Institut Philippe-Pinel de Montréal
AFFILIÉ À Université de Montréal

Rapport annuel 2015-2016

TABLE DES MATIÈRES

Messages des autorités 3

Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents 4

Présentation de l'établissement
- Mission 5
- Vision 5
- Valeurs 6
- Caractéristiques de la population 7
  - Principales données de santé à l'interne 7
  - Principales données de santé à l'externe 8
- Services offerts à l'interne 9
- Services offerts à l'externe 10
- Structure organisationnelle 13

Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultantes

- Conseil d'administration 14
- Comité des usagers 15
- Conseil des infirmières et infirmiers 16
- Conseil multidisciplinaire 17
- Comité de gestion des risques 19
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 22
- Comité de gouvernance et d'éthique 23
- Comité de vigilance et de la qualité 24

Coup d'œil sur l'année – Faits saillants
- Direction générale adjointe 26
- Direction des services techniques 29
- Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires 31
- Direction des services professionnels 35
- Direction de la recherche et de l'enseignement 46

Des gens de cœur et d'action 49

Une année riche en réalisations 50

Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité 52

Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément 59
La sécurité des soins et des services 59
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services 60
Médecin examinateur 65

Les ressources humaines 68

Les ressources financières

Rapport de la direction 71
Rapport de l'auditeur indépendant 72
État des résultats au 31 mars 2016 74
État des surplus (déficits) cumulés au 31 mars 2016 76
État de la situation financière au 31 mars 2016 77
État de variation des actifs financiers nets (dette nette)
pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 78
État des flux de la trésorerie – 31 mars 2016 79
Notes aux états financiers 82
Revenus reportés aux sommes reçues par dons, legs et
Autres formes de contributions 96
Tableau charges encourues pour chaque programme-services 97
Contrats de services 97

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur 98

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 100

MESSAGES DES AUTORITÉS

À titre de présidente-directrice générale, je suis heureuse de vous présenter le rapport annuel 2015-2016 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ce bilan fait état de belles et nombreuses réalisations qui démontrent que l'organisation a su évoluer dans un contexte difficile où l'on doit constamment revoir nos façons de faire afin d'offrir à notre clientèle des soins et services de qualité inspirés des meilleures pratiques.

Une nouvelle planification stratégique

En février 2016, nous avons débuté une consultation en lien avec les grandes orientations stratégiques à travailler dans les prochaines années. Des éléments d'orientations ont été réfléchis par la direction lors d'un lac à l'épaule. À la suite de cette réflexion, des consultations ont été tenues auprès de plusieurs comités et groupes dans l'organisation. Ainsi l'Institut entend poursuivre l'actualisation de sa mission d'hôpital surspécialisé en psychiatrie légale en offrant des services d'expertise et de traitement pour une clientèle qui nécessite des soins spécialisés et des mesures de sécurité tels qu'ils ne peuvent être administrés par un autre établissement. De plus, notre planification stratégique permettra de réaliser la vision retenue par notre établissement, soit celle d'être reconnue dans le réseau comme leader national en psychiatrie légale.

Un contexte budgétaire difficile

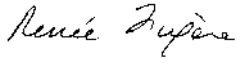
Encore une fois cette année, nous avons eu à relever le défi d'améliorer notre performance tout en respectant le budget qui nous avait été alloué. Avec le constant soutien des membres du conseil d'administration et la pleine mobilisation de l'ensemble de l'organisation, nous avons procédé à des réorganisations administratives et des révisions de pratiques afin d'optimiser l'utilisation de nos ressources et ainsi maintenir notre offre de services.

Devenir un partenaire de choix

Il est important pour notre établissement de poursuivre nos démarches de reconnaissance de notre expertise en psychiatrie légale, notamment par le transfert d'apprentissages dans le domaine, la recherche clinique et la vulgarisation clinique. Pour ce faire, nous avons cherché à développer de nouvelles ententes de services avec des partenaires universitaires et du réseau de la santé. Nous avons également accentué certains liens avec des partenaires existants des ministères de la Sécurité publique et de la Justice.

Une contribution est essentielle

À la lecture du rapport, un fil conducteur se dégage : la volonté et la capacité des employés, gestionnaires et médecins de se dépasser pour le plus grand bénéfice de notre clientèle. Leur engagement profond envers la mission de l'Institut est une force qui nous caractérise.



Renée Fugère, M.D., FRCP fondateur, FAPC
Présidente-directrice générale

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

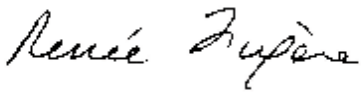
À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal :

- 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 2016.

La présidente-directrice générale



Renée Fugère, M.D., FRCP fondateur, FAPC

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS

Mission

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services de 3e ligne en psychiatrie légale. La mission de l'Institut se compose de quatre volets qui ont en leur cœur le bien-être du patient, sa sécurité et celle du public, et ce, dans un souci constant de rigueur, d'amélioration de la qualité de ses services et de ses ressources :

- le traitement et l'évaluation de patients présentant un risque élevé de comportements violents;
- l'enseignement collégial et universitaire;
- la recherche fondamentale et clinique;
- la prévention de la violence.

Vision

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital provincial mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice et le ministère de la Sécurité publique qui offre un environnement et des services de santé spécialisés à des patients qui présentent un risque élevé de comportements violents. En outre, l'Institut se voit comme étant :

- ouvert sur la communauté (voisins, familles…) et ses partenaires (ressources, hôpitaux, ministères);
- leader national en évaluation et en gestion des comportements violents, appuyé par une gestion novatrice des ressources humaines en développant des approches de gestion susceptibles de créer un milieu de travail attirant et mobilisant compte tenu de la rareté de la main-d'œuvre;
- partenaire actif et engagé des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral avec qui les relations sont fondées sur l'excellence des services offerts et la mise en œuvre d'approches basées sur les données probantes;
- un milieu où la culture organisationnelle positive est basée sur des valeurs communes, c'est-à-dire partagées et intégrées par l'ensemble des personnes y travaillant afin d'offrir des soins et services sécuritaires de qualité et de développer un milieu de travail professionnel stimulant où l'on y œuvre en toute sécurité.

Valeurs

Afin d'assumer sa mission et d'assurer son leadership dans la gestion des comportements violents, l'Institut met en œuvre dans sa pratique quotidienne de gestion et de soins les valeurs suivantes :

- **Excellence** : l'excellence s'incarne par la compétence et le perfectionnement de ses ressources qui transposent leur savoir-faire et savoir-être dans l'exercice de leur fonction afin de dispenser des soins et des services de qualité à la fine pointe des connaissances.

- **Initiative** : l'initiative est favorisée en tant que moteur du changement et de l'amélioration de la qualité des soins et des services, mais aussi comme expression d'une autonomie constructive, créative et responsable en cohérence avec les orientations de l'Institut.

- **Respect** : le respect se vit au quotidien dans la relation avec les patients, les collègues et les partenaires et se traduit par la considération de l'autre dans sa globalité.

- **Collaboration** : la collaboration avec nos collègues et nos partenaires afin d'offrir des soins et des services de qualité issus de la synergie des savoirs et de la communication. La collaboration offre aussi un soutien au développement des compétences et à l'initiative.

- **Reconnaissance** : la reconnaissance de l'apport de chacun à la prestation de soins et de services de qualité, à la préservation d'un environnement sain et sécuritaire autant pour les patients que pour le personnel.

- **Équité** : l'équité s'exprime par une approche basée sur l'honnêteté et la confiance mutuelle en vue de reconnaître de façon positive la diversité, les particularités et les besoins de chacun.

Caractéristiques de la population

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal, établissement de 3e ligne ultraspécialisé, reçoit des patients de partout au Québec :

- réseau de la santé, hôpitaux psychiatriques et généraux;
- centre de réadaptation;
- Cour supérieure, Cour du Québec, cours municipales, centres de détention, pénitenciers, centres jeunesse;
- maisons de transition, foyers d'hébergement et autres.

Exceptionnellement, l'Institut accueille des patients hors Québec, référés par des établissements ne disposant pas de ressources surspécialisées et de l'encadrement sécuritaire nécessaire pour évaluer et traiter les cas très difficiles. Les patients admis à l'Institut sont transférés dans l'une des 14 unités offrant des programmes de soins et de traitements spécifiques à leur condition.

Principales données de santé

À L'INTERNE

Statistiques comparatives des mouvements hospitaliers

Nombre d'admissions	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Traitement	154	141	158
Évaluation	413	420	466
Total des admissions	567	561	624

Nombre de congés définitifs	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Traitement	198	207	184
Évaluation	379	370	447
Total des congés définitifs	577	577	631

Pourcentage d'occupation des lits	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Pourcentage	93,5%	84,6 %	89,5 %

Durée du séjour moyen en jours	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Traitement	504,2	480,7	521,4
Évaluation	32,1	30,9	30,8

Nombre d'expertises	2013-2014	2014-2015	2015-2016
IPPM	535	526	577
Centre de détention	184	209	171
En externe (CPLM et Postcure)	331	333	364
Total	1050	1068	1112

Délit principal à l'admission	Traitement			Évaluation		
	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Aucun délit	56	48	49	4	6	3
Contre la personne	75	78	94	257	293	353
Contre la propriété	14	10	7	72	55	55
Sexuel	1	5	3	40	32	29
Drogues	3	1	2	9	5	7
Autres délits	5	1	3	31	29	19

À L'EXTERNE

	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Ouvertures de dossiers	586	588	578
Fermetures de dossiers	579	622	548
Nombre de dossiers actifs	841	798	792
Nombre de patients distincts	1406	1417	1367

	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Nombre d'expertises et d'évaluations psychiatriques	558	597	

Nombre d'ouvertures de dossiers selon la provenance	2013-2014	2014-2015	2015-2016
IPPM	39	37	20
Réseau MSSS	223	222	216
Cour	223	225	227
Clinique médicale	48	49	58

SERVICES OFFERTS À L'INTERNE

Admission, réadmission et expertise

Les patients admis dans ce programme présentent une maladie mentale aiguë, souvent avec comorbidité, nécessitant une hospitalisation en milieu sécuritaire. Le programme consiste à évaluer et offrir un traitement de courte durée pour une clientèle mixte en phase aiguë et présentant une dangerosité. On y offre également un service d'expertise pour les femmes.

Évaluation et traitement pour adolescents

Ce programme s'adresse à une clientèle âgée de 14 à 18 ans, ayant des problèmes psychiatriques sévères associés à des comportements violents, y compris la délinquance sexuelle. Lorsque le traitement à l'Institut est indiqué, l'adolescent placé sous la Loi de la protection de la jeunesse peut bénéficier de soins spécialisés pendant un an et plus. Par contre, dans le cas où l'adolescent est placé sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents, il ne peut être traité à l'Institut sans son consentement et pendant une période n'excédant pas deux (2) ans. Ce programme est rattaché à la Clinique Réseau jeunesse de l'Institut.

Expertise

Ce programme accueille des hommes référés par les tribunaux avec une demande d'expertise psychiatrique médicolégale afin de déterminer, selon le cas, l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle et présententielle et la dangerosité. Dans ce programme l'emphase est mise sur la liaison avec les tribunaux, les avocats, les agences de probation et les hôpitaux du Québec.

Réadaptation

Ce programme s'adresse à des personnes institutionnalisées présentant des troubles psychiatriques sévères et persistants auxquels peuvent s'ajouter des diagnostics secondaires et

un risque de violence. Le programme est axé sur le rétablissement, une notion qui fait appel non seulement au concept de réadaptation, mais également à celui de la compétence du patient.

Soins psychiatriques pour femmes ayant une sentence fédérale

L'unité de santé mentale pour femmes accueille, sur une base volontaire, des détenues provenant des différents pénitenciers au Canada. Les trois mandats du programme sont l'évaluation des détenues à la demande des établissements, le traitement de crise pour les femmes avec des difficultés psychiatriques dépassant l'encadrement thérapeutique offert dans les pénitenciers, le traitement de personnes atteintes d'un trouble grave de la personnalité.

Traitement

Le programme s'adresse à des patients, hommes et femmes, qui présentent une dangerosité pour autrui, en raison de leur problème psychiatrique. Les patients sont majoritairement sous mandat judiciaire, soit une ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux, suite à un délit. Certains patients de ces unités proviennent d'autres hôpitaux du Québec, qui les transfèrent à l'Institut en raison d'une dangerosité trop difficile à encadrer dans l'hôpital d'origine. Les objectifs du programme sont l'évaluation de la dangerosité et du problème psychiatrique, la mise en place de traitements appropriés, l'élaboration d'un plan de réinsertion sociale et l'articulation avec les ressources familiales, hospitalières ou communautaires concernées.

Troubles sévères et persistants

Ce programme est destiné à une clientèle d'hommes et de femmes institutionnalisée, chroniquement dangereuse et éprouvant des troubles psychiatriques sévères et persistants auxquels peuvent s'ajouter des diagnostics secondaires. Le programme est axé sur le rétablissement, une notion qui fait appel non seulement au concept de réadaptation, mais également à celui de la compétence du patient.

SERVICES OFFERTS EN EXTERNE

Les Services externes de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal offrent des services d'évaluation, d'expertise pour les tribunaux et de traitements spécialisés à une clientèle présentant un profil de psychiatrie légale.

La clientèle provient principalement des tribunaux, des services de probation, des cliniques externes de psychiatrie, des Centres jeunesse et de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Les services sont offerts par une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, d'infirmiers

cliniciens, de psychologues, de criminologues et de sexologues. Une agente de probation est aussi intégrée à l'équipe multidisciplinaire.

Clinique Réseau jeunesse

La Clinique Réseau jeunesse offre un service de consultations, d'expertises et d'interventions pour des filles et des garçons âgés de 12 à 18 ans présentant des problèmes de comportement complexes tels que trouble des conduites, impulsivité, irritabilité et agressivité. Les évaluations psychiatriques visent à proposer des orientations thérapeutiques favorisant le maintien du jeune dans son milieu de façon sécuritaire et harmonieuse.

Programme pour adolescent auteur de transgression sexuelle

Ce programme offre des services de consultation, d'évaluation et de traitement aux adolescentes et adolescents ayant commis des abus sexuels ou présentant une fantasmatique sexuelle déviante. Ces services sont offerts par une équipe multidisciplinaire composée d'un psychiatre, de psychologues et de criminologues.

Programme d'évaluation et de traitement pour adultes présentant une déviance sexuelle

Ce programme offre des services de consultation, d'évaluation et de traitements spécialisés en délinquance sexuelle pour une clientèle adulte, hommes ou femmes ayant commis des abus sexuels ou présentant une fantasmatique sexuelle déviante.

Clinique d'évaluation du risque de violence

La Clinique d'évaluation du risque de violence offre ses services aux différents départements de psychiatrie de la province pour une clientèle hospitalisée ou activement suivie en clinique externe. Elle offre un service de consultation, sur référence du psychiatre traitant (évaluations et recommandations) dans nos locaux externes (CPLM et postcure) ou par l'entremise de la télémédecine. Sa mission est de proposer des avenues thérapeutiques aux équipes de travail qui se trouvent dans une impasse clinique avec des patients présentant une psychopathologie associée à une problématique de passages à l'acte répétés.

