



CENTRE
DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL

WEST MONTREAL
READAPTATION
CENTRE

RAPPORT ANNUEL
2013-14

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 «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.

La plupart des insatisfactions concernaient l'accessibilité aux services.

Un sous-financement historique du CROM semble être en cause.

Rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services p. 53

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

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL
D'ADMINISTRATION
à l'occasion de la séance du
22 septembre 2014

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et Archives Canada, 2014

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

PHOTO COUVERTURE
Nathalie Tétraut

4	Notre vision
5	Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale
7	Déclaration de fiabilité
8	Territoire desservi par le CROM
9	L'équipe du CROM et les faits saillants pour l'année 2013-2014
10	- Comité de direction, structure de la direction générale et effectifs
12	- Direction générale
18	- Direction des services administratifs
22	- Direction des services aux enfants et leur famille
26	- Direction des services aux adultes et leur famille
30	- Direction des services professionnels
33	- Gestion des risques : rapport et tableaux
42	Les orientations pour 2014-2015
45	Conseils et comités de l'établissement
48	- Comité de vigilance et de la qualité
49	- Conseil multidisciplinaire
50	- Comité des usagers
51	- Comité de gestion intégrée de risques
53	- Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
54	- Comité des parents
57	États financiers : Le rapport de la direction et résumé du rapport du vérificateur indépendant sur les états financiers
68	Reconnaissance des années de service
70	Code d'éthique



Notre vision

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

Nos valeurs

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

Notre mission

Le CROM est un établissement public de services sociaux qui offre, sur son territoire de desserte, une vaste gamme de services aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme qu'à leur famille.

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 du conseil d'administration et de la directrice générale

Notre conseil d'administration, notre comité des parents, notre comité des usagers, nos trois fondations (Centre Marc-Vanier, Taylor-Birks et SAIM), notre nouvelle directrice générale, notre haute direction, notre équipe de coordination, nos professionnels et paraprofessionnels, nos adjoints et supports administratifs, tous ensemble, unis pour une seule cause : le bien-être des nombreux usagers du CROM.



Le comité des parents et le comité des usagers

Le Comité des Parents et le Comité des usagers ont pris part à toutes nos batailles. Ils ont unis leurs efforts et fait du lobbying pour défendre les droits des usagers et ont lancé une pétition demandant au gouvernement d'augmenter les fonds dédiés aux enfants autistes.



Nos trois fondations accompagnent le CROM et offrent du soutien aux usagers aux prises avec des troubles graves du comportement; elles se sont aussi engagées à nous épauler dans notre désir d'améliorer les différents environnements de nos ressources résidentielles.

Faits saillants

L'année qui se termine fut le témoin de plusieurs succès.

Le CROM a priorisé la santé et la sécurité de ses usagers et employés; nos résultats d'agrément démontrent que notre établissement s'est démarqué par son engagement. Nous avons accru la qualité de nos services aux usagers, enfants et adultes, en ciblant l'accessibilité et en mettant en place un continuum de services. Nous avons réussi à nous approprier le projet d'optimisation en le modelant selon nos besoins; ceci nous a permis de redéployer des ressources vers les services aux enfants afin de répondre plus adéquatement aux besoins d'une liste d'attente qui ne cesse de s'allonger.

2013-14 : une année stimulante, excitante et passionnante !

Partenariats

Nous avons tendu la main à des partenaires et créé le *West End Consortium* (Le consortium de l'Ouest) en collaboration avec le Centre de réadaptation *MAB-MacKay* ainsi qu'avec *Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw*. Des projets administratifs et cliniques furent ciblés dans le but d'assurer un meilleur accompagnement à nos usagers.

Nos partenaires communautaires WIAIH et AVA-TIL ont quant à eux aidé notre services aux adultes à élaborer un nouveau continuum de services pour nos personnes âgées.

Spécialisation

Nous sommes résolument axés sur l'amélioration continue et ne cessons de développer et d'affiner nos connaissances et expertise tout en offrant des services de deuxième ligne aux personnes atteintes de déficience intellectuelle et/ou de troubles du spectre de l'autisme.

La mise en place des quatre guides de pratiques dédiés aux enfants, aux adolescents et aux adultes aux prises avec un TSA et/ou avec des troubles graves du comportement sont des exemples de la détermination du CROM à offrir des services de grande qualité; il n'y a qu'à penser à la nouvelle maison de transition dédiée aux enfants et aux adolescents aux prises avec des TGC ou bien à la spécialisation de la résidence InRoads.

Aller de l'avant

Nous poursuivrons nos efforts et feront plus encore en 2014-2015, avec en tête de liste, la nécessité de s'assurer que le CROM reçoive un financement stable, juste et suffisant et qu'il puisse ainsi continuer d'offrir ses services spécialisés à tous ceux qui en ont tellement besoin !

Nous espérons sincèrement que nous pourrions compter sur votre aide afin de pouvoir y arriver.



Gary Whittaker
Président du conseil d'administration



Dr. Katherine Moxness
Directrice générale

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 les différents contrôles.

À l'exception des données sur la clientèle et les programmes, les résultats et les données du rapport annuel 2013-2014 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.

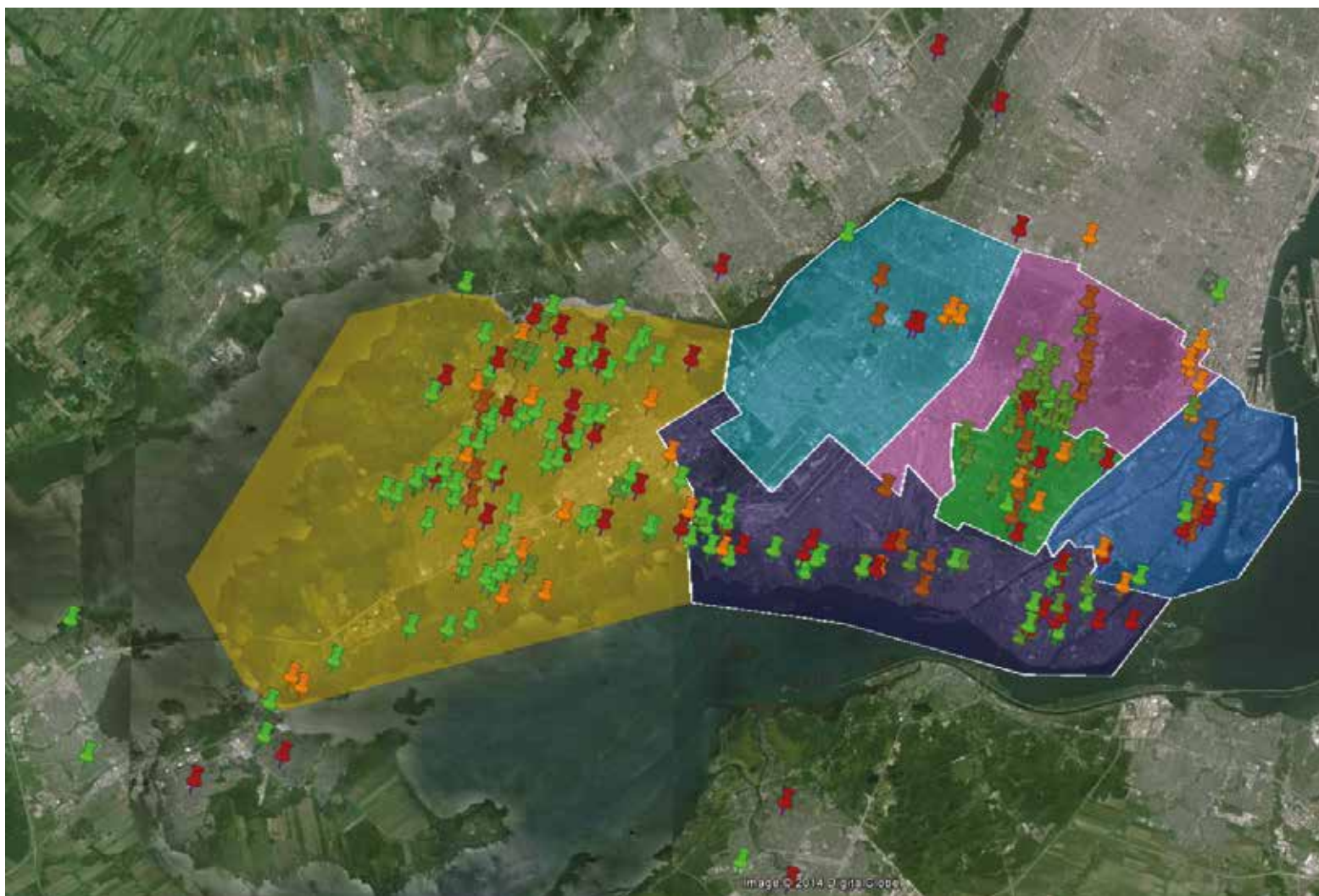
Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

DR. Katherine Moxness

Dre Katherine Moxness
Directrice générale



Le territoire desservi par le CROM et les différentes installations





**L'équipe du CROM
et les faits saillants
pour l'année
2013-2014**

Comité de direction



Dre Katherine Moxness

Directrice générale



Cedralia Barbara

Directrice des services administratifs



Martine Beaurivage

Directrice des services
aux enfants et à leur famille



Dre Marjorie Aunos

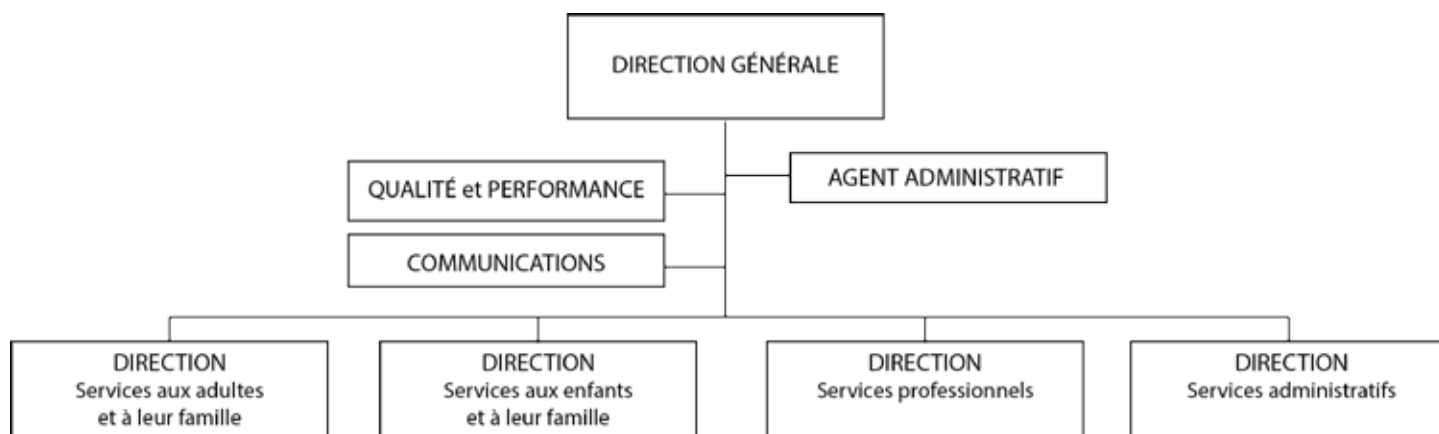
Directrice des services professionnels



Dre Rhoda Root

Directrice des services
aux adultes et à leur famille

Structure de la direction générale



Les effectifs au 31 mars 2014

Personnel cadre

- 32 à temps complet
- 0 à temps complet temporaire

Personnel régulier

- 242 à temps complet
- 16 à temps partiel
- 12 équivalent du temps partiel en temps complet

