MIEUX-ÊTRE

Journal du Centre de réadaptation La Maison

35 ans de services

Déficience physique

Troubles du spectre de l'autisme

Le Centre de réadaptation La Maison : Une affaire de cœur et de compétence!

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

Table des matières

Éditorial....3

Au service des gens de l'Abitibi-Témiscamingue....6

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs....7

Le comité de vérification....9

Le comité de gouvernance et d'éthique....10

Le comité de gestion des risques et de la qualité....11

Le comité de vigilance et de la qualité des services....12

Le comité des usagers....13

Le conseil multidisciplinaire....16

Bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité....17

Déclaration de fiabilité des données....18

Les services de réadaptation en quelques chiffres....19

Le régime d'examen des plaintes....21

Tableaux synthèses du régime d'examen des plaintes....22

Les ressources humaines....22

L'amélioration continue de la qualité....23

Rapport de la direction sur les états financiers....25

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés....26

États financiers....27

Le comité de direction....31

Éditorial

« Ce n'est pas l'espèce la plus forte qui survit, ni celle qui est la plus intelligente, mais celle qui répond le mieux au changement. »

- Charles Darwin

L'année 2014-2015 fut pour le moins mouvementée et aura été une année de grands changements organisationnels. D'abord au niveau de l'équipe de direction, nous avons poursuivi les démarches visant à remplacer Mme Line St-Amour à la direction générale. S'en est suivi un remplacement à la direction des services de réadaptation en déficience physique (DP) et aux troubles du spectre de l'autisme (TSA) et, finalement, un remplacement à la gestion du programme TSA. Le 25 septembre 2014, le projet de loi n° 10 visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales était déposé. La loi a été sanctionnée le 7 février 2015. Nous y reviendrons.

Le conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration se sont réunis à six reprises en séance régulière en plus de tenir une conférence téléphonique et une séance spéciale, pour un total de huit rencontres. Le conseil a également adopté le rapport annuel de gestion 2013-2014 de l'établissement lors de l'assemblée publique annuelle tenue en septembre 2014. Nous tenons à souligner l'implication de tous les membres et leur sens des responsabilités puisqu'ils arrivent bien préparés aux rencontres, permettant ainsi de respecter les mandats qui leur sont confiés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Plusieurs membres sont également impliqués dans les différents comités du conseil d'administration qui sont actifs et fonctionnels. Ces personnes qui acceptent de siéger à ces comités assument leurs fonctions avec beaucoup de cœur et de compétence. Ces comités sont les suivants :

- comité de vérification;
- comité de gouvernance et d'éthique;
- comité de gestion des risques et de la qualité;
- comité de vigilance et de la qualité des services;
- comité des usagers.

Les comités rendent compte de leurs travaux à chacune des séances du conseil en déposant et en commentant les procès-verbaux de leurs rencontres.

De plus, le président et le directeur général ont présenté à chacun des conseils les activités de représentation qu'ils ont effectuées et ont situé les membres sur des éléments de l'environnement, tant régional que provincial, qui peuvent avoir des impacts soit sur notre offre de service ou sur des réalités auxquelles l'établissement est confronté. Ils ont de plus participé aux rencontres régionales des présidents et directeurs généraux des établissements de notre région. Ces rencontres ont servi principalement, à la suite du dépôt du projet de loi n° 10, à préparer la transformation de notre réseau de la santé et des services sociaux. Une rencontre spéciale a même été organisée par l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour planifier cette transformation sur le plan de la gouvernance. Pour le CRLM, le directeur général et le deuxième vice-président ont participé à cette démarche.

Les projets d'optimisation tant régionaux que provinciaux et le suivi de l'entente de gestion via les bilans demandés par l'Agence ont également fait l'objet de suivis par les membres du conseil. Le dossier de l'agrandissement du siège social a également été suivi de près et les résolutions requises pour procéder aux différents appels d'offres ont été adoptées.

Malgré le dépôt en septembre 2014 du projet de loi n° 10 mettant fin au 31 mars 2015 à l'existence du conseil d'administration du CRLM, les membres se sont acquittés des différentes obligations requises dans le cadre de leur rôle et ont maintenu un haut niveau de professionnalisme et de responsabilité dans l'exercice de leurs fonctions d'administrateurs. Nous les en remercions.

Les faits saillants

L'année 2014-2015 a été une année où plusieurs projets ont connu leur aboutissement, où plusieurs dossiers ont progressé, dans un contexte d'annonce d'une transformation majeure du réseau de la santé et des services sociaux. Les lignes qui suivent dressent un bilan des principaux faits saillants de l'année.

Éditorial

Le personnel a eu droit cette année à deux tournées de la direction. La première a été faite par le directeur général seulement, à la fin de l'été, pour recueillir les attentes des équipes et échanger sur les objectifs de la direction générale. La fin de la tournée a également servi à donner certaines informations sur le projet de loi nº 10. La deuxième tournée a été effectuée à l'hiver 2015 en présence de toute l'équipe de direction. Naturellement, une bonne partie de chaque rencontre a été l'occasion de faire le point sur le projet de loi nº 10, sur les étapes à venir et sur l'inquiétude des équipes face aux changements annoncés. Lors de ces rencontres, nous avons également abordé le bilan de l'An 2 de notre plan d'amélioration continue de la qualité découlant de notre démarche d'agrément, le projet d'agrandissement du siège social, les stationnements et les 35 ans d'existence des services en DP et aux TSA au CRLM.

En lien avec le plan d'amélioration, le personnel a été largement impliqué à plusieurs niveaux pour répondre aux objectifs à réaliser cette année; le bilan de l'An 2 est d'ailleurs présenté dans ce rapport annuel. Parmi les objectifs de cette année, mentionnons que tout le personnel a reçu la formation « Héros en 30 » qui est une version abrégée du cours portant sur les techniques de réanimation cardiorespiratoire (RCR).

La traditionnelle journée d'accueil organisée pour le personnel du CRLM a été l'occasion cette année de faire connaître aux collègues les services du CRLM. À travers plusieurs ateliers animés par les membres des différentes équipes de travail, les intervenants et membres du personnel ont pu expérimenter les activités ou services suivants :

- le comité d'accessibilité en Abitibi-Ouest;
- l'aventure unique d'une réadaptation interne à Macamic;
- vivre avec une déficience visuelle et conserver sa pleine participation sociale;
- les outils d'intervention en français signé offerts en soutien aux familles;
- 20 minutes dans la peau d'une personne vivant avec un TSA;
- le groupe par le groupe en neurotraumatologie;
- l'approche par projet en déficience du langage;
- les adaptations sportives;
- tranches de vie à Youville : les transitions, on y fait attention;
- la thérapie à la piscine;
- en route vers l'intégration dans l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive TSA;
- le *speed testing*;
- l'élaboration des documents officiels au CRLM;
- l'utilisation de Lotus Notes;
- le programme de prévention en santé, sécurité et qualité de vie au travail.

Le site Web du CRLM a été complètement refait et répond aux dernières normes en matière d'accessibilité. Les différentes sections du site contiennent des informations différentes, selon que vous êtes un usager ou un référent.

Concernant les grands dossiers cliniques, le projet d'optimisation des lits de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) a vu son aboutissement avec la recommandation d'une unité régionale de 20 lits située au CSSS des Aurores-Boréales au lieu des 28 lits actuels répartis dans toute la région. Malheureusement, au moment de produire ce rapport annuel, cette orientation n'avait pu s'actualiser, compte tenu des efforts budgétaires demandés dans le réseau.

Les travaux visant l'élaboration de la trajectoire de services pour la clientèle TSA se sont terminés et une proposition a été déposée à l'Agence pour approbation; nous attendons toujours les suites dans ce dossier. Des travaux semblables sont commencés pour d'autres clientèles, tels les enfants présentant une déficience motrice ou une déficience du langage.

Le CRLM a été désigné par le MSSS pour faire partie du consortium qui constituera le Centre d'expertise régional en gestion de la douleur chronique de l'Abitibi-Témiscamingue. Le mandat du consortium a deux volets, soit :

- assurer la prestation de services cliniques de niveau secondaire destinés aux clientèles présentant des problèmes complexes;
- contribuer à la diffusion de connaissances propres à ce secteur d'activité, en collaboration avec le RUIS McGill.

Notre collaboration avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) s'est intensifiée. Comme par les années passées, nous avons remis une bourse d'études à deux étudiants, l'un en psychoéducation et l'autre en gestion des ressources humaines. Nous avons collaboré à la création d'une plate-forme Web sous le nom de « A pour Autre ». Cet outil interactif s'adresse aux jeunes vivant avec un TSA et vise à sensibiliser, de manière ludique, à la réalité de l'autre et à développer des compétences sociales. Enfin, nous avons repositionné notre affiliation universitaire en élaborant avec l'UQAT un plan d'action qui détermine des projets concrets à réaliser au cours des prochaines années.

