miriam est un CRDITED qui dessert traditionnellement la communauté juive de Montréal et plusieurs autres clientèles.


La déclaration de fiabilité

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

À l'exception des données sur la clientèle et les programmes*, les résultats et les données du rapport annuel 2011-2012 du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.



Ron Creary
Directeur général par intérim

**Veuillez consulter l'explication à la page 9 de ce rapport.*



NOTRE VISION

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

NOS VALEURS

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

NOTRE MISSION

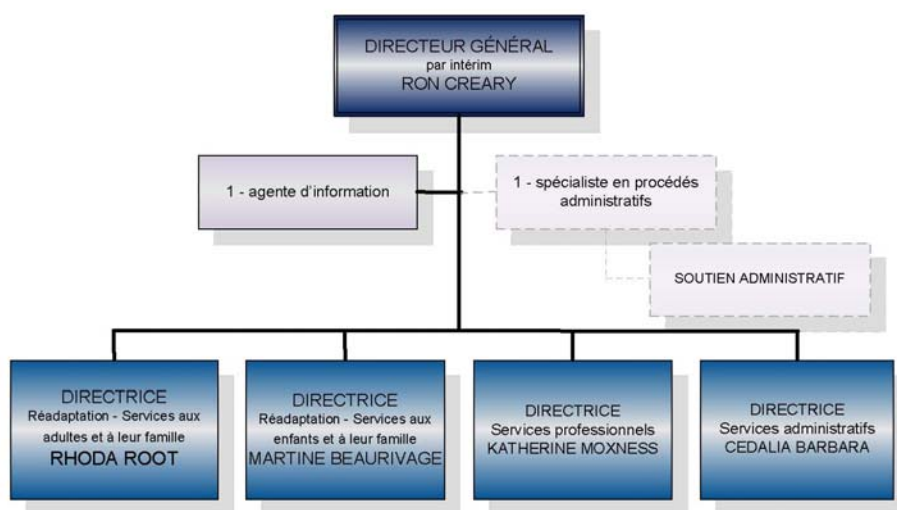
Le CROM est un établissement public de services sociaux qui s'emploie, sur son territoire de compétence, à offrir aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou des troubles du spectre autistique ainsi qu'à leur famille un vaste éventail de services fournis au sein de la collectivité et en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

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

Le comité de direction

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

Le plan d'organisation au 31 mars 2012



Les effectifs au 31 mars 2012

Personnel cadre	
Temps complet	36
Temps complet temporaire	0
Personnel régulier	
Temps complet	235
Temps partiel (nombre de personnes)	17
Temps partiel (équivalent à temps complet)	16
Employés occasionnels	
Nombre d'employés	75
Équivalent à temps complet	57
Total	
Nombre d'employés	363
Nombre d'heures rémunérées à des employés occasionnels	103 925

Faits saillants

Conformément au Plan stratégique 2010-2015 du CROM et compte tenu du nombre important d'urgences sociales imprévues qui ont menacé l'an dernier de déstabiliser le budget du Centre, les quatre directions ont intensifié leurs efforts afin de réduire les coûts administratifs et de réaliser de nouvelles économies.

Amélioration de l'accès aux services

En juillet 2011, le CROM a lancé en collaboration avec le Centre Miriam le système unifié « Accès Ouest » afin de simplifier l'accès aux services. Les deux centres l'ont présenté à leurs partenaires en matière de santé et de services sociaux en proposant une offre de services partagée et un point d'accès commun pour les familles et les usagers de l'ouest de l'île de Montréal. À la fin de l'année, Accès Ouest avait déjà reçu 160 nouvelles demandes de service.

Réduction de la liste d'attente

Depuis juillet 2011, une équipe de cinq psychologues de la direction des services professionnels (DSP) s'est réunie une fois par semaine afin de poser des diagnostics d'autisme en partenariat avec l'Hôpital de Montréal pour enfants. Cette disposition constituait une extension d'une entente conclue en 2004 qui permettait à un enfant résidant sur le territoire du CROM et faisant l'objet d'un diagnostic provisoire d'être placé simultanément sur la liste d'attente de diagnostic du Centre ainsi que sur celle de l'hôpital, évitant ainsi une double attente.

Dans le domaine des programmes pour les personnes âgées, la direction des services aux adultes et à leur famille (DSAF) a étendu ses partenariats au Centre d'hébergement Denis Benjamin Viger et à L'arche Montréal. La direction a continué de transformer ses résidences communautaires afin de libérer des ressources importantes.

La direction des services aux enfants et à leur famille (DSEF) a élargi ses critères d'admission et a augmenté la taille de ses groupes de thérapie, ce qui lui a permis d'accueillir des personnes qui étaient auparavant sur la liste d'attente. Pour répondre à une demande toujours croissante, la direction a commencé à former d'autres groupes d'habiletés sociales destinés aux enfants et aux adolescents et les a offerts dans des emplacements plus variés afin d'en faciliter la fréquentation.

Gouvernance

En février, le conseil d'administration du CROM a subi une transformation majeure liée au départ de plusieurs membres de longue date, à l'élection de nouveaux membres et à l'élargissement du CA de 15 à 18 membres, comme l'a décrété le ministère de la Santé et des Services sociaux. La nouvelle équipe est étonnamment diversifiée et, pour la première fois, composée à 50 % de femmes. Une rencontre détaillée d'orientation pour les nouveaux membres a eu lieu en février.

En janvier 2012, le CROM a mis en place un « tableau de bord » afin de faciliter au fil du temps l'évaluation du rendement par le conseil dans des domaines tels que la liste d'attente et le nombre d'incidents/accidents, ainsi que pour 14 autres indicateurs de performance.

Mettre l'accent sur la qualité

Le processus d'agrément en cours du CROM a orienté la DSP dans la mise à jour des normes de soins dans tous les secteurs de l'établissement. En premier lieu, elle a procédé à une révision majeure de la politique actuelle en place depuis 1998. Des consultations, des contrôles de la qualité et des évaluations résidentielles ont permis de créer une nouvelle vision des normes de soins au Centre.

À la DSAF, une fructueuse initiative découlant de la transition opérée à la Résidence Mayfair a entraîné la réaffectation d'une partie de l'ancien personnel de la résidence au suivi systématique des critères résidentiels de qualité et de sécurité. Cette mesure a permis aux autres membres du

personnel clinique de se libérer et de concentrer ses efforts sur des objectifs d'intervention. La mise en place de grilles de classification détaillées a également permis d'examiner en profondeur les services requis par chaque client.