Programme réseau

Le Programme Réseau offre des services qui se divisent en deux volets, soit celui d'expertise et celui de suivi clinique. Ce programme s'adresse aux cliniques externes de psychiatrie par le biais d'entente de services temporaire ainsi qu'à la clientèle externe de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Urgence psychosociale (UPS)

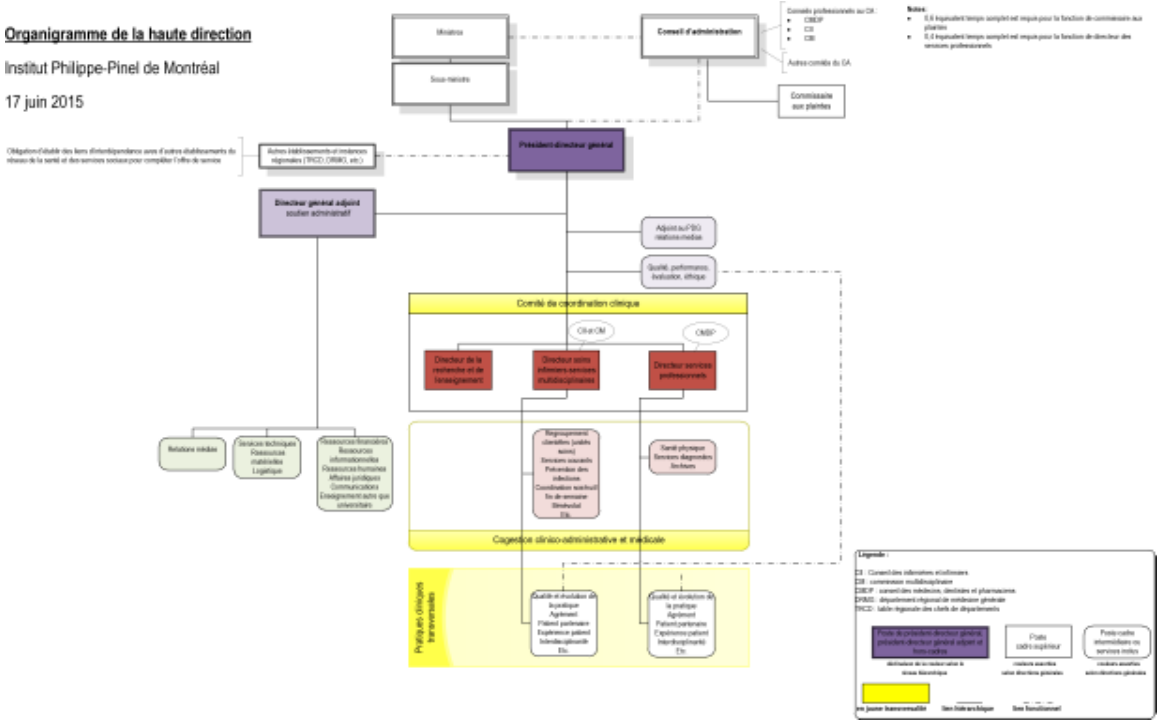
Les criminologues, mandatés par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, interviennent à la Cour du Québec chambre criminelle et pénale (C.Q.C.C.P.) et à la Cour municipale de Montréal dans le cadre du Tribunal de santé mentale auprès d'une clientèle adulte, accusée et détenue, chez qui on soupçonne un problème de santé mentale.

Il s'agit d'un service-conseil professionnel pour assister la Cour dans l'orientation clinique et légale des personnes accusées. Le criminologue émet des recommandations pour appuyer les orientations proposées. Il peut aussi être appelé pour agir à titre de témoin expert. L'intervention criminologique inclut une évaluation sommaire de l'état clinique, de la situation sociale et des besoins thérapeutiques, ainsi qu'une estimation du risque de récidive et de violence.

Programme transition-réadaptation

Ce programme offre des services de suivi par une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, criminologues et infirmières cliniciennes visant la réintégration dans la communauté des personnes ayant été hospitalisées à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces services sont offerts à une clientèle adulte atteinte de problèmes de santé mentale avec un potentiel d'agressivité et présentant un statut légal de nature diverse.

Structure organisationnelle (organigramme)



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Conseil d'administration

BRUNELLE, André	Membre indépendant	Président
DUBÉ, Francine	Membre indépendant	Vice-présidente
FUGÈRE, Dre Renée	PDG	Secrétaire

DASSYLVA, Dr Benoît	CMDP
DUCHAINE, Julie	CRSP
GALARNEAU, Josée	Membre indépendant
GENDRON, Jacques	Membre indépendant
HUDON, André	Membre indépendant
LADOUCEUR, Amélie	CII
LUSSIER, Véronique	Membre indépendant
MANDEVILLE, Élizabeth	Conseil Multi
MANSOUR, Dr Michael	DRMG
MCKERRAL, Michelle	Université affiliée
Poste vacant	Membre indépendant
RÉGNIER, Serge	Membre indépendant
RIVERIN, Bérard	Membre indépendant
STIP, Dr Emmanuel	Université affiliée
TESSIER, Éric	Membre indépendant
Poste vacant	Comité des usagers

Équipe de direction

Docteure Renée Fugère	Présidente-directrice générale
Monsieur Gilles Côté	Directeur de la recherche et de l'enseignement
Monsieur Yann Belzile	Directeur général adjoint
Madame Annie Côté	Directrice des services techniques
Monsieur Jean-Sébastien Turcotte	Directeur des soins infirmiers et services multidisciplinaires
Docteur Gilles Chamberland	Directeur des Services professionnels et des affaires médico-légales

Comités institués en vertu de la LSSS
Principales réalisations

Comité des usagers

Le comité des usagers de l'Institut est composé de onze (11) membres élus provenant des différentes unités internes et d'un usager du Service externe. Le comité se réunit généralement aux deux semaines, sauf en période estivale où les réunions sont alors tenues aux trois semaines. Au cours de l'année 2015-2016, le comité s'est rencontré à 20 reprises.

Réalisations du comité pour l'année 2015-2016 :

- Dans le cadre de la semaine des droits des usagers, chaque représentant du comité a remis des dépliants sur les droits des usagers aux patients de son unité.
- Le comité a procédé, avec la collaboration de la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, à l'enregistrement d'une présentation vidéo sur les droits des patients qui servira à la formation sur le sujet pour le personnel de l'Institut.
- Un suivi continu d'être effectué pour s'assurer que la liste des items disponibles à la cantine demeure complète.
- Le comité a rencontré différents représentants de la Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires pour discuter des préoccupations des patients visant la vie dans les unités.
- Le projet harmonisation des règles de vie dans les unités a pris un nouveau virage grâce à de nouveaux partenaires internes et le comité demeure très intéressé par les avancées de ce dossier.
- Des rencontres avec la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et la présidente-directrice générale ont eu des résultats intéressants concernant les sorties à l'extérieur à tous les jours pour les patients.
- Le comité soutient l'implantation des conseils d'unité récemment mis en place à l'Institut. Ces conseils visent à permettre aux patients de participer activement à la vie de leur unité.
- Le comité des usagers à participé au dîner de Noël des usagers.
- Le comité a interpellé la commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour solliciter son intervention dans des dossiers de fouilles.
- Le comité a été interpellé par le Protecteur du citoyen dans le cadre d'une enquête et il a rencontré les visiteurs du Collège des médecins et de l'OIIQ.

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Mettre à jour les règles de fonctionnement du comité.
- Solliciter la Direction générale et les autres directions concernées afin de tenir une assemblée générale annuelle du comité.
- Assurer la participation de l'ensemble des unités au comité, et ce, malgré les départs des représentants.
- Rencontrer la nouvelle commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.
- Évaluer la satisfaction de la clientèle à l'égard du menu d'hiver et des activités disponibles pour les patients.
- Déployer un document d'information relatif aux travaux du comité pour permettre à la clientèle de suivre ses activités;
- Reprendre des démarches, afin de permettre aux patients de faire des appels téléphoniques confidentiels;
- Réitérer les demandes pour faire installer le « câble » dans les salles de télévision des unités.

La prochaine année s'annonce fertile en réflexions et en projets pour le comité des usagers. Si d'une part, le suivi des dossiers en cours retiendra notre attention, plusieurs projets importants pointent à l'horizon et occuperont les membres du comité de façon permanente.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers de l'Institut est composé de cinq (5) membres élus. Le comité exécutif s'est réuni à trois reprises.

Réalisations pour l'année 2015-2016 :

- Organisation de la Journée de l'infirmière.
- Présentation des changements du Code de déontologie des infirmières
- Présentation de la nouvelle règle de soins « Contrôle des substances narcotiques, contrôlées et ciblées » sur les unités de soins.
- Participation aux portes ouvertes pour les infirmières au collège.
- Participation au colloque sur l'administration sécuritaire de la médication
- Recommandation sur la présence infirmière au niveau clinique.

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Poursuivre la collaboration et maintenir le lien avec la Direction des soins infirmiers.

- Poursuivre la transmission de l'information auprès de tous les membres du CII.
- Favoriser le recrutement et la rétention du personnel infirmier.
- Continuer l'implication du CECII dans l'implantation de la planification stratégique en lien avec le Plan d'action en santé mentale.
- Accompagner les membres dans les réformes à venir et être à l'écoute de leurs inquiétudes.
- Augmenter notre visibilité dans les activités infirmières et dans les comités.

Conseil multidisciplinaire (CM)

Le Conseil multidisciplinaire est composé de 10 personnes. Le conseil s'est rencontré à 9 reprises.

<u>Réalisations pour l'année 2015-2016 :</u>

- Démarche de promotion du CM :
    - Un dépliant sur le CM a été produit. Le dépliant a été remis lors d'une journée de promotion du CM.
    - Parution de documents d'information sur les activités du CM par l'entremise du Service des communications.

- Projet de consultation des services et unités sur les pratiques professionnelles suite aux coupures budgétaires :
    - Le CM a conclu son projet de consultation des unités.
    - Un document résumant notre démarche et un autre portant sur les effets rapportés des coupures ont été produits.

- Enquête du Protecteur du citoyen, de l'OIIQ et du CMQ
    - Nous avons été rencontrés par le protecteur du citoyen, l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins dans le cadre d'une enquête conjointe au sujet de la qualité des soins. Des explications sur le fonctionnement du conseil multidisciplinaire ont été données aux enquêteurs.

- Autres sujets qui ont animé les échanges des membres du comité de l'exécutif

    - Fermeture des Ateliers Quatre Saisons aux patients de l'externe résidant hors de la zone ciblée dans un premier temps, ainsi qu'aux patients de l'interne dans un deuxième temps.

- L'annonce de la fermeture du service de Soutien à l'Intégration Sociale (SIS) a aussi été un sujet qui a suscité moult questionnements et inquiétudes chez nos membres, entre autres quant au maintien des objectifs de réinsertion sociale et d'accompagnement des patients dans leurs premières démarches vers l'extérieur.

- Ces coupures dans les services offerts aux patients inquiètent fortement les membres du CM, qui remarquent une diminution des activités de réinsertion qui sont offertes aux patients. Dans le même ordre d'idées, ils se questionnent sur la pertinence de répertorier les activités cliniques, éducatives et physiques offertes sur les différentes unités, afin de dresser un portrait juste de ce qui est offert aux patients.

- La stabilité des équipes, de jeunes âges et du manque d'expérience des nouveaux sociothérapeutes est un sujet qui revient au cours des années.

- La question du décloisonnement des unités a aussi été amenée en ce qui a trait aux services et activités offerts aux patients. Les membres du CM sont d'avis qu'il s'agit d'une avenue intéressante sur laquelle réfléchir, notamment pour pouvoir s'adapter le plus possible aux besoins des patients en fonction de la diminution de la disponibilité du personnel.

- La question de l'application du code vestimentaire a aussi été apportée. Plusieurs membres déplorent qu'une sensibilisation sur l'impact clinique de certaines tenues sur les fragilités psychiques des patients ne soit pas davantage mise de l'avant (p.ex., imprimés à contenu violent ou humoristique ironique, tenue sexy en présence de patients n'ayant pas d'accès à une sexualité libre, mise en valeur d'attributs physiques généreux). Il s'agit, pour la plupart des membres, d'une forme d'expression de respect envers les patients que d'être convenablement vêtu pour l'exercice de nos fonctions.

<u>Perspectives d'action pour la prochaine année</u>

Pour l'année 2016-2017, le conseil souhaite continuer à se faire connaître de ses membres et à proposer un espace de réflexion clinique aux différents professionnels oeuvrant l'Institut.

Également, le conseil désire effectuer un travail de sensibilisation à la relève et aux élections à venir, étant donné que certains mandats actuellement occupés par des membres de l'exécutif prendront fin en 2016. À cet effet, il souhaite notamment optimiser le recrutement de sociothérapeutes, une profession sous-représentée au sein de l'exécutif, mais qui regroupe la majorité de ses membres.

Comité de gestion des risques

Réalisations pour l'année 2015-2016 :

Au cours de l'année, le comité de gestion des risques a assuré le suivi des dossiers suivants :

- **Analyses factuelles :**

  Les analyses factuelles sont réalisées à la suite d'une agression d'un ou de plusieurs employés par un patient lors d'une intervention. Ces analyses, menées par des formateurs Oméga expérimentés, ont permis de dégager certains facteurs qui semblent récurrents dans les situations analysées. À partir des recommandations formulées, des correctifs sont apportés, par exemple, l'uniformisation du vocabulaire pour les demandes au CPU, la révision de l'utilisation de certaines techniques pour maîtriser un patient et le rappel de l'importance de la planification d'une intervention et de la communication entre les intervenants lors de l'intervention.

- **Risque de fugue :**

  Une équipe s'est assurée de produire une politique simple pour assister les unités dans la gestion des fugues et des évasions. Celle-ci a été diffusée à l'automne après approbation du comité de direction.

- **Plan d'action concernant les erreurs de médicaments :**

  Plusieurs activités ont été mises en place telles que deux semaines thématiques en février 2016, des kiosques d'information, des dépliants pour différents titres d'emplois étant donné la responsabilité partagée, des capsules cliniques, des communiqués organisationnels, des audits de qualité, des sondages et différents suivis individuels et collectifs.

- **Plan d'action concernant la problématique observée d'un nombre élevé d'irrégularités en regard de l'enregistrement des narcotiques au niveau de la disparition ou décompte de ceux-ci** :

  L'objectif était de diminuer les erreurs de façon significative et élaborer une façon de faire qui ressemble aux pratiques des hôpitaux généraux. Le comité poursuivra ce suivi pour l'année 2016-2017.

- **Évolution des travaux entre notre établissement et l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (CIUSSS de l'Est)** afin d'uniformiser la pratique sur les documents

reliés au transfert des patients dans une ressource d'hébergement en santé mentale. Ce travail sera fait en collaboration avec l'Institut Douglas du CIUSSS de l'Ouest de l'île-de-Montréal.

Statistiques sur les incidents/accidents

Tableau 1 :

	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Nombre total de déclaration d'incidents et d'accidents	309	403	453

* Certaines données sont manquantes compte tenu de la modification du formulaire de déclaration AH-223 et de la date de fermeture de l'application SISSS.

Tableau 2

Nombre de déclarations d'incidents et nombre de déclarations d'accidents					
2013-2014		2014-2015**		2015-2016	
Incidents	Accidents	Incidents	Accidents	Incidents	Accidents
64	244	44	359	73	380

** Le classement des incidents et des accidents a été changé par le MSSS à partir du 1er avril 2014.

Principales causes des incidents :
Parmi les causes d'incidents les plus fréquentes, notons les erreurs de médicaments interceptées avant l'administration et les fugues.