Éditorial

Nous avons finalement obtenu l'autorisation officielle du MSSS pour notre projet d'agrandissement au siège social. Après plusieurs années de démarches, nous pourrons enfin, au cours de 2016, rassembler sous un même toit tous nos services de réadaptation, mis à part notre service d'aides techniques. Cette annonce constitue un tournant important dans l'histoire du CRLM. Mentionnons aussi que plusieurs rénovations fonctionnelles ont été effectuées au siège social au cours de la dernière année (ventilation, salles de bain, travaux de peinture, etc.).

Remerciements

Nous sommes conscients que l'année 2014-2015 fut encore une fois une année où les employés, les gestionnaires et les administrateurs ont eu à se dépasser, dans un contexte économique qui nous amène à faire des exercices de plus en plus serrés pour arriver à terminer l'année en équilibre budgétaire, mais surtout dans un contexte d'une annonce de transformation importante avec l'adoption du projet de loi nº 10.

Nous espérons donc que toutes les personnes œuvrant dans l'organisation pour assurer le mieux-être de la clientèle se sentiront personnellement remerciées pour leur contribution à l'atteinte des objectifs de l'établissement, tout en respectant les règles en vigueur, en maintenant un haut niveau de qualité et une mobilisation sans précédent. Nous sommes vraiment fiers de vous.

Merci encore une fois à tous nos clients, ainsi qu'à leurs proches, de s'impliquer aussi activement dans leur programme de réadaptation, de nous faire confiance et d'accepter de nous donner de la rétroaction sur les services offerts.

Jason Lecours,
président du conseil d'administration

Serge Côté,
directeur général

Les adresses

Siège social
100, chemin Docteur-Lemay
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 5T2
Téléphone : 819 762-6592
Télécopieur : 819 762-2049

Point de service d'Amos
582, 10e Avenue Ouest, suite 200
Amos (Québec) J9T 1X3
Téléphone : 819 732-8690
Télécopieur : 819 732-9321

Point de service de La Sarre
677, 2e Rue Est
La Sarre (Québec) J9Z 2X7
Téléphone : 819 333-9753
Télécopieur : 819 333-5834

Point de service de Rouyn-Noranda
3, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 762-6592
Télécopieur : 819 762-2625

Point de service de Val-d'Or
975, rue Germain
Val-d'Or (Québec) J9P 7H7
Téléphone : 819 825-3337
Télécopieur : 819 825-3548

Point de service de Ville-Marie
25, rue Sainte-Anne, bureau 102
Ville-Marie (Québec) J9V 2B6
Téléphone : 819 629-3115
Télécopieur : 819 629-3160

Service d'aides techniques Orthaide
7, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 762-6592
Sans frais : 1 888 833-5226
Télécopieur : 819 797-8313

Unité régionale de réadaptation fonctionnelle intensive
169, 7e Avenue Est
Macamic (Québec) J0Z 2S0
Téléphone : 819 782-4661
Télécopieur : 819 782-2440

Au service des gens de l'Abitibi-Témiscamingue

Le conseil d'administration

Population
Yvonne Cloutier
Jason Lecours, président

Conseil multidisciplinaire
Valérie Desharnais
Catherine Provost
Lisette Rousseau

Cooptés
Claude Lacasse
Laval Laflamme
Marie-Claude Paquet, vice-présidente
Claude Sanesac, 2e vice-président
Julie Tremblay

Personnel non clinique
Dominique Ouimet

Comité des usagers
Gisèle Chrétien
Poste vacant

Désignations de l'Agence de la santé et des services sociaux
Denis Drouin
Michel Gosselin

Direction générale
Line St-Amour*, secrétaire
Serge Côté, secrétaire

Les comités du conseil d'administration

Comité administratif
Gisèle Chrétien
Jason Lecours
Dominique Ouimet
Claude Sanesac
Line St-Amour*
Serge Côté

Comité de gouvernance et d'éthique
Gisèle Chrétien
Jason Lecours
Dominique Ouimet
Claude Sanesac
Line St-Amour*
Serge Côté

Comité de vérification
Michel Gosselin
Laval Laflamme
Jason Lecours
Marie-Claude Paquet
Line St-Amour*
Serge Côté
Patrick Thiffault, ressource

Comité de gestion des risques et de la qualité
Gisèle Chrétien
Yvonne Cloutier
Denis Drouin
Serge Lacroix*
Jason Lecours
Julien Riopel
Julie Tremblay
Sylvie Turgeon
Line St-Amour*
Serge Côté
Gérard-D. Boulanger, gestionnaire de risques

Comité de vigilance et de la qualité des services
Gisèle Chrétien
Yvonne Cloutier
Denis Drouin
Jason Lecours
Julie Tremblay
Sylvie Turgeon
Line St-Amour*
Serge Côté
Gérard-D. Boulanger, ressource

Comité des usagers
Maurice Baillargeon
Patricia Barrette
Normande Bédard
Gisèle Chrétien
Lydia Gunther
Isabelle Therrien*
Isabelle Blais, ressource

Conseil multidisciplinaire (comité exécutif)
François Aumond
Marie-Claude Bolduc
Geneviève Bougie
Carole Brousseau
Valérie Cliche*
Aude Dimanche
Claude Fortin
Nathalie Gilbert
Mélanie Hamelin
Zoé Jobin-Chayer
Mathieu Lafontaine
Amélie Massé*
Gérard-D. Boulanger, ressource

Le président et la directrice générale/le directeur général sont membres d'office de tous les comités

*** Membres ayant quitté leur poste en cours d'année**

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie établit les devoirs et obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Centre de réadaptation La Maison dans l'exercice de leurs fonctions. Il est régi par un ensemble de valeurs, principes et règles afin de favoriser et de s'assurer de l'intégrité des administrateurs de fonds et de services publics.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit à l'accès aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil doit assister régulièrement aux réunions du conseil.
3. Le membre du conseil doit s'assurer de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement tout en ayant les informations nécessaires avant de décider de certaines orientations et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.
4. Le membre du conseil présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis, incluant l'abstention.
5. Le membre du conseil doit faire preuve de courtoisie et de bonne foi afin de préserver la confiance requise dans l'exercice de ses fonctions.
6. Le membre du conseil doit faire preuve de diligence, d'intégrité, d'honneur, de dignité, d'honnêteté et d'impartialité dans l'exercice de ses fonctions.
7. Le membre du conseil doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance dans l'exercice de ses fonctions.
8. Le membre du conseil doit faire preuve de loyauté et d'intégrité dans ses rapports avec les autres membres du conseil et ne doit jamais trahir leur confiance, les devoirs de sa charge ou agir de façon déloyale.
9. La conduite du membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.
10. Le membre du conseil doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions en ne divulguant que le contenu des procès-verbaux, et ce, même après l'expiration de son mandat.
11. Le membre du conseil doit respecter les résolutions adoptées par le conseil et s'y plier tout en reconnaissant l'autorité décisionnelle du président du conseil en ce qui concerne les procédures à suivre au cours des réunions du conseil.
12. Le membre du conseil doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Seules les personnes désignées par le conseil d'administration peuvent communiquer fidèlement les plans et objectifs généraux du Centre en évitant toute remarque susceptible de discréditer ou dénigrer le Centre ou les membres de son conseil.
13. Le membre du conseil doit reconnaître que l'administration générale du Centre incombe à la direction générale et autres membres de l'équipe de gestion du Centre.

Conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.
2. Le membre du conseil doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil la promotion et la conduite de ses activités commerciales et professionnelles ou d'affaires.
3. Le membre du conseil doit, en tout temps, sauvegarder son indépendance et éviter toute situation pouvant lui procurer un avantage personnel direct, indirect, potentiel ou réel.
4. Le membre du conseil qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise commerciale mettant en conflit son intérêt et celui du conseil ou du Centre doit en aviser immédiatement le président du conseil ou la directrice générale.
5. Le membre du conseil qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise commerciale mettant en conflit son intérêt et celui du conseil doit se retirer de toute délibération et de toute décision concernant l'objet de cet intérêt.
6. Le membre du conseil doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats ou des ventes de biens ou services avec le Centre.
7. Le membre du conseil doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.
8. Le membre du conseil ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt du Centre.
9. Le membre du conseil ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.
10. Le membre du conseil ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
11. Le membre du conseil ne doit pas utiliser son titre en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.
12. Le membre du conseil doit, en tout temps, éviter toute situation pouvant résulter en un conflit d'intérêts ou en un conflit d'intérêts potentiel.