Un employeur de choix

À la direction des services administratifs (DSA), le plan de développement des ressources humaines publié en 2010 a fait l'objet d'une révision en profondeur en 2012. Le comité sur la gestion de projets et l'organisation du travail a terminé son mandat et un comité pour assurer la sécurité des actifs informationnels a pris naissance.

La campagne annuelle de vaccination des employés contre la grippe saisonnière a connu une augmentation de 5 % du nombre de travailleurs vaccinés (106), c'est-à-dire 29,2 % du personnel.

Le comité paritaire santé/sécurité au travail a élaboré à l'intention des employés un formulaire pour le signalement des situations dangereuses ou à risques, ce qui facilite l'adoption de mesures correctives avant qu'un accident ne se produise.

Un centre d'apprentissage

De septembre 2011 à juin 2012, le CROM est redevenu un terreau d'enseignement et d'apprentissage pour les étudiants de plusieurs universités. Les étudiants en travail social de la DSP ont accompli des tâches cliniques auprès d'usagers et de familles, en plus de soutenir le Comité des usagers au cours d'une vérification de l'hygiène des mains. Quant aux étudiants en psychologie, ils ont uni leurs efforts à ceux de psychologues chevronnés afin de mener des évaluations en matière d'autisme.

Pour la deuxième année consécutive, le CROM a publié un programme détaillé de formation pour les employés, les responsables de ressources non institutionnelles et les parents ; cette fois, le programme comprenait aussi des séances adaptées aux usagers du CROM. Le Centre est fier d'avoir apporté son soutien et d'avoir fourni à son personnel et à ses administrateurs plus de 12 352 heures de formation à l'interne et à l'externe.

Projets de recherche en cours

Pendant l'année 2011-2012, la DSP a supervisé la révision et la mise à l'essai du troisième sondage sur la satisfaction des clients du CROM qui sera réalisé en 2012-2013. La recherche appliquée est demeurée une priorité et a continué d'influencer les pratiques du Centre. L'an dernier, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a accordé au CROM une subvention de 100 000 \$ qui permettait d'évaluer et de mettre au point les meilleures pratiques pour l'évaluation et le traitement de la stéréotypie¹. L'évaluation du programme d'intervention comportementale intensive (ICI) du CROM s'est également poursuivie.

Sensibilisation de la communauté

Dans le cadre de la Semaine québécoise de la déficience intellectuelle, la DSEF a tenu un kiosque pendant une journée à l'Hôpital de Montréal pour enfants. De plus, elle a organisé une séance d'information à l'intention des policiers locaux en s'appuyant sur une nouvelle brochure du CROM intitulée « Pour une meilleure connaissance la déficience intellectuelle : un bref guide aux professionnels de l'application de la loi en contact avec notre clientèle », dont l'usage sera étendu à la DSAF.

Le Centre a joué un rôle actif dans des salons d'information tenus par les Commissions scolaires Lester-B.-Pearson et English-Montréal. De plus, les services d'intégration communautaire du Centre

¹ Stéréotypie : comportements répétitifs associés à une déficience intellectuelle ou à des troubles du spectre autistique.

ont organisé à nouveau leurs propres journées « portes ouvertes ». Cette année, ces rencontres très prisées ont eu lieu à l'Atelier Labrosse et au Programme de jour Alternatives.

Le personnel du Programme de jour Benny de la DSAF a continué de collaborer avec les services policiers de Montréal en leur offrant des séances d'information et de sensibilisation sur une période de six mois.

Progrès en matière de communications

Le CROM a continué à augmenter le nombre de ses communications électroniques avec les parents, les usagers et les partenaires. Il a publié des courriels deux fois par mois, en plus de mettre à jour régulièrement son site Web sa page Facebook qui compte un nombre croissant d'abonnés. Le Centre a mis en place les bases d'une version nouvelle et simplifiée de son site Web qui sera mis en ligne en 2012-2013. De plus, le Centre a établi une liaison régulière avec les responsables de ressources non institutionnelles et le comité des parents d'usagers adultes. Les quatre directions ont continué à recevoir un soutien en communications dans les dossiers stratégiques, ainsi que dans la production d'outils de communication, tout en contribuant elles-mêmes à l'intranet des employés en pleine croissance et à un comité des communications des plus dynamiques.

Des efforts couronnés de succès

L'inauguration de la Maison Eleanor Côté en juin a été un heureux événement qui a permis au CROM et à la Fondation Taylor-Birks d'accueillir les principaux donateurs du projet lors d'une cérémonie de coupe du ruban, d'une réception de remerciement et d'une journée « portes ouvertes ». Tous ces événements ont bénéficié d'une généreuse attention médiatique. La maison, avec ses grandes pièces et son décor accueillant, a suscité l'admiration de tous. Les familles de 49 enfants ayant des besoins complexes ont commencé à bénéficier de soins de répit offerts dans cette maison. Rappelons que la Maison Eleanor Côté a été construite grâce aux dons des partenaires, des employés et des familles du CROM et de la Fondation Taylor-Birks, ainsi qu'à la collaboration du Centre Marc Vanier, la fondation de gestion immobilière à but non lucratif propriétaire de la maison.

Rapport de la gestion des risques

Le CROM a continué à faire preuve de son engagement continu en matière de gestion des risques en tant que moyen essentiel d'assurer la protection des clients, des employés et des ressources.

Déclarations d'incident et d'accident

Au total, 3 109 incidents/accidents ont été déclarés par le biais du système GESRISK en 2011-2012, ce qui constitue une augmentation de 28,5 % par rapport à 2010-2011. Les principaux facteurs expliquant cette augmentation sont une croissance de la culture de sécurité au CROM, ainsi que le soutien accordé aux déclarations à titre de composantes essentielles de l'amélioration de la qualité. Mentionnons aussi une plus grande proportion de clients présentant des troubles graves du comportement et la population vieillissante du Centre.

Les incidents/accidents les plus fréquents étaient liés à des agressions, à des chutes et à des erreurs de médication. Des sous-comités relevant du comité de gestion intégrée des risques ont été créés pour chacune de ces catégories d'événements. Cette mesure a permis une analyse plus approfondie des événements et la mise en place de mesures systématiques de prévention.