Employés occasionnels

- 81 occasionnels
- 42 équivalent des employés occasionnels en temps complet

Total

- 371 employés
- 77 164 heures rémunérées à des employés occasionnels



Retour sur 2013-2014

Accomplissements d'objectifs stratégiques

Santé et sécurité

Le CROM a mis l'accent sur la santé et la sécurité de ses usagers, de leur famille et de ses employés et a développé plusieurs initiatives pour favoriser la réduction de différents risques en faisant la promotion de programmes de prévention. L'installation située sur la rue Benny subira plusieurs modifications l'an prochain suite à une évaluation complète des lieux visant à réduire tout facteur de risque pour les usagers et les employés. Une liste de tous les risques potentiels a été dressée et celle-ci sera utilisée pour établir les différents travaux et modifications qui seront nécessaires. Le comité d'agrément a noté avec satisfaction le travail effectué par notre équipe à Benny.

Nos résultats d'agrément furent excellents; nous avons entre autres obtenu une note de 100% par rapport à la conformité des pratiques organisationnelles requises (POR). On a souligné notre personnel engagé, spécialisé et bien formé, le fort engagement des membres de notre conseil d'administration, nos partenariats communautaires, notre système de gestion et notre processus clinique basé sur des données probantes. On a demandé d'améliorer nos partenariats de première et de troisième ligne, notre importante liste d'attente, notre continuité des services et notre système de dépôt des plaintes pour le personnel. Tous ces points figurent dans nos priorités 2014-2015.

OBJECTIFS

- Prioriser la santé et la sécurité des usagers, de leur famille et des employés en éduquant, en adaptant et en mettant en place des programmes de prévention pour réduire différents risques : médicaments, chutes, agressions, mesures d'urgence, etc.

Faits saillants

- Analyse prospective - TGC/Benny
- Suivi du programme de sécurité de l'utilisateur
- Mise en place du comité des mesures d'urgence et accès aisé à l'information via l'Intranet
- Développement de nouvelles politiques et procédures
- Réduction des cas de CSST et de l'assurance salaire
- Toutes les directions ont activement contribué au succès de l'agrément

Le CROM a voulu faire du processus d'agrément un élément permanent d'amélioration constante de la qualité des services fournis.

Toutes les directions sont parvenues à obtenir de nouveau l'agrément et le processus fait maintenant partie intégrante du quotidien de l'établissement.







Qualité, accessibilité, continuité et performance

Le CROM a su utiliser le projet d'optimisation pour modeler son système de gestion selon ses propres besoins; il a ainsi obtenu des résultats très positifs et a développé de nouveaux outils pour s'assurer de la qualité de ses services. Aux prises avec une longue liste d'attente, l'équipe de gestion du CROM a choisi de déployer des ressources du service aux adultes vers celui des enfants ayant pour but de la réduire. Nous avons de plus implanté cinq projets cliniques afin que les enfants et les adultes puissent profiter d'évaluations spécialisées, de plans de traitement professionnels et que leurs familles puissent recevoir de la formation.

OBJECTIFS

- Cibles d'accessibilité (0-6, 6-21)
- Continuité des services socioprofessionnels
- Continuité des services résidentiels et du soutien
- Projets TGC (enfants et adultes)
- Complexe RAC et TGC
- Adoption d'un modèle de qualité et de performance
- Sélection des indicateurs de rendement et développement d'un tableau de bord selon les cibles provinciales établies pour les CRDITED
- Poursuite des projets d'optimisation

Faits saillants

- 2014 usagers desservis
- Transfert de 2 postes de la DSAF vers la DSEF afin de soutenir les enfants
- Projets non-récurrents : 70 enfants (orthophonie et ergothérapie), 37 adultes (évaluations spécialisées), 25 enfants (ICI), 35 familles (évaluations AEO)
- 8 sessions de formation pour les familles sur la liste d'attente
- Engagement du CROM à l'égard du projet d'optimisation et son système de gestion a reçu des notes positives lors de l'agrément
- Poursuite du développement de nouveaux outils pour assurer la qualité
- Optimisation de la technologie et de l'information aux TI

Partenariats

Déterminé à offrir un continuum de services à ses usagers, le CROM a continué le développement de différents partenariats. Nous avons créé un groupe appelé «Le consortium de l'Ouest» en approchant des partenaires tels Mackay-MAB ainsi que Batshaw, avec pour premier objectif de mettre en place des projets administratifs et cliniques pour supporter nos usagers. Nous avons élargi notre groupe en collaborant avec des organismes communautaires tels WIAIH et AVA-TIL ainsi qu'avec des établissements d'enseignement.

OBJECTIFS

- Consortium de l'ouest «West End Consortium»
- Optimisation des ressources
- Consolidation des services de 2^e ligne
- Harmonisation du guichet d'accès pour l'île de Montréal
- Continuer le travail de collaboration avec les partenaires communautaires afin de développer un continuum complet de services

Faits saillants

- Initiatives pour partager les coûts et l'expertise identifiés avec le West End Consortium
- Projet Mackay
- Partenariat WIAIH - continuum de services
- Partenariat avec Batshaw pour la TGC RAC
- Partenariat étendu aux institutions d'enseignement

Spécialisation

Le CROM joue un rôle de premier plan en vue d'assurer la mise en application des guides de pratique servant à définir et à soutenir les personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ainsi que celles aux prises avec un TSA et/ou de la déficience intellectuelle accompagné de troubles graves du comportement. La spécialisation d'InRoads, la création d'une liste de rappel spécialisée ainsi que la réorganisation de services aux adultes reflètent notre engagement envers les guides de pratique ainsi que notre expertise dans ce domaine.

OBJECTIFS

- Continuer l'implantation des 4 Guides de pratiques TED 0-5, 6-17, Adultes et TGC
- Mandats des TGC RAC
- Augmenter l'efficacité / compétences des employés
- Projets TGC
- Projet catégorie IV
- Liste de rappel spécialisée

Faits saillants

- Le CROM assume un rôle de leader par rapport à l'implantation des guides de pratique
- Spécialisation d'InRoads
- Spécialisation de la liste de rappel
- Réorganisation du service aux adultes pour refléter l'expertise

Le CROM a donné priorité à la santé, à la protection et à la sécurité de ses usagers, de leurs familles, et de ses employés via la formation, l'adaptation et l'implantation de différents programmes de prévention médicaments, chutes, agressions, mesures d'urgences, etc.



Soirées de hockey cosom organisées pour des usagers du CROM. Sur la photo, Monique Angnatuk.

Main-d'œuvre - Culture de travail

Le CROM a adopté «Entreprise en santé» avec pour but d'améliorer la santé et le bien-être de tous ses employés. Un comité permanent est maintenant en place et celui-ci devra organiser des activités qui permettront d'informer les employés au niveau de la nutrition, de la santé, de l'exercice ainsi que de les aider à trouver un juste équilibre entre le travail, l'exercice et la famille. Nous avons aussi lancé un nouveau comité en rapport avec l'éthique pour soutenir les employés aux prises avec des dilemmes éthiques qui peuvent surgir lorsqu'ils travaillent avec des personnes qui ont des déficiences et avec leur famille.

OBJECTIFS

- Planification de succession
- Résultats d'Entreprise en santé
- Politique de violence dans le milieu du travail
- Développement d'une politique de supervision clinique et administrative
- Promouvoir l'enseignement, l'apprentissage et le savoir

Faits saillants

- Toutes les équipes soutiennent le programme Entreprise en santé
- Mise sur pied d'un comité permanent
- Implantation du projet Catégorie IV
- Comité de communication réunissant des membres de toutes les directions et comités
- Création d'un comité d'éthique

Produit par le comité des communications du CROM, le magazine interne et bilingue Connexion/Connection permet de **célébrer** le succès des employés, d'expliquer différents projets, de démystifier des procédures et programmes.

Il est disponible sur Intranet et en copie papier.





Qualité et performance

Par Dennis Farley



L'année financière 2013-2014 a porté à l'avant-scène la question de l'intégration et de la consolidation pour ce qui est de la qualité et de la performance au CROM. Le transfert du mandat de la « qualité » à la direction générale a été l'occasion de l'étendre pour englober la « performance », en plus de le rapprocher du service des communications. Ainsi, les notions de « contrôle de la qualité » et d'« assurance de la qualité » sont maintenant abordées selon une perspective plus large et plus exhaustive.

Tout d'abord, le CROM a vécu l'examen aux fins de validation de l'agrément, trois ans après avoir obtenu ledit agrément. Tandis qu'en 2010, le processus avait pour but d'obtenir l'agrément, en 2013 le CROM visait l'intégration du processus pour tout le personnel et les partenaires. Cette fois, le CROM a aussi voulu faire du processus d'agrément un élément permanent d'amélioration constante de la qualité des services fournis. Toutes les directions sont parvenues à obtenir de nouveau l'agrément et le processus fait maintenant partie intégrante du quotidien de l'établissement.

Le processus d'agrément comprend les structures et les activités en place pour évaluer continuellement la qualité de notre travail, tant pour ce qui est de la prestation des meilleurs services possibles que de l'utilisation de la méthode la plus efficace et économique. Au cours de la dernière année, le CROM a aussi entrepris avec la *Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement* (FQCRDITED) des démarches pour déterminer les indicateurs de la qualité et l'efficacité de ses services afin de les mesurer. Nous avons déjà amorcé ce travail grâce au système de performance de la direction (Proaction) instauré l'an dernier. Ce système, en plus des indicateurs de performance, est intégré au nouveau modèle d'évaluation de la performance (*Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé – ÉGIPSS*) qui devrait être en fonction d'ici la fin de 2015. Nous pouvons enfin entrevoir un système qui présente notre performance sous tous ses angles!