Principales causes d'accidents :
Les chutes, l'automutilation, les erreurs de médicaments, les blessures sportives et les agressions physiques.

Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents/accidents :
Certains types d'incidents et d'accidents sont en fonction de la clientèle hospitalisée (automutilations et agressions physiques, par exemple). Toutefois, pour agir sur les erreurs de médicaments, un plan d'action a été développé conjointement par le Département clinique de pharmacie et la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires.

Les infections en chiffre

TYPES D'ÉVÈNEMENTS	2013-2014*	2014-2015	2015-2016
Tinea pedis	126	93	76
Présente à l'admission	N/D	68	53
Développé lors de l'hospitalisation	N/D	25	23
Éclosions de Tinea pedis	N/D	0	1
Infection de la peau/plaie	3	N/D	N/D
Impétigo (éclosion)		2	0
Zona		0	0
Syndrome d'allure grippale (SAG) : cas	N/D	2	17
Éclosion de SAG	N/D	0	2
Jour d'isolement dû au SAG		N/D	28
Gastro-entérite d'allure virale : Nombre de cas	10	122	18
Gastro-entérite d'allure virale : Éclosions		4	0
Gastro-entérite d'allure virale : Jours d'isolement		311	50
Conjonctivite		0	N/D
C. difficile	1	0	0
VIH, Hépatite C, Hépatite B		N/D	N/D
TB latente	1	0	0

*Les données pour les périodes 8 et 13 ne sont pas disponibles pour l'année financière 2013-2014.

Suite à l'éclosion des cas de Tinea pedis, une séance de sensibilisation et d'enseignement aux patients a été effectuée. De plus, les sandales pour la douche sont désormais fortement recommandées lors de la prise de douche pour les patients et sont disponibles au magasin.

Recommandations

Aucune recommandation spécifique n'est formulée par le CGR en matière de prévention des incidents et accidents. Toutefois, le comité de gestion des risques recommande au CA d'encourager le travail fait par le comité des contentions qui permet aux équipes traitantes d'envisager des solutions alternatives en matière de mesures de contrôle dans un souci de respect des droits des patients et dans l'optique du maintien d'un milieu de travail sécuritaire. Le comité soutient aussi le travail des ressources humaines dans son analyse plus fine des accidents amenant à une perte de temps.

<u>Perspective d'action pour la prochaine année</u>

Le comité de gestion des risques est dédié à l'étude de tous les risques présents à l'hôpital qu'ils soient cliniques ou matériel. Il entend poursuivre la surveillance de ces divers risques tout en

intégrant une systématisation de l'analyse du risque avec ses partenaires des différentes directions. Pour ce faire, il met en application la politique de gestion intégrée des risques et de la qualité.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Réalisations pour l'année 2014-2015 :

Le CMDP s'est réuni à neuf reprises au cours de l'exercice financier.

En cours d'année, l'exécutif du CMDP a :

- Recommandé la nomination d'un psychiatre à titre de membre actif, la modification du statut d'un de ses membres actifs vers celui de membre associé. et l'acceptation d'un congé de service pour un de ses membres pour une durée d'un an.

- Recommandé la nomination d'une pharmacienne à titre de membre actif ainsi que la modification du statut d'un pharmacien de membre associé vers celui de membre actif.

- Révisé plusieurs documents dont les protocoles de surveillance des paramètres métaboliques, le protocole de suivi du Lithium, les politiques et procédures sur la durée de validité des ordonnances et sur la gestion des antimicrobiens ainsi que la procédure d'examen des plaintes. Le comité a aussi étudié la politique sur l'application des mesures restrictives. Dans un même ordre d'idées, il a aussi été question de la révision de l'article 8 sur le Règlement concernant les patients de l'IPPM et du clivage dans l'hôpital au sujet de la sécurité des patients et du personnel. L'article 8, tel qu'écrit actuellement, est difficilement applicable à l'IPPM et les médecins ont actuellement le sentiment qu'ils sont les seuls imputables dans l'application de l'article 8.

- Procédé à la nomination de trois membres pour le comité de sélection du chef de Département de pharmacie, deux membres pour le comité de révision, deux membres pour le comité de sélection du directeur de recherche et de l'enseignement et un membre pour le comité d'éthique et de recherche.

- Présenté au conseil d'administration une révision des règlements du CMDP pour être entérinés.

- Modifié la composition du comité d'examen des titres suite au départ d'un membre.

- Participé à l'enquête du Collège des médecins concernant la qualité des soins.

Comité de gouvernance et d'éthique

De façon générale, les responsabilités du comité de gouvernance et d'éthique consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans l'Institut et par le conseil d'administration.

Les membres du comité ont tenu trois réunions au cours de l'année 2015-2016.

Réalisations pour l'année 2015-2016 :

- **Règlement sur la régie interne du Conseil d'administration d'un établissement de santé du réseau de la santé et des services sociaux.** Étude du document fourni par le MSSS. Recommandation au CA d'adopter le règlement.

- **Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de Conseil d'administration en vertu de la Loi sur le Ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30).** Il a été recommandé qu'il soit approuvé lors d'une séance du CA. De plus, il a aussi été recommandé que les membres du CA signent les lettres découlant du Code d'éthique.

- **Optimisation des réunions du CA et de ses comités.** Élaboration de nouveaux gabarits de PV pour le CA. Élaboration d'outils de rencontres pour les comités (compte-rendu et ordre du jour). Élaboration d'un calendrier corporatif.

- **Formation des membres du CA .** Avoir des séances d'information sur les différentes directions et services de l'Institut; Avoir des explications sur le plan d'action en santé mentale. De par les formations du CA orchestrées par le ministère, il a été décidé d'opter pour des présentations d'une heure lors de la séance plénière du CA. À ce jour deux directions ont présenté, soit Recherche et enseignement universitaire et Services techniques.

- **Évaluation des membres du CA :** Rencontres individuelles du président du CA avec ses administrateurs concernant leur intégration, leur contribution, leur participation, etc. Auto-évaluation des membres du CA: prévoir étudier et faire une mise à jour du formulaire d'évaluation déjà existant. En cours d'élaboration de la démarche. Première rencontre d'étude de documents prévue début septembre

- **Règlements, politiques, procédures et directives :** Discussion sur la faisabilité de produire une politique de gouvernance pour aider les administrateurs dans l'exercice de leur rôle et de leurs responsabilités. Présentement le CGE considère qu'il s'agit d'un dossier prématuré, mais qu'il faut prévoir l'élaboration de cette politique éventuellement.

- **Planification stratégique :** Consultation de la Direction générale quant aux orientations stratégiques du MSSS et de l'établissement. Participation du CGE dans la réflexion.

- **Dossier « *Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services* » :** Mises à jour de la politique #1235-50-02 (approbation en date d'octobre 2013) ainsi que du questionnaire « Formulaire d'évaluation du rendement du CLPQS ». Versions finales à être déposées au CGE pour approbation et par la suite au CA. En cours.

Au cours de ces premières rencontres, le CGE s'est surtout penché sur l'organisation et la mise en place du nouveau CA, l'approbation de nouveaux règlements internes et l'orientation stratégique que devait prendre l'Institut dans un tel réseau en transformation.

Tous les éléments de son mandat ont été discutés de manière détaillée ou préliminaire. Toutefois, on peut dire que le CGE s'est mis en fonction de manière efficace pour bien supporter le Conseil d'administration dans une saine gouvernance de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Les travaux amorcés en quelques mois seront poursuivis au cours de l'année 2016-2017.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et celles du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées. Le comité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services.

Bilan des activités :

Au niveau systémique sur la qualité

Recommandations :

- Suivi stratégique du rapport attendu de la Protectrice du citoyen et de l'Enquête du Collège des médecins et de l'OIIQ.
- Clarification du statut/mandat de l'établissement par les instances gouvernementales concernées pour l'application conforme de bonnes pratiques de soins et de services.

Au niveau du traitement des plaintes

Recommandation :

- Présenter un tableau comparatif par période afin de suivre l'évolution des dossiers.

<u>Perspective d'action pour la prochaine année</u>

Selon le positionnement attendu des ministères quant au mandat de l'IPPM, mettre en œuvre les recommandations des rapports d'évaluation déposés à ce jour, du plan de gestion intégré de la qualité approuvé par Agrément Canada et compléter la révision de l'article 8 portant sur l'isolement et la contention.

COUP D'ŒIL SUR L'ANNÉE (FAITS SAILLANTS)

Les faits saillants qui suivent ont représenté autant de défis que d'occasions pour notre établissement de démontrer notre dynamisme, notre engagement et surtout notre souci à poursuivre nos efforts pour améliorer la qualité de nos soins et services, et ce, malgré un contexte budgétaire difficile.

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE – BILAN DES RÉALISATIONS

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Cette année, le Service des ressources informationnelles compte désormais deux services de plus au sein de son organisation. En effet, le service de la téléphonie et de l'audiovisuel se sont ajoutés en cours d'année au service de l'informatique. Cette restructuration a permis la création d'une équipe multidisciplinaire qui offre désormais une plus grande variété de services.

Bilan des demandes de services reçues :

Nom du Service	**Nombre de demandes**
Informatique	3650 (pour l'année)
Téléphonie et audiovisuel	300 (en moins de quatre mois)

Télésanté
L'intérêt de nos partenaires pour les services offerts en visioconférence ne cesse de croître. En 2015-2016, 187 visioconférences ont été coordonnées par le Service des ressources informationnelles.

Liste des projets informatiques réalisés pour 2015-2016 :

- Mise à jour Windows XP : remplacer Windows XP par Windows 7 sur l'ensemble des postes de travail.
- Remplacement des équipements d'impression : procéder à la mise en place d'une solution d'impression nuage à partir de nouveaux appareils multifonctions.
- Mise à jour de la version Lotus Notes pour la version 9.
- Mise en place de C2Atom service des communications : permettre un suivi des demandes acheminées au Service des communications.
- Mise à jour Purkinje – module rendez-vous : Installer et paramétrer l'application Purkinje sur un nouveau serveur situé à l'Institut et diminuer la double saisie d'informations.
- Déploiement du module rendez-vous de Purkinje pour l'interne : paramétrer l'application afin de permettre l'utilisation pour l'Inernet.

Liste des projets informatiques pour l'année 2016-2017 :

- Mise en place DCI Cristal-Net : Déploiement du dossier clinique informatisé Cristal-Net.
- Mise à jour application Sphinx utilisée pour le contrôle d'accès au bâtiment.
- Mise à jour de l'environnement Pyxis (pharmacie).
- Mise à jour de l'environnement de l'ensacheuse de la pharmacie.
- Mise à jour de l'environnement virtuel et ajout de deux nouveaux serveurs.
- Refonte de l'intranet en utilisant le logiciel SharePoint.

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES – BILAN DES RÉALISATIONS

Embauches

Au cours de l'année 2015-2016, nous avons procédé à 64 embauches dont particulièrement celles de 14 gardes/agent d'intervention, 14 commis surveillants d'unité, 17 infirmières (incluant infirmières cliniciennes et CEPI) et 19 sociothérapeutes. Nous avons également procédé à l'embauche d'un ergothérapeute sur la liste de rappel. Parmi ces embauches, 19 personnes ont quitté leur emploi durant l'année, soit un taux de rétention de 71 %.

Recrutement

Nos professionnels en recrutement ont participé à 5 salons de l'emploi (Cégeps, Universités) afin de recruter majoritairement des infirmières et des sociothérapeutes. Nous avons profité de ces salons pour recruter des étudiants dans ces deux sphères d'activités en leur proposant un travail de commis surveillant d'unité. Ceux-ci peuvent donc acquérir une expérience enrichissante qui sera bénéfique une fois qu'ils termineront leurs études.

Encore une fois cette année, nous n'avons pas eu recours à la main d'œuvre indépendante pour les titres d'emplois cliniques.

Affichage de poste – Guichet Web

Nous avons procédé à l'implantation de l'affichage des postes dans le Guichet Web ce qui offre la possibilité à nos employés de l'interne de postuler en ligne, via Internet.

Programme de reconnaissance « Nos Bons Coups »

L'édition 2015-2016 du programme de reconnaissance « Nos bons Coups » a connu encore cette année beaucoup de succès. C'est plus de 32 projets qui ont été soumis, dont 10 ont été retenus à titre de lauréats. Ce programme permet de mettre en lumière des bons coups réalisés dans chacune des directions et services de l'Institut.

SERVICE DES COMMUNICATIONS – BILAN DES RÉALISATIONS

Le Service des communications a été marqué par d'importantes coupures :

- Octobre 2015 : coupure du poste de conseillère en communication interne
- Nombre 2015 : coupure du poste de technicien en communication suite à un départ

Ainsi, pour la deuxième portion de l'année, le Service des communications internes et externes a été assuré par une seule personne.

Un nouvel outil de compilation et de gestion des projets a été implanté au Service des communications. L'utilisation du logiciel C2 Atom permet de réduire considérablement l'utilisation du papier et permet également la production de rapports uniformisés.

Malgré les départs au Service des communications, l'Institut a obtenu une très bonne couverture médiatique. Grâce à l'implication des services et des directions des porte-paroles, le service a pu répondre à près de 120 demandes de la part des médias (en plus de celles répondues directement par les porte-paroles contactés) et ainsi obtenir une couverture médiatique de 211 articles recensés, dont aucun à connotation négative.

Les défis et projets pour la nouvelle année

L'un des plus grands défis pour l'année 2016-2017 sera de continuer d'assurer les services de communications internes et externes avec une équipe réduite.

Les projets sont nombreux au Service des communications. Entre autres, l'implantation d'un nouvel intranet prévue à l'été 2016.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

La direction des services techniques a entrepris plusieurs projets d'envergure depuis avril 2015. Tout d'abord, l'abolition du poste de chargé de projets a nécessité une restructuration complète de l'équipe d'encadrement. Désormais, la direction compte un poste de directeur, un poste de chef des activités techniques et gestion de projets-installations matérielles ainsi qu'un poste de chef des activités techniques et gestion de projets-hygiène-salubrité/buanderie-lingerie. Un bureau de gestion de projets a d'ailleurs été mis sur pied afin de mieux répondre aux différents besoins de l'organisation. Le soutien administratif est fait de main de maître par notre technicienne en administration qui occupe un rôle-clé dans la direction.

Le secteur « Installations matérielles » de la direction compte 13 postes, tel que des postes de plombier, électricien, ouvrier de maintenance, mécanicien de machineries fixes, mécanicien, menuisier, technicien en contrôle, peintre.

Le secteur « Hygiène-salubrité/Buanderie-lingerie » compte 15 employés à temps complet comme préposé à l'entretien ménager sur des quarts de travail de jour, soir et nuit, et 3 employés à la buanderie.

Voici les projets qui ont été réalisés et/ou débutés en 2015-2016 :

- Finalisation de l'installation du système d'interphones
- Modernisation du réseau électrique secondaire
- Mise à jour du système de protection incendie – phase 1
- Mise aux normes des entrées d'eau
- Réfection des ascenseurs – phase 2
- Remplacement des réservoirs journaliers des génératrices
- Remplacement des toitures : cafétéria, chaufferie, auditorium, informatique, audiovisuel
- Remplacement des fenêtres et réparation maçonnerie Pavillon H
- Mise en branle d'un projet d'économie d'énergie
- Planification pour déménagement du CPLM
- Réorganisation des bureaux à l'interne
- Chambre de réconfort au F1
- Divers travaux aux ateliers et aux loisirs

Plusieurs bons coups ont été effectués dans le cadre de nos fonctions, tel que la mise en place d'une chambre de réconfort sur l'unité de femmes de l'Institut (gagnant de 2 prix distincts à la fête de la reconnaissance), la réfection de plusieurs toitures se situant dans des secteurs névralgiques, l'ajout d'une équipe de grand ménage pour faire briller l'organisation, etc.