Afin d'appuyer davantage la déclaration et la divulgation complète des événements, les responsables de ressources résidentielles et le personnel du CROM ont reçu une formation intensive et obligatoire.

Registre provincial

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a commencé à exiger des établissements la déclaration de tous les rapports incidents/accidents dans un registre provincial. Ce registre a été rendu public dans un premier rapport semestriel publié en décembre 2011.

Le CROM a satisfait à cette exigence dans les délais prévus. Les statistiques déclarées par le Centre ont été publiées sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Mesures de contrôle

La DSP a résilié trois contrats de mesures de contrôle et en a autorisé 10 nouveaux. Au 31 mars 2012, 32 contrats de mesure de contrôle étaient en vigueur, comparativement à 25 l'année précédente.

L'an dernier, le CROM a aussi commencé à fournir des données plus détaillées sur les mesures de contrôle en précisant leur nombre et leur type, ainsi que le nombre d'usagers touchés. Par exemple, 48 mesures de contrôle ont été approuvées en 2011-2012. On trouvera les détails concernant les types de mesures dans le rapport annuel sur la gestion intégrée des risques.

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

Résultats 2011-2012 liés au Plan stratégique

1. Le plan d'affaires pour la vente de services spécialisés aux établissements publics intéressés a été mis en suspens en raison des objections de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'avenir de cette mesure de récupération des coûts administratifs et de gestion est incertain. Entre-temps, le CROM attend les clarifications de l'Agence et continue à respecter les contrats en vigueur.
2. Le projet de recherche du CROM mené en collaboration avec l'Université McGill sur l'évaluation de l'efficacité de l'intervention comportementale intensive (ICI) chez les enfants autistes de moins de 6 ans est arrivé à mi-parcours.
3. L'année dernière, les coûts administratifs ont été réduits, bien que la diminution soit inférieure à la cible de 3,5 %.
4. Tel que prévu, on a déterminé et mis à l'essai les composantes de la satisfaction des usagers. Le projet peut passer à la phase suivante.
5. En collaboration avec le Centre Miriam, le CROM a mis en place un système d'accès conjoint (« Accès Ouest ») afin de simplifier les demandes d'accès aux services dans les zones partagées de nos quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS).
6. On a créé un groupe consultatif constitué de parents pour la direction des services aux enfants. Son premier mandat consiste à cibler les questions liées au répit.
7. On a mis en place un calendrier de trois jours par année consacrés aux transferts des connaissances et à la consultation des gestionnaires.
8. Les directions cliniques ont créé de nouvelles équipes qui consignent de façon systématique la conformité des responsables de ressources non institutionnelles (RNI) aux normes de qualité résidentielles.
9. Le cours d'orientation pour les RNI a été suspendu en raison des récentes modifications apportées au cadre de référence pour les ressources résidentielles de type familial et intermédiaires.

Au sujet de l'entente de gestion et d'imputabilité

En novembre 2011, le conseil d'administration du CROM a dû se résoudre à refuser de signer l'entente habituelle de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Cet accord oblige l'établissement à atteindre des objectifs d'accueil et d'optimisation tout en maintenant son équilibre budgétaire.

Cette décision a été prise en raison du grave problème de sous-financement en 2011-2012 qui a empêché le CROM de satisfaire à ses obligations en matière d'accueil en vertu de l'entente.

De plus, le Centre n'a pas été en mesure d'atteindre entièrement ses cibles d'optimisation en raison de la retraite l'année dernière de gestionnaires dont les postes ne pouvaient demeurer vacants. Cette situation devrait se résoudre d'elle-même en 2012-2013.

Les ressources de type familial et intermédiaires

Le CROM détenait des contrats avec 56 ressources de type familial et 115 ressources intermédiaires au 31 mars 2012.

Les données sur la clientèle et les programmes-services

Les statistiques présentées dans les tableaux suivants ne devraient pas être comparées pour les raisons suivantes :

- les règles d'affaires appliquées pour comptabiliser les données 2011-2012 sont différentes de celles utilisées en 2010-2011;
- en 2010-2011, la programmation informatique du SIPAD a faussé les données du nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2011.

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

Âge	Hommes		Femmes		Total	
	Au 31 mars 2012	2011	2012	2011	2012	2011
4 ans et moins	90	79	42	38	132	117
5 à 17 ans	527	335	173	163	700	498
18 à 21 ans	104	74	44	37	148	111
22 à 44 ans	329	323	208	204	537	527
45 à 64 ans	199	193	157	150	356	343
65 ans et +	31	26	21	20	52	46
Total	1280	1030	645	612	1925	1642

Afin d'être comptabilisé parmi le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2012, comme l'an passé, l'intervenant doit avoir réalisé une intervention directe auprès de l'utilisateur durant l'année.

Explication supplémentaire concernant le tableau 1 :

Contrairement à ce qui est indiqué à la dernière colonne du tableau 1, le CROM n'a pas offert des services à 283 nouveaux utilisateurs en 2011-2012.

En fait, cette « augmentation » du nombre d'utilisateurs s'explique par le fait que le ministère de la Santé et des Services sociaux a modifié ses règles d'affaires en 2011-2012, obligeant ainsi le système de données à enregistrer des utilisateurs qui n'avaient pas été comptabilisés l'année précédente.

La FQCRDITED¹, qui représente les centres de réadaptation en déficience intellectuelle/autisme de la province, a demandé à ses membres de ne pas apporter d'ajustement aux statistiques dans ces cas, comme cela s'est fait les années précédentes, mais plutôt d'expliquer l'écart.

¹ FQCRDITED = Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

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

Milieu de vie	Nombre de personnes	
	Au 31 mars 2012	2011
Milieux naturels (parents et autonomes)	1306	1043
Services en contexte d'intégration résidentielle	594	582
Autres	25	17
Total	1925	1642

Comme l'an passé, les services vendus à d'autres établissements sont inclus dans ce tableau pour l'année 2011-2012.

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

Programme - Service	Nombre de personnes	
	Au 31 mars 2012	2011
En contexte d'intégration communautaire	248	259
En contexte d'intégration au travail: atelier de travail	50	49
Intégration à l'emploi	42	38
Support des stages	299	452
Soutien des stages individuels	146	
Total	785	798

Comme l'an passé, les services vendus à d'autres établissements sont inclus dans ce tableau pour l'année 2011-2012. Afin d'être comptabilisé parmi le nombre d'utilisateurs inscrits au 31 mars 2012, comme l'an passé, l'intervenant doit avoir réalisé une intervention directe auprès de l'utilisateur pendant l'année.