Dans le domaine des services sociaux, nous savons que la prestation de services de qualité peut prendre des détours et n'est pas claire et nette. Le CROM a démarré un projet pilote au cours de l'année afin d'apporter un moyen de bien saisir les situations ou les problèmes qui n'ont pas de solutions évidentes ou qui nous posent un dilemme. Le comité de consultation éthique a commencé ses activités en janvier 2014 pour apporter ce type de soutien aux employés et pour soulever des questions récurrentes auprès du conseil d'administration, par le biais du comité de la vigilance et de la qualité.

Bref, une année bien remplie ! Une année où tous les éléments d'une prestation de services de qualité ont été abordés et où la communication autour des thèmes mentionnés ci-dessus s'est améliorée. Malgré les distractions en cours dans le domaine des services publics, ces initiatives favoriseront une approche axée davantage sur l'objectif de fournir les meilleurs services possibles, et de mesurer et rendre compte à tous ce que nous parvenons à accomplir.

NOS RÉALISATIONS

Direction des services administratifs

Santé et sécurité

- Les politiques, procédures, formulaires et capsules relatives aux mesures d'urgence ont été révisés. Une nouvelle page dédiée à ce sujet, créée sur Intranet, rend les informations plus accessibles. Un registre, établi pour recueillir des informations sur tous les événements en mesures d'urgence, permet à l'établissement de développer des indicateurs et comprendre l'incidence de ces événements sur les membres de sa communauté. Des démarches de consolidation des informations et de développement de dossiers électroniques partagés ont aussi été entreprises.

Qualité et accessibilité des services

- Le déploiement de Logibec permet à plus de 275 employés de coder eux-mêmes leur relevé de présence.
- Dans le contexte d'optimisation, le CROM a implanté la virtualisation, VMWARE View, ce qui permet de remplacer 2 000 ordinateurs par des terminaux, et ainsi faire une économie d'acquisition et de maintenance de l'équipement.
- Dans un souci d'assurer un service continu aux utilisateurs, la DSA a procédé à un projet Lean, ce qui a permis de revoir les processus et identifier les actions d'amélioration continue.
- L'année financière 2014 a vu de nombreuses réalisations et des améliorations en approvisionnement, mesures d'urgence et services techniques, bien au-delà de ce qui était requis pour la visite d'Agrément Canada l'automne dernier.
- La Loi sur les contrats des organismes publics (LCOP) a été renforcée de nouveau pour assurer l'intégrité et la transparence en matière des contrats publics. L'établissement a dû s'adapter aux nouvelles demandes de procédures et de reddition de comptes imposées par le renforcement de la loi. Les démarches d'optimisation se sont poursuivies avec la création et le déploiement d'un guide d'achat pour standardiser les articles, le mobilier et les produits consommés régulièrement par l'établissement, ainsi que des plans triennaux et des achats groupés pour profiter des économies d'échelle et réduire les dépenses.

Partenariats

- Le CROM a travaillé en collaboration avec les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw afin de partager de la formation spécialisée concernant l'enfance.



Fête de Noël des employés 2013



Spécialisation

- Les ressources humaines ont participé au salon de l'emploi offert dans différents établissements d'enseignement post-secondaire.
- Depuis 2010, le CROM est reconnu comme établissement formateur par la Commission des partenaires du marché du travail. Plus de 28 formations spécialisées ont été offertes à l'interne aux employés et aux gestionnaires, de l'éthique du contact physique à l'attachement social des personnes ayant des troubles de personnalité, en passant par la gestion intégrée des risques et les soins de santé. Ces formations, ainsi que de nombreuses activités de perfectionnement à l'externe, ont permis aux employés de parfaire leurs compétences

Plus de 28 formations spécialisées ont été offertes à l'interne aux employés et aux gestionnaires, de l'éthique du contact physique à l'attachement social des personnes ayant des troubles de personnalité, en passant par la gestion intégrée des risques et les soins de santé.



Culture de travail

- Le CROM participe au chantier sur le positionnement de l'employeur organisé par la Fédération québécoise des CRDITED; un comité a été créé.
- L'employeur et les syndicats ont finalisé en collaboration les ententes locales et en sont arrivés à la signature des 26 matières des conventions collectives.
- Le service des ressources humaines, les gestionnaires et les employés ont poursuivi leurs efforts de prévention et ceux-ci ont porté fruit. En effet, on remarque encore cette année une diminution du ratio d'assurance-salaire et des indemnités versées en CSST, donc une diminution importante des accidents du travail.
- Nous avons également maintenu l'offre gratuite de vaccination antigrippale à tout le personnel et près du tiers en a profité.
- Le remplacement de l'équipement informatique quant à l'infrastructure réseau a permis d'instaurer un système plus efficient, tout en assurant sa sécurité.
- En 2012, nous annonçons l'obtention d'une subvention de 150 000 \$ pour l'implantation de la norme Entreprise en santé. En 2013-2014, le comité de santé et mieux-être s'est penché sur l'enquête réalisée auprès du personnel et continue de travailler à un plan d'action à partir des besoins exprimés. Nous avons, tout au long de l'année, continué à offrir des activités et à promouvoir la santé et le bien-être en milieu de travail.
- L'année 2013-2014 a encore apporté de nombreux défis au plan financier; en effet, le CROM, malgré les compressions budgétaires, a maintenu ses responsabilités au niveau financier en conformité avec la Loi sur l'équilibre budgétaire et la Loi sur les mesures de réduction administratives (optimisation),
- Le comité de direction a maintenu et priorisé les orientations du Conseil d'administration et du comité de vérification. Des mécanismes ont été mis en place afin d'assurer un suivi rigoureux du plan d'optimisation et des dépenses de l'établissement.
- Notons la réalisation de plusieurs projets d'envergure, dont le remplacement d'un grand nombre des fenêtres et l'installation de nouveaux systèmes de climatisation dans plusieurs unités au 231 Elm à Beaconsfield, l'installation de nouveaux systèmes de sécurité et d'accès dans trois programmes de jour, ainsi que le remplacement du transformateur et le début des travaux de réaménagement au 7100 Champlain à Verdun. L'établissement a aussi investi beaucoup d'efforts dans l'inventaire et la préparation de ses bâtiments pour l'introduction d'un nouveau logiciel de gestion pour les interventions en services techniques. Ce nouveau système devrait être déployé au cours de l'année financière 2015.



Présentation aux employés du programme
Entreprise en santé

NOS RÉALISATIONS

Direction des services aux enfants et à leur famille

Santé et sécurité

La DSEF s'est assurée de respecter le plan de sécurité de l'utilisateur en collaboration avec les autres directions. Elle siège également sur le comité de gestion intégrée des risques et des sous-comités s'y rattachant.

Qualité et accessibilité des services

- Les résultats positifs d'un audit du système de gestion développé en collaboration avec la firme Pro-action a permis de constater que le système est bien implanté et que son utilisation est quasi optimale.
- Vingt-cinq enfants de moins de 6 ans ont pu bénéficier du programme d'intervention comportementale intensive suite à l'octroi d'un budget non-récurrent.
- Un camp d'été ayant accueilli cinquante enfants a eu lieu pendant la période estivale à la maison de répit Eleanor-Côté. Celui-ci a été vraiment apprécié à la fois des parents et des enfants. L'expérience sera répétée à l'été 2014.

Partenariats

En plus de ses activités régulières, la DSEF a toujours le souci de développer des partenariats afin de répondre davantage aux besoins des usagers tant au niveau de l'accès que de la qualité des services.

- Un projet de collaboration du Centre de réadaptation MAB-Mackay (CRMM) et du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM) a été développé dans le but de desservir des enfants de moins de 6 ans soupçonnés de présenter un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et qui sont en attente de services. Depuis son implantation, 12 enfants ont participé à ce programme qui consiste à offrir en groupe une intervention comportementale intensive dont la programmation est développée conjointement avec les professionnels du CROM et du CRMM.
- Le groupe de soutien du syndrome de Down de Montréal qui a été fondé en 2012 suite à l'initiative d'un groupe de parents et de deux éducatrices de la DSEF a poursuivi ses activités pendant l'année 2013-2014. Le groupe de plus en plus reconnu reçoit plus d'une vingtaine de parents à chaque mois.





Spécialisation

Projet d'organisation du travail Le Centre de réadaptation de l'ouest de Montréal (CROM) et les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (CJFB) ont soumis un projet d'organisation du travail pour le personnel travaillant auprès de la clientèle présentant des TGC qui a été accepté par le MSSS et pour lequel une subvention de 400 000.\$ a été obtenue.

Plus spécifiquement, ce projet est le développement et l'implantation d'une nouvelle offre de service résidentielle spécialisée (RAC) au CROM pour enfants/adolescents ayant un TSA ou une déficience intellectuelle légère et présentant un TGC dont les manifestations s'apparentent davantage à la clientèle que l'on retrouve en Centres Jeunesse. Plusieurs rencontres entre les deux établissements ont permis un partage d'expertise afin de développer un modèle d'intervention ultra spécialisé basé sur les meilleures pratiques.

Guides de pratique L'implantation des guides de pratique suit son cours. Différents comités de travail dont les membres sont très actifs et engagés ont été mis sur pied.





Culture de travail

Plusieurs employés ont participé au projet de catégorie IV qui vise en outre à faciliter leur travail en ayant un meilleur accès aux technologies de l'information.

Des représentants de la DSEF font également partie du comité santé mieux-être chapeauté par la DSA.

Une journée entière a été consacrée à une rencontre du personnel de la DSEF. Celle-ci avait pour but de présenter les objectifs de la direction et de consolider différents aspects de leurs pratiques. Cette rencontre a permis de conjuguer travail et plaisir, tout en favorisant le travail en équipe.

NOS RÉALISATIONS

Direction des services aux adultes et à leur famille

Santé et Sécurité

Soucieux d'assurer la santé et sécurité ainsi que la qualité des services, chaque membre de l'équipe de la Direction des services aux adultes et à leur famille (DSAF) a collaboré au processus d'agrément en s'assurant que le plan de sécurité de l'utilisateur ait été respecté. Le personnel de la DSAF a collaboré étroitement avec les autres directions en partageant la documentation nécessaire relative au contrôle du lavage des mains, les exercices d'évacuation lors d'incendie, les listes de contrôle sur la sécurité, les plans d'évacuations, les listes de contrôle des médicaments, etc.