Les défis de la direction des services techniques sont nombreux. L'acceptation par le MSSS d'un projet d'économie d'énergie afin de libérer des enveloppes supplémentaires représente un très grand défi. On parle ici d'un projet de l'ordre de 7 millions de dollars. Le remplacement des fenêtres et la réparation de la maçonnerie du pavillon Hôpital représente lui aussi un projet qui nécessitera une grande planification et une logistique de haut niveau.

La vétusté de notre bâtiment s'avère être le plus gros défi de la direction, notre infrastructure vieille de plus de 45 ans nécessite beaucoup d'entretien et de réparations. Plusieurs projets d'envergure sont à prévoir et à planifier pour la prochaine année.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES – BILAN DES RÉALISATIONS

VOLET QUALITE DES SOINS INFIRMIERS :

La Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires a travaillé à l'amélioration continue de la qualité et des services offerts à la clientèle. Nous avons reçu la visite du CMQ et de l'OIIQ à l'automne 2015 pour une enquête conjointe au sujet de la qualité des soins. Cette enquête a souligné l'implication de la Direction des soins infirmiers dans plusieurs projets d'amélioration de la qualité de son offre de services et sa programmation. Dans ce sens, la Direction des soins infirmiers accueille favorablement les recommandations qui lui sont faites et y voit une opportunité pour atteindre de hauts standards de qualité.

- ***Bonification de l'offre de service récréatif et thérapeutique :***

  Tout d'abord, nous avons déployé une offre de service à contenu psychosociale (habiletés sociales, gestion du stress et yoga-pleine conscience) pour l'ensemble des unités de traitement/réadaptation.

  Nous avons également maintenu notre collaboration avec les Grands Ballets Canadiens de Montréal pour offrir des séances de thérapie par la danse et le mouvement pour promouvoir et améliorer le mieux-être des patientes à l'unité F1.

  Puis, nous avons amorcé dans le cadre de l'harmonisation des règles sur les unités, le déploiement des Conseils d'unité (4 unités). Ceux-ci représentent un espace qui donne l'occasion aux résidents de l'unité de discuter de l'application des règles et des différents modes de fonctionnement ou de toutes autres préoccupations. C'est un lieu où les personnes peuvent s'exprimer librement et se réapproprier un sentiment de contrôle sur leur vie. Le Conseil permet ainsi de redonner un certain pouvoir aux personnes et de leur démontrer qu'elles sont capables d'assumer des responsabilités, de prendre des décisions et de défendre leurs droits.

  Finalement nous sommes toujours très fiers de soutenir la chorale dont les participants sont composés de patients et des membres du personnel de tout horizon, qui vivent le plaisir de l'apprentissage du chant, la force d'un groupe, l'ouverture d'esprit et du cœur.

- ***Formation :***

  Dans un souci de favoriser la mise à jour des connaissances et compétences de son personnel, la Direction des soins infirmiers a mis en place trois types de formation continue (Les Journal-Club, les repas-conférences et les semaines thématiques). Ces formations permettent d'aborder des sujets cliniques prioritaires pour la DSI-SM en matière de développement des compétences ainsi que permettre un contact régulier avec les nouvelles approches et le transfert de connaissance provenant de la recherche clinique.

  Le programme des analyses factuelles qui porte sur l'évaluation des situations critiques aura en 2015-2016, animé 35 interventions ayant mené à 160 recommandations d'amélioration des pratiques. Les constats dégagés par les analyses factuelles ont permis entres autres, de construire le contenu de formation de la mise à jour Oméga 2015-2016 ainsi que l'élaboration de procédures cliniques et sécuritaires.

À ce jour, 73% du personnel des unités (sociothérapeutes, infirmières, AGI unité. AGI CPU, cadres unités, commis liste de rappel socio, inf, AGI) ont reçu la mise à jour

VOLET PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS :

En ce qui regarde la prévention et le contrôle des infections, la dernière année fut consacrée à l'élaboration de politique (Contrôle de l'environnement interne lors des travaux de construction et de rénovation), de formation concernant les bonnes pratiques et l'acquisition du nouveau matériel plus adapté aux besoins de la clientèle et des employés (gants, solution hydroalcoolique) en Prévention et Contrôle des Infections. Un soutien clinique des équipes et des directions (RH et SST) est offert au quotidien en ce qui concerne les enjeux liés à la Prévention et Contrôle des Infections.

Nous devons également mentionner la campagne de vaccination créative (implication de la direction via les photos de promotion, prix de participation, horaire flexible, vaccinations sur les lieux de travail pour les quarts de soir) qui nous aura permis d'augmenter significativement le taux de vaccination des employés (a augmenté de 19% à 24%, la cible était de 25%)

VOLET ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE :

Nous avons poursuivi notre collaboration avec M. Dave Holmes, infirmier PhD et titulaire de la chaire de recherche universitaire en soins infirmiers médico-légaux à l'Université d'Ottawa dans le cadre de deux projets d'amélioration de la pratique.

Tout d'abord, en collaborant à l'implantation d'un projet de recherche clinique, subventionné par les instituts de recherche du Canada, au sujet de la contention chimique. Ce projet de recherche vise à mieux comprendre, à partir de la perspective du personnel infirmier et des patients, l'utilisation de la médication « PRN » en milieux de psychiatrie légale.

Ensuite, en effectuant une vaste consultation auprès du personnel clinique de la Direction des soins infirmiers dans le cadre d'une démarche de modélisation de la pratique clinique en cours à l'IPPM afin de favoriser la collaboration multidisciplinaire. Nous avons également participé activement à la réalisation d'un colloque spécifique au rôle infirmier dans la prévention de la rechute pour les épisodes psychotiques récurrents à l'automne 2015.

- ***Partenariat avec les établissements d'enseignement :***

  En vue de consolider nos partenariats avec les maisons d'enseignement, nous avons mis en place deux projets au cours de la dernière année.

  Tout d'abord, la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires a développé une activité «Portes ouvertes aux CEGEP» offert aux étudiants en soins infirmiers de niveau collégial pour faire connaître notre milieu de soin, promouvoir le rôle de l'infirmière en santé mentale, plus spécifiquement le volet psychiatrie légale et démystifier les soins et les services offerts à la clientèle que nous desservons.

  Ensuite, en collaboration avec la faculté des soins infirmiers de l'Université de Montréal nous avons développé une offre de stage spécifique en psychiatrie légale. Nous offrons également l'opportunité de participer au groupe de codéveloppement pour les étudiantes en stage à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Cette offre de stage est dès lors une occasion de faire connaître davantage la santé mentale auprès des étudiantes en sciences infirmières, tout en favorisant notre recrutement.

- ***Présentation à l'extérieur/rayonnement :***

  La direction des soins infirmiers est fière de la participation de deux de ses membres pour le rayonnement spécifiquement au volet psychiatrie légale et aux soins et les services offerts à la clientèle que nous desservons.

- AQIISM : Tout ce que l'infirmière doit savoir sur la psychiatrie légale: ce que le droit nous enseigne : Étienne P. Gagné
- IALMH : Académie internationale de droit et de santé mentale / Congrès international à Vienne, en juillet 2015 : Étienne P. Gagné sujet : censure et violence en recherche critique
- 11e congrès en santé mentale du CISSS de l'Outaouais : perspectives en santé mentale : susciter l'espoir 22 et 23 octobre : Lorraine Plante

VOLET SÉCURITÉ :

Le service de la sécurité a effectué au cours de la dernière année une révision en profondeur du plan des mesures d'urgence afin de le simplifier.

Dans une recherche constante de l'équilibre entre la clinique et la sécurité, une semaine thématique de formation continue en novembre 2015 a été dédiée aux politiques et procédures sécuritaires. Elle s'inscrit dans le plan annuel de mesures préventives et sécuritaires. C'est un moyen efficace de s'assurer que les politiques et procédures sécuritaires sont connues de tous et de réitérer l'importance du respect de leur application pour assurer un milieu sécuritaire pour tous.

Finalement, nous avons revu plusieurs politiques et procédures en vue d'accueillir la clientèle du centre de psychiatrie légale.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS – BILAN DES RÉALISATIONS

- Collaboration avec le MSSS pour l'application du plan d'action régional pour les longs séjours à l'IPPM et le suivi de l'accès à l'hébergement en santé mentale.

- Information transmise de façon régulière au MSSS sur la situation des patients relocalisés suite aux coupures de financement affectant 3 organismes communautaires.

- Collaboration avec le Collège des médecins et le Protecteur du citoyen dans le cadre d'une enquête sur nos soins médicaux.

- Collaboration du DSP pour participer à plusieurs entrevues médiatiques touchant la psychiatrie.

- Participation active au sein du comité des travaux de hiérarchisation en psychiatrie légale pour les régions de Montréal et de la Montérégie. Ce projet, sous l'autorité de la Direction de la santé mentale du MSSS, trace les contours d'un système intégré permettant à la clientèle de psychiatrie légale d'obtenir des services appropriés en temps opportun. Le déploiement de l'offre de service hiérarchisée demeure à venir.

- Implantation en février 2016 du Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalisation (RQSUCH - outil de cueillette de données du MSSS). Les données étant ainsi colligées de façon systématique relativement au nombre de patients NSA (niveau de soins alternatifs), l'IPPM est plus en mesure d'effectuer un suivi étroit quant à leur orientation vers un niveau de soins répondant à leurs besoins. Ainsi, l'Institut peut se recentrer sur sa mission. À ce jour, environ 20 % de la clientèle de l'Institut est identifiée NSA.

- Bonification de l'outil de gestion interne des patients NSA (Sharepoint) de façon à s'harmoniser avec les variables de RQSUCH.

- Répondant principal du RQSUCH :
    - Responsable de former les nouveaux utilisateurs
    - Responsable du contenu et de la portée des variables
    - Responsable de la trajectoire du transfert d'information et complétion du relevé
    - Responsable du support informatique
    - Proposer des mesures d'amélioration
    - Assurer le suivi entre le MSSS et notre établissement

- Implantation de l'approche Connect, sous la supervision de la chercheure Patti Ranahan au Département des sciences humaines appliquées de l'Université de Concordia ainsi que son équipe, au cours de l'année. Cette démarche a permis de mettre en place un groupe de support à l'intention des parents de la clientèle adolescente mettant l'accent sur le renforcement de composantes de base de l'attachement sécurisant. Un nouveau groupe devrait débuter à l'automne.

- Maintien du dossier santé Québec (DSQ) – remplacement des dispositifs pour presque tous les utilisateurs de l'hôpital et participation mensuelle à la table des répondants DSQ.

- Afin de respecter les normes de sécurité industrielles en lien avec le contrat du SCC, plusieurs demandes ont été effectuées afin d'obtenir des cotes de fiabilité pour les utilisateurs du système SGD (accès à l'information protégée).

- Participation hebdomadaire au comité de sorties qui relève de la DSP et qui étudie annuellement plus de 250 demandes de sorties et de circulations dirigées. Ces demandes sont étudiées dans le cadre du processus de réinsertion sociale des patients. Ce comité tient compte des droits du cadre légal auquel le patient est soumis ainsi que les risques qu'il peut représenter pour lui-même et la société.

- Étude de plusieurs documents afin de produire éventuellement un contrat entre l'IPPM et les services frontaliers.

- Pilotage du projet du déménagement du CPLM vers l'IPPM prévu en août 2016.

- Présentation de nos services par plusieurs de nos professionnels sur différentes tribunes dans le réseau de la santé.

SOUTIEN ET SERVICES AUX PARTENAIRES :

- 13 admissions en provenance d'un autre centre hospitalier via transfert de mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux, dont 1 interprovincial.

- 22 usagers ont été admis à contrat en provenance d'un autre centre hospitalier.

- 1068 évaluations effectuées suite à une ordonnance de la Cour pour l'ensemble des régions du Québec (526 à l'interne, 333 en externe et 209 dans les centres de détention provinciaux du Québec). Soulignons que nos expertises sont appréciées par l'ensemble des Cours du Québec, le taux de satisfaction des tribunaux se situe autour de 99 % selon les sondages effectués auprès des juges.

- Maintien des services de consultation et de suivi psychiatriques dans les centres de détention provinciaux.

- En 2015-2016 nous avons admis 561 usagers, dont 275 en provenance de l'extérieur de la région de Montréal. 577 usagers ont reçu leur congé de l'hôpital.

- 10 usagers en provenance de différentes régions du Québec ont été évalués à notre clinique d'évaluation du risque de violence.

- 23 usagers ont été proximisés, près de leur résidence, vers des services psychiatriques de deuxième ligne et 61 sont en processus de proximisation.

- Formation dispensée, par l'un de nos criminologues, à tous les psychologues, criminologues et quelques médecins sur la version 3 du HCR-20.

- La Direction des services professionnels en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires a maintenu son rôle de soutien auprès des professionnels suite à la réouverture de l'unité F-2.

- Une psychoéducatrice à la Clinique Réseau jeunesse a obtenu les qualifications nécessaires pour former et certifier les futurs candidats à l'approche CPS.

- Une présentation a été effectuée auprès des juges de la Chambre de la jeunesse du Québec sur l'ensemble des services offerts pour notre clientèle adolescente tant à l'interne qu'à l'externe.

- Accueil d'une vingtaine d'avocats de la Chambre de la jeunesse de la Montérégie dans le cadre d'une présentation sur les services offerts aux adolescents ainsi qu'une visite de l'IPPM incluant l'unité des adolescents.

SERVICES EXTERNES :

PROGRAMME RÉSEAU :

Le nombre de demandes d'expertise provenant de la cour s'est maintenu. Il est à noter que nous avons eu à répondre à certaines demandes d'expertise pour des délits d'une grande gravité (tentative de meurtre et meurtre) et d'une grande complexité au plan diagnostic tout comme l'année dernière.

La fluctuation des présences des effectifs médicaux conséquemment à des maladies, à des départs et aux divers mandats administratifs et autres des psychiatres a exigé des efforts supplémentaires d'organisation afin d'être en mesure de répondre diligemment aux demandes.

Concernant nous objectifs fixés l'année dernière, nous sommes fiers du travail que l'équipe a déployé afin de maintenir le niveau de services et son faible délai d'attente, soit 26 jours en moyenne, malgré l'alourdissement de certaines tâches. Cependant, nous n'avons pas été en mesure d'augmenter le nombre de patients sous contrat provenant de la deuxième ligne.

PROGRAMME CLINIQUE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE (CERV)

Un total de 32 demandes ont été reçues, dont 25 ont été annulées par manque d'effectif médical en décembre 2015. Cependant, en mars 2016, les activités du programme CERV ont pu redémarrer, car un psychiatre, à raison d'une journée par semaine, assume les activités de la clinique. Dorénavant, la coordonnatrice des Services externes est responsable de la gestion des demandes faite à la CERV et a ainsi recontacté nos partenaires dont la demande a été annulée pour leur offrir de nouveau nos services.

PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT POUR ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉVIANCE SEXUELLE

Le programme maintient un taux similaire d'ouvertures de dossier (80) et de dossiers actifs (112) comparativement à l'année dernière. Nous avons entrepris un nouveau groupe de psychothérapie axé sur la cyberpornographie. Cependant, dû à de nombreux abandons et au manque de recrutement de patients nous n'avons pas été en mesure de compléter cette offre de service.