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

13. Le membre du conseil ne doit pas solliciter, accepter ou exiger de quiconque un don, un legs, une indemnité quelle qu'elle soit, une commission, un rabais, un prêt, une remise de dette, un service ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

14. Le membre du conseil ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une indemnité quelle qu'elle soit, une commission, un rabais, un prêt, une remise de dette, un service ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité, le jugement ou la loyauté de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

15. Le membre du conseil doit signer en début de mandat une déclaration faisant état de tout conflit d'intérêts, réel ou potentiel (formulaire en annexe). Si la situation change en cours de mandat, il est de son devoir d'en informer la direction.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

Le membre du conseil doit, après l'expiration de son mandat, respecter le caractère confidentiel de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit, dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil, et faire preuve de respect et de courtoisie à l'endroit du Centre et de son conseil.

Il doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures comme membre du conseil d'administration.

Il ne peut, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions au Centre, agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, une négociation ou une autre opération à laquelle le Centre fait partie.

Régime de sanctions

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction pouvant prendre la forme d'un avertissement, d'une réprimande, d'une suspension temporaire ou d'une révocation.

2. Toute personne qui a lieu de croire qu'un membre du conseil a pu contrevenir au présent code doit en aviser le président du conseil ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil.

3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête sur la situation ou les allégations de comportements susceptibles de déroger au présent code.

4. Le membre du conseil qui est informé qu'une enquête se tient à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

5. Les personnes désignées pour tenir l'enquête doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil.

6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête, doit constituer, le cas échéant, un comité formé de trois membres du conseil qu'il désigne. Il avise le membre concerné des manquements reprochés et des dispositions du code s'y rattachant. L'avis doit aussi informer le membre qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses commentaires au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

7. Sur conclusion que le membre du conseil a contrevenu au code, le comité doit recommander aux membres du conseil la sanction qui lui sera imposée.

8. La sanction recommandée peut prendre la forme d'un avertissement, d'une réprimande, d'une suspension temporaire ou d'une révocation.

9. La recommandation d'une sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil concerné avant que le conseil ne décide de la sanction à imposer.

Enquête et immunité

1. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui font une enquête, de même que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

2. Les personnes qui font une enquête, de même que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions, sont tenues de prêter serment ou de faire l'affirmation solennelle par rapport au caractère confidentiel de la situation.

Communication du code

1. Le Centre doit remettre une copie du code à tout membre du conseil dès son élection de même qu'à toute personne qui lui en fait la demande.

2. Le code doit paraître dans le rapport annuel du Centre.

3. Le rapport annuel du Centre doit faire état des points suivants :
   - le nombre de cas examinés et leur nature;
   - le nombre de cas traités et leur suivi;
   - la décision rendue ainsi que le nombre et la nature des sanctions rendues;
   - les noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leurs fonctions.

Aucun cas n'a été examiné en vertu du code pour l'année 2014-2015.

Le comité de vérification

Le comité de vérification, qui est un comité très actif au sein de l'organisation, a tenu au cours de l'exercice financier 2014-2015 dix rencontres régulières en plus d'une conférence téléphonique en octobre 2014. Cette rencontre spéciale concernait la décision à prendre quant au soumissionnaire à retenir pour les travaux du stationnement du siège social.

Dans le cadre des rencontres régulières, certains sujets se retrouvent à l'ordre du jour de façon statutaire :

- situation financière périodique;
- résultats des revenus autonomes;
- assurance salaire et droits parentaux;
- situation financière d'Orthaide : suivis financiers de cette activité accessoire;
- agrandissement du siège social (à partir de la quatrième rencontre);
- réorganisation du réseau (à partir de la cinquième rencontre).

En plus des suivis à chaque période sur le plan budgétaire, les membres du comité de vérification ont été saisis de la planification budgétaire pour l'année 2014-2015 et ont recommandé l'acceptation du budget déposé au conseil d'administration.

Les auditeurs externes ont participé à deux rencontres : à celle du mois d'avril 2014, ils ont expliqué l'étendue de leur mandat et en ont profité pour demander aux membres du comité s'ils avaient des préoccupations particulières à leur soumettre. À la rencontre de juin 2014, ils ont présenté les états financiers de l'établissement et répondu aux questions des personnes présentes. Le comité a aussi fait une recommandation pour la nomination de l'auditeur externe à la rencontre de septembre 2014.

Les membres du comité se sont également acquittés du mandat confié par le conseil d'administration concernant l'évaluation annuelle de la directrice générale. Compte tenu de l'annonce du départ à la retraite de la directrice générale, le comité de vérification a suivi les démarches visant le remplacement de cette dernière et a recommandé l'adoption des objectifs annuels du nouveau directeur général.

Outre les dossiers mentionnés précédemment, les membres du comité de vérification ont été saisis de différents autres dossiers menant à des recommandations au conseil d'administration. Parmi ceux-ci, mentionnons :

- l'adoption des plans triennaux;
- le projet de téléphonie IP;
- le projet d'amélioration de l'infrastructure Magistra chez Orthaide;
- la modification du règlement concernant l'utilisation du fonds à destination spéciale (fonds d'études) pour permettre une utilisation plus large dans le cadre de l'affiliation universitaire;
- le rapport d'ajustement des salaires des cadres pour 2014-2015 et la prévision pour 2015-2016.

En juillet 2014, nous avons reçu la lettre du MSSS nous autorisant à réaliser notre projet d'agrandissement du siège social. Ce dossier, jumelé à celui de la relocalisation d'une de nos aires de stationnement, ont fait l'objet de plusieurs suivis et discussions. Les membres ont suivi les lancements d'appels d'offres, leurs résultats ainsi que les différents projets en cours dans ce domaine. Ils ont approuvé le plan de financement et convenu des modalités entourant l'utilisation de notre avoir propre pour financer le projet.

À la fin du mois de septembre 2014, le projet de loi n° 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a été déposé à l'Assemblée nationale. Les membres du comité de vérification ont suivi avec intérêt les différentes étapes et démarches menant à l'adoption de la loi et se sont préparés à la fin des travaux du comité compte tenu de la dissolution du conseil d'administration au 31 mars 2015.

Nous remercions les membres pour leur implication au sein du comité de vérification et pour leur grand professionnalisme dans l'exécution du mandat qui leur était confié.

Laval Laflamme,
président

Le comité de gouvernance et d'éthique

Pour l'année 2014-2015, le comité de gouvernance et d'éthique avait établi le plan d'action suivant :

- Mettre de façon statutaire à l'ordre du jour du comité le point « Environnement régional et provincial ».
- Planifier avec la direction les sujets de présentation en début de conseil en lien avec les éléments ressortis dans l'autoévaluation du conseil d'administration.
- Proposer au conseil d'administration les grandes lignes ou les balises des dossiers qui devraient être traités par le comité administratif.
- Agir en soutien à la nouvelle personne qui sera nommée à la direction générale.
- Travailler sur tout dossier que pourrait lui confier le conseil d'administration dans les zones de gouvernance et d'éthique.

Le début de l'année financière a été occupé par les démarches visant le remplacement de la directrice générale qui avait annoncé son départ pour le mois de juin. Au cours de la période estivale, le nouveau directeur général s'est familiarisé avec ses nouvelles fonctions.

À la fin du mois de septembre 2014, le projet de loi n° 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales a été déposé à l'Assemblée nationale. À la suite du dépôt de ce projet de loi, les énergies ont été mises pour se préparer à la transformation majeure à venir.

Une seule rencontre du comité de gouvernance et d'éthique a donc eu lieu au milieu de l'automne 2014. Lors de cette rencontre, toutes les informations ont été données concernant le projet de loi, les étapes réalisées pour son adoption, les étapes à venir et les impacts potentiels sur l'établissement ainsi que sur les gestionnaires en poste. Un retour sur les objectifs 2014-2015 du comité a été fait et il a été convenu de ne pas tenir d'autres rencontres étant donné la dissolution éventuelle du conseil d'administration et de ses comités.

Nous remercions les personnes qui se sont impliquées dans ce comité au cours des dernières années.

Jason Lecours,
président

Le comité de gestion des risques et de la qualité

Mandat du comité

Chercher, développer et promouvoir des moyens visant à :

- identifier et analyser les risques;
- s'assurer qu'un soutien sera apporté aux victimes et à leurs proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance (programme de gestion des risques) et constituer un registre local sur les incidents et accidents;
- recommander au conseil d'administration la prise de mesures pour prévenir ou contrôler la récurrence de ces incidents et accidents.

Le comité s'assure également de faire les liens requis ou de fournir l'information pertinente au comité de vigilance et de la qualité des services.

Données principales du registre des incidents et accidents

- 183 événements ont été déclarés, comparativement à 235 l'an dernier;
- 50 événements sont reliés à des désorganisations qui se manifestent par des comportements agressifs envers soi ou les autres, comparativement à 101 événements l'an dernier;
- 10 événements concernent les chutes;
- 103 événements concernent d'autres types d'incident, dont la majorité est en lien avec la tenue de dossier (rédaction de notes évolutives informatisées dans un dossier autre que celui du client);
- 18 événements concernent la médication.