Qualité/Accès/Continuité des services

Inquiétés par la liste d'attente et grâce à la réorganisation et à la réduction des effectifs de la DSAF, la direction a été en mesure de transférer, en mars 2014, deux postes d'éducateurs vers la Direction des services aux enfants et à leur famille. L'utilisation de ces deux postes permettra de réduire la liste d'attente pour les enfants âgés de 6 à 18 ans.

Partenariats

La DSAF continue de travailler en étroite collaboration tout en renforçant son partenariat avec [WIAIH](#) et [AVATIL](#). De ce fait, le WIAIH s'est engagé à travailler en collaboration avec le CROM pour développer un programme pour la clientèle vieillissante qui débutera en septembre 2014. AVATIL et le CROM sont présentement à évaluer plusieurs options pour permettre d'offrir des services à notre clientèle vieillissante. À cet effet, ils évaluent la possibilité de prolonger un programme déjà existant d'AVATIL qui concerne leur clientèle âgée. L'an dernier, la DSAF a continué à travailler en partenariat avec les commissions scolaires Lester B. Pearson et English-Montréal ainsi qu'avec les étudiants stagiaires de plusieurs établissements d'enseignement supérieur.




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
- Programmes d'hébergement transitoire
- Programme de pensions coopératives



WIAIH (West Island Association for the Intellectually Handicapped) est un organisme bénévole à but non 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.

A young woman with dark hair, wearing a light pink polo shirt, is holding a large white sign. She has a slightly surprised or nervous expression on her face. An older woman with brown hair and sunglasses on her head is leaning over her shoulder from the left, looking down at the sign. The background is a plain, light-colored wall.

I am
friendly



Une fête a été organisée pour souligner les 10 ans de coopération entre le CÉGEP ANDRÉ-LAURENDEAU et le CENTRE DE RÉADAPTATION DE L'OUEST DE MONTRÉAL.

De gauche à droite : ANNE-MARIE LECLAIRE, enseignante au Service de formation à l'intégration sociale, Cégep André-Laurendeau PATRIZIA IACONESSI, éducatrice spécialisée, CROM ROSETTA TUCCI éducatrice spécialisée, CROM MADDALENA IASSENZA, chef en réadaptation, CROM YVAN O'CONNOR, directeur des ressources humaines, Cégep André-Laurendeau ÉLIANE FASSLER, directrice des ressources humaines par intérim, Cégep André-Laurendeau et CHRISTIAN LÉGER, directeur à la Vie étudiante et à la communauté, Cégep André-Laurendeau

Spécialisations

Avec l'accent mis sur le développement de la spécialisation, la DSAF a travaillé main dans la main avec la Direction des services administratifs afin de réorganiser ses services qui se distinguent dorénavant en trois programmes distincts: la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme et les troubles graves de comportement. Cette nouvelle structure organisationnelle permettra le transfert des connaissances et le développement de l'expertise afin d'améliorer la qualité des services pour tous les individus. À cet effet, la DSAF continue de travailler avec la DSA pour élaborer une liste de rappel avec du personnel spécialisé et pour développer une formation spécialisée répondant aux besoins du personnel à l'emploi.





Culture en milieu de travail

Pour favoriser un milieu de travail positif, la DSAF a soutenu toutes les initiatives instaurées par le programme « Entreprise en Santé » et a encouragé le développement de leurs propres initiatives. Quelques exemples : une marche intensive effectuée dans les escaliers pendant l'heure du dîner, un arrêt obligatoire pour prendre les pauses et les repas, la célébration des fêtes d'anniversaire ainsi qu'une journée d'activités pour renforcer le travail en équipe.

Des usagers en fonction dans différentes installations; apprendre, aider, participer au bien-être de tous tout en se faisant des amis et en s'entraidant.

NOS RÉALISATIONS

Direction des services professionnels

L'année 2013-2014 a été marquée de plusieurs changements et accomplissements à la Direction des services professionnels (DSP). L'année a débuté sous la direction d'un directeur des Services professionnels par intérim, Frank Vincelli, M. Serv. Soc., et s'est soldée par l'arrivée d'une nouvelle directrice, Marjorie Aunos, Ph. D. De nombreux objectifs ont été atteints, en collaboration avec les autres directions de l'établissement, surtout en lien avec la venue des visiteurs d'Agrément Canada.



Santé et sécurité

La DSP a travaillé de façon acharnée à élaborer, peaufiner et faire connaître les politiques et procédures relatives aux soins dentaires, à la prévention des infections, à l'auto-administration des médicaments par les usagers et à la préparation sécuritaire des aliments. Un comité de professionnels s'est aussi penché sur le thème de la prévention des plaies de pression pour les usagers polyhandicapés et en perte d'autonomie. Le manuel de premiers soins a été révisé et une nouvelle clinique évaluant la santé des usagers en RI a vu le jour. Cette clinique est offerte deux après-midi par semaine par l'équipe d'infirmières. Au comité de gestion intégré des risques que chapeaute la DSP, plusieurs analyses prospectives des données obtenues par le système de rapport d'incident-accident et de rapports de gestion ont mené à la formulation d'objectifs cliniques de réduction des incidents. Entre autres, ces données ont permis de justifier l'élaboration d'un projet spécial d'organisation du travail, soutenu par un financement additionnel du MSSS, au sein du programme TED-TGC Benny. Plusieurs sous-comités d'analyse et d'intervention ont aussi vu le jour, comme ceux sur les chutes, les agressions et les mesures de contrôle. Aussi, un budget non-récurrent a permis la création et l'implantation d'un projet sur les meilleurs principes de nutrition et de préparation sécuritaire des aliments en RAC.

L'arrivée d'une archiviste apportera un nouveau regard sur la gestion de l'information et l'application des principes de confidentialité, ce qui nous permettra, en 2014-2015, de revoir certains processus de gestion des dossiers.



Qualité et accessibilité des services

La DSP a eu obtenu des budgets non-récurrents provenant des excédents de 2009. Grâce à ce financement additionnel, plusieurs projets cliniques ont été mis en branle en collaboration avec les autres directions. Par la mise en œuvre de ces projets, 70 enfants ont reçu des services d'évaluation et d'intervention de courte durée en orthophonie et en ergothérapie, 37 adultes ont reçu diverses évaluations spécialisées, des intervenants de toutes les directions ont été soutenus dans la création de groupes portant sur la vie affective, amoureuse et sexuelle d'une vingtaine d'usagers adolescents et adultes, et 35 nouvelles familles ont reçu une évaluation en AEO. De plus, les professionnels et les intervenants à l'interne ont conçu huit séances qu'ils ont offertes aux parents de la liste d'attente.

Le CROM a reçu 410 nouvelles demandes dans la dernière année dont 91% sont éligibles et 6% en attente d'une confirmation d'éligibilité. Notre liste d'attente pour un premier service n'a fait qu'augmenter bien que nous ayons été capables de prendre en service 203 nouvelles familles. Seize nouvelles enquêtes ont eu lieu en 2013-2014, dont 11 concernent des allégations d'abus physique, trois d'abus sexuels et une de négligence. Sept se sont avérées véridiques et ont menées à des recommandations et des plans d'action.

Partenariats

Le programme de parentalité a été consolidé grâce à la nomination d'une travailleuse sociale et au partenariat à l'interne avec les services aux usagers, permettant la création d'un groupe conjoint visant la prévention des retards de développement chez les enfants des usagers-parents. Des partenariats avec les universités McGill, UQAM et de Montréal nous ont amené à accueillir 12 étudiants en travail social, 3 étudiants en psychologie et 2 en psychoéducation. De plus, 6 étudiants en éducation spécialisée, 15 étudiants en administration, un en secrétariat médical et 2 en communication ont été accueillis au sein de l'établissement. Une quinzaine de projets de recherche a été réalisé et 20 sont encore en cours. La majorité de ces projets concerne les enfants âgés de 0 à 6 ans, les jeunes adultes de 18 à 35 ans et la population vieillissante, sur des thèmes tels que la parentalité, le programme ICI et le soutien aux usagers.

Les défis

Le principal défi en 2014-2015 sera de consolider les partenariats avec les universités anglophones et d'entreprendre un processus formel d'affiliation.

Spécialisation

Les professionnels ont participé à la conception et à l'offre de 17 formations à l'interne et d'activités de transfert des connaissances, dont le projet de transfert des connaissances à l'Université de Montréal sur le projet de recherche en autostimulation, pour l'ensemble du personnel du CROM et des partenaires. La clinique de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme, ouverte les vendredis matins aux enfants de la liste d'attente, a permis à nos psychologues de rencontrer 38 familles. Aussi, 157 usagers et leur famille ont obtenu un suivi régulier de l'équipe transdisciplinaire et 19 ont été soutenus par notre équipe et résidence spécialisée en TGC. Les professionnels du CROM ont aussi participé activement à la communauté de pratique du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). Des étapes préliminaires ont été mises en place, y compris une révision des meilleures pratiques, et plusieurs discussions se sont tenues avec les intervenants pour permettre l'élaboration d'une politique sur la supervision clinique. Bien que cette politique n'ait pas encore été approuvée, un gros défi de 2014-2015 sera d'en faire l'implantation et le suivi. Pour ce faire, plusieurs modèles et activités de soutien au développement clinique des intervenants seront implantés et revus. Un autre défi de taille sera le soutien à l'implantation des guides de pratique.

Amélioration de la culture d'établissement

La DSP a participé à la création et au bon déroulement du comité d'éthique. Six consultations ont été organisées sur différents thèmes posant un dilemme éthique. De plus, la DSP a pris le leadership du comité des communications, en lien avec son mandat de transfert des connaissances et de soutien à la spécialisation et au développement des pratiques. Le nouveau journal des employés, Connexion, a recommencé à être diffusé en mai 2014 grâce à la participation active des employés de toutes les directions. Le défi sera de s'assurer de la continuité dans nos efforts de transparence, d'échange d'information et d'expertise.



La gestion des risques

Par Sylvie Dugas, coordonnatrice, gestion des risques, systèmes et services cliniques
Julie Duquette, agente de de planification, de programmation et de recherche

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). 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 :

- **Les 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.