Nous constatons, cette année, une augmentation du nombre de demandes et par conséquent une augmentation du délai d'attente. Ceci pourrait être une conséquence de la diminution du financement des organismes communautaires oeuvrant auprès de

cette clientèle qui ne sont plus en mesure de répondre aux nombreuses demandes leur étant faites.

PROGRAMME URGENCE PSYCHOSOCIALE-JUSTICE :

Cette année, nous avons répertorié 691 évaluations à la Cour du Québec, ce qui équivaut à une augmentation de l'ordre de 8 %. De plus, 211 évaluations ont été effectuées à la cour municipale soit une diminution de 12 %.

Nous avons procédé à plusieurs rencontres avec l'équipe et leurs partenaires afin de mieux comprendre leurs enjeux et leurs difficultés dans l'organisation actuelle des processus de travail. Ainsi, une révision des modalités de référence et une rectification concernant les rôles des divers intervenants sont en cours.

PROGRAMME TRANSITION –RÉADAPTATION

Une diminution progressive, au fil des périodes financières, du nombre de dossiers actifs cette année est constatée et représente les efforts constants des professionnels dans les démarches de proximisation de la clientèle ne nécessitant plus notre requis de soins. Cette année, 38 % des patients ne processus de proximisation (23 sur 61 patients) sont retournés à leur hôpital de proximité comparativement à 54 % l'année dernière (25 sur 46 patients). De plus, nous avons eu la mission de travailler de concert avec le CIUSSS de l'Est de Montréal, plus particulièrement l'IUSMM, afin de procéder à la proximisation de 100 patients et à un certain nombre d'employés. Ainsi, nous avons élaboré un plan d'action et le transfert d'une première cohorte de 40 patients devrait être finalisé d'ici juin 2016.

La moyenne de patients sous suivis criminologiques dans la communauté a diminué (225 comparativement à 247 en 2014-2015). Cette baisse reflète nos efforts de préparation de la clientèle par la diminution des suivis criminologiques afin de favoriser une meilleure adaptation au niveau de soins de la deuxième ligne.

Pour ce qui est du nombre d'hospitalisations des patients suivis en externe, nous remarquons une légère augmentation (70 hospitalisations pour 55 patients distincts). Tout comme l'année dernière, un bon nombre de patients des Services externes ont été hospitalisés plusieurs fois. Au 31 mars 2016, 18 patients, sur les 55 hospitalisés, étaient toujours hospitalisés à l'Institut.

Suite à l'instauration, l'année dernière, d'un indicateur concernant la présentation du Plan de service individualisé au patient, nous avons relevé que 121 sur 255 patients ont été sollicités à participer à l'élaboration de leur plan de soins avec les intervenants comparativement à 110 pour l'année dernière.

Une entente entre le CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec et l'Institut a été ratifiée concernant des patients habitant leur territoire pour lesquels nous assurions un suivi psychiatrique. Depuis cette ratification, le CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec assure la prise en charge médicale pour 8 des 12 patients et les frais d'hébergement de l'ensemble des patients résidant aux Résidences Lafleur inc.

Une nouvelle résidence en psychiatrie légale, la PL-302, a vu le jour en 2015 où 10 places non récurrentes nous ont été octroyées en priorité. Le personnel de cette ressource étant peu expérimenté auprès de la clientèle en psychiatrie légale, l'équipe traitante des Services externes a été appelée à offrir de la formation et une étroite supervision afin d'assurer une prise en charge optimale de notre clientèle par cette nouvelle ressource.

PROGRAMME DE LA CLINIQUE POUR ADOLESCENTS AUTEURS DE TRANSGRESSION SEXUELLE :

Cette année, le nombre d'ouvertures (-11 %) et le nombre de demandes (-29 %) ont diminué en 2015-2016.

En 2013-2014, nous avions un délai d'attente moyen de 6 mois. Cette année, grâce à des stratégies fructueuses, le délai d'attente moyen est maintenant à 70 jours et a même atteint 25 jours d'attente. Le manque d'effectif médical explique la fluctuation du temps d'attente. Comme un seul médecin assume la responsabilité de ce programme lorsque celui-ci s'absente les activités du programme sont inévitablement perturbées.

La première tenue d'un groupe d'interventions appelé Connect a eu lieu cette année. Cette nouvelle modalité de traitement est offerte aux parents d'adolescents présentant des troubles de comportements dans le but d'améliorer la relation entre le parent et l'enfant. Ainsi, un groupe d'adolescents provenant des programmes Clinique pour adolescents auteurs de transgression sexuelle et de la Clinique Réseau jeunesse a été constitué.

PROGRAMME CLINIQUE RÉSEAU JEUNESSE

Le nombre de demandes (181) et le nombre d'ouvertures de dossiers (162) sont relativement stables. Les ouvertures provenant des établissements partenaires du réseau de la santé (118), plus particulièrement des centres jeunesses, ont légèrement augmenté de l'ordre de 7 % tandis que les références provenant des cliniques médicales (41) sont demeurées stables. L'équipe de la CJR a su maintenir son offre de service et son délai d'attente à 28 jours en moyenne.

Déménagement du Centre de psychiatrie légale de Montréal

Suite aux restrictions budgétaires imposées par le MSSS, l'Institut a pris la décision de procéder au rapatriement du CPLM dans les locaux de l'hôpital. Des travaux de relocalisation des professionnels dans les nouveaux locaux et du transfert du Service de transcription des Services externes ont été effectués. De cette restructuration découlera l'abolition de deux emplois et une épargne budgétaire substantielle par la cessation du bail.

Nous craignons toutefois une baisse de la clientèle conséquemment à :

- La difficulté d'accéder à l'IPPM par les transports en commun;
- Les mesures sécuritaires en place pour la clientèle adulte à l'IPPM;
- Au caractère stigmatisant de fréquenter l'IPPM.

Nous comptons avoir complété les travaux de déménagements en septembre 2016.

DÉPARTEMENT DE LA PHARMACIE :

Pour le département clinique de pharmacie, l'année 2015-2016 a été principalement marquée par une diminution d'effectifs, en raison d'absence prolongée de plusieurs employés, ceux-ci n'ayant été que partiellement remplacés. Ceci se reflète par un surplus budgétaire en regard des heures travaillées, mais plusieurs tâches reliées aux soins cliniques, à la gestion et à l'enseignement au sein du département ont dû être relayées par des tâches davantage techniques afin de maintenir les services essentiels.

Des améliorations au niveau de la sécurité ont été apportées, particulièrement quant à l'accès à la pharmacie et au contrôle des substances narcotiques et ciblées sur les unités de soins.

En ce qui a trait au budget des médicaments, les congés définitifs de plusieurs patients de l'unité H2, maintenant fermée, a permis des économies substantielles.

Finalement, les indicateurs de qualité et de performance montrent un taux d'erreur et un nombre d'interventions pharmaceutiques stables, un recours au pharmacien de garde légèrement à la baisse et une amélioration des processus reliés aux bilans comparatifs des médicaments.

ACTIVITÉS RÉALISÉES AU COURS DE L'ANNÉE :

<u>Activités clinico-administratives :</u>

- Révision de la politique sur le contrôle des substances narcotiques et ciblées;

- Révision du programme de gestion des antimicrobiens;
- Réalisation d'une activité de formation continue destinée au personnel infirmier concernant les antipsychotiques;
- Informatisation de certains formulaires et processus cliniques au département de pharmacie;
- Développement d'un programme d'accueil pour les stagiaires en pharmacie (Université de Montréal) et en assistance-technique en pharmacie (École des métiers des Faubourgs);
- Coordination d'une visite d'agrément de milieu de stage de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal ;
- Participation au Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) de Montréal;
- Participation à plusieurs comités à l'intérieur de l'établissement;
- Renforcement de la sécurité en regard de l'accès à la pharmacie;
- Installation d'une chute à médicaments à la pharmacie, afin que les gardiens de sécurité puissent y déposer sécuritairement tout médicament trouvé dans les effets personnels des patients;
- Un travail interdisciplinaire a été mis en œuvre, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers, afin de resserrer les mécanismes de contrôle concernant la surveillance des substances narcotiques, contrôlées et ciblées.

Activités cliniques et formation continue

Cette année, en raison d'une pénurie d'effectifs pharmaciens, les heures consacrées aux soins pharmaceutiques et aux services cliniques du département de pharmacie ont été malheureusement diminuées de plus de 40%, les pharmaciens étant appelés à fournir les services pharmaceutiques de base (validation d'ordonnances et distribution des médicaments).

Les pharmaciens cliniciens ont toutefois participé à des réunions ponctuelles sur plusieurs unités, en plus de participer aux activités de formation et de discussion offertes par le département de psychiatrie (journal club, séminaires des cas difficiles et formations médicales continues).

En comparaison avec l'an dernier, le nombre de demandes de consultation par les médecins prescripteurs est demeuré stable, mais le délai de réponse par le département de pharmacie a grandement augmenté.

Indicateurs de rendement

Le département de pharmacie a ciblé des indicateurs de processus et de résultats servant à mesurer la qualité des activités et le rendement du département. Voici donc ceux relevés cette année :

- Nombre d'interventions pharmaceutiques : 2364
- Nombre d'appels de garde : 12
- Taux de complétion des bilans comparatifs des médicaments à l'admission : 98%
- Taux de demande d'un formulaire d'ordonnance de départ par le personnel de l'unité de soins: 76,5%
- Fréquence d'utilisation des inscriptions ou abréviations interdites sur les ordonnances : < 1%
- Nombre d'erreurs de médicaments décelées à l'intérieur du département de pharmacie: 30
- Nombre d'erreurs de médicaments imputables au département de pharmacie sur les unités de soins: 14
- Application des mesures relatives aux médicaments de niveau d'alerte élevé : excellente

En regard de nos indicateurs, nous observons tout d'abord un nombre augmenté d'interventions pharmaceutiques malgré un nombre moins élevé de pharmaciens. De façon plus précise, ce sont les interventions téléphoniques relatives aux ordonnances confuses ou non conformes qui font l'objet d'une hausse spécifique. Par contre, une intervention à cet effet à déjà été faite auprès de la chef du département de psychiatrie et du comité de pharmacologie.

En ce qui a trait aux bilans comparatifs des médicaments, nous demeurons très près de notre cible de 100% pour les bilans à l'admission, alors que nous notons une très belle amélioration quant aux demandes de profils de médicaments au congé des patients (76,5% cette année, par rapport à 51,6% l'an dernier).

Quant au nombre d'erreurs imputables au département de pharmacie, celui-ci est demeuré stable pendant l'exercice 2015-2016 et ces erreurs sont en majorité liées aux problèmes techniques de notre ensacheuse.

DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE :

- ***Effectifs médicaux***

  Le département a vécu durant l'année une période de mouvance qui s'est caractérisée par le départ de quatre de nos psychiatres, le retour d'un congé maladie pour l'une de nos membres et le recrutement de deux nouveaux psychiatres. Sans compter le prolongement d'un congé de service pour une année supplémentaire à l'une de nos membres.

  Nous cherchons activement à combler les postes disponibles pour soutenir les médecins actuellement en place et favoriser le maintien de l'offre de service actuelle, ce qui

devient de plus en plus ardu à mesure que la main-d'œuvre médicale s'amenuise. De plus, des départs à la retraite sont à envisager au cours des 3 à 5 prochaines années, d'où l'importance d'accélérer le recrutement. Toutefois, la lourdeur de la clientèle, les exigences universitaires en matière de formation complémentaire, doublée de la différence (à la baisse) de la rémunération des médecins au sein de notre établissement compliquent actuellement le recrutement.

- ***Clinique***

  Cette année encore, plusieurs mouvements ont dû être effectués quant aux affectations cliniques, de par les départs et les difficultés de recrutement. Ces départs entraînent un essoufflement des ressources médicales. En effet, plusieurs médecins sont actuellement sollicités pour accomplir les tâches cliniques incombant aux postes laissés vacants.

  Plus que jamais, cette année, les mesures d'optimisation ont eu un impact sur les services offerts à notre clientèle déjà lourdement stigmatisée. Force est de constater qu'un trop grand nombre de patients ne nécessitant plus le niveau d'encadrement offert en nos murs est contraint d'y demeurer, faute de place en communauté ou dans des hôpitaux de 2e ligne. Un effort colossal est cependant fait, mené de main de maître par la coordonnatrice des services externes pour orchestrer le transfert de certains de nos patients pris en charge en externe (programme transition-réadaptation) de la 3e vers la 2e ligne, de concert avec nos partenaires de l'IUSMM qui s'avèrent facilitants dans ce processus. Toutefois, il est important de souligner que les médecins sont inquiets de constater que la clientèle de notre établissement tendra à s'alourdir, alors que les ressources s'amenuisent et que plusieurs collègues voient s'allonger la liste de leurs tâches clinico-administratives. Il va sans dire que le nombre restreint de médecins psychiatres a aussi des répercussions sur les gardes dont la fréquence augmente (de 4 semaines par année, nous en sommes actuellement à 6-8 semaines par année par médecin, en additionnant les gardes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte).

  Le Département a aussi été fort préoccupé par les enquêtes ayant été menées à la fin de 2015, par le Protecteur du citoyen de même que le CMQ et l'OIIQ. Les membres du département ont offert leur pleine et entière collaboration aux enquêteurs tout au long du processus. De plus, ils ont réfléchi abondamment à la question de l'application des mesures de contrôle au sein de notre établissement, tel qu'encadré par l'actuel article 8. Se sont dégagées de nos réflexions et travaux certaines recommandations qui seront acheminées au DSP de même qu'au président du CMDP.

- ***Enseignement et rayonnement***

  Nos psychiatres demeurent actifs pour superviser les résidents et externes qui complètent un stage à l'Institut. Le nombre de stagiaires semble actuellement en augmentation, ce dont nous nous réjouissons.

  Quant au programme de surspécialité en psychiatrie légale, la docteure Émilie Allaire, complètera son année de R6 en juin prochain. Elle prévoit amorcer ensuite sa pratique en psychiatrie légale à Shawinigan. Aucune admission n'est prévue dans le programme en 2016-2017, alors que les candidates ayant démontré un intérêt pour la psychiatrie légale, souhaitant revenir pratiquer à l'IPPM, ont été contraintes de s'engager à compléter leur formation à l'extérieur pour revenir pratiquer chez nous.

  Sur le plan du rayonnement, nos psychiatres ont, encore une fois, multiplié les participations à différents colloques et congrès régionaux, nationaux et internationaux. Outre ces implications, nos membres continuent de participer régulièrement aux réunions scientifiques, aux divers séminaires et clubs de lecture de notre département.

- ***Administration***

  Tel que mentionné dans le précédent rapport annuel, le grand esprit de collaboration qui prévaut au sein de notre département nous permet de demeurer productifs et d'aller de l'avant dans la prestation de services de qualité, malgré un contexte sans cesse plus difficile.

DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT – BILAN DES RÉALISATIONS

L'année 2015-2016 a été une année d'un changement important pour la direction de la recherche. Dans la poursuite des changements imposés par l'application de la loi 10 mise en place par le Gouvernement du Québec, les directions respectives de la recherche et de l'enseignement universitaire ont été regroupées sous un même directorat. Ce changement de structure est accompagné d'une réduction substantielle au chapitre du personnel de soutien.