Interventions effectuées auprès de la clientèle

- Pour les 183 événements déclarés, 237 interventions ont été effectuées pour en prévenir la récurrence.

Faits saillants des travaux du comité de gestion des risques et de la qualité pour l'année 2014-2015

En cours d'année, le comité a tenu trois rencontres régulières.

Les membres ont suivi les différents travaux effectués par la direction pour répondre aux recommandations de l'An 1 du plan d'amélioration continue de la qualité et ils ont pris connaissance des objectifs de l'An 2.

Dans ce cadre, les membres ont eu des présentations et des discussions sur :

- le suivi de la politique concernant l'utilisation des mesures de contrôle et sur le plan d'action en découlant;
- le suivi concernant les démarches entourant le respect du cadre règlementaire pour l'administration des médicaments dans l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive TSA;
- le suivi de la politique concernant la gestion intégrée des risques;
- le suivi concernant les grandes lignes pour l'établissement d'un programme de gestion intégrée des risques;
- le suivi du programme 2014-2015 de gestion intégrée des risques;
- le suivi du plan de sécurité civile et les exercices d'évacuation.

Des informations ont également été données aux membres sur le bilan provincial des incidents/accidents et sur les changements effectués pour la refonte du formulaire AH-223. Dorénavant, seules les déclarations d'incidents/accidents concernant la clientèle sont prises en considération pour le registre national des incidents/accidents.

À chacune des rencontres, outre le regard sur le bilan des incidents/accidents et les suites qui sont données, le comité est également saisi d'événements hors bilan qui peuvent graviter autour de la gestion des risques; par exemple, un rappel volontaire concernant un médicament, etc.

Des informations d'ordre plus général ont aussi été transmises sur le suivi du plan d'amélioration continue de la qualité concernant la révision de l'arbre de gestion pour le traitement des insatisfactions et les démarches concernant la responsabilité des soins infirmiers et la constitution d'un CMDP.

Les membres s'impliquent et posent des questions très pertinentes. Nous les remercions pour leur implication.

Yvonne Cloutier,
présidente

Le comité de vigilance et de la qualité des services

Le comité de vigilance et de la qualité des services est principalement responsable d'assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*.

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité des services doit notamment :

1. Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes.
2. Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires pour formuler des recommandations au conseil d'administration.
3. Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers.
4. Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations faites au troisième alinéa.
5. Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le premier alinéa.
6. Veiller à ce que la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente.
7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

Durant l'année, le comité a tenu trois rencontres régulières.

De façon statutaire, le comité de vigilance et de la qualité des services :

- Suit les travaux du comité de gestion des risques et de la qualité.
- Porte un regard sur le traitement des plaintes, tant par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services que par les suivis effectués dans l'établissement.
- Prend des nouvelles de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services : activités, formations, collaboration des différents représentants de l'établissement; il s'assure qu'elle est en mesure de jouer son rôle.
- Reçoit les résultats des compilations des questionnaires portant sur la satisfaction de la clientèle et questionne les suites données à certains commentaires.
- Est informé des insatisfactions traitées.
- Suit les travaux reliés au plan d'amélioration continue de la qualité qui concernent plus spécifiquement son mandat.

Le comité a pris connaissance des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services concernant un usager dans l'URFI TSA et s'est assuré du suivi des recommandations de la commissaire.

La commissaire a aussi rencontré le comité des usagers pour préciser auprès des membres son rôle et pour exprimer son désir de participer aux activités de ce comité dans le cadre de la Semaine de promotion des droits des usagers.

Les membres du comité de vigilance et de la qualité des services ont pris connaissance des résultats des compilations des questionnaires portant sur la satisfaction de la clientèle : ils soulignent le taux de satisfaction élevé, la représentation des différents points de service et le taux de réponse qui est assez significatif.

Les membres du comité ont aussi pris connaissance du plan d'action transmis au Protecteur du citoyen concernant son intervention auprès d'une ressource d'hébergement et en lien avec ses recommandations. Ce plan d'action a été produit en collaboration avec deux autres établissements du réseau.

D'autres présentations apportant des échanges fructueux ont eu lieu avec les membres du comité, dont les premiers constats dans le cadre de l'évaluation des programmes, le bilan annuel de l'utilisation du programme d'aide aux employés, etc.

En terminant, nous souhaitons remercier les membres pour leur participation active à ce comité.

Yvonne Cloutier,
présidente

Le comité des usagers

Le comité s'est réuni à six reprises durant l'année.

Participation au conseil d'administration et autres comités

Durant le présent mandat du conseil d'administration, le comité des usagers est représenté par une seule personne, soit Mme Gisèle Chrétien.

Mme Chrétien a également participé aux rencontres du comité de gestion des risques et de la qualité, du comité de vigilance et de la qualité des services ainsi que du comité de gouvernance et d'éthique.

Mentionnons que l'assemblée générale annuelle du comité des usagers a été convoquée pour le 15 septembre 2014; malheureusement, aucune personne ne s'est présentée.

Projets

- Qualité des services

Prix Laurent-Juteau
Après une année de réflexion et de consultation, le comité a pris la décision de relancer le prix Laurent-Juteau avec sa bourse de 1 000 $ afin de souligner son appréciation pour les projets permettant l'amélioration des services à la clientèle.

Ce sont sept projets qui ont été présentés par les intervenants en 2014, ce qui en fait le plus grand nombre de candidatures reçues pour une année donnée. Cela démontre hors de tout doute le désir des intervenants de développer de nouvelles façons de faire et d'améliorer les services rendus aux usagers. Il a par conséquent été convenu de reconduire le concours pour l'année 2014-2015 étant donné l'importance du prix Laurent-Juteau aux yeux des intervenants.

La remise de ce prix reconnaissant les projets novateurs et les efforts des intervenants s'est déroulée lors de la journée d'accueil du mois d'août 2014. Le prix a été décerné à l'équipe en déficience auditive pour son projet « Les chansons signées ». Le comité des usagers tient à féliciter les membres de l'équipe pour ce beau projet.

Questionnaire sur l'appréciation des services
Un questionnaire sur l'appréciation des services est disponible pour la clientèle dans tous les points de service du CRLM, dont une version adaptée à la clientèle ayant une déficience visuelle. Pour l'année 2014-2015, ce sont 236 personnes qui ont complété le questionnaire. Encore une fois cette année, on note une augmentation du nombre de questionnaires par rapport à l'année dernière, ce qui démontre les efforts des employés à remettre le questionnaire au plus grand nombre d'usagers possible. Le comité suit de très près l'opinion des usagers par l'intermédiaire de ce questionnaire et s'assure qu'un suivi est fait par la direction.

- Formation et information

Rencontres avec le directeur général du CRLM
Le nouveau directeur général du CRLM, M. Serge Côté, a rencontré les membres du comité à quatre reprises cette année. La première rencontre visait principalement à se présenter à titre de nouveau directeur général du CRLM ainsi qu'à faire part de ses objectifs comme directeur de l'établissement. Par la suite, M. Côté est venu faire un suivi avec les membres du comité des usagers concernant le projet de loi n° 10.

Participation au congrès du RPCU
Cette année, un des membres du comité a participé au congrès du Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) qui a eu lieu à Laval en octobre 2014.

Le comité des usagers

Rencontre avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Mme Sylvie Turgeon, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, est venue rencontrer les membres du comité afin de leur faire part de son intérêt à participer aux activités de promotion des droits tenues par le comité des usagers du CRLM; elle pourrait entre autres être associée aux démarches dans le cadre de la Semaine de promotion des droits des usagers. Elle a également présenté son rôle à titre de commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Les membres du comité ont été informés qu'elle reçoit peu de plaintes d'usagers du CRLM.

Présentation de la plateforme Web « A pour Autre »
Mme Nathalie Quirion, directrice des services de réadaptation en déficience physique et aux troubles du spectre de l'autisme, est venue présenter la plateforme Web « A pour Autre » qui a été réalisée par une stagiaire à la maîtrise en psychoéducation en collaboration avec le CRLM et l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Cet outil vise à travailler les habiletés sociales chez les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme. L'outil peut aussi être utilisé avec d'autres clientèles, comme les enfants ayant un trouble de langage. La plateforme Web « A pour Autre » se compose d'un guide ainsi que de capsules vidéo; elle est accessible sur le Web, et ce, sans frais. Cet outil est maintenant utilisé par les intervenants avec certains clients et il est disponible pour les parents. Le comité des usagers tient à féliciter l'établissement pour cette belle initiative.

- Activités de promotion du comité des usagers

Tirage de séjours au Centre de plein air du lac Flavrian
Le comité des usagers a organisé le tirage de quatre séjours d'une semaine au Centre de plein air du lac Flavrian à l'été 2014 pour la clientèle recevant des services au CRLM. Pour ces séjours, quinze enfants et six adultes se sont inscrits au concours.