Tableau 4 : Nombre de personnes en attente de services

Programme-service	Nombre de personnes					
	31 mars 2012			31 mars 2011		
	DI	TED	TOTAL	DI	TED	Total
Premier service	116	215	331	136	202	338
Intégration résidentielle	153	83	236	141	97	238
Intégration communautaire	21	10	31	50	19	69
Intégration au travail	50	13	63			
Service d'adaptation et de réadaptation à la personne et à sa famille	165	485	650	236	418	654

Les données fournies à la première ligne du tableau représentent le nombre d'utilisateurs en attente sans aucun service de l'établissement au 31 mars 2012. Les données fournies aux trois dernières lignes du tableau représentent le nombre d'utilisateurs ayant déjà reçu un premier service et en attente pour un ou plusieurs programmes-services au 31 mars 2012.

Orientations du CROM pour 2012-2013

1. Planifier et mettre en œuvre une réorganisation en profondeur de la direction, de l'administration, du soutien professionnel et de la prestation de service qui permettra au CROM d'atteindre ses objectifs d'optimisation au cours des deux prochaines années, de manière à dégager des fonds qui permettront de désengorger la liste d'attente et de renforcer notre spécialisation.
2. Achever le projet de recherche conjoint visant à évaluer l'efficacité de l'intervention comportementale intensive (ICI).
3. Réduire les coûts administratifs sous la cible de 6 % des coûts totaux fixée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
4. Mener à terme le projet de recherche visant à déterminer les composantes de la satisfaction de l'utilisateur.
5. En collaboration avec le Centre Miriam, élaborer et mettre en place une offre de service conjointe et intégrée.
6. Appliquer le nouveau cadre ministériel relatif aux ressources intermédiaires et de type familial, s'il est disponible.
7. Continuer à recruter des professionnels afin de renforcer la spécialisation des services.
8. Avec le soutien de nos partenaires, formuler une proposition et lancer une campagne de financement pour la réalisation du prochain grand projet : un complexe destiné aux clients présentant des troubles graves du comportement.
9. Entreprendre en collaboration avec le Centre Miriam un plan d'optimisation d'une durée de trois ans qui comprend des objectifs ciblés et la redistribution des ressources.
10. Appliquer les principes d'une gestion allégée aux processus afin de maximiser les résultats concernant les employés.
11. Commencer la phase 1 du projet « Entreprise en santé ».

Les conseils et comités de l'établissement

Conseil d'administration

Comité exécutif

Gary Whittaker, Président

Jacques Nolin, Vice-président

Ron Creary, Directeur général par intérim et secrétaire

Conseil d'administration

Membres

Stephane Bertrand

Monique Bureau

François Côté

Nathalie Garcin

Bill Jay

Ingrid Lockett

Evelyn Lusthaus

Ian Moodie

Marjorie Rutherford

Jacqueline Scott

Suzanne Sévigny

Linda Sheehan

Frank Vincelli

Gary Waxman

Kelly Wilson

Comité de vérification et des finances

Jacques Nolin, Président

Ian Moodie

Suzanne Sévigny

Ron Creary

Comité d'éthique et de déontologie

Gary Waxman, Président

Stephane Bertrand

Marjorie Rutherford

Ron Creary

Conseil multidisciplinaire

Membres

Monique Bureau, présidente

Frank Vincelli, vice-président

Sébastien Tremblay, trésorier

Ron Creary, directeur général par intérim

Sylvie Barbara

Rhoda Root

Stephanie Torchin

Kelly Wilson



Rapport 2011-2012

L'année dernière, Monique Bureau et Stephanie Torchin ont été réélues au comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CM) où elles ont occupé les postes de représentantes des professionnels et spécialistes. Un nouveau membre, Sylvie Barbara a été élue au comité exécutif au poste vacant de représentante des éducateurs. À la suite de M^{me} Torchin qui a connu sept années de succès à la présidence du CM, M^{me} Bureau a amorcé son premier mandat à titre de présidente.

Le 21 septembre 2011, un nombre record de 120 personnes, dont 106 membres, a assisté à l'assemblée annuelle du CM. Les participants ont eu à nouveau le privilège d'accueillir la D^{re} Katherine Moxness, directrice des services professionnels, cette fois pour une présentation sur les questions d'éthique et le Comité clinico-légal (CICL) du CROM, en collaboration avec des membres dudit comité. Deux études de cas multifacettes concernant le CM ont été le moment fort de cet événement.

Le comité exécutif du CM a sondé ses membres sur leurs besoins en formation et a transmis les résultats au service des ressources humaines afin d'aider à l'élaboration du programme de formation 2012-2013 du CROM. Deux membres du comité exécutif ont pris la responsabilité de clarifier et de mettre à jour les règlements du CM qui devaient être approuvés par le conseil d'administration en avril 2012.

Un membre du comité exécutif du CM, en collaboration avec les membres des CM de 22 autres centres de réadaptation en déficience intellectuelle/autisme, a continué d'aider la FOCDITED¹ dans l'organisation d'une série de conférences sur l'identité professionnelle. Cet événement qui se tiendra en 2012-2013 aura pour thème les aptitudes interprofessionnelles à l'intérieur de nos centres.

En 2011-2012, les membres du comité exécutif, Monique Bureau, Frank Vincelli et Kelly Wilson, ont fort bien représenté le personnel clinique au sein du conseil d'administration du CROM. D'autres membres ont poursuivi leur engagement dans le sous-comité du SIPAD² afin de redéfinir les procédés cliniques et de relever les défis que cela comporte, ainsi que dans le comité de gestion des risques, le comité pour le plan de développement des ressources humaines et le sous-comité du conseil d'administration sur la gouvernance.

Priorités pour 2012-2013

1. Mieux faire connaître les besoins cliniques des membres.
2. Contribuer au perfectionnement du personnel clinique par l'entremise de la formation des employés, d'activités de transfert des connaissances, d'une représentation au sein de sous-comités et des orientations cliniques, en collaboration avec l'établissement.
3. Continuer l'élaboration du code d'éthique des éducateurs.

Monique Bureau, présidente

¹ FOCDITED : Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

² SIPAD : Système d'information pour les personnes ayant une déficience

Le comité de vigilance et de la qualité

Membres

Bill Jay, President	Ron Creary, directeur général par intérim
Nathalie Garcin	Dominique Normand,
Evelyn Lusthaus	commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est un comité de travail du conseil d'administration dont la mission consiste à cerner les problèmes qui nécessitent des mesures correctives systémiques. Le comité a pour objectif 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.