Addendum

Nous transmettons notre rapport statistique annuel, tel qu'exigé par la LSSS et selon les délais prescrits, en tenant compte de la prolongation allouée par le MSSS. Malgré que nous signions la «Déclaration de fiabilité des données de l'établissement et des contrôles afférents», nous ne pouvons nous prononcer sur la fiabilité et l'exactitude des données transmises. Cette réserve s'appuie principalement sur les deux raisons suivantes :

- Nous n'avons pas reçu l'ensemble des règles d'affaires qui encadrent les extractions de données.
- Le fait de retrouver, dans certains cas, un usager desservi à une page et le même usager en attente de premier service dans l'établissement à une autre page, nous questionne sur la notion d'usagers desservis.

Dans ce contexte, nous nous permettons d'émettre une réserve à l'égard de la véracité du portrait des activités de notre établissement présenté dans ce rapport.

LE CENTRE DE RÉADAPTATION
DE L'OUEST DE MONTRÉAL

Addendum - Rapport statistique annuel AS-485

TABLEAU 1 Usagers desservis au 31 mars 2014

La notion d'un « usager inscrit » au 31 mars a été retirée pour l'exercice financier 2013-2014. Il est donc impossible de faire la comparaison avec les données de l'exercice financier 2012-2013.

C'est la notion d'un « usager desservi » qui est maintenant utilisée pour identifier un usager ayant reçu un service de l'établissement. Plus précisément, un « usager desservi » a 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'usager 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. Notons que les usagers ayant bénéficié d'une évaluation sommaire des besoins (RR02) produite dans le cadre du service à l'accès seront considérés dorénavant avoir reçu un premier service de l'établissement. Dans cette optique, il importe de mentionner qu'il est possible d'ajouter 211 usagers desservis au nombre total d'usagers distincts desservis durant l'année et qu'une démarche est en cours pour apporter les corrections dans le système (SIPAD). Finalement, pour l'année 2013-2014, le nombre total d'usagers distincts au CROM est de 2014 usagers*.

Par ailleurs, les usagers ayant eu une HPS 025 seront considérés avoir été desservis par le service à l'accès de l'établissement.

Contrairement aux années précédentes, nous avons, cette année, distingué les services vendus à d'autres établissements.

CROM	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Accès (AEO)									
Femmes	58	37	26	24	26	12	0	0	183
Hommes	174	120	58	29	21	1	0	0	403
TOTAL	232	157	84	53	47	13	0	0	586
Adaptation Réadaptation DI									
Femmes	34	50	44	41	183	152	23	1	528
Hommes	49	69	59	44	241	169	28	5	664
TOTAL	83	119	103	85	424	321	51	6	1192
ICI-TED									
Femmes	10	12	0	0	0	0	0	0	22
Hommes	38	54	0	0	0	0	0	0	92
TOTAL	48	66	0	0	0	0	0	0	114
Adaptation Réadaptation TED									
Femmes	6	24	27	8	30	8	0	0	103
Hommes	23	105	114	42	100	24	0	0	408
TOTAL	29	129	141	50	130	32	0	0	511
Usagers distincts									
Femmes	48	75	69	49	211	158	23	1	634
Hommes	98	202	171	83	341	191	28	5	1119
TOTAL	146	292	240	132	552	349	51	6	1753

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	1	1	2	0	0	0	4
TOTAL	0	0	1	1	2	0	0	0	4
Adaptation Réadaptation DI									
Femmes	0	4	2	10	5	1	0	0	22
Hommes	0	3	8	1	14	2	0	0	28
TOTAL	0	3	12	3	24	7	1	0	50
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	5	2	1	0	0	0	9
TOTAL	0	1	5	2	1	1	0	0	10

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	1	6	6	1	0	18
Hommes	0	3	10	3	14	2	0	0	32
TOTAL	0	3	14	4	20	8	1	0	5

NOMBRE TOTAL D'USAGERS DISTINCTS DESSERVIS (1 803 + 211 = 2014*) **1803**

TABLEAU 2
Usagers distincts répartis selon les
milieux de vie au 31 mars 2014

La notion d'un « usager inscrit » au 31 mars a été retirée pour l'exercice financier 2013-2014. Il est donc impossible de faire la comparaison avec les données de l'exercice financier 2012-2013.

Contrairement aux années précédentes, nous avons, cette année, distingué les services vendus à d'autres établissements.

MILIEUX	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Milieu naturel (autonome)									
CROM	0	0	0	1	58	77	10	0	146
Services vendus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	1	58	77	10	0	146
Milieu naturel (parents)									
CROM	138	247	187	95	261	39	1	0	968
Services vendus	0	0	2	1	3	3	0	0	9
TOTAL	138	247	189	96	264	42	1	0	977
Ressource de type familial (RTF)									
CROM	3	7	14	7	46	39	7	1	124
Services vendus	0	0	3	0	0	4	1	0	8
TOTAL	3	7	17	7	46	43	8	1	132
Ressource intermédiaire (RI)									
CROM	1	11	37	25	169	176	28	3	450
Services vendus	0	2	9	4	16	1	0	0	30
TOTAL	1	13	46	29	185	177	28	3	480
Ressource avec assistance continue (RAC)									
CROM	0	0	0	0	5	9	0	0	14
Services vendus	0	0	0	1	2	0	0	0	3
TOTAL	0	0	0	1	7	9	0	0	17
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	1	1	4	11	2	0	19
Services vendus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	1	1	4	11	2	0	19

Usagers distincts	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
CROM	142	265	239	129	544	351	48	4	1722
Services vendus	0	2	14	6	21	8	1	0	50
TOTAL	142	267	253	135	565	359	49	4	1772
NOMBRE TOTAL D'USAGERS DISTINCTS DI ET TED									1772

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

La notion d'un « usager inscrit » au 31 mars a été retirée pour l'exercice financier 2013-2014. Il est donc impossible de faire la comparaison avec les données de l'exercice financier 2012-2013.

Contrairement aux années précédentes, nous avons, cette année, distingué les services vendus à d'autres établissements.

TABEAU 4
Usagers en attente d'un premier service au 31 mars 2014

L'utilisateur considéré en attente de service au 31 mars 2014 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 100.

Une fois les corrections apportées au nombre d'utilisateurs distincts desservis, le nombre d'utilisateurs distincts en attente sera réajusté en conséquence.

CROM	GROUPE D'ÂGE								Total
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	
Adaptation									
Réadaptation DI									
Nombre d'utilisateurs	28	41	44	25	27	8	1	174	
*Durée d'attente	268,96	357,83	284,91	384,64	353,70	412,50	1215,00	335,74	
Adaptation									
Réadaptation TED									
Nombre d'utilisateurs	195	131	56	17	10	0	0	409	
*Durée d'attente	305,27	416,36	475,21	422,29	371,10	0,00	0,00	370,59	
Usagers distincts									
Nombre d'utilisateurs	223	172	100	42	37	8	1	583	
*Durée d'attente	300,71	402,41	391,48	399,88	358,41	412,50	1215,00	360,19	
NOMBRE TOTAL D'USAGERS DISTINCTS EN ATTENTE									583

*Durée d'attente moyenne en jours

TABLEAU 5
Usagers desservis en attente d'autres services par programme au 31 mars 2014

L'utilisateur en service peut être en attente d'autres services dans différents programmes. Il est à noter que dans le groupe d'âge 0-4 ans, parmi les 19 usagers TED en attente de services, 15 sont en attente d'un service d'intervention comportementale intensive (ICI). Dans le groupe d'âge 5-11 ans, parmi les 232 usagers TED en attente de services, 3 sont en attente d'un service d'intervention comportementale intensive (ICI).

CROM	GROUPE D'ÂGE							
	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +
Adaptation/Réadaptation								
Toutes disciplines*								
DI	1	23	29	47	29	4	2	135
TED	19	232	124	57	1	2	0	435
TOTAL	20	255	153	104	30	6	2	570
Intégration communautaire								
Programme de jour								
DI	0	0	0	6	5	4	1	16
TED	0	0	0	2	6	0	0	8
TOTAL	0	0	0	8	11	4	1	24
Intégration travail								
Atelier								
DI	0	0	0	1	2	2	0	5
TED	0	0	0	2	1	0	0	3
TOTAL	0	0	0	3	3	2	0	8
Support des plateaux de travail								
DI	0	0	0	7	6	0	1	14
TED	0	0	0	10	0	0	0	10
TOTAL	0	0	0	17	6	0	1	24
Support des stages individuels								
DI	0	0	0	8	4	1	0	13
TED	0	0	0	3	2	0	0	5
TOTAL	0	0	0	11	6	1	0	18
Intégration résidentielle								
Ressource 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
Ressource intermédiaire								
DI	2	8	3	4	27	8	0	52
TED	1	17	15	8	11	1	0	53
TOTAL	3	25	18	12	38	9	0	105
Famille d'accueil								
DI	4	9	13	12	12	0	0	50
TED	7	13	13	16	2	0	0	51
TOTAL	11	22	26	28	14	0	0	101
Résidence d'accueil								
DI	0	0	0	3	34	12	0	49
TED	0	0	0	1	4	0	0	5
TOTAL	0	0	0	4	38	12	0	54

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

Orientations 2014-2015

Gouvernance

- Évaluation par le Conseil d'administration
- Développement du plan stratégique 2015-2020
- Budget équilibré
- Poursuivre les initiatives pour s'assurer d'un financement juste et équitable

Santé, sûreté et sécurité

- Implantation et suivi du plan de sécurité de nos usagers
- Développement d'une expertise en environnement de travail
- Implantation du plan d'action relié à la sécurité informationnelle

Qualité, accessibilité et continuum de services

- Réduire la liste d'attente
- Réaffecter des ressources pour adultes vers des services pour enfants (minimum d'un poste)
- Réaffecter par attrition aux services aux enfants
- Consolider le système de gestion pour assurer une optimisation continue
- Poursuivre les efforts d'optimisation administrative
- Définir des indicateurs de rendement (Chantier «Performance»)
- Développer un tableau de bord clair et précis
- Faire l'évaluation d'au moins 5 programmes
- Implanter le cadre de référence relié à la qualité de contrôle des RNI
- En collaboration avec l'Agence, projet d'échelle d'intensité de soutien (SIS)

Partenariats

- Transférer des ressources aux organismes communautaires afin d'offrir un programme complet de loisirs
- Appliquer les initiatives suggérées par le West End Consortium pour réduire nos coûts
- Développer des projets cliniques avec MAB/Mackay pour les enfants ayant un retard global de développement
- Consolider le partenariat avec Les Petits Anges
- Développer un projet pilote de bénévolat – projet de mise en forme visant la prévention des chutes
- Consolider les relations avec les universités anglophones

Le CROM assume une rôle de leader par rapport à l'implantation des guides de pratique.