Enseignement :

Stages

En 2015-2016, nous avons accepté 84 stagiaires dans diverses disciplines tels les soins infirmiers, l'éducation spécialisée, la psychoéducation, la psychologie, la criminologie, l'ergothérapie, la médecine et la psychiatrie. De plus, nous avons accueilli une résidente dans le programme de résidence en psychiatrie légale (surspécialité). Cette résidente est en stage pour une période d'un an.

Les évaluations des stages nous indiquent un taux de satisfaction élevé. Afin d'assurer l'atteinte des objectifs de stage, un mécanisme de suivi a été instauré pour faciliter la communication avec le responsable de stage lors de situations déficientes. Une demi-journée d'orientation pré-stage a été à nouveau organisée cette année, compte tenu du succès de l'an passé.

Activités scientifiques

Pour leur part, les activités scientifiques ont représenté cette année, plus de 10 conférences, deux formations et un colloque.

Centre de recherche :

Le subventionnement de la recherche devient de plus en plus difficile dans le cadre actuel des organismes subventionnaires. La refonte des programmes aux Instituts de recherche en santé du Canada a fait en sorte de réduire le nombre de concours, lesquels sont passés de deux à un seul en 2015-2016. Suite aux pressions du milieu de la recherche, il y aura de nouveau un concours à l'automne 2016 et un autre en mars 2017. En 2015-2016, le seul concours disponible, soit celui de mars 2016, eu égard à la refonte, fait en sorte que le taux de succès attendu est très faible. Le taux d'octroi de subvention devrait osciller entre 5 et 7 %, ce qui est très faible et met une pression importante sur les chercheurs. Les résultats sont attendus en juillet prochain. Néanmoins, l'un de nos chercheurs, très présent à l'IPPM dans sa collaboration avec l'équipe des sciences infirmières, a obtenu une subvention importante des IRSC; les projets permis par cette subvention bénéficieront à l'IPPM.

De même, il y a maintenant très peu d'argent disponible aux concours de Fonds de recherche du Québec. Néanmoins, nos chercheurs ont su rivaliser en allant chercher des fonds en dehors du réseau habituel de subventionnement.

Le centre de recherche et par le fait même l'IPPM, notamment à travers le laboratoire de réalité virtuelle, ont connu une bonne visibilité au cours de la dernière année. Divers reportages ont été réalisés entre autres sur le traitement des hallucinations par le biais d'avatars utilisés en immersion virtuelle. Une levée de fonds importante par la Fondation Pinel aide à la réalisation de ce dernier projet.

L'un de nos chercheurs, Jean Toupin, a pris sa retraite; l'Université de Sherbrooke lui a attribué le titre de professeur émérite, ce qui traduit le mérite et la reconnaissance de l'un de nos collègues.

Au cours de la dernière année, les chercheurs ont obtenu plus de 625 000 $ de subventions, plus de 66 000 $ de fonds d'infrastructure, plus de 143 00 $ de bourses, pour un total de 834 679 $ en subventions de toutes sortes.

Les subventions, les publications, les infrastructures mises en place, la collaboration accrue avec nos collègues de divers milieux, le nombre de projets actuellement préparés, notamment à travers des pré expérimentations, traduisent la vitalité du centre de recherche.

Pour l'année financière 2015-2016, l'ensemble des chercheurs du centre de recherche a obtenu 66 006 $ en fonds d'infrastructure, 625 139 $ en subvention de fonctionnement et 143 534 $ en bourse. De ce montant, 40 000 $ en fonds d'infrastructure ont été gérés à l'IPPM pour cette même période.

Le centre de recherche en chiffres :

- 10 chercheurs titulaires
- 10 chercheurs équivalents temps complets
- 12 chercheurs associés
- 21 membres en personnel de recherche
- 31 étudiants ou stagiaires
- 53 projets de recherche en cours par nos chercheurs titulaires
- 14 projets de recherche en cours (étudiants du centre)

Publications des chercheurs titulaires

- 30 articles publiés
- 11 abrégés publiés
- 17 chapitres de livres publiés
- 5 rapports de recherche
- 5 affiches
- 51 présentations réalisées
- 11 entrevues

Publications des chercheurs associés

- 66 articles publiés
- 1 livre publié
- 19 chapitres de livre publiés
- 12 abrégés publiés
- 1 rapport de recherche
- 53 affiches
- 82 présentations
- 11 entrevues

DES GENS DE CŒUR ET D'ACTION :

L'année 2015-2016 aura été témoin de l'engagement et du dévouement des membres du personnel de l'Institut, pour faire de celui-ci un lieu unique où l'excellence et le bien-être des patients font partie intégrante de nos actions.

- Prestigieuse bourse d'excellence, avec mention d'honneur, décernée par l'International Psychoanalytical Association au psychologue Joao Da Silva actuellement affecté aux unités F-1 et D-2. Il pourra ainsi débuter sous peu son projet de recherche intitulé « Théories implicites des concepts de transfert, résistance et changement dans une cohorte de candidats canadiens ».

- Reconnaissance à la psychologue Anne Choquette, affectée à l'unité F-2, pour le prix « Personnalité des services publics 2016 » dans le cadre du Prix reconnaissance La Capitale dans la catégorie Réseau public de la santé et des services sociaux.

- Postdoctorat de 5 ans complété par la neuropsychologue Karima Kahlaoui sur le thème de « La Maladie d'Alzheimer et autres démences : données actuelles » au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Madame Kahlaoui était supervisée par le docteur Yves Joanette, président du Conseil mondial de lutte contre la démence. Elle a d'ailleurs présenté sur ce sujet, dans le cadre des conférences du mercredi midi de l'IPPM (reliée avec plusieurs régions du Québec par visioconférence).

- Distinguished Fellow de l'American Psychiatric Association, DFAPA obtenus par les docteurs Gilles Chamberland et France Proulx.

UNE ANNÉE RICHE EN RÉALISATIONS :

L'année 2015-2016 aura été témoin de l'accomplissement de nombreuses réalisations au sein de notre organisation. Que ce soit des initiatives de recherche, des améliorations à notre milieu de soins ou encore les «Bons Coups » de notre programme de reconnaissance, toutes ces réalisations démontrent encore une fois le dynamisme et le dévouement de notre personnel.

Activité de réduction du stress par le yoga et la pleine conscience :

Monsieur Paul Pelletier et monsieur Samsith So ont développé une activité de réduction du stress par le yoga et la pleine conscience. Pour ce faire, ils utilisent des techniques ancestrales de yoga et de méditation inspirées de pratiques orientales et développées pour soulager la souffrance humaine.

Ouvert à tous les patients de l'Institut Pinel, un premier groupe de huit patients a été formé en septembre 2015. L'activité inclut un enseignement pratique et théorique de huit séances d'une durée de 90 minutes.

M. Paul Pelletier et monsieur Samsith So concluent de leur expérience que l'activité atteint ses objectifs de gestion de l'anxiété, des humeurs et des émotions. Fort de cette première expérience, les intervenants ont étendu l'expérience aux patients suivis à la clinique externe. Une deuxième session sera organisée au début de l'année prochaine.

Les fourmis charpentières (unité des adolescents)

Développement de l'activité de fabrication de planche à découper, de cuillères en bois et jouets en bois par les adolescents de l'unité F-2 pour en faire la vente.

Programme de distribution de matériel de protection contre les ITSS

Projet novateur de distribution de matériel de protection (condoms, lubrifiants) et de l'enseignement concernant les maladies transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Enseignement individuel à l'aide d'un dépliant facilitant la compréhension des ITSS, leurs voies de transmission, les moyens de protection et les étapes de port du condom.

Projet salle d'apaisement à l'unité des femmes F-1

Selon l'article 8, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être limitée et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été appliquées et évaluées. Il est connu que les mesures de contrôle peuvent avoir des

effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes. Le MSSS a élaboré des orientations qui encouragent les établissements à recourir à des mesures de remplacement afin de réduire la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle. C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet de création d'une salle d'apaisement comme mesure alternative aux mesures de contrôle. La mesure alternative se base sur une relation patient-partenaire cherchant à répondre aux besoins et à la réduction de la détresse/souffrance de la personne.

À l'admission d'une patiente sur l'unité F-1, on lui présente la salle d'apaisement tout en explicitant son utilité et en encourageant son utilisation. Lors des rencontres entre la patiente et sa personne de référence, un plan d'intervention conjoint sera déterminé identifiant les situations à risque plus difficiles à gérer pour la personne et les moyens disponibles pour répondre à ces difficultés (incluant l'utilisation de la salle d'apaisement). Cette relation patient-partenaire est la clé de l'utilisation de cette pièce. Lorsque la patiente montre certains signes de détresse, l'intervenant initie un dialogue permettant de déterminer si l'utilisation de la salle d'apaisement peut aider à diminuer les stimuli et la tension émotive.

Thérapie expérimentale pour les hallucinations réfractaires au traitement

Malgré que l'on dispose, à l'heure actuelle, de traitements psychologique et pharmacologique qui démontrent une efficacité intéressante, environ un patient sur trois qui souffre de schizophrénie est résistant au traitement. Pour ceux-ci, les options demeurent limitées et de nouveaux traitements sont primordiaux. La réalité virtuelle offre un potentiel très intéressant pour le traitement de la schizophrénie. En effet, notre équipe réalise actuellement l'essai d'une thérapie en réalité virtuelle pour le traitement des hallucinations auditives. Environ 50 à 80 % des personnes atteintes de schizophrénie ont des hallucinations auditives et 50 % de celles-ci ne répondent pas aux interventions cognitives-comportementales usuelles.

Le patient est amené, dans le cadre de cette thérapie, à créer un avatar dont la voix correspond le plus possible à ses hallucinations auditives et qui incarne les caractéristiques que le patient prête à sa voix persécutrice. L'avatar est animé par un thérapeute. Le patient est amené à tolérer la présence de l'avatar et ensuite à réagir à ses propos et à affirmer ses qualités personnelles. Au début de la thérapie, l'avatar adopte un discours persécuteur, mais montre une ouverture progressive aux propos affirmatifs du patient. À la fin de la thérapie, le patient est capable de mieux s'affirmer et contrôler ses émotions et l'avatar reconnaît les qualités du patient. Le projet intègre également un patient-partenaire qui offre un soutien aux participants durant tout le déroulement de l'étude.

LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Section 1 : Mise en œuvre de la Loi

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
1.1 Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Section 2 : Santé publique

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement des résultats*
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires : Ne faisait pas partie de notre entente de gestion 2015-2016.

Section 3 : Services sociaux

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	Validation des grilles	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.6 Personnes aînées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.7 Personnes aînées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.8 Personnes aînées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
3.9 Personnes aînées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires : Ne faisait pas partie de notre entente de gestion 2015-2016.

Section 4 : Services de santé et médecine universitaire

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
4.6 Contiuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Section 5 : Finances, Immobilisations et budget

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Section 6 : Coordination

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
	2 – Bilan des activités	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné

Commentaires : Ne faisait pas partie de notre entente de gestion 2015-2016

Section 7 : Planification, performance et qualité

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	☐ ~~Réalisé~~ ☐ ~~En cours de réalisation~~ ☐ ~~Pas concerné~~

Section 8 : Technologies de l'information

Priorité	*Livrable attendu*	*État d'avancement*
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
	2 – Plan de soutien	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
8.4 Réhaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☒ Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	3 – Bilan annuel des réalisations en RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	4 – État de santé des projets	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
	2 – Plan d'action pour le regroupement des RI	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation ☐ Pas concerné

Commentaires : Étant donné le changement à venir vers Cristal-Net, nous ne pouvons estimer actuellement l'avancement de ce dossier.

Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention : Mobilisation du personnel

Objectifs de résultats : Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateurs	*Résultats* 2014-2015*	*Engagements 2015-2016*	*Résultats** 2015-2016*
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5.13	5.14	6.91
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,80	5.65	4.12
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,34	0.59	0.53

Commentaires

Nos engagements pour les heures supplémentaires et pour la main d'œuvre indépendante sont atteints.

Pour l'assurance salaire, notre engagement n'est pas atteint. Plusieurs facteurs expliquent cette situation :

- Augmentation du nombre de dossiers d'invalidité
- Départ de notre médecin conseil et difficulté à en trouver un nouveau
- Diminution du nombre d'heures travaillées (fermeture d'une unité en cours d'année) ce qui affecte le ratio à la hausse
- Départ en congé de maternité de la responsable du service de santé

À noter que les informations fournies ci-dessus correspondent aux chiffres que nous avons calculés à l'interne. Les résultats 2014-2015 ne sont pas nécessairement ceux qui faisaient partie de notre reddition de compte de l'an passé.

Établissement : Institut Philippe-Pinel de Montréal

Personne ayant complété la fiche : France Nadeau et Martine Haines | **Date** : 2016-06-08

* Résultats en date du : 31mars 2015
** Résultats en date du : 31 mars 2016

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

L'agrément

En 2014, l'Institut a obtenu un agrément avec mention. Deux suivis importants étaient demandés soit la mise en place d'un plan sur la sécurité des patients et la mise en place d'un plan de gestion intégrée de la qualité. Le premier a été transmis à l'Agrément pendant l'exercice financier 2014-2015. Toutefois, il a été actualisé tout au long des années 2014-2015 et 2015-2016. Il sera d'ailleurs revu prochainement pour maintenir l'exigence. Le second plan demandé a été élaboré pendant l'exercice financier 2015-2016 mais approuvé par la direction et le comité de vigilance et de qualité en 2016-2017 (avril 2016). L'agrément a d'ailleurs approuvé le tout en cours de l'exercice 2016-2017.

De plus, quelques suivis en lien avec la gouvernance de l'établissement et le comité de direction devaient être faits. Ces suivis se résumaient à la révision des procédures du Conseil d'administration, l'amélioration des communications des grandes orientations stratégiques de l'organisation, etc. En plus des assemblées réalisées par la direction des soins infirmiers et des tournées de la direction sur les unités, d'autres actions nous permettent de croire que nous avons amélioré nos processus de gouvernance: augmentation du nombre de comité de vérification annuel, révision des procédures internes du Conseil d'administration, rencontres consultatives sur la planification stratégique du MSSS et de l'établissement, formation des membres du conseil d'administration, ajout d'un comité optionnel en matière de Ressources humaines, etc.

La sécurité des soins et des services

PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

	Patients distincts/Interventions			
	Année de référence			
Mesures planifiées	2013-2014	2014-2015	2015-2016	Variation 2013-2016
MUE	436 P.D.	425 P.D.	359 P.D.	↓ 18% P.D.
Contrôle ambulatoire	99 P.D.	70 P.D.	75 P.D.	↓ 24% P.D.
Chaise fixe	44 P.D.	42 P.D.	51 P.D.	↑ 16% P.D.
Mesure d'urgence appréhendée	226 P.D. / 1396 interventions	222 P.D. / 1128 interventions	171 P.D. / 442 interventions	↓ 25% P.D. ↓ 68% Interventions
	Patients distincts/Interventions			
	Année de référence			
Mesures non-planifiées	2013	2014	2015	Variation 2013-2015
Mesure d'urgence	123 P.D. /370 interventions	160 P.D. / 502 interventions	266 P.D. / 1666 interventions	↑ 216% P.D. ↑450% Interventions
Contentions au lit x 4 membres	132 P.D. / 871 interventions	111 P.D. / 362 interventions	117 P.D. / 493 interventions	↓12.5% P.D. ↓ 43.5% Interventions

Au cours des trois dernières années, nous observons une diminution des mesures de contrôle planifiées (Mesure Ultime Encadrement, contrôle ambulatoire et mesure d'urgence appréhendée) dans l'établissement. Il faut comprendre à l'égard des mesures d'urgence appréhendées, que la réduction de son utilisation découle d'un changement de pratique privilégiant l'utilisation de mesures de remplacement variées. La formation du personnel sur le cadre légal de l'application des mesures de contrôle aura permis une meilleure compréhension et appropriation des bonnes pratiques.