Rapport 2011-2012

1. Une préoccupation majeure du comité est de continuer à assurer la sûreté et la sécurité des personnes confiées aux soins du CROM, des employés et des responsables de ressources non institutionnelles (RNI). Depuis le dépôt à la fin de l'année 2011 d'un rapport exhaustif de vérification sur la sûreté et la sécurité, le CVQ collabore avec la direction afin de s'assurer que ses recommandations sont intégrées aux politiques et pratiques du CROM.

2. Le CVQ a examiné les difficultés rencontrées lors de la mise en place du nouveau système SIPAD¹ et ses répercussions sur la réalisation ponctuelle des Plans d'intervention (PI), un outil essentiel dans le travail quotidien du CROM avec sa clientèle.

3. Des enquêtes internes menées à la suite d'événements majeurs faisaient l'objet de discussions à la fin de l'exercice financier. Les enquêtes sont des sujets sensibles qui couvrent une vaste gamme d'événements et de circonstances. Les objectifs du CVQ sont les suivants : comprendre le processus en cause; établir des normes relativement aux délais de transmission des résultats de l'enquête afin de minimiser toute perturbation ou tout sentiment de détresse chez les employés, les usagers et les familles; enfin, mieux sensibiliser les parties sur les intentions et la conduite de ces enquêtes.

4. À chaque rencontre, le CVQ examine le rapport le plus récent de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. En 2011-2012, le CVQ a relevé qu'un nombre important de plaintes traitait des délais d'attente pour bénéficier des services du CROM. Dans chacun des cas, les plaignants ont été informés par la commissaire du fait que le manque de ressources financières de l'établissement ne permettait pas de répondre à leurs requêtes.

Priorités pour 2012-2013

1. Le CVQ continuera d'élargir la discussion et la collaboration avec les diverses composantes du CROM, y compris le conseil multidisciplinaire, le comité des usagers et les autres comités du conseil d'administration, afin de bénéficier de leurs diverses perceptions, informations et opinions.
2. En collaboration avec la direction, le CVQ soumettra au conseil d'administration des recommandations particulières concernant l'établissement de normes minimales en dotation de personnel, ainsi que l'adoption d'un calendrier pour la vérification continue de la qualité des infrastructures physiques du CROM.
3. Le CVQ continuera de traiter des problèmes systémiques concernant la mise en place de SIPAD afin d'éviter d'alourdir les processus cliniques essentiels tels que la révision périodique des Plans d'intervention.

¹ SIPAD : *Système d'information pour les personnes ayant une déficience*
Rapport annuel 2011-2012 du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

Bill Jay, président

Le comité des usagers



Membres

Joseph Malko, Président

Stephane Bertrand, Co-président

Stratis Ioannou, Vice-président

Stephen Goulet, Co-vice-président

Maria Berrafato, Secrétaire

Lydia Waddell, Co-secrétaire

Joseph Malko, Trésorier

Tina Lemieux, Co-trésorière

Thérèse Bélanger Ardron

Paul Coudriau

Jerry Haikalis

Guy Lindstrom

Marjorie Rutherford

Mary Sarantidis

Kosta Tsambalieros

Rapport 2011-2012

Ce fut une année de grande activité, comme d'habitude, au cours de laquelle le Comité des usagers du CROM a tenu six réunions et a honoré son mandat d'appuyer les usagers et de défendre leurs droits.

Le Comité a collaboré avec l'équipe de gestion du CROM à la conception d'un programme de formation destiné tout particulièrement aux usagers. Les séances de formation ont été bien accueillies et ont couvert divers sujets, par exemple les mesures d'urgence, comment faire face à l'intimidation et le code d'éthique adapté pour les usagers.

La participation des membres a également été mise à contribution dans l'élaboration d'un nouveau questionnaire adapté pour le troisième sondage sur la satisfaction des usagers, qui était en cours à la fin de l'année.

Des membres du Comité exécutif, Marjorie Rutherford et Stephane Bertrand (respectivement, parent et usager adulte du CROM) ont continué de représenter activement les intérêts des usagers au conseil d'administration du CROM; M. Bertrand était toujours membre du Comité de gestion intégrée du risque de l'établissement.

Le Comité des usagers a produit de nouvelles versions, plus modernes, de ses affiches et de sa bannière afin de promouvoir les divers moyens qu'il peut aider les usagers du CROM.

Pour la deuxième année consécutive, des représentants du Comité des usagers ont secondé la direction des services professionnels en menant des inspections pour le lavage des mains dans des points de service de l'établissement. Avec le soutien des étudiants en travail social du CROM, ils ont aussi apporté leur contribution au « livre de l'expérience » qui décrit les défis quotidiens auxquels font face les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Notre équipe a continué de fournir son soutien moral et financier au Comité des parents d'adultes du CROM; nous avons participé à certaines de ses réunions et assuré une liaison constante avec lui. Nous espérons voir la formation d'un comité similaire réunissant des parents d'enfants desservis par le CROM et nous sommes tout à fait prêts à le soutenir.

Notre Comité a encore apporté son soutien aux Olympiques spéciaux et au Centre de développement humain par les arts (CAHD) de l'Université Concordia; il a également continué d'être représenté à un Comité d'usagers provincial.

Les membres ont accueilli avec plaisir la nomination de Lucy Battista, chef en réadaptation, en tant que nouvelle chargée de liaison du CROM, et ils voudraient exprimer à Jack Carlon leur sincère gratitude pour les nombreuses années où il a occupé ce poste.

Joseph Malko, président

Le comité de gestion intégrée des risques

Afin d'avoir une meilleure diffusion de l'information, d'accélérer le processus de mise en place de plans d'action suite aux incidents et accidents, et afin que toutes les directions jouent un rôle dans la réduction des risques et dans l'amélioration de la qualité, le comité de gestion intégrée des risques inclut des représentants de chacune des quatre directions.