Spécialisation

- Implanter les guides de pratique (Chantier)
- Implanter la politique de supervision clinique
- Implanter un cadre de référence relié à la sexualité
- Implanter le projet pour adolescents TGC RAC ainsi que le projet Benny / TSA
- Assurer une formation continue pour accroître l'expertise des employés

Culture de travail

- Implanter le Comité de santé et de mieux-être ainsi que le plan d'action
- Obtenir la certification BNQ reliée à Entreprise en santé
- Accroître l'attrait et la rétention de nouveaux employés (Chantier «Positionnement employeur»)
- Améliorer la communication et mise en œuvre du plan de communication
- Augmenter l'ensemble des compétences en technologie de l'information

Entente de gestion

- Augmenter le nombre d'utilisateurs à 2129
- Augmenter le nombre d'HPS par usager à 150,3 heures par année en moyenne
- Viser 90% dans toutes les catégories d'accès
- ICI : augmenter le nombre d'enfants à 102
- Augmenter les HPS des enfants en ICI à une moyenne de 14,5 h par semaine
- Maintenir un bas ratio des coûts salaire-assurance
- Implanter le nouveau cadre de référence sur les mesures de contrôle
- Former 66% des employés concernés par les mesures de contrôle
- Désigner un employé qui sera responsable de la sécurité civile
- Respecter le plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI)
- Respecter les cibles d'optimisation



Conseils et comités de l'établissement



Conseil d'administration

Président
M. Gary Whittaker

Vice-président et trésorier
M. Jacques Nolin

Secrétaire et directrice générale
Dre Katherine Moxness

Comité des usagers
Mme Marjolyn Rutherford
M. Stéphane Bertrand

Population
M. Gary Whittaker

Agence
M. Jacques Nolin
Mme Jacqueline Scott

Cooptation
Rév. Bill Jay
Dre Evelyn Lusthaus
Me Gary Waxman
Mme Suzanne Sévigny

Conseil multidisciplinaire
M. Frank Vincelli
Mme Kelly Wilson
Mme Monique Bureau

Personnel non-clinique
François Côté

Fondation
M. Ian H. Moodie

Comité de vérification des finances

Président
M. Jacques Nolin

Membres
M. Ian H. Moodie
Mme Suzanne Sévigny
Dre Katherine Moxness
Gary Whittaker

Comité d'éthique et de déontologie

Président
Me Gary Waxman

Membres
M. Stéphane Bertrand
Mme Marjorie Rutherford
Dre Katherine Moxness

Comité de vigilance et de la qualité

Président et membre du conseil d'administration
Révérend Bill Jay

Vice-Président et membre du conseil d'administration
M. 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 des professionnels et spécialistes
Mme Monique Bureau, présidente
Mme Jessica Levine

Représentant des cadres cliniques
D^{re} Stephanie Torchin

Travailleurs donnant des soins directs
M. Sébastien Tremblay, vice-président
Mme Sylvie Barbara, trésorière
Mme Kelly Wilson

Personne désignée par la direction générale
D^{re} Rhoda Root, Directrice, DSAF
D^{re} Katherine Moxness, Directrice générale

Comité des usagers

Président
M. Joe Malko

Vice-Président
Mme Diane Sabourin

Secrétaire
Diane Sabourin

Membres
Mme Marjolyn Rutherford
M. Steven Goulet
M. Mathieu Dubuc
M. Tim Marshall
M. Jerry Haikalis
Richard Mannion

Conseiller spécial
M. Jack Carlon

Lien avec le CROM
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 DSP
Mme Julie Duquette, agente de recherche, gestion des risques
Mme Shelja Arya, chef du service de santé
M. Stéphane Bertrand, co-président, Comité des usagers
Mme Cédalia Barbara, directrice DSA
Mme Martine Beurivage, directrice DSEF
D^{re} Rhoda Root, directrice DSAF
Mme Emmanuella Michel, représentante RNI - enfants
M. Glen Fletcher, représentant RNI – adultes
Mme Nathalie Tétrault, agente d'information
M. Dennis Farley, conseiller à la qualité



Comité de vigilance et de la qualité

par Révérend Bill Jay, président

Au cours de l'année, le comité de la vigilance et de la qualité des services (CVQ) a accueilli trois nouveaux membres qui y ont grandement contribué par leur énergie et leurs sages conseils. D'abord, la Dre Moxness et M. Rechnitzer sont devenus membres du comité de par leurs fonctions, ensuite, M. Waxman, avocat, s'y est joint en tant que membre du conseil d'administration et président du comité d'éthique.

Durant cette période, le comité a tenu six séances ordinaires, dont deux séances auxquelles ont participé des représentants du conseil multidisciplinaire, du comité des usagers et du comité des parents.

Dossiers prioritaires en 2013-2014

1. Après un rigoureux exercice de consultation, un fascicule sur le processus des enquêtes internes, publié et diffusé aux employés, aux intervenants, aux parents et aux usagers, a reçu un bon accueil. En conséquence, le processus est de plus en plus reconnu comme mesure d'amélioration de la qualité.
2. Des vérifications au hasard de la sécurité et la sûreté se sont déroulées dans 30 ressources résidentielles. Le conseiller en qualité assure le suivi quant aux lacunes observées. Le CVQ a transmis au conseil d'administration ses recommandations à propos des questions qui sont ressorties en milieu résidentiel.
3. À l'occasion de rencontres avec le conseil multidisciplinaire, le comité des usagers et le comité des parents, le CVQ a pris connaissance des préoccupations relatives aux listes d'attente pour des services, aux communications entre l'établissement et ses usagers et leur famille, au changement organisationnel en cours et ses répercussions tant sur les programmes résidentiels que sur les programmes de jour.
4. La haute direction et l'ombudsman (CLPQS) ont communiqué régulièrement leurs rapports au CVQ, lequel s'en est inspiré pour formuler ses recommandations au conseil d'administration.

Priorités en 2014-2015

1. Les efforts se poursuivent afin d'harmoniser les politiques relatives aux normes de soins du CROM au nouveau cadre de référence pour les ressources résidentielles du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette démarche permettra au comité de traiter et de contrôler adéquatement les problèmes de sûreté et de sécurité.
2. Par suite de la récente visite des vérificateurs d'Agrément Canada et de leurs recommandations, le comité œuvre de pair avec la haute direction à l'élaboration d'un plan de sécurité des usagers comprenant des cibles de performance afin de faire le suivi en continu et de faciliter la production de rapports pour le conseil d'administration.
3. Un suivi des rapports de l'ombudsman et du conseiller en qualité sera réalisé afin de déterminer quels sont les problèmes systémiques récurrents nécessitant une discussion plus poussée.
4. Le comité étendra les discussions et la collaboration avec plusieurs instances du CROM, dont le conseil multidisciplinaire, le comité des usagers, le comité des parents et d'autres comités du conseil d'administration de façon à tirer profit d'une diversité de perceptions, d'informations et d'opinions.



Selon la « Loi sur les services de santé et les services sociaux L.R.Q., chapitre S-4.2, article 226 » : Un conseil multidisciplinaire est institué pour chaque établissement public qui exploite un ou plusieurs centres où travaillent au moins cinq personnes qui ont les qualités nécessaires pour faire partie de ce conseil. Ce conseil est composé de toutes les personnes qui sont 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 ainsi que des personnes qui exercent pour l'établissement des activités d'infirmières ou infirmiers auxiliaires. 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 représentait 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, agents de modification de comportement et infirmières.

Pour la première fois depuis plusieurs années, des élections ont eu lieu pour les 2 postes représentant les professionnels et spécialistes, Mmes Jessica Levine (travailleuse sociale) et Monique Bureau (ergothérapeute) ont été élues au comité exécutif.

Durant cette assemblée annuelle, quelques 122 personnes ont eu le privilège d'entendre cinq excellentes présentations offertes par neuf membres du conseil multidisciplinaire sur des « interventions et outils cliniques innovateurs ». Les participants ont grandement apprécié les projets présentés par leurs collègues de travail traitants de sujets variés et stimulants.

Un groupe de pairs d'éducateurs a créé un code d'éthique pour les éducateurs afin de définir les rôles et responsabilités de nos éducateurs.

Les membres du conseil ont participé activement au processus d'agrément Canada et à l'implantation de Pro Action en donnant du feedback aux gestionnaires. Le comité exécutif a également été consulté sur le modèle de supervision clinique et sur les politiques et procédures du cadre éthique de l'établissement.

Les membres de l'exécutif ont été appelés à siéger dans différents comités de l'établissement, entre autre :

- Gestion intégrée des risques
- « charge de travail/SIPAD »
- 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.

Priorités pour 2012-2013

- Mieux connaître les besoins cliniques des membres
- Augmenter la visibilité du conseil multidisciplinaire par le biais de diverses activités
- Contribuer au perfectionnement du personnel clinique par l'entremise de « mini-conférence » pour promouvoir le transfert des connaissances
- Contribuer à la mise en place d'un processus de supervision clinique



Comité des usagers

par Joseph Malko, président



Le comité des usagers a vécu beaucoup de chamboulements au cours de la dernière année. Ne pensons qu'aux élections tenues entre septembre et décembre 2013... Tous ces changements permettront par contre au comité de simplifier ses processus pour devenir une équipe encore plus efficace, capable de répondre adéquatement aux besoins des usagers.

J'aimerais remercier les membres qui nous quittent pour l'apport précieux et le dévouement qu'ils ont démontrés tout au long de leur mandat. Un énorme merci à Paul Coudriau, Stratis Ioannou, Tina Lemieux, Kosta Tsambalieros, Lydia Waddell, Aram Alborzi, Stéphane Bertrand et Thérèse Bélanger-Ardron.

Notre plus grande priorité au cours de la dernière année a été de collaborer à la campagne « Les 500 oubliés » lancée par le Comité des parents.

Le comité des usagers a contribué au niveau promotionnel et financier auprès du Comité des parents afin que celui-ci puisse continuer ses pressions auprès du Ministère de la Santé et des Services Sociaux ; le gouvernement doit prendre les mesures nécessaires qui permettront au CROM de s'attaquer à une liste d'attente qui ne cesse de s'allonger étant donné le sous-financement et les coupures de budget.

Nous continuons de participer au comité d'administration via nos représentants Marjorie Rutherford et Steven Goulet.

Nous avons participé au processus d'agrément du CROM et sommes toujours des membres actifs au Comité de vigilance.