En ce qui concerne les mesures non-planifiées, nous observons une augmentation importante de celle-ci. Ce constat est le reflet d'un changement de pratique au niveau de la gestion du risque de violence. Ce changement est fortement influencé par la recherche de l'intervention la moins contraignante pour la gestion du risque de violence.

LES CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Nous n'avons aucune recommandation faite par le coroner.

MISES SOUS GARDE – ORDONNANCE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT

Ordonnance de garde en établissement	Nombre
Garde préventive	5
Garde provisoire	7
Garde autorisée	27
Garde présentées au tribunal par l'établissement	20
Nombre d'usagers différents visés par une mise sous garde	22

L'examen des plaintes et la promotion des droits

COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le bureau de la Commissaire a connu nombre de chamboulements au cours de l'année 2015-2016. De fait, l'année s'est amorcée par le départ de l'ancien Commissaire en fonction en date du 31 mars 2015. Immédiatement, le conseil d'administration a nommé, de façon intérimaire, Madame Carolyn Stemkowski, à titre de commissaire, à raison de deux journées par semaine afin d'accomplir les fonctions jusqu'à ce qu'un(e) Commissaire soit désigné(e) officiellement. Ainsi, du 1er avril 2015 au 15 février 2016, madame Stemkowski a assuré le traitement des plaintes des usagers avec bienveillance, pour ensuite accueillir la nouvelle commissaire en janvier 2016.

Bilan des activités de la commissaire

Depuis son entrée en fonction, la Commissaire actuelle a participé aux activités internes et externes suivantes :

Activités internes

- Présentation de son rôle et de ses fonctions aux directeurs, coordonnateurs d'unités ainsi qu'aux médecins psychiatres de l'établissement.
- Visite des différentes unités de l'établissement et des autres lieux de vie des usagers.
- Participation à la formation sur l'article 8 du Règlement des patients de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal offerte par la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires.
- Participation à la formation sur les mesures préventives et sécuritaires offerte par la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires.
- Participation, avec le service des communications, à l'élaboration du nouveau dépliant sur le régime d'examen des plaintes et au nouveau formulaire de plainte qui seront prochainement déployés dans l'établissement.
- Membre du comité de vigilance et de la qualité
- Collaboration avec le comité des usagers

Activités externes

- Maîtrise en droit et politiques de la santé a l'Université de Sherbrooke en cours.
- Membre du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec participation aux rencontres
- Participation au Colloque du Barreau du Québec sur la protection des personnes vulnérables.

Dossiers traités pendant l'année

Types de dossiers	**Nombre**
Demandes d'assistance	4
Plaintes	163
Consultations	6
Plaintes médicales	36
Interventions	
TOTAL	209

Délai de traitement

- 53% des dossiers ont été traités hors du délai de 45 jours prévu par la LSSSS. Cette situation est principalement due au fait que la Commissaire par intérim occupait, pendant plus des trois quarts de cette année, ces fonctions à temps réduit et devait, conséquemment, traiter les plaintes en identifiant celles qui étaient prioritaires.

- La Commissaire actuelle s'est donné, parmi ses objectifs à compter de son entrée en fonctions, celui de rétablir le traitement des plaintes dans le délai légal prescrit. Pour ce faire, celle-ci se fait un devoir de s'assurer que toute personne s'adressant à son bureau soit rappelée le plus tôt possible, la plupart du temps dans un délai de 24 heures. Cette façon de faire et le fait que la Commissaire actuelle ait un horaire de fonctions qui comprend une journée de plus par semaine que la Commissaire par intérim portent déjà fruits. De fait, les périodes 11 à 13 démontrent que 91% des dossiers de plaintes reçus ont été traités à l'intérieur du délai de 45 jours et 50 % des dossiers sont traités dans un délai de 15 jours ou moins.

- La Commissaire constate malgré tout que, même dans ces conditions plus optimales, des délais de traitement des plaintes de plus de 45 jours peuvent être observés et sont nécessaires. Ces délais sont reliés à la complexité des situations examinées ou encore à la mise en œuvre de solutions appropriées qui impliquent souvent la collaboration de différents intervenants.

Délai de traitement	Nombre de dossiers de plaintes conclus	Pourcentage
1 jour	8	5%
2 à 15 jours	27	18 %
16 à 30 jours	17	12 %
31 à 45 jours	16	11 %
46 à 60 jours	78	53%

Sommaire des dossiers

Outre les trente-six (36) plaintes médicales, cent-soixante-trois (163) plaintes ont été déposées au bureau de la Commissaire durant l'année, soit une hausse de 22 % par rapport à l'année dernière.

Motifs des plaintes reçues	
Relations interpersonnelles	53
Soins et services dispensés	33
Organisation du milieu et ressources matérielles	48
Accessibilité	14
Aspects financiers	2
Droits particuliers	12
Autres motifs	15
Total	177

Au niveau du motif « relations interpersonnelles », l'abus d'autorité par un intervenant ou un professionnel est principalement ce qui est invoqué par les usagers plaignants. Les commentaires inappropriés au niveau de la communication ou de l'attitude sont des sujets qui sont également récurrents.

Sommaire des niveaux de traitements des motifs de plainte

Sommaire des niveaux de traitement des motifs	Nombre
Traitement non complété : Abandonné par l'usager / Cessé	59
Traitement complété sans mesure identifiée	135
Traitement complété avec mesure identifiée	9

Le délai moyen pour conclure un dossier est de 56 jours.

Sommaire des mesures correctives appliquées

Sommaire des mesures appliquées	Nombre
Encadrement de l'intervenant/Formation/Supervision	7
Amélioration des communications	1
Respect des droits	1

Bien que chaque plainte n'entraîne pas nécessairement la prise de mesures particulières, l'examen de la plupart d'entre elles entraîne une action par la commissaire telle que :

- Clarification
- Conciliation
- Démarche d'amélioration
- Information générale
- Intercession/liaison
- Mesure corrective
- Obtention d'un soin ou d'un service
- Recommandation
- Autre

Au courant de l'année 2015-2016, aucun usager ne s'est prévalu du mécanisme d'appel au Protecteur du citoyen.

Recommandations de la commissaire :

Cette partie du bilan consacrée aux recommandations fait état des mesures recommandées par la Commissaire en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

- Rappel à effectuer auprès du personnel soignant de l'établissement relativement au recours aux mesures d'isolement, lequel doit s'effectuer uniquement dans la mesure prévue par la *Loi* et conformément à l'article 8 du *Règlement concernant les patients de l'IPPM.*

- Documentation au dossier de l'usager des motifs sécuritaires menant à une décision de déposer le cabaret de repas au sol dans la chambre de l'usager (plutôt que de le remettre directement à l'usager ou de le déposer sur le mobilier de sa chambre). Recommandation à l'effet que ces motifs documentés devraient faire ressortir un risque de lésion envers autrui pour que soit justifiée cette façon de procéder, car, à première vue, son caractère quelque peu dégradant brime le droit de l'usager d'être traité dans le respect de sa dignité. Il faut donc qu'un impératif sécuritaire justifie cette pratique.

- Rendre les formulaires de plaintes disponibles en tout temps aux usagers, même lorsque ceux-ci usent de cette procédure de façon récurrente.

- Rendre le port de sandales de douche obligatoire lors des douches des usagers sur une unité où une problématique d'infection de type « pied d'athlète » a cours et offrir aux usagers et au personnel une séance d'enseignement à propos de cette infection et des précautions à prendre.

- Suivi disciplinaire d'employé recommandé pour manque de politesse constaté auprès d'un usager.

- Sensibilisation des employés d'une unité au fait que leurs attitudes (blagues) doivent tenir compte du contexte et qu'ils doivent porter une attention particulière aux effets qu'elles peuvent avoir sur les usagers.

- Rappel aux commis d'unités relativement au contenu des notes personnelles qui peuvent être prises.

- Rappel à effectuer auprès du personnel soignant de l'établissement relativement au recours aux mesures de contrôle qui doit s'effectuer uniquement dans la mesure prévue par la *Loi* et conformément à l'article 8 du *Règlement concernant les patients de l'IPPM*.

- Rappel au personnel de l'établissement relatif au recours aux notes tardives.

MÉDECIN EXAMINATEUR

Au cours de l'année 2015-2016, 33 dossiers de plainte ont été transmis aux médecins examinateurs.

Il convient de mentionner dès le début du bilan un nombre significatif de plaintes retirées ou annulées en début de processus. En effet, 12 des 32 plaintes n'ont pas été traitées au-delà du premier contact avec le plaignant dans le contexte d'un entretien téléphonique ou d'une rencontre. Il m'apparait cependant pertinent de survoler la nature de ces plaintes. La plupart des reproches qui étaient formulés par le patient à l'égard du psychiatre ou du médecin évaluant et traitant les problèmes de santé de nature physique étaient en rapport avec la médication qui avait été cessée malgré le désaccord du patient, ou non represcrite et en lien avec les effets secondaires. Concernant les médicaments qui n'avaient pas été represcrits, citons les anti-inflammatoires, des suppléments vitaminiques ou un opiacé, par exemple.

D'autres dossiers de plaintes annulées étaient en lien avec la demande du patient d'être respecté dans ses croyances, d'être protégé ou aidé dans le contexte d'une relation insatisfaisante avec la personne de référence.

À d'autres occasions, la plainte a été annulée en raison de la prise de conscience par l'usager, lors de notre entretien avec lui, d'une incongruité dans la formulation de la plainte. Certains usagers qui avaient quitté l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ainsi que le Centre de détention de Rivière-des-Prairies ont été rejoints. Seul l'un d'entre eux n'a pu être contacté, même par courrier.

Concernant les 20 dossiers de plaintes qui ont été maintenues, le bilan m'apparait positif en comparaison de celui des 3 années précédentes en raison entre autres de la nature des plaintes et des issues potentielles du traitement de la plainte qui sont toujours celles de la conciliation, de la restauration de la relation de confiance et de collaboration entre l'usager et le médecin et de la protection des droits des patients incluant celui d'obtenir la meilleure qualité des soins requis.

Tout comme les années précédentes, certains usagers sont à la source de plusieurs plaintes au cours de la même année ou d'une année à l'autre. Au cours de l'année 2015-2016, cinq usagers ont fait plus qu'une plainte (trois patients ont fait trois plaintes et deux patients ont fait deux plaintes). D'ailleurs, certains de ces usagers ont annulé l'une ou les deux de leurs plaintes. Une mise en place d'un suivi qui était proposé à certains des usagers qui faisaient des plaintes récurrentes d'une année à l'autre avec les mêmes motifs, a permis de les réassurer ou de répondre à certaines de leurs questions.

Contrairement aux années précédentes, durant l'année 2015-2016, il n'y a eu aucune demande de la part d'un usager afin de changer d'unité ou de psychiatre.

Un dossier de plainte n'impliquait pas un usager en tant que plaignant. De tels dossiers sont toujours litigieux parce qu'ils impliquent différentes personnes en autorité, des cadres et directions qui doivent être parfois consultées. Ainsi, l'analyse exige une vaste enquête, un grand nombre de personnes à rencontrer ce qui peut expliquer un délai du traitement de la plainte dépassant les 45 jours prescrits par la Loi.

Il y a eu trois demandes de révision au cours de l'année 2015-2016, l'une d'entre elles ayant été annulée par le plaignant. Aucune plainte n'a été rejetée parce que frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Une plainte a cependant été jugée non fondée parce qu'exprimée de façon incohérente.

Bien que deux plaintes aient été orientées vers des psychiatres œuvrant à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, l'analyse a démontré que ces plaintes étaient en fait en rapport avec deux expertises produites par deux résidents(es) différents(es) qui faisaient leur stage à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Dans les deux cas, les usagers se plaignaient que des informations mensongères et/ou erronées se soient retrouvées dans l'expertise psychiatrique qui avait été déposée en cour. Les conclusions du médecin examinateur ont été envoyées aux résidents(es) ainsi qu'aux psychiatres qui ont agi en tant que responsables de leur stage. Dans les deux cas, nous avons appuyé le droit de l'usager afin que toute information erronée, si tel était le cas, soit corrigée.

Concernant les autres motifs de plaintes, nous citerons les catégories suivantes :

- Six dossiers de plainte concernaient la qualité de la relation entre l'usager et le psychiatre ou les attitudes de ce dernier;
- Cinq dossiers concernaient le manque de compétence du médecin/psychiatre en raison d'informations erronées incluses dans l'expertise psychiatrique ou en lien avec une mauvaise évaluation telle que perçue par le plaignant;
- Huit dossiers de plainte étaient en lien avec la pharmacothérapie qu'il s'agisse d'une plainte à l'effet d'avoir trop de médicaments prescrits ou à l'effet qu'une médication exigée par le patient n'ait pas été prescrite ou que le médecin n'ait pas considéré le choix de l'usager;
- Six dossiers de plainte dont le motif était lié à des mesures privatives de liberté, qu'il s'agisse de mesures ultimes d'encadrement, de sorties de groupe avec des contentions ambulatoires ou en raison de la diminution ou la suspension de sorties. Était inclut également dans ce type de motif, un désaccord par rapport à une demande de prolongation d'un séjour à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal afin de procéder à une expertise psychiatrique;

- Un dossier dont le motif de plainte par un non usager était en lien avec du harcèlement ou une atteinte à la réputation.

Seuls trois dossiers de plaintes ont mené, au terme de l'analyse, à des recommandations. Deux d'entre elles concernaient tel que mentionné précédemment la nécessité de corriger des informations erronées, si tel était le cas, qui avaient été rapportées dans une expertise psychiatrique. Dans chacun des cas, l'usager avait exprimé la façon dont il voulait que cela soit corrigé, c'est-à-dire par la rédaction d'une note évolutive faisant état des corrections.

Une autre recommandation dans un dossier concernant une plainte par rapport à la médication, était à l'effet de permettre à l'usager de rencontrer la pharmacienne clinicienne œuvrant à l'unité afin qu'il puisse faire état de ses inquiétudes et qu'elle lui fournisse, d'une façon objective et impartiale, son opinion. Certes, une telle recommandation a été faite en concertation avec le psychiatre traitant et la pharmacienne clinicienne. L'usager m'a par la suite confirmé dans un autre temps que la rencontre avait eu lieu. Parfois, les recommandations ont été formulées à l'égard de l'usager et non du médecin auquel s'adressait la plainte. Ceci afin de redonner le pouvoir à l'usager, lorsqu'approprié, de reprendre le contrôle de certaines de ses attitudes ou de comportements qui l'amènent à des situations d'échec dans une perspective de réadaptation psychosociale.