Membres

Katherine Moxness, présidente	Stephane Bertrand, co-président, Comité des usagers
Monique Bureau, vice-présidente	Cedalia Barbara, directrice, services administratifs
Sylvie Dugas, secrétaire et gestionnaire des risques	Martine Beurivage, directrice, services aux enfants
Sabine Monosiet, agente de planification (gestion des risques)	Rhoda Root, directrice, services aux adultes
Louise Epstein, chef du service de santé (premier semestre)	Emmanuella Michel, représentante RNI - enfants
Shelja Arya, chef du service de santé (deuxième semestre)	Glen Fletcher, représentant RNI - adultes

Rapport 2011-2012

Au cours de l'année 2011-2012, le comité a tenu cinq rencontres. Les principaux thèmes abordés et activités réalisées ont été les suivants :

- Une nouvelle version du document "Administration sécuritaire de la médication" a été élaborée
- Un programme d'exercices physiques pour les personnes à risque de chute a été mis sur pied dans les milieux résidentiels et communautaires
- Une entente avec le Centre Constance-Lethbridge a été signée pour la mise en place d'un programme d'entretien préventif pour les fauteuils roulants
- Des stratégies préventives pour réduire la fréquence des comportements d'agression envers les intervenants ont été recommandées dans les trois environnements les plus à risques
- Un dépliant sur la « Divulgence » a été élaboré et distribué aux usagers et leurs familles ainsi que dans les divers points de services
- Tous les types d'infections déclarés par le biais du système GESRISK ont été suivis par le service de santé de la direction des services professionnels. De plus, des stratégies de prévention ont été réitérées (ex. lavage des mains, désinfection des surfaces, etc.). En 2011-2012, il n'y a eu aucun rapport d'infection nosocomiale.
- Participation des usagers et des familles à la culture de sécurité :
 - . Prévention et contrôle des infections par le biais d'une activité de « Vérification de l'hygiène des mains »
 - . Calendrier de formation produit pour répondre aux besoins et intérêts identifiés par les membres du comité des usagers.

Chaque sous-comité (agressions, chute et médication) a poursuivi ses activités afin d'assurer la diffusion de recommandations concrètes applicables dans les milieux.

Katherine Moxness, présidente

Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes

Au cours de l'exercice 2011-2012, six dossiers de plaintes ont été conclus.

Le traitement de ces six plaintes s'est effectué à l'intérieur du délai de 45 jours imparti par la loi. Aucun dossier de plainte n'était en cours de traitement à la fin de l'exercice financier. Aucun dossier n'a fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen.

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

Répartition des motifs des plaintes conclues par catégorie

Catégories	2011-2012 Nombre de motifs de plaintes		2010-2011 Nombre de motifs de plaintes	
	(N)	(%)	(N)	(%)
Accessibilité	4	50	4	40
Soins et services dispensés	3	38	4	40
Relations interpersonnelles	-	-	1	10
Organisation du milieu et ressources matérielles	-	-	1	10
Aspects financiers	-	-	-	-
Droits particuliers	1	12	-	-
Autres	-	-	-	-
TOTAL¹	8	100	10	100
Nombre de plaintes conclues	6	-	7	-

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

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

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

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

Le processus d'analyse des plaintes conclues a mené à la formulation de 20 recommandations : huit avaient trait spécifiquement aux situations dénoncées (portée individuelle) et douze étaient de nature organisationnelle (portée systémique). Les recommandations formulées avaient trait principalement à la réduction des délais d'attente et à l'évaluation des besoins.

Par ailleurs, en vertu du pouvoir d'intervention, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est intervenue dans deux dossiers. Le pouvoir d'intervention est conféré par la loi à tout commissaire local; ce pouvoir lui permet d'intervenir en dehors du cadre formel du traitement d'une plainte lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

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

Répartition des motifs d'intervention par catégorie

Catégories	2011-2012	
	Nombre de motifs d'intervention	
	(N)	(%)
Accessibilité	-	-
Soins et services dispensés	2	100
Relations interpersonnelles	-	-
Organisation du milieu et ressources matérielles	-	-
Aspects financiers	-	-
Droits particuliers	-	-
Autres	-	-
TOTAL ¹	2	100
Nombre d'interventions effectuées	2	-

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

Le traitement des dossiers d'intervention a mené à la formulation de trois recommandations; essentiellement à portée individuelle, elles avaient trait à l'adaptation des services ainsi qu'à l'adaptation du milieu et de l'environnement.

Enfin, huit demandes d'assistance ont été adressées à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Ces demandes portaient principalement sur l'obtention d'information concernant les services offerts et les droits particuliers (droit à l'information, droit de participation aux décisions).

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

Dans un autre ordre d'idées, dans une perspective d'amélioration du régime d'examen des plaintes, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a participé à différentes activités d'information et de formation continue tant au plan régional que provincial.

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

Rapport de la direction

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

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



Ron Creary
Directeur général par intérim



Cedralia Barbara
Directrice des services administratifs



Raymond Chabot Grant Thornton

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 2012, l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) et du fonds d'immobilisation, l'état des charges brutes par centres d'activités et l'état de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2012 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités 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 2 à la circulaire 2012-012 (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

2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, tel qu'exigé par le MSSS, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadienne pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'établissement.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités et de la variation de sa dette nette pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

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

Montréal

Le 20 juin 2012

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

Les états financiers résumés

ÉTATS DES RÉSULTATS

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	Exploitation	Immobilisation	Total	
	2011-2012	2011-2012	2011-2012	2010-2011
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	39 126 234	437 207	39 563 441	37 199 542
Contributions des usagers	4 046 224		4 046 224	3 887 850
Ventes de services et recouvrements	3 320 995		3 320 995	4 709 665
Donations	25 380	5 543	30 923	16 657
Placements	10 342	354	10 696	
Autre	21 558	13 274	34 832	70 729
TOTAL	46 550 733	456 378	47 007 111	45 884 443
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	22 403 475		22 403 475	22 342 246
Médicaments	92 723		92 723	83 132
Fournitures médicales et chirurgicales	1 673		1 673	3 244
Rétribution versées aux ressources non institutionnelles	18 492 838		18 492 838	17 833 822
Frais financiers		168 786	168 786	139 491
Entretien et réparations	89 193	1 059	90 252	124 754
Amortissement des immobilisations		315 168	315 168	276 508
Autres	5 393 246		5 393 246	5 082 096
TOTAL	46 473 148	485 013	46 958 161	45 885 293
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	77 585	(28 635)	48 950	(850)