Le comité a également organisé un tirage pour les séjours d'hiver.

Semaine de promotion des droits des usagers
À la suite d'une décision prise au niveau régional, la Semaine de promotion des droits des usagers qui se tenait habituellement en février a été reportée au mois de septembre. Il n'y a donc pas eu de Semaine de promotion des droits des usagers pour l'année 2014-2015.

Calendriers promotionnels
Afin de poursuivre la sensibilisation au respect des droits des usagers, des calendriers muraux avec les droits des usagers ont été achetés par le comité et acheminés dans chaque point de service pour les employés et les clients du CRLM. Mentionnons également la participation de la présidente du comité des usagers ainsi que de la personne-ressource au processus de création du calendrier.

- Activités de réseautage

Régional
Le comité poursuit son implication dans les rencontres régionales des comités des usagers. La présidente et la personne-ressource participent aux rencontres régulières et assurent un suivi auprès des membres du comité.

La présidente et la personne-ressource ont participé à des rencontres avec les autres comités des usagers afin d'élaborer un plan d'action au niveau régional pour 2014-2016; jusqu'à maintenant, plusieurs éléments du plan d'action ont été réalisés. Mentionnons le mandat qui a été confié à M. Mario Simard, spécialiste en marketing social, de produire un plan de communication, le but de cette démarche étant de faire connaître les comités des usagers ainsi que les droits des usagers.

Journée de ressourcement des comités des usagers
Une journée de ressourcement pour les comités des usagers s'est tenue en novembre 2014. Trois membres du comité ainsi que la personne-ressource et le directeur général du CRLM ont participé à cette activité régionale qui avait pour thème « Droits, obligations et confidentialité, on y croit! » Lors de cette journée, les membres ont pu échanger sur la confidentialité dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Provincial
Le comité a renouvelé son adhésion au Regroupement provincial des comités des usagers.

Le comité des usagers

Priorités pour l'année 2015-2016

- Poursuivre le recrutement de nouveaux membres afin que la composition du comité soit représentative à la fois des deux missions du CRLM et des cinq MRC de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Poursuivre la promotion des droits des usagers par différentes activités.
- Poursuivre les activités de formation et d'information.
- S'assurer que la réadaptation demeure une préoccupation du nouvel établissement régional (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue).

Gisèle Chrétien,
présidente

Les droits des usagers

- Le droit d'être informé sur les services existants et sur la façon de les obtenir.
- Le droit de recevoir des services adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité, et de façon sécuritaire et personnalisée.
- Le droit de choisir le professionnel ou l'établissement dont vous recevrez les services.
- Le droit de recevoir des soins en cas d'urgence.
- Le droit d'être informé sur votre état de santé ainsi que sur les solutions possibles et leurs conséquences avant de consentir à des soins.
- Le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours d'une prestation de services.
- Le droit d'être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de votre dignité, de votre autonomie, de vos besoins et de votre sécurité.
- Le droit d'accepter ou de refuser des soins de façon libre et éclairée, personnellement ou par l'entremise de votre représentant.
- Le droit d'accès à votre dossier, lequel demeure confidentiel.
- Le droit de participer aux décisions qui vous concernent.
- Le droit d'être accompagné ou assisté d'une personne de votre choix lorsque vous désirez obtenir des informations sur les services.
- Le droit de porter plainte sans risque de représailles, d'être informé de la procédure d'examen des plaintes et d'être accompagné ou assisté à toutes les étapes de vos démarches.
- Le droit d'être représenté, pour tous vos droits reconnus, advenant votre inaptitude temporaire ou permanente.
- Le droit pour les usagers d'expression anglaise de recevoir des services dans leur langue, suivant le programme d'accès gouvernemental.

Parce que les droits des usagers gagnent à être connus de tous!

Le conseil multidisciplinaire

« La connaissance est la seule chose qui s'accroît lorsqu'on la partage. »

- Sacha Boudjema

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire s'est réuni à trois reprises pour des journées complètes cette année pour travailler sur les dossiers en cours; mentionnons également l'assemblée générale annuelle avec l'ensemble des membres du conseil multidisciplinaire en août 2014 à laquelle ont participé plus d'une centaine d'intervenants du CRLM.

À cette assemblée générale annuelle, de nouveaux officiers ont été élus. Les membres ont pris connaissance du rapport annuel et adopté le procès-verbal de l'année précédente. De plus, les membres de l'assemblée générale ont eu une présentation de M. Claude Boutet, coordonnateur du département d'informatique au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, sur l'expérimentation du projet informatique pour la rédaction des plans de traitement pour la clientèle par les professionnels. Ce projet vise à alléger le temps de rédaction pour les différents professionnels.

Étant donné le projet de loi n° 10 sur la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, les nouveaux membres au comité exécutif ont choisi de reconduire le mandat des officiers de l'an dernier pour assurer la pérennité des travaux amorcés l'année précédente.

Les membres du comité ont suivi de près les travaux concernant le projet de loi n° 10 et ses impacts sur la composition d'un nouveau conseil multidisciplinaire dans le futur Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT). Les membres sont préoccupés par la poursuite du contrat d'affiliation universitaire avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue dans le futur CISSS-AT. Ils souhaitent que la nouvelle direction prenne en compte la réalité des différents programmes-services à l'intérieur de la nouvelle organisation tout en offrant la possibilité de développer différents comités de travail pour maintenir la mobilisation des intervenants.

Au cours de l'année, les membres se sont approprié les travaux d'agrément : présentation de l'An 2 du plan d'amélioration continue de la qualité et son suivi. Ils ont également pris connaissance du bilan annuel des activités réalisées dans le cadre du plan d'amélioration, bilan de cette deuxième année concernant davantage les mécanismes de suivi et l'appropriation des objectifs. Ils ont aussi pris connaissance des différents dossiers concernant l'élaboration et l'évaluation des programmes.

Les membres du comité exécutif suivent de près les résultats des sondages sur la satisfaction de la clientèle dans le cadre de la gestion intégrée de la qualité. Ils sont fiers des réalisations et de l'implication des membres du conseil multidisciplinaire dans différents projets réalisés en cours d'année, mentionnons entre autres le lancement de la plateforme Web « A pour Autre » qui a reçu une couverture médiatique importante lors de sa présentation officielle.

Il apparaît clair pour les membres que nous sommes toujours dans une ère de diffusion et d'appropriation des différents documents, que ce soit les cadres de référence, les politiques et procédures, les protocoles, etc. Ces objectifs s'inscrivent dans le cadre du plan d'amélioration continue de la qualité 2013-2017.

Les membres du comité exécutif ont pris connaissance de plusieurs documents officiels qui leur ont été présentés au cours de l'année et ils ont fait le relais avec leurs équipes respectives. Les membres se sont également préoccupés de faire le relais avec les équipes qui n'ont pas de représentants au comité exécutif du conseil multidisciplinaire.

En terminant, au nom du comité exécutif et de l'ensemble des membres du conseil multidisciplinaire, je nous souhaite une transformation à la hauteur des besoins de la clientèle et de notre habituel engagement d'y répondre, une affaire de cœur et de compétence!

Mathieu Lafontaine,
président

conseilmulti_crlm@ssss.gouv.qc.ca

Bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité

Service à la clientèle

- **Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience**
  - **Déficience physique (DP)**

Priorité	Cible	Résultat
Élevée	90 %	88,10 %
Modérée	90 %	96,76 %
Globalement		91,11 %

  - **Troubles du spectre de l'autisme (TSA)**

Priorité	Cible	Résultat
Élevée	90 %	56,52 %
Modérée	90 %	100 %
Globalement		71,01 %

Le fait que les données soient cumulatives depuis l'implantation du Plan d'accès ne contribue pas à donner un portrait juste par année financière, autant pour les clientèles DP que TSA. Par exemple en déficience visuelle, un délai a été dépassé pour un enfant de moins de 6 ans en 2011-2012; il apparaît donc encore dans les données 2014-2015 alors qu'aucun délai n'a été dépassé pour cette clientèle cette année.

Du côté des TSA, des travaux ont été réalisés et complétés visant à formaliser la trajectoire de services pour cette clientèle. Nous sommes en attente de son adoption finale. L'actualisation de cette trajectoire devrait permettre d'améliorer l'accès aux services.

- **Contribuer à l'élaboration de la trajectoire de services pour la clientèle en déficience physique et aux troubles du spectre de l'autisme en vue de la signature d'une entente de collaboration avec chaque CSSS :** La trajectoire de services pour la clientèle TSA a été élaborée et déposée à l'Agence. Nous sommes en attente de son adoption. Un projet d'entente de collaboration avec les CSSS a été déposé à l'Agence pour commentaires. Nous sommes en attente.
- **Clarifier et bonifier l'offre de service aux TSA incluant le répit-dépannage et l'hébergement :** Le portrait de l'offre des services spécialisés aux TSA a été déposé dans le cadre des travaux pour l'élaboration de la trajectoire de services.