Nous travaillons de concert avec la directrice des services aux adultes et à leur famille afin de promouvoir différentes sessions de formation pour les usagers, les responsables de ressources et les familles. Nous continuons aussi d'apporter notre support aux Olympiques spéciaux et au BBQ annuel de la Direction des services aux enfants et leur famille.

Nous cogitons avec la Direction des services professionnels afin de trouver de nouveaux sujets et mettre en œuvre de nouveaux projets qui intéresseront nos usagers et leurs familles.

Nous désirons offrir des services de qualité ainsi que les meilleures pratiques possibles et voulons continuer à solidifier les liens avec les usagers, les parents ainsi qu'avec le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal.

Comité de gestion intégrée des risques

par Dre Katherine Moxness, présidente



Cette année très occupée a été marquée de 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 encore 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'Agreement Canada, a été définie comme une priorité par le comité pour le programme Benny en lien avec les comportements d'agression envers les employés.



Par la suite, 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 1e page du rapport
- Pour les gestionnaires, un rappel est inscrit en page 4 pour corriger le niveau de gravité inscrit en 1e 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'événement 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'événements 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.

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

par M. Stuart Rechnitzer



Constats de l'année 2013-2014

La plupart des insatisfactions concernaient l'accessibilité aux services. Un sous-financement historique du CROM semble être en cause.

Aucune faute professionnelle grave n'a été constatée via la procédure des plaintes.

L'Ombudsman a traité 19 dossiers de plaintes en 2013-14, comparé à 11 en 2012-2013, une croissance de 73%, et 6 en 2011-2012, une autre croissance annuelle de 83%.

L'Ombudsman constate la grande collaboration et ouverture de l'administration, de la direction, des gestionnaires et du personnel à implanter des mesures correctives, tant au niveau individuel que systémique, afin d'améliorer les soins et services offerts par le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal.



Répartition des dossiers	2013-2014
Plaintes	19
Intervention	1
Demande d'assistance	6
Consultation	4
Plainte médicale	0
Comité de révision	0
Total des dossiers traités	30
Recours au Protecteur du citoyen*	0
Recommandation au C.A. (Accès)	2

* Cependant, le Protecteur a traité 1 intervention du CLPQS, aussi en intervention. Le Protecteur a traité une plainte de 2013-14, mais a conclu en 2014-15, donc elle apparaîtra dans le rapport de 2014-15.

Motifs de dossiers conclus de plainte et d'intervention *

Motif	Total 2013-2014
Accessibilité**	10
Aspects financiers	2
Droits particuliers	4
Organisation du milieu et ressources matérielles	7
Relations interpersonnelles	5
Soins et services**	8
Autres	0
Total	36

*1 dossier peut contenir plusieurs motifs

** Parmi les motifs 'Soins et services', 3 concernent la continuité des soins, qui pourraient aussi être considérés sous la rubrique 'Accessibilité'

Comité des Parents

par Carole Mercier, présidente



Le comité des parents a connu une année 2013-2014 très occupée. Afin de tenir le conseil d'administration du CROM au courant des préoccupations des parents, des membres de son comité de direction ont assisté à la plupart des séances. De plus, nous avons tenu quatre assemblées générales afin d'informer les parents à propos des changements organisationnels au sein du CROM et des défis actuels. Lors des assemblées, des présentations ont aussi touché des thèmes tels que le plan d'intervention et le transport adapté.

Au cours d'une de ces rencontres, un remue-méninges a permis de soulever des questions à propos de diverses préoccupations, surtout les répercussions sur les familles de la liste d'attente qui ne cesse de s'allonger. En voici les grandes lignes :

1. Apporter un soutien supplémentaire aux familles en attente de services.
2. Trouver des solutions relatives à la liste d'attente sans toutefois réduire les services actuellement offerts aux adultes.
3. Le nombre de personnes en résidence augmente sans que le nombre d'employés suive. Cette nouvelle situation a des répercussions importantes sur la qualité des soins que reçoivent les usagers.

Le comité des parents a aussi entrepris une campagne de sensibilisation aux besoins de financement supplémentaire afin de réduire la liste d'attente. Grâce au soutien du comité des usagers et de la Fondation Taylor-Birks, nous avons obtenu les services firme d'experts-conseils afin de nous aider à planifier et coordonner la campagne.

À l'automne 2013, nous avons lancé une pétition sur le site Web de l'Assemblée nationale, laquelle a obtenu plus de 1350 signatures. Ensuite, en février 2014, M. Geoff Kelley, député de Jacques-Cartier, a déposé la pétition à l'Assemblée nationale. Au même moment, la publication d'une page Facebook, *Les 500 oubliés* où est affiché le récit de plusieurs familles de la liste d'attente afin de montrer le visage humain de cette liste, a attiré l'attention des médias. Plusieurs entrevues avec des parents et reportages ont été diffusés à CTV. CJAD Radio a aussi invité des parents en entrevue. La presse écrite a emboîté le pas : des publications du *Suburban* et de la *West Island Gazette* ont soulevé la question.

À la suite des élections, nous avons fait parvenir des lettres aux députés et ministres du territoire du CROM afin de communiquer nos préoccupations.

Étant donné les restrictions budgétaires importantes qu'impose actuellement le gouvernement provincial, nous réévaluerons nos stratégies prochainement.

Adorable. Créatif. Perspicace.



Ce sont des termes qui décrivent bien Gabriel. Il est sur une liste d'attente depuis deux ans.

Comme Gabriel, 500 enfants qui ont un trouble du spectre autistique attendent désespérément des services.

Le gouvernement du Québec doit entendre votre voix.





The Suburban

Home | Newspaper | Magazine | Sublog | Contact/Events | Contact Us

About Us | Place a classified ad | Place an ad | Careers | Depots | Video

via Twitter | Facebook

CROM needs sustainable funding

by Kevin Woodhouse, March 8th, 2014

"We launched this campaign because the voices of these forgotten children need to be heard," said Courtney Lai-Hing, member of CROM's Parents Executive Committee.

The committee has launched a petition in the National Assembly last week that was tabled by Jacques-Cartier MNA Geoffrey Kelley who also praised the agency despite budget cutbacks. Kelley noted to his colleagues that "since 2002, cases of ASD (autism spectrum disorder) has augmented by 600 percent" and that sustainable funding will be the key to success, particularly for children aged three to six as early diagnosis of autism and treatment can play a role in a child's life as he petition is asking the government to help more than 500 children who are on a waiting list for services as well as upgrading funding levels of \$12.2 million to a "Forgotten 500".

"We have been listening to the heartbreaking stories of families who have been waiting years for services," said Hai-Ling. "The average waiting time is two years for users have been on the list since 2007. Meanwhile, they are left helpless. This backlog is a direct result of CROM's chronic underfunding." Over the last 15 to 20 years, government cutbacks has now given CROM a backlog of 500 families," Hai-Ling told The Suburban. "A recent Auditor's report the 12.2 million is needed to get rid of the backlog before services can be improved across the board."

A story on CROM's waiting list was featured on CTV News at 6 this past Saturday. Watch here (forward to 7:12): <http://montreal.ctvnews.ca/video?binId=1.1332514>

Une reportage présenté sur CTV Nouvelles à 18 h ce samedi passé au sujet de la liste d'attente de CROM. Cliquez ici (début à 7:12): <http://montreal.ctvnews.ca/video?binId=1.1332514>



Tania Krywiak from CTV News reports on the effects of CROM's waiting list, the importance of early intervention and the launch of the petition: www.theforgotten500.com.



Parents sign petition against long waiting lists for children with autism
montreal.ctvnews.ca

Though Early Intensive Behavioral Intervention, better known as EIBI, has been

Les 500 Oubliés/The Forgotten 500 a partagé le statut de West Montreal Readaptation Centre - CR de l'Ouest de Montréal.
26 mars

Ne manquez pas, demain soir, le mercredi 26 mars, le premier segment des nouvelles de 17h à CBC-TV.

CBC a interviewé Gary Whittaker, président du conseil d'administration du CROM et Carole Mercier, du comité des Parents.

Il s'agit d'un reportage concernant les institutions de santé, leurs attentes par rapport aux chefs et les élections en cours.

4 février

Listen to CJAD 800 now: Donny, father of Rylee who is on the CROM waiting list is on the Barry Morgan show. He is joined by Courtney from the CROM Parents' Committee who will be discussing **Les 500 Oubliés/The Forgotten 500** campaign.



États financiers 2013-2014



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.

Katherine Moxness
Directrice générale

Cedralia Barbara
Directrice des
services administratifs

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

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

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 2014 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 2014. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 9 juin 2014 (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 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 9 juin 2014. 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 2014 et 2013 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal au 31 mars 2014 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.

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

Montréal

Le 5 septembre 2014

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

ÉTATS DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	42 569 961	42 013 637	558 392	42 572 029	41 211 622
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	4 356 497	4 384 469	XXXX	4 384 469	4 217 462
Ventes de services et recouvrements	4	3 880 011	4 223 522	XXXX	4 223 522	4 062 914
Donations (FI:P294)	5	5 543	14 594	5 536	20 130	20 613
Revenus de placement (FI:P302)	6	10 100	18 065		18 065	10 010
Revenus de type commercial	7			XXXX		
Gain sur disposition (FI:P302)	8					100
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	31 711	240 112	790	240 902	65 981
TOTAL (L.01 à L.11)	12	50 853 823	50 894 399	564 718	51 459 117	49 588 702
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	22 359 403	22 290 221	XXXX	22 290 221	22 061 570
Médicaments	14	86 915	11 402	XXXX	11 402	7 549
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1 500	1 401	XXXX	1 401	1 773
Denrées alimentaires	17			XXXX		
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	21 677 607	21 744 409	XXXX	21 744 409	20 393 420
Frais financiers (FI:P325)	19	160 000		152 842	152 842	162 377
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	136 955	117 403	52 225	169 628	150 552
Créances douteuses	21	5 000	1 738	XXXX	1 738	
Loyer	22	634 680	579 758	XXXX	579 758	581 519
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	320 000	XXXX	292 654	292 654	304 635
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
...	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	5 464 639	5 729 046		5 729 046	5 909 193
TOTAL (L.13 à L.27)	28	50 846 699	50 475 378	497 721	50 973 099	49 572 588
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	7 124	419 021	66 997	486 018	16 114