ÉTATS DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	Exploitation	Immobilisation	Total	
			2011-2012	2010-2011
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	1 678 125	1 144	1 679 269	1 860 913
Débiteurs (Agence et MSSS)	447 570	97 745	545 315	110 765
Autres débiteurs	2 290 709	3 845	2 294 554	2 445 330
Créances interfonds	54 367	(54 367)		
Subvention à recevoir - réforme comptable	2 083 706	589 075	2 672 781	2 659 818
Frais reportés		6 312	6 312	7 364
Autres éléments	86 307		86 307	78 904
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	6 640 784	643 754	7 284 538	7 163 094
PASSIF				
Emprunts temporaires		150 725	150 725	3 143
Autres créditeurs et autres charges à payer	6 547 797		6 547 797	6 540 470
Avances de fonds de l'Agence - enveloppes décentralisées		383 578	383 578	30 660
Intérêts courus à payer		97 745	97 745	94 001
Revenus reportés	68 843	39 136	107 979	314 906
Dettes à long terme		2 825 087	2 825 087	2 959 370
Autres	12 231		12 231	1 662
TOTAL DES PASSIFS	6 628 871	3 496 271	10 125 142	9 944 212
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	11 913	(2 852 517)	(2 840 604)	(2 781 118)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		2 906 180	2 906 180	2 734 916
Frais payés d'avance	117 105		117 105	179 933
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	117 105	2 906 180	3 023 285	2 914 849
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	129 018	53 663	182 681	133 731

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	Exploitation	Immobilisation	Total	
			2011-2012	2010-2011
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(90 045)	(2 691 073)	(2 781 118)	(2 632 888)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(90 045)	(2 691 073)	(2 781 118)	(2 632 888)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	77 585	(28 635)	48 950	(850)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		(486 432)	(486 432)	(388 005)
Amortissement de l'exercice		315 168	315 168	276 508
TOTAL		(171 264)	(171 264)	(111 497)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de frais payés d'avance				(85 883)
Utilisation de frais payés d'avance	62 828		62 828	
TOTAL	62 828		62 828	(85 883)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(38 455)	38 455		50 000
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	101 958	(161 444)	(59 486)	(148 230)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	11 913	(2 852 517)	(2 840 604)	(2 781 118)

FONDS D'EXPLOITATION PAR CENTRE D'ACTIVITÉS

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	2011-2012	2010-2011
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Programme résidentiel		
Ressources intermédiaires, de type familial et autres	21 488 601	20 941 983
Total du secteur	21 488 601	20 941 983
Programme d'intégration communautaire		
Services d'adaptation et réadaptation – intégration communautaire	1 638 504	1 642 778
Atelier de travail	90 266	95 335
Support aux stages en milieu de travail	170 230	183 620
Intégration à l'emploi	78 124	82 059
Total du secteur	1 977 124	2 003 792
Services d'adaptation et réadaptation à la personne	15 997 418	15 634 743
Services de soutien		
Gestion et soutien aux programmes	2 005 701	2 213 673
Informatique	439 848	385 639
Réception, archives, télécommunications	57 432	32 212
Total du secteur	2 502 981	2 631 524
Services administratifs		
Administration générale	2 821 280	2 857 262
Total du secteur	2 821 280	2 857 262
Mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	94 068	52 200
Services techniques		
Entretien ménager	448 106	430 589
Fonctionnement des installations	803 762	721 611
Sécurité	58 325	31 392
Entretien et réparation des installations	165 981	126 314
Total du secteur	1 476 174	1 309 906
TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS	46 357 646	45 431 410

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Adopté le 20 mai 2003

SECTION 1 – GÉNÉRALITÉS

Article 1 : Objectif général et champ d'application

1.1 Contenu

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

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

1.2 Portée

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

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

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

Article 2 : Définitions

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

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

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

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

SECTION 2 - DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Article 3 : Devoirs des administrateurs

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

3.1 Priorités et orientations

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

3.2 Qualité

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

3.3 Droits des usagers

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

3.4 Efficience

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

Les états financiers résumés

ÉTATS DES RÉSULTATS

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	Exploitation	Immobilisation	Total	
	2011-2012	2011-2012	2011-2012	2010-2011
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS	39 126 234	437 207	39 563 441	37 199 542
Contributions des usagers	4 046 224		4 046 224	3 887 850
Vente de services et recouvrements	3 320 995		3 320 995	4 709 665
Dons	25 380	5 543	30 923	16 657
Placements	10 342	354	10 696	
Autre	21 558	13 274	34 832	70 729
TOTAL	46 550 733	456 378	47 007 111	45 884 443
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	22 403 475		22 403 475	22 342 246
Médicaments	92 723		92 723	83 132
Fournitures médicales et chirurgicales	1 673		1 673	3 244
Rétribution versées aux ressources non institutionnelles	18 492 838		18 492 838	17 833 822
Frais financiers		168 786	168 786	139 491
Entretien et réparations	89 193	1 059	90 252	124 754
Amortissement des immobilisations		315 168	315 168	276 508
Autres	5 393 246		5 393 246	5 082 096
TOTAL	46 473 148	485 013	46 958 161	45 885 293
SURPLUS (DÉFICIT)	77 585	(28 635)	48 950	(850)

ÉTATS DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	Exploitation	Immobilisation	Total	
			2011-2012	2010-2011
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	1 678 125	1 144	1 679 269	1 860 913
Débiteurs (Agence et MSSS)	447 570	97 745	545 315	110 765
Autres débiteurs	2 290 709	3 845	2 294 554	2 445 330
Créances interfonds	54 367	(54 367)		
Subvention à recevoir réforme comptable	2 083 706	589 075	2 672 781	2 659 818
Frais reportés		6 312	6 312	7 364
Autres	86 307		86 307	78 904
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	6 640 784	643 754	7 284 538	7 163 094
PASSIF				
Emprunts temporaires		150 725	150 725	3 143
Autres créditeurs et autres charges à payer	6 547 797		6 547 797	6 540 470
Avance de fonds (Agence) – enveloppes décentralisées		383 578	383 578	30 660
Intérêts courus à payer		97 745	97 745	94 001
Revenus reportés	68 843	39 136	107 979	314 906
Dettes à long terme		2 825 087	2 825 087	2 959 370
Autres	12 231		12 231	1 662
TOTAL DES PASSIFS	6 628 871	3 496 271	10 125 142	9 944 212
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	11 913	(2 852 517)	(2 840 604)	(2 781 118)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisation		2 906 180	2 906 180	2 734 916
Frais payés d'avance	117 105		117 105	179 933
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	117 105	2 906 180	3 023 285	2 914 849
SURPLUS (DÉFICIT) CUMULÉ	129 018	53 663	182 681	133 731