Autres volets

- **Efficacité de la consommation d'eau potable dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux :** Nous sommes en conformité avec ce qui nous est demandé. Nous avons rempli les formulaires requis.
- **Élimination des zones grises en hygiène et salubrité :** Réalisé.
- **Ressources informationnelles :** Nous répondons aux demandes en continu et participons aux travaux des comités; le directeur général siège au comité de gouverne informatique, le directeur des services professionnels, recherche et enseignement siège au comité clinique et le directeur des ressources humaines et des services administratifs siège au comité directeur des ressources informationnelles (CDRI). Nous avons fourni les plans demandés dans les délais requis et nous sommes partie prenante des travaux régionaux en lien avec la sécurité, la mise à niveau des postes de travail et du courrier électronique, ainsi que l'optimisation des centres de traitement.

Bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité

- **Programme de type « Entreprise en santé » :** Aucune démarche entreprise dans le cadre d'un programme de ce type. Nous fonctionnons à partir des sondages sur le degré de mobilisation du personnel du Conseil québécois d'agrément (CQA). Les actions prévues pour améliorer le tout se retrouvent dans notre plan d'amélioration continue de la qualité. Par résolution du conseil d'administration, ce plan est considéré comme notre planification stratégique.

  Ressources humaines : Notre ratio en assurance salaire est de 4,37 % alors que la cible est de 5,9 %. Notre plan de main-d'œuvre est à jour.

- **Planification, performance et qualité :** La déclaration des incidents et accidents est à jour.

Équilibre budgétaire

Atteint.

Déclaration de fiabilité des données

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de réadaptation La Maison :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Jacques Boissonneault,
président-directeur général

Les services de réadaptation en quelques chiffres

Les services aux personnes ayant une déficience physique (DP)

Au cours de la dernière année, nous avons répondu à 1 097 nouvelles demandes. Celles-ci se sont ajoutées aux quelque 896 personnes qui ont reçu des services spécialisés de réadaptation. Ce sont donc 1 993 personnes qui se sont partagé 78 795 heures de prestation de services (HPS).

Les tableaux qui suivent dressent un portrait statistique de la clientèle desservie dans les services spécialisés de réadaptation en déficience physique.

Nombre d'usagers desservis du 1er avril 2014 au 31 mars 2015

	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans +	Total
DM	66	84	64	57	192	263	99	95	920
DV	6	10	6	3	25	68	53	150	321
DA	16	26	16	9	25	70	86	232	480
DL	101	157	11	1	2	0	0	0	272
Total	189	277	97	70	244	401	238	477	1 993

Répartition des heures de prestation de services (HPS) du 1er avril 2014 au 31 mars 2015

	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans +	Total
DM	5 457	4 449	1 042	3 581	10 226	13 361	5 388	3 105	46 609
DV	171	354	488	233	574	922	566	1 558	4 866
DA	2 972	3 112	552	49	113	348	446	965	8 557
DL	8 322	10 080	287	26	48	0	0	0	18 763
Total	16 922	17 995	2 369	3 889	10 961	14 631	6 400	5 628	78 795

Nombre d'usagers en liste d'attente pour un 1er service au 31 mars 2015

	0-4 ans	5-11 ans	12-17 ans	18-21 ans	22-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans +	Total
DM	9	6	14	4	11	22	5	7	78
DV	1	0	0	0	0	0	1	6	8
DA	0	1	0	0	1	2	10	17	31
DL	10	8	1	0	1	0	0	0	20
Total	20	15	15	4	13	24	16	30	137

Les services de réadaptation en quelques chiffres

Les services aux personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Du côté des services externes chez la clientèle TSA, nous avons traité au cours de la dernière année 27 nouvelles demandes de service. Cette année, 25 enfants de moins de 6 ans ont reçu des services en intervention comportementale intensive (programme ICI). Au 31 mars 2015, nous avions 9 personnes en attente d'un premier service.

Les tableaux qui suivent dressent un portrait statistique de la clientèle desservie dans les services spécialisés de réadaptation aux troubles du spectre de l'autisme.

Usagers admis du 1er avril 2014 au 31 mars 2015	
Nombre au début de l'année	6
Admissions durant l'année	64
Total	70
Sorties durant l'année	63
Nombre au 31 mars	7
Nombre de jours-présence	2 084

Enfants ayant reçu de l'intervention comportementale intensive (0-5 ans) du 1er avril 2014 au 31 mars 2015	
Enfants desservis durant l'année	25
Nombre de HPS	1 840
Départs durant l'année	5
Masculin	17
Féminin	8

Nombre d'usagers desservis du 1er avril 2014 au 31 mars 2015	
0-4 ans	19
5-11 ans	73
12-17 ans	33
18-21 ans	12
22-44 ans	14
45-64 ans	5
65-74 ans	0
75 ans et +	0
Total	156
Total HPS	17 579

Nombre d'usagers en liste d'attente pour un 1er service au 31 mars 2015	
0-4 ans	0
5-11 ans	2
12-17 ans	3
18-21 ans	1
22-44 ans	2
45-64 ans	1
65-74 ans	0
75 ans et +	0
Total	9

La promesse de service

« Agir ensemble en interdisciplinarité, dans la parole et l'action…

Une affaire de cœur et de compétence! »

Le régime d'examen des plaintes

Bilan des activités pour l'année 2014-2015

Tel que prévu à l'article 33 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le présent rapport fait état du bilan annuel 2014-2015 des activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Cette année encore, les plaintes ont connu une diminution significative comparativement à l'exercice 2013-2014. En effet, une seule plainte a été reçue par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS); cette plainte ayant été reçue dans les derniers jours du présent exercice financier, elle n'avait pas été traitée au 31 mars 2015.

Deux dossiers de plainte reçus dans l'exercice financier précédent ont été conclus cette année. Pour ces deux dossiers, un total de quatre motifs ont été émis, deux concernant les relations interpersonnelles et pour lesquels des mesures ont été émises, et deux concernant les soins et services dispensés et pour lesquels des mesures ont été émises dans un des deux cas.

Le délai de traitement des plaintes prévu à la Loi n'a pas été respecté pour les deux plaintes traitées. Dans les deux cas, la commissaire a informé les usagers des raisons expliquant le dépassement du délai de 45 jours.

Dans le cadre des autres mandats que confère aux commissaires locaux la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, trois demandes d'assistance ont été adressées à la commissaire locale en cours d'exercice. Aucune situation n'a été de nature à justifier que la commissaire utilise le pouvoir d'intervention prévu par la Loi.

Cette année, le médecin examinateur n'a reçu aucune plainte concernant la qualité des actes médicaux effectués par les médecins, dentistes et pharmaciens.

Une plainte a été adressée au Protecteur du citoyen concernant la qualité des services dans une résidence de type familial (RTF). Cette plainte impliquait également deux autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Pour le Centre de réadaptation La Maison, une recommandation a été faite à l'effet de s'assurer que le plan d'intervention des usagers est connu de la RTF. La réponse fournie au Protecteur du citoyen à ce sujet a été satisfaisante.

Autres activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

- Participation aux réunions du comité de vigilance et de la qualité des services.
- Participation aux réunions du comité de gestion des risques et de la qualité.
- Participation à la journée d'accueil annuelle des employés.
- Participation à la table de concertation régionale des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services.

Conclusion

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* a mené au départ de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services en date du 31 mars 2015. La nouvelle structure organisationnelle à mettre en place au sein du futur Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT) prévoit le maintien d'une fonction de commissaire aux plaintes et à la qualité des services et la poursuite de l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

Sylvie Turgeon,
commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Tableaux synthèses du régime d'examen des plaintes

Nombre de plaintes reçues par programme

Programme	2014-2015	2013-2014
Déficience motrice	1	2
Déficience auditive	0	0
Déficience visuelle	0	0
Déficience du langage	0	1
Troubles du spectre de l'autisme	0	1
Total	**1**	**4**

Nombre de plaintes selon le niveau de traitement

Niveau de traitement	2014-2015	2013-2014
Plaintes en traitement au début de l'exercice	2	0
Plaintes reçues durant l'exercice	1	4
Plaintes conclues durant l'exercice	2	2
Plaintes en traitement à la fin de l'exercice	1	2

Objets de plainte

Objet de plainte	2014-2015	2013-2014
Accessibilité	0	2
Relations interpersonnelles	2	2
Soins et services dispensés	2	1
Droits particuliers	0	1
Total	**4**	**6**

Demandes d'assistance

	2014-2015	2013-2014
Assistance	3	2
Total	**3**	**2**

Médecin examinateur
Aucune plainte reçue concernant des actes médicaux, dentaires ou pharmaceutiques.

Protecteur du citoyen
Une plainte a été portée au Protecteur du citoyen durant l'exercice 2014-2015.