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	154 834	43 961	198 795	182 681	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2	380 000		380 000		1
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	534 834	43 961	578 795	182 681	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	419 021	66 997	486 018	16 114	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(71 247)	71 247	0		2
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
...	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(71 247)	71 247			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	882 608	182 205	1 064 813	198 795	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	1 064 813	198 795	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	1 064 813	198 795	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	2 775 068	45 598	2 820 666	1 988 332
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362, FI p408)	3	60 715	87 868	148 583	129 642
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400)	4	2 794 054		2 794 054	2 504 010
...	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(35 087)	35 087	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408)	7	2 399 824	942 128	3 341 952	3 083 648
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9		4 208	4 208	5 261
...	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)	12	123 697		123 697	99 617
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	8 118 271	1 114 889	9 233 160	7 810 510
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403)	14		748 467	748 467	650 795
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)	16	4 095 153		4 095 153	3 940 593
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	259 419	259 419	98 596
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)	18		87 869	87 869	93 044
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)	19	766 416	19 056	785 472	523 055
...	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)	21	XXXX	2 539 878	2 539 878	2 685 394
Passifs environnementaux (FI: p401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	2 445 371		2 445 371	2 440 802
...	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)	25	11 502		11 502	4 877
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	7 318 442	3 654 689	10 973 131	10 437 156
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	799 829	(2 539 800)	(1 739 971)	(2 626 646)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)	28	XXXX	2 722 005	2 722 005	2 732 714
Stocks de fournitures (FE: p360)	29		XXXX		
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)	30	82 779		82 779	92 727
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	82 779	2 722 005	2 804 784	2 825 441
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	882 608	182 205	1 064 813	198 795

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(2 626 646)	62 107	(2 688 753)	(2 626 646)	(2 840 604)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2		380 000		380 000	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(2 626 646)	442 107	(2 688 753)	(2 246 646)	(2 840 604)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5	7 124	419 021	66 997	486 018	16 114
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	489 000	XXXX	(281 945)	(281 945)	(131 169)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	320 000	XXXX	292 654	292 654	304 635
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
...	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
...	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	809 000	XXXX	10 709	10 709	173 466
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance	16					
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18		9 948		9 948	24 378
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		9 948		9 948	24 378
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(71 247)	71 247	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	816 124	357 722	148 953	506 675	213 958
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(1 810 522)	799 829	(2 539 800)	(1 739 971)	(2 626 646)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	486 018	16 114
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Créances douteuses	2	1 738	
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	9 948	24 378
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5		
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8	(6 326)	(13 754)
Amortissement des immobilisations	9	292 654	304 635
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11	1 053	1 051
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14	380 000	
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	679 067	316 310
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	115 679	410 456
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	1 280 764	742 880
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(281 945)	(131 169)
Produits de disposition	19		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(281 945)	(131 169)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuille:			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(258 304)	(410 867)
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(258 304)	(410 867)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES DETTES:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1		
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(145 516)	(139 693)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime	5		
Capitalisation des gains ou pertes de change	6		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	7		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	8	99 165	531 473
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	9		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10	(1 493)	(31 403)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11		
VARIATIONS D'AUTRES ÉLÉMENTS:			
Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12)	13	(47 844)	360 377
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.17+L.20+L.25 + P.208-01, L.13):	14	692 671	561 221
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	2 254 047	1 692 826
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	2 946 718	2 254 047
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	2 946 718	2 254 047
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	2 946 718	2 254 047
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
IMMOBILISATIONS:			
Comptes à payer sur les immobilisations	20	67 702	31 894
INTÉRÊTS:			
-Intérêts créditeurs (revenus)	21	18 065	10 010
-Intérêts encaissés (revenus)	22	18 065	10 010
-Intérêts débiteurs (dépenses)	23	151 790	161 325
-Intérêts déboursés (dépenses)	24	156 966	166 026
PLACEMENTS TEMPORAIRES			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		
Échéance supérieure à 3 mois:			
- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
- Placements effectués	28		
- Placements réalisés	29		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant (L27 + L28 - L29)	30		

CHARGES PAR CENTRE D'ACTIVÉS - C.R.
Fonds d'exploitations par centre d'activité

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
NON EXCLUSIFS À UN PROGRAMME				
6430 Encadrement des ressources non institutionnelles	3	898 384	923 493	(25 109)
TOTAL (L.01 à L.06)	7	898 384	923 493	(25 109)
PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED				
5516 Ressources intermédiaires - DI et TED	12	18 726 772	17 255 058	1 471 714
5526 RTF - Familles d'accueil - DI et TED	13	630 514	713 232	(82 718)
5536 RTF - Résidences d'accueil - DI et TED	14	2 387 123	2 425 130	(38 007)
7001 Adaptation et réadaptation contexte intégration communautaire - DI et TED	20	1 279 482	1 234 081	45 401
7011 Atelier de travail - DI et TED	21	118 154	89 848	28 306
7024 Support des stages individuels DI et TED	23	74 885	93 057	(18 172)
7025 Support des plateaux de travail DI et TED	24	134 616	121 520	13 096
7031 Intégration à l'emploi - DI et TED	25	81 710	82 199	(489)
7041 Ressources résidentielles avec assistance résidentielle continue - DI et TED	26	1 612 800	1 568 326	44 474
7180 Soutien aux programmes - CRDI	30	1 550 272	1 449 916	100 356
7392 Déplacement des personness - DI	31			
8001 Accueil, évaluation et orientation DI et TED	32	569 383	508 844	60 539
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne DI et TED	33	17 222 946	15 958 778	1 264 168
TOTAL (L.12 à L.33)	34	44 388 657	41 499 989	2 888 668
ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES				
7301 Direction générale	2	609 291	1 249 302	(640 011)
7302 Administration financière	3	492 494	434 631	57 863
7303 Administration du personnel	4	1 346 140	1 282 405	63 735
7304 Administration des services professionnels	5	312 638	389 809	(77 171)
7340 Informatique	9	491 731	577 173	(85 442)
7533 Réception - archives - télécommunications (non réparti)	11	66 654	63 260	3 394
TOTAL (L.01 à L.20)	21	3 318 948	3 996 580	(677 632)
TOTAL (L.21 - L.22)	23	3 318 948	3 996 580	(677 632)
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS				
7644 Hygiène et salubrité - tâches opérationnelles	1	436 494	463 855	(27 361)
7703 Fonctionnement des installations - autres	7	825 376	828 914	(3 538)
7710 Sécurité	8	55 802	54 767	1 035
7800 Entretien réparation parc immobilier-mobilier-équip.	9	237 893	240 165	(2 272)
TOTAL (L.01 à L.09)	10	1 555 565	1 587 701	(32 136)
TOTAL (L.10 - L.11)	12	1 555 565	1 587 701	(32 136)
PERSONNEL BÉNÉFICIAIRE DE MESURES DE SÉCURITÉ OU DE STABILITÉ D'EMPLOI				
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou de stabilité d'emploi	13	80 300	299 434	(219 134)
TOTAL (L.14 = L.13)	14	80 300	299 434	(219 134)
TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVÉS	18	50 241 854	48 307 197	1 934 657



Nos nouveaux retraités!

Réal Dion
 Paula Celani Capraro
 Sandra Babich
 Judith Grandsire
 Delores Tomlinson
 Bunty James
 Linda Jones
 Valerie Laberge

ABSENTS
 Jacques Dion
 Larissa Kanondjian

35 ans !

Maddalena Iasenza
 Carol Gilmour
 John Ashby
 Jennifer Holt Alexander
 Deborah Elliott

ABSENTS
 Christina Iannitto
 Saty Kokinasidis
 Claire Leblond
 Michael Wyman

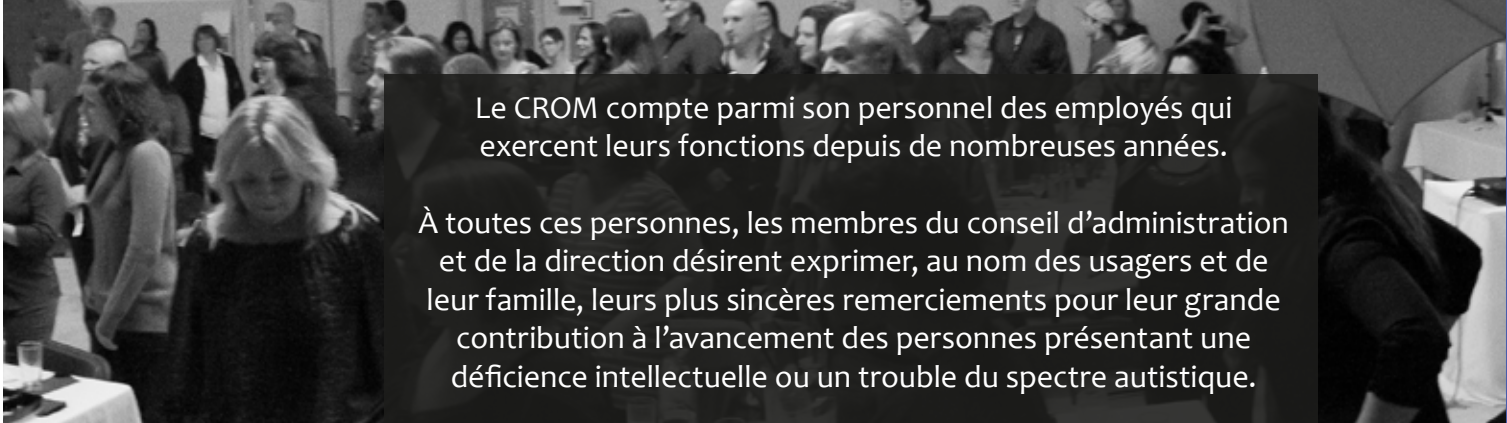


30 ans !

Jennifer Mundee
 Rhoda Root
 Heather Belanger
 Carmelina Diliello
 Trudy Weidenbach

ABSENTS
 Fernand Cyr
 Anna Maria Olivaro





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.

25 ans !

Normand Comtois
Alain Ouvrard
Heather Hanks
Linda Laflamme
Anne Ponniah
Julie Bubelis
Mark D. Donnici
Robert-Thomas Smith



20 ans !

Kerry Hall
Sandra Costa
Mary Mallaci
Heather McIntosh
Suzy Chedore
Nadia Fuoco
Boris Parades
Alexandra Boisrond

ABSENT
Marian Baines



15 ans !

François Jasmin
Charmaine Banton
Mélanie Hawkins
Elizabeth Plaitis
Sybil Mayers
Annick Rajotte
James Wilson Allan

ABSENTES
Suzie Tremblay
Rosetta Tucci



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 prendre 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 Discretion

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

4.5 Confidentialité

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

4.6 Relations publiques

4.6.1 Respecter les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et 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 pro-

cessus 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 administra-

teur, 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 conclu-

sion 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]