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	Exploitation	Immobilisation	Total	
			2011-2012	2010-2011
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(90 045)	(2 691 073)	(2 781 118)	(2 632 888)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(90 045)	(2 691 073)	(2 781 118)	(2 632 888)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	77 585	(28 635)	48 950	(850)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions		(486 432)	(486 432)	(388 005)
Amortissement de l'exercice		315 168	315 168	276 508
TOTAL		(171 264)	(171 264)	(111 497)
VARIATIONS DUES AUX STOCK DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de frais payés d'avance				(85 883)
Utilisation de frais payés d'avance	62 828		62 828	
TOTAL	62 828		62 828	(85 883)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(38 455)	38 455		50 000
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	101 958	(161 444)	(59 486)	(148 230)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	11 913	(2 852 517)	(2 840 604)	(2 781 118)

FONDS D'EXPLOITATION PAR CENTRE D'ACTIVITÉS

Exercice financier terminé le 31 mars 2012

	2011-2012	2010-2011
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Programme résidentiel		
Ressources intermédiaires, de type familial et autres	21 488 601	20 941 983
Total du secteur	21 488 601	20 941 983
Services d'intégration communautaire		
Services d'adaptation et réadaptation – intégration communautaire	1 638 504	1 642 778
Atelier de travail	90 266	95 335
Soutien aux stages en milieu de travail	170 230	183 620
Intégration à l'emploi	78 124	82 059
Total du secteur	1 977 124	2 003 792
Services d'adaptation et réadaptation à la personne	15 997 418	15 634 743
Services de soutien		
Gestion et soutien aux programmes	2 005 701	2 213 673
Informatique	439 848	385 639
Réception, archives, télécommunications	57 432	32 212
Total du secteur	2 502 981	2 631 524
Services administratifs		
Administration générale	2 821 280	2 857 262
Total du secteur	2 821 280	2 857 262
Mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	94 068	52 200
Services techniques		
Entretien ménager	448 106	430 589
Fonctionnement des installations	803 762	721 611
Sûreté	58 325	31 392
Entretien et réparation des installations	165 981	126 314
Total du secteur	1 476 174	1 309 906
TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS	46 357 646	45 431 410

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Adopté le 20 mai 2003

SECTION 1 – GÉNÉRALITÉS

Article 1 : Objectif général et champ d'application

1.1 Contenu

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

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

1.2 Portée

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

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

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

Article 2 : Définitions

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

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

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

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

SECTION 2 - DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Article 3 : Devoirs des administrateurs

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

3.1 Priorités et orientations

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

3.2 Qualité

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

3.3 Droits des usagers

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

3.4 Efficience

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

3.5 Ressources humaines

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

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

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

4.1 Disponibilité et participation active

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

4.2 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 camoufflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

5.3 Conflits de devoirs ou d'intérêts

Éviter les conflits de devoirs ou d'intérêts.

5.4 Biens de l'établissement

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

5.5 Avantages ou bénéfices

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

5.5.2 Ni accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens;

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

5.6 Traitement

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

5.7 Transparence

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

5.8 Interventions abusives

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

5.8.2 S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches;

5.8.3 S'abstenir d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

5.9 Directeur général

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

Article 6 : Obligations après le mandat

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

6.1 Avantage

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

6.2 Intervention

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

6.3 Emploi

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

6.4 Confidentialité

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

6.5 Réputation

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

Article 7 : Engagements

7.1 Déclaration d'intérêts

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

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

7.2 Engagement personnel

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

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

7.3 Engagement des membres du comité

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

SECTION 3 - SERVICES EXCLUSIFS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

8.1 Exclusivité et exceptions

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

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

Article 9 : Déclaration du directeur général

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

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

Article 10 : Modalités

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

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

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

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

SECTION 4 - MÉCANISME D'APPLICATION DU CODE

Article 11 : Demande d'examen et enquête

11.1 Introduction d'une demande d'examen

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

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

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

11.2 Examen sommaire

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

11.3 Tenue de l'enquête

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

11.4 Information de l'administrateur concerné

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

11.5 Transmission du rapport au conseil

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

Article 12 : Sanctions

12.1 Décision

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

12.2 Sanctions

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

Article 13 : Publicité

13.1 Consultation du Code

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

Les cas traités en 2011-2012

Aucun dossier n'a dû être traité en regard du code d'éthique et de déontologie des administrateurs en 2011-2012.

La reconnaissance des années de service

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

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

35 ANNÉES DE SERVICE

SHARON BROADWAY
NABIL COBEIN
PETER FISET
JUDITH GRANDSIRE
FRANCO IANNETTA
JANET MACGILLIVRAY
GRACE MACKIEWICZ
JAMES NEESON
JOHN REED

30 ANNÉES DE SERVICE

EMMELINE FRANÇOIS
MARY BABIN
LOUISE BERLINGUETTE
DEBORAH BROMILOW
JUNE DANIELS
AGNESE FULGINITI
PATRICK GRIFFIN
SYLVIA MCCLEAN
NANCY NURSE
MONIC RACINSKAS
EMILY SULLIVAN
HILARY TAYLOR

25 ANNÉES DE SERVICE

MARY BERTONE
JACK CARLON
OLA OKORIE

20 ANNÉES DE SERVICE

JAMES TODD
YVONNE ADRIAANSE
JENNIFER BAILEY
GIOVANNI BARONE
DONNA CAMERON
KENNETH CLARKE
MARIO DUFOUR
PAMELA FORDE
SPYROS GKIKAS
SHELLEY GOULET
JOEHANNA JACQUES
JOHANNE LAFRANCE
MARK LEBLANC
DALE MACKINNON
FERNE PAUL
KILEY PHILP
PENELOPE PURKEY
MAUREEN ROBERTS
SCOTT STAPLES
ERROL WALTERS

15 ANNÉES DE SERVICE

ARAM ALBORZI
MARTINE BEAURIVAGE
DIANA BHOOP
FRANCES ENGEL
ORIEL HINDS
STEVE JOHNSON
NANCY LATULIPPE
MARIA TERESA SANTANDER
FRANK VINCELLI

RETRAITÉS EN 2011-2012

MICHAEL BABIN
LOUISE EPSTEIN
LINDA JONES
GEORGIA KOUROS
CARMELINA SKLIVAS