Les ressources humaines

	2014-2015	2013-2014	VARIATION
PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES			
Personnel cadre			
Temps complet	14	14	0
Temps partiel	0	0	0
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	0	0	0
Personnel régulier			
Temps complet	126	117	9
Temps partiel			
Nombre de personnes	25	25	0
Équivalents temps complet	18,55	17	1,55
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	64 203	73 365	(9 162)
Équivalents temps complet	35,16	40	(4,84)

L'amélioration continue de la qualité

Par résolution du conseil d'administration, le plan d'amélioration continue de la qualité 2013-2017 sert de planification stratégique au Centre de réadaptation La Maison. Voici les réalisations de l'An 2.

Norme 1 : Une vision, des valeurs et un engagement qualité

- Des actions se poursuivent en continu, mais pas d'objectifs spécifiques dans le plan d'amélioration 2013-2017.

Norme 2 : Une offre concertée de service

- Mettre sur pied un comité des résidents pour l'installation d'internat : Sur recommandation du comité des usagers, le conseil d'administration a confié au comité des usagers les fonctions habituellement confiées à un comité des résidents. Les règles de régie interne du comité des usagers ont été modifiées en ce sens et adoptées (résolution adoptée par le comité des usagers en septembre 2013 et résolution adoptée par le conseil d'administration en novembre 2013).

Norme 3 : Une interaction continue avec le milieu

- Des actions se poursuivent en continu, mais pas d'objectifs spécifiques dans le plan d'amélioration 2013-2017.

Norme 4 : Des stratégies d'innovation et de développement

- Compléter la politique concernant la recherche et les pratiques novatrices : Politique élaborée et adoptée par le conseil d'administration en janvier 2013.
- Participer à l'organisation d'une journée régionale sur les critères de fin d'intervention et l'éthique : Les démarches sont entreprises avec le comité conjoint CRLM-UQAT. Les représentants de l'UQAT ont été désignés. Le contact avec la personne-ressource a été fait. Le plan d'action a été élaboré.

Norme 5 : La mobilisation et la valorisation des ressources humaines

- Repréciser les mécanismes de remplacement du personnel : Présentation faite à l'ensemble du personnel dans le cadre de la tournée de la direction en janvier 2014 et reprise par la suite avec les chefs des programmes de réadaptation.

Norme 6 : Une gestion efficiente des ressources financières, matérielles et informationnelles

- S'assurer de l'application du plan d'entretien des locaux et des équipements dans tous les points de service : Le plan a été réalisé avec les chefs des programmes de réadaptation de chacun des secteurs et les responsabilités ont été identifiées.
- Mettre à jour la politique concernant la sécurité des actifs informationnels et des télécommunications (diffusion de la politique et appropriation par les personnes concernées + diffusion et appropriation du guide d'utilisation du courrier électronique et des médias sociaux) : Politique concernant la sécurité des actifs informationnels et des télécommunications révisée en mars 2014. Guide d'utilisation du courrier électronique présenté à la journée d'accueil en août 2014. Présentation sur l'utilisation des médias sociaux aux chefs des programmes de réadaptation et à toutes les équipes de travail en 2013 et 2014.

Norme 7 : Le plan de communication

- Des actions se poursuivent en continu, mais pas d'objectifs spécifiques dans le plan d'amélioration 2013-2017.

L'amélioration continue de la qualité

Norme 8 : La gestion du personnel et des ressources associées

- Élaborer un plan de soutien pour les ressources intermédiaires : Le nouveau cadre de référence RI-RTF élaboré par le MSSS et adopté en avril 2014 encadre toute cette démarche.
- Apprécier la contribution de l'ensemble des employés par attentes signifiées : Des rappels ont été faits lors des réunions du conseil de gestion, du conseil de gestion élargi et des tables des chefs des programmes de réadaptation pour s'assurer du suivi dans ce dossier. Les chefs ont fait la planification en début d'année et ont dressé un bilan des rencontres d'appréciation réalisées.
- Mettre en œuvre le cadre de référence sur le soutien clinique : Le cadre de référence a été présenté à l'ensemble des gestionnaires. Le plan de diffusion et d'appropriation doit être fait avec les équipes.
- Désigner un responsable des soins infirmiers : Les démarches qui avaient été entreprises auprès du CSSS de Rouyn-Noranda pour la désignation d'un responsable des soins infirmiers ont été interrompues à l'annonce du projet de loi n° 10 (création du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue).
- Instituer un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMPD) : Un plan de travail avait été réalisé concernant l'institution d'un CMDP. Les démarches ont toutefois été interrompues à l'annonce du projet de loi n° 10 (création du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue).

Norme 9 : La qualité dans l'organisation des prestations de services

- S'assurer de répondre aux besoins de la clientèle de façon continue (élaboration, diffusion et implantation du programme TCCL) : La démarche d'élaboration est débutée avec l'équipe. Un comité de travail a été formé pour préciser le travail à accomplir par les personnes-ressources en élaboration et en évaluation des programmes et la spécialiste en activités cliniques de ce programme.

Norme 10 : La sécurité des interventions

- Augmenter la capacité de réponse du personnel dans les situations urgentes : Formation sur la RCR « Héros en 30 » offerte à l'ensemble du personnel en septembre 2014 (129 personnes formées).
- Élaborer un protocole sur les actes médicaux et infirmiers autorisés (rédaction du protocole selon le guide d'élaboration) : Des rencontres ont eu lieu avec la direction des soins infirmiers et la direction des services professionnels du CSSS de Rouyn-Noranda. Il a été convenu de reprendre ce dossier afin de le mettre en œuvre dans le nouveau Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Élaborer une politique d'accès à l'information et des règles de confidentialité des renseignements personnels : La recherche documentaire concernant l'accès à l'information a été réalisée. La mise en place d'un document sur les règles de confidentialité a été réalisée pour les visiteurs.

« Le fait est que les qualités, toutes les qualités, réclament une constante vigilance, un esprit critique jamais en défaut, un travail continuel de l'intelligence et du cœur. »

- Francesco Alberoni

Rapport de la direction sur les états financiers

Les états financiers du Centre de réadaptation La Maison ont été complétés par la direction 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 La Maison 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. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte s.e.n.c.r.l. dûment mandatée pour ce 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 Deloitte s.e.n.c.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Jacques Boissonneault,
président-directeur général

Marie-Lyne Blier,
directrice des ressources financières
et logistique

Le logo du Centre de réadaptation La Maison

Le trait zigzagant illustre l'énergie anarchique ou incontrôlée, les forces inexploitées ou mal canalisées qui traversent une zone d'unité; le carré, où elles peuvent se stabiliser et atteindre un état d'équilibre. Il nous renvoie aussi à la personne dont les déficiences compromettent l'épanouissement et qui évolue vers l'harmonie.

Le vert symbolise la vie et la croissance et le bleu, l'équilibre. Le dégradé des couleurs du carré indique la diversité des ressources mises en œuvre.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de réadaptation La Maison

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la situation financière, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation La Maison pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

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 relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation La Maison pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion sans réserve indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de réadaptation La Maison au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte SENCRL/srl.[1]

1. CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique nº A118014
   Rouyn-Noranda, le 19 juin 2015

États financiers

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2015**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les informations sur les conditions d'emprunts, soit le taux d'intérêt et les échéances, n'ont pas été présentées.	2012-2013	C	Maintenant présentées dans les notes à la page 270.	X		
La note sur les instruments financiers et la gestion du risque n'a pas été présentée.	2012-2013	C	Maintenant présentée dans les notes à la page 270.	X		
Les informations comparatives de la section de consolidation des pages 600 n'ont pas été présentées.	2012-2013	C	Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS.			X
Les unités de mesure du centre d'activité 7603-00 (buanderie et lingerie - kilogramme de linge souillé) ne sont pas présentées.	2012-2013	C	Mesure : aucune unité de mesure, car l'établissement n'offre pas de service de buanderie, de lavage de linge souillé. Il offre un service de distribution de lingerie, de réparation et confection.		X	
Rapport à la gouvernance						
Lors de nos procédures d'audit, nous avons remarqué que les écritures de journal ne font l'objet d'aucune approbation. Afin d'éviter les erreurs qui pourraient se glisser dans les écritures de journal, nous vous recommandons que l'agente de gestion financière approuve les écritures faites par le laboratoire et que le directeur des services administratifs approuve les écritures faites par l'agente de gestion financière.	2012-2013	O	Des mesures ont été prises pour l'approbation des écritures de journal.	X		
Lors de nos procédures d'audit, nous avons remarqué qu'aucune demande de confirmation des soldes entre apparentés (les organismes du périmètre comptable du gouvernement) n'a été envoyée. Afin de vous assurer que toutes les transactions entre apparentés sont bien identifiées et évaluées, nous vous recommandons d'envoyer des demandes de confirmation auprès de ces organismes en fin d'année.	2014-2015	O	Des demandes de confirmation seront envoyées en fin d'exercice.			X
Lors de nos travaux d'audit sur les unités de mesure compilées dans le système SIPAD, nous avons remarqué que dans certains cas, aucune note évolutive n'avait été complétée pour des interventions directes faites avec un usager. La note évolutive permet de justifier la comptabilisation des heures de prestation de services auprès des usagers et permet également un meilleur suivi à l'interne. Nous vous recommandons donc de vous assurer qu'une note évolutive est complétée dans SIPAD par l'intervenant pour chaque intervention auprès d'un usager.	2014-2015	O	Des mesures ont été prises pour que les intervenants complètent les notes évolutives.			X

États financiers

État des résultats au 31 mars 2015	Exercice courant 2014-2015				Exercice précédent 2013-2014
	Budget	Exploitation	Immobilisations	Total	
REVENUS					
Agence et MSSS	12 011 903 $	11 419 723 $	849 062 $	12 268 785 $	11 807 411 $
Contribution des usagers	1 795 568 $	2 347 770 $	- $	2 347 770 $	2 071 694 $
Vente de services et recouvrements	140 465 $	399 610 $	- $	399 610 $	161 027 $
Donations	12 998 $	79 578 $	3 108 $	82 686 $	12 998 $
Revenus de placement	20 600 $	38 105 $	1 045 $	39 150 $	46 193 $
Gain sur disposition	- $	- $	400 $	400 $	- $
Autres revenus	2 352 018 $	2 604 436 $	- $	2 604 436 $	2 387 593 $
Total	**16 333 552 $**	**16 889 222 $**	**853 615 $**	**17 742 837 $**	**16 486 916 $**
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	11 997 628 $	11 800 834 $	- $	11 800 834 $	11 450 237 $
Médicaments	10 000 $	7 882 $	- $	7 882 $	13 438 $
Denrées alimentaires	35 000 $	40 003 $	- $	40 003 $	41 088 $
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	371 998 $	506 635 $	- $	506 635 $	445 152 $
Frais financiers	95 000 $	- $	67 264 $	67 264 $	95 165 $
Entretien et réparations	217 085 $	96 806 $	280 736 $	377 542 $	101 118 $
Loyers	585 963 $	693 547 $	- $	693 547 $	547 918 $
Amortissement des immobilisations	375 000 $	- $	349 002 $	349 002 $	368 622 $
Perte sur disposition d'immobilisations	- $	- $	163 887 $	163 887 $	- $
Autres charges	2 633 909 $	3 022 678 $	- $	3 022 678 $	2 872 060 $
Total	**16 321 583 $**	**16 168 385 $**	**860 889 $**	**17 029 274 $**	**15 934 798 $**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**11 969 $**	**720 837 $**	**(7 274) $**	**713 563 $**	**552 118 $**

État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2015	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant 2014-2015	Exercice précédent 2013-2014
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	2 881 700 $	460 505 $	3 342 205 $	2 790 087 $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	720 837 $	(7 274) $	713 563 $	552 118 $
Autres variations :				
Transferts interfonds	(928 644) $	928 644 $	- $	- $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	2 673 893 $	1 381 875 $	4 055 768 $	3 342 205 $
Constitués des éléments suivants :				
Solde non affecté	- $	- $	4 055 768 $	3 342 205 $

États financiers

État de la situation financière au 31 mars 2015	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant 2014-2015	Exercice précédent 2013-2014
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	3 298 432 $	176 385 $	3 474 817 $	4 392 423 $
Débiteurs - Agence et MSSS	105 201 $	11 402 $	116 603 $	154 352 $
Autres débiteurs	1 366 398 $	29 925 $	1 396 323 $	658 624 $
Créances interfonds	(3 159) $	3 159 $	- $	- $
Subvention à recevoir - Réforme comptable	1 083 451 $	520 517 $	1 603 968 $	989 458 $
Frais reportés liés aux dettes	- $	5 223 $	5 223 $	5 223 $
Autres éléments	- $	263 $	263 $	263 $
Total	**5 850 323 $**	**746 874 $**	**6 597 197 $**	**6 200 343 $**
PASSIFS				
Emprunts temporaires	- $	2 183 461 $	2 183 461 $	1 275 119 $
Créditeurs - Agence et MSSS	- $	- $	- $	- $
Autres créditeurs et autres charges à payer	1 257 189 $	197 180 $	1 454 369 $	1 325 752 $
Avances de fonds - Agence	- $	99 808 $	99 808 $	99 441 $
Intérêts courus à payer	- $	11 402 $	11 402 $	47 720 $
Revenus reportés	662 972 $	- $	662 972 $	738 122 $
Dettes à long terme	- $	877 492 $	877 492 $	1 549 397 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	1 442 109 $	- $	1 442 109 $	1 432 037 $
Autres éléments	238 317 $	- $	238 317 $	348 708 $
Total	**3 600 587 $**	**3 369 343 $**	**6 969 930 $**	**6 816 296 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	**2 249 736 $**	**(2 622 469) $**	**(372 733) $**	**(615 953) $**
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	- $	4 004 344 $	4 004 344 $	3 472 897 $
Stocks de fournitures	192 929 $	- $	192 929 $	233 146 $
Frais payés d'avance	231 228 $	- $	231 228 $	252 115 $
Total	**424 157 $**	**4 004 344 $**	**4 428 501 $**	**3 958 158 $**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**2 673 893 $**	**1 381 875 $**	**4 055 768 $**	**3 342 205 $**

États financiers

État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) au 31 mars 2015	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant 2014-2015	Exercice précédent 2013-2014
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	2 396 439 $	(3 012 392) $	(615 953) $	(1 181 463) $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**720 837 $**	**(7 274) $**	**713 563 $**	**552 118 $**
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions	- $	(1 044 336) $	(1 044 336) $	(358 369) $
Amortissement de l'exercice	- $	349 002 $	349 002 $	368 622 $
(Gain)/Perte sur dispositions	- $	163 487 $	163 487 $	- $
Produits sur dispositions	- $	400 $	400 $	- $
Total	**- $**	**(531 447) $**	**(531 447) $**	**10 253 $**
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures	- $	- $	- $	- $
Acquisition de frais payés d'avance	- $	- $	- $	- $
Utilisation de stocks de fournitures	40 217 $	- $	40 217 $	(11 498) $
Utilisation de frais payés d'avance	20 887 $	- $	20 887 $	14 637 $
Total	**61 104 $**	**- $**	**61 104 $**	**3 139 $**
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(928 644) $	928 644 $	- $	- $
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(146 703) $	389 923 $	243 220 $	565 510 $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	**2 249 736 $**	**(2 622 469) $**	**(372 733) $**	**(615 953) $**

État des flux de trésorerie au 31 mars 2015	Exercice courant 2014-2015	Exercice précédent 2013-2014
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	713 563 $	552 118 $
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	61 104 $	3 139 $
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	163 487 $	- $
Amortissement des immobilisations	349 002 $	368 622 $
Subvention à recevoir - Réforme comptable - Immobilisations	(615 347) $	(259 859) $
Total	**(41 754) $**	**111 902 $**
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	(781 916) $	308 660 $
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	**(110 107) $**	**972 680 $**
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	(1 044 336) $	(358 369) $
Produits de disposition d'immobilisations	400 $	- $
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	**(1 043 936) $**	**(358 369) $**
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Dettes à long terme :		
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	(570 943) $	- $
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(100 962) $	(96 563) $
Emprunts temporaire - Fonds d'immobilisations :		
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	911 358 $	96 116 $
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(3 016) $	(7 180) $
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	**236 437 $**	**(7 627) $**
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	(917 606) $	606 684 $
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	4 392 423 $	3 785 739 $
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	3 474 817 $	4 392 423 $
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
Encaisse	3 474 817 $	4 392 423 $
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	- $	- $
Total	**3 474 817 $**	**4 392 423 $**

Le comité de direction

Au 1er avril 2014

Directrice générale
Line St-Amour

Adjointe administrative
Liette Trudel

Directeur des services de réadaptation en déficience physique et aux troubles du spectre de l'autisme
Serge Côté

Directeur des services professionnels, recherche et enseignement
Gérard-D. Boulanger

Directeur des ressources humaines et des services administratifs
Patrick Thiffault

Depuis juin 2014

Directeur général
Serge Côté

Adjointe administrative
Liette Trudel

Directrice des services de réadaptation en déficience physique et aux troubles du spectre de l'autisme
Nathalie Quirion

Directeur des services professionnels, recherche et enseignement
Gérard-D. Boulanger

Directeur des ressources humaines et des services administratifs
Patrick Thiffault

MIEUX-ÊTRE
Journal du Centre de réadaptation La Maison

Conception et coordination
Dany Charette

Disponible sur le site Web de l'établissement :
www.crlm.qc.ca