LES RESSOURCES HUMAINES

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
Institut Philippe-Pinel de Montréal	1279-7577	735-00 /

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 2016 - NON AUDITÉE

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
Personnel cadre (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 1)	1	44	53	(9)
Temps partiel (Note 1):				
- Nombre de personnes	2	8	7	1
- Équivalents temps complet (note 4)	3	2,23	1,63	0,60
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	4	6		6
Personnel régulier (en date du 31 mars):				
Temps complet, nombre de personnes (Note 2)	5	345	354	(9)
Temps partiel (Note 2):				
- Nombre de personnes	6	175	184	(9)
- Équivalents temps complet (note 4)	7	92,96	104,75	(11,79)
Personnels bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	8	1		1
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)				
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	9	378 853	377 269	1 584
Équivalents temps complet (Notes 3 et 4)	10	207,36	206,50	0,86

Note 1: excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2: excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

Note 3: les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile)

Note 4: pour les lignes L.03, L.07 et L.10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

12797577 - Institut Philippe-Pinel de Montréal		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04			2015-04-05 au 2016-04-02	
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	**Valeurs observées**	**Heures travaillées**	**Heures supplém.**	**Total heures rémunérées**	**Nbre ETC**	**Nbre individus**
12797577 - Institut Philippe-Pinel de Montréal	2014-15	104 715	1 251	105 966	58	73
	2015-16	103 508	92	103 600	57	69
1 - Personnel d'encadrement	Variation	(1.2 %)	(92.6 %)	(2.2 %)	(1.1 %)	(5.5 %)
	2014-15	101 876	21	101 896	56	78
2 - Personnel professionnel	2015-16	98 430	10	98 439	54	75
	Variation	(3.4 %)	(52.4 %)	(3.4 %)	(3.0 %)	(3.8 %)
	2014-15	156 958	10 608	167 566	78	122
3 - Personnel infirmier	2015-16	173 444	7 280	180 724	86	121
	Variation	10.5 %	(31.4 %)	7.9 %	10.7 %	(0.8 %)
	2014-15	528 603	18 969	547 572	277	422
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2015-16	513 188	20 187	533 375	269	400
	Variation	(2.9 %)	6.4 %	(2.6 %)	(2.9 %)	(5.2 %)
	2014-15	372 603	21 142	393 745	187	239
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2015-16	361 648	13 547	375 195	181	233
	Variation	(2.9 %)	(35.9 %)	(4.7 %)	(3.0 %)	(2.5 %)
	2014-15					
6 - Étudiants et stagiaires	2015-16					
	Variation					
Total du personnel pour 12797577 - Institut Philippe-Pinel de Montréal	**2014-15**	**1 264 754**	**51 991**	**1 316 745**	**655**	**914**
	2015-16	**1 250 218**	**41 116**	**1 291 334**	**648**	**881**
	Variation	**(1.1 %)**	**(20.9 %)**	**(1.9 %)**	**(1.2 %)**	**(3.6 %)**

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

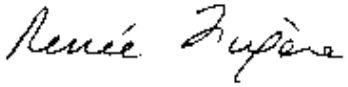
RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal 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 de l'Institut Philippe-Pinel 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. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. 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 Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Renée Fugère
Présidente directrice générale

Yann Belzile
Directeur général adjoint

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
La Tour Deloitte
1190, avenue des
Canadiens-de-Montréal
Bureau 500
Montréal QC H3B 0M7
Canada

Tél. : 514-393-7115
Téléc. : 514-390-4111
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration
de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

Les états financiers résumés ci-joints de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (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 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 8 juin 2016. 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 de l'Institut Philippe-Pinel 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 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 de l'Institut de Philippe-Pinel de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des 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 indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la 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.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comporte un paragraphe d'autre point indiquant que les états financiers de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion non modifiée en date du 10 juin 2015.

Deloitte S.E.N.C.R.L. / s.r.l.[1]

Le 12 septembre 2016

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique nº A110078

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT 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 MSSS (FI:P408)	1	48 124 748	51 421 933	1 550 125	52 972 058	49 596 966
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					92 854
Contributions des usagers	3	3 486 374	4 056 152	XXXX	4 056 152	3 784 670
Ventes de services et recouvrements	4	538 078	592 101	XXXX	592 101	539 821
Donations (FI:P294)	5		36 818		36 818	277 688
Revenus de placement (FI:P302)	6					
Revenus de type commercial	7	360 000	345 495		345 495	112 528
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	884 868	760 492	34 256	794 748	1 122 425
TOTAL (L.01 à L.11)	12	53 394 068	57 212 991	1 584 381	58 797 372	55 526 952
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	48 904 192	49 787 091	XXXX	49 787 091	48 216 181
Médicaments	14	773 000	668 673	XXXX	668 673	726 840
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	58 350	77 783	XXXX	77 783	79 123
Denrées alimentaires	17	1 167 000	1 100 117	XXXX	1 100 117	1 066 256
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18			XXXX		
Frais financiers (FI:P325)	19	721 914	180 907	415 997	596 904	640 818
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	901 811	896 782	9 525	906 307	733 170
Créances douteuses	21		175 384	XXXX	175 384	187 450
Loyers	22	200 000	184 027	XXXX	184 027	185 428
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 223 000	XXXX	1 158 859	1 158 859	1 184 979
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
Dépenses de transfert	25			XXXX		
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	4 785 791	4 465 029		4 465 029	5 012 838
TOTAL (L.13 à L.27)	28	58 735 058	57 535 793	1 584 381	59 120 174	58 033 083
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(5 340 990)	(322 802)	0	(322 802)	(2 506 131)

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

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	46 434 090	51 421 933		51 421 933	48 051 189
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					92 854
Contributions des usagers (P301)	3	3 486 374	4 056 152	XXXX	4 056 152	3 784 670
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	538 078	592 101	XXXX	592 101	539 821
Donations (C2:P290/C3:P291)	5			36 818	36 818	277 688
Revenus de placement (P302)	6					
Revenus de type commercial (P351)	7	360 000	XXXX	345 495	345 495	112 528
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	850 612	39 471	721 021	760 492	1 085 876
TOTAL (L.01 à L.11)	12	51 669 154	56 109 657	1 103 334	57 212 991	53 944 626
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	48 904 192	49 074 830	712 261	49 787 091	48 216 181
Médicaments (P750)	14	773 000	668 673	XXXX	668 673	726 840
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	58 350	77 783	XXXX	77 783	79 123
Denrées alimentaires	17	1 167 000	1 100 117	XXXX	1 100 117	1 066 256
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18			XXXX		
Frais financiers (P325)	19	270 000	180 907	XXXX	180 907	258 952
Entretien et réparations (P325)	20	851 811	896 782		896 782	717 689
Créances douteuses (C2:P301)	21		175 384		175 384	187 450
Loyers	22	200 000	184 027		184 027	185 428
Dépenses de transfert (P325)	23					
Autres charges (P325)	24	4 785 791	4 171 265	293 764	4 465 029	5 012 838
TOTAL (L.13 à L.24)	25	57 010 144	56 529 768	1 006 025	57 535 793	56 450 757
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(5 340 990)	(420 111)	97 309	(322 802)	(2 506 131)

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(12 915 747)		(12 915 747)	(10 409 616)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(12 915 747)		(12 915 747)	(10 409 616)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(322 802)		(322 802)	(2 506 131)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
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					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(13 238 549)		(13 238 549)	(12 915 747)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	49 720	49 720	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(13 288 269)	(12 965 467)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(13 238 549)	(12 915 747)	

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

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	847 800	(135 769)	712 031	334 781
Placements temporaires	2				
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	10 827 784	173 998	11 001 782	7 842 784
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	1 015 053	43 386	1 058 439	1 281 435
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(94 267)	94 267	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	5 062 885	2 429 391	7 492 276	7 069 782
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	98 797	98 797	46 717
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	482 435		482 435	361 490
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	18 141 690	2 704 070	20 845 760	16 936 989
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	18 700 000	2 056 920	20 756 920	23 566 968
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	6 608 026	78 409	6 686 435	5 371 138
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			1 734 128
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	12 901	174 126	187 027	102 883
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	196 893	165 258	362 151	410 193
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	18 230 252	18 230 252	9 778 772
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	6 144 250	XXXX	6 144 250	5 958 735
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	89 923		89 923	
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	31 751 993	20 704 965	52 456 958	46 922 817
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(13 610 303)	(18 000 895)	(31 611 198)	(29 985 828)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	18 000 895	18 000 895	16 700 538
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	206 164	XXXX	206 164	198 488
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	165 590		165 590	171 055
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	371 754	18 000 895	18 372 649	17 070 081
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(13 238 549)	0	(13 238 549)	(12 915 747)

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

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

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	(29 985 828)	(13 285 290)	(16 700 538)	(29 985 828)	(26 625 080)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(29 985 828)	(13 285 290)	(16 700 538)	(29 985 828)	(26 625 080)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(5 340 990)	(322 802)		(322 802)	(2 506 131)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(2 459 216)	(2 459 216)	(2 176 347)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	1 158 859	1 158 859	1 184 979
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		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		XXXX	(1 300 357)	(1 300 357)	(991 368)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(7 676)	XXXX	(7 676)	10 988
Acquisition de frais payés d'avance	16		5 465		5 465	125 763
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18					
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(2 211)		(2 211)	136 751
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(5 340 990)	(325 013)	(1 300 357)	(1 625 370)	(3 360 748)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(35 326 818)	(13 610 303)	(18 000 895)	(31 611 198)	(29 985 828)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(322 802)	(2 506 131)	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(2 211)	136 751	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4			
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(34 256)	(33 422)	
Amortissement des immobilisations	8	1 158 859	1 184 979	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	(52 080)	4 225	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(426 678)	(154 750)	
Autres (préciser P297)	13			
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	643 634	1 137 783	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(2 982 237)	4 582 650	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	(2 661 405)	3 214 302	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(2 602 777)	(1 954 377)	
Produits de disposition d'immobilisations	18			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(2 602 777)	(1 954 377)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20			
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24			

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	9 097 480	(3 760 517)	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(646 000)	(847 485)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	2 500 000	(1 800 000)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	3 931 544	5 615 539	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(9 241 592)	(103 952)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	5 641 432	(896 415)	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	377 250	363 510	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	334 781	(28 729)	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	712 031	334 781	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	712 031	334 781	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
TOTAL (L.13 + L.14)	15	712 031	334 781	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	(3 158 998)	4 090 569	
Autres débiteurs	2	222 996	(104 202)	
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	4 184	44 046	
Frais reportés liés aux dettes	4			
Autres éléments d'actifs	5	(120 945)	(260 694)	
Créditeurs - MSSS	6			
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	1 315 297	390 843	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(1 734 128)	969 481	
Intérêts courus à payer	9	84 144	(32 117)	
Revenus reportés	10	(13 786)	(368 143)	
Passif au titre des sites contaminés	11			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	185 515	88 809	
Autres éléments de passifs	13	233 484	(235 942)	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(2 982 237)	4 582 650	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	78 409	221 970	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17			
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	18	5 002	8 746	
Intérêts encaissés (revenus)	19	5 002	7 998	
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	596 904	640 818	
Intérêts déboursés (dépenses)	21	512 760	672 935	

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1 - Constitution et mission

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal ("l'Institut" ou "l'établissement") est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

L'Institut est un hôpital psychiatrique, suprarégional, universitaire, spécialisé en psychiatrie légale et dans l'évaluation, le traitement et la gestion des patients présentant un risque de comportements violents. Les soins et les services dispensés sont de niveau tertiaire et de courte durée. L'Institut est affilié à l'Université de Montréal et collabore avec des institutions d'enseignement et d'autres universités canadiennes et internationales.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal remplit la mission suivante :

Évaluer l'état mental et les risques de violence d'une personne et prodiguer les traitements adaptés;

Enseigner à des résidents en psychiatrie et à des étudiants de divers domaines de la santé ainsi qu'offrir de la formation continue à des professionnels de la santé mentale;

Faire de la recherche sur des aspects biologiques, sociologiques et psychologiques reliés aux phénomènes de la violence et de la dangerosité, de même que sur l'efficacité des programmes de traitement;

Prévenir la violence, en collaboration avec la Fondation Pinel, par l'application de programmes spécifiques et par le partage de son expertise avec ses partenaires.

Le siège social de l'Institut est situé à Montréal.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Note 2 - Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les ajustements rétrospectifs de la CSST.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi il comptabilise, les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou à un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts, (RLRQ chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes

soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges

Les charges sont comptabilisées dans l'exercice financier au cours duquel les biens sont consommés ou les services sont rendus. Elles comprennent donc notamment l'amortissement annuel du coût des immobilisations.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatés dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations–rétention hors-cadre.

Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas

disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9.6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par années, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5 %	0 %
Inflation	1,2 %	1.3%
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Solde à la fin	Montants versés	Solde à la fin
Provision pour vacances	5 234 984	138 499	5 373 483		5 234 984
Assurance salaire	504 183	100 021	604 204		504 183
Provision pour maladie	160 714	(9 963)	150 751		160 714
Droits parentaux	58 854	(43 042)	15 812	4 184	58 854
Allocation rétention hors-cadre	--	--	--		--
Total	5 958 735	185 515	6 144 250	4 184	5 958 735

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC), au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS), ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	**Durée**
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Matériel et équipement :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût et de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2016 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du MSSS, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services reliés aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Note 3 – Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale. Il présente un déficit de 322 802 $ représentant 0,56 % des charges totales d'exploitation.

Note 4 - Affectations

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289 du AS-471.

Note 5 - Présentation des données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) des pages 200 et 206 respectivement, relativement aux fonds d'exploitation et d'immobilisations sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation et au fonds d'immobilisations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 juin 2015. Il n'y a pas de modification importante au budget initial adopté pour le fonds d'exploitation.

Note 6 - Emprunt bancaire

L'établissement détient deux autorisations d'emprunt. La première au montant de 1 700 000 $ échéant le 29 septembre 2016 et la deuxième au montant de 19 500 000 $ échéant le 30 septembre 2016. Les taux d'intérêt ne doivent pas dépasser le taux des acceptations bancaires canadiennes apparaissant à la page CDOR du système Reuters à la date de l'emprunt +0,30% (AB + 0,30%). La première autorisation permet également d'emprunter

au taux préférentiel pour une ou plusieurs périodes ne pouvant toutefois excéder cinq jours ouvrables consécutifs chacune.

Ces autorisations doivent être utilisées en tout ou en partie selon l'évolution des besoins de liquidités de l'établissement.

Note 7 - Dettes à long terme

Billets à terme		Exercice courant	Exercice précédent
B-8	Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, au taux effectif de 5.09%, d'une valeur nominale de 3 070 139$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 122 806$, échéant en 2034.	2 456 110	2 578 916
B-9	Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, au taux effectif de 2.846%, d'une valeur nominale de 1 501 176$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 60 047$, échéant en 2016.	1 200 941	1 260 988
B-10	Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2011, au taux effectif de 2.472%, d'une valeur nominale de 576 803$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 23 073$, échéant en 2017.	484 514	507 587
B-11	Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2012, au taux effectif de 2.1298%, d'une valeur nominale de 2 456 874$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 110 553$, échéant en 2018.	2 125 213	2 235 766
B-12	Billet à terme contracté auprès du Fonds de financements en 2014, au taux effectif de 2.0775%, d'une valeur nominale de 2 975 240$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 119 010$, échéant en 2018.	2 737 220	2 856 230
B-13	Billet à terme contracté auprès du Fonds de financements en 2015, au taux effectif de 2.266%, d'une valeur nominale de 9 097 480 $, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 414 964$, échéant en 2025	9 097 480	--
Projets autofinancés non subventionnés:			
	Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2011, au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.30%, d'une valeur nominale de 1 181 328$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 210 511$, échéant en 2016.	128 774	339 285
		18 230 252	9 778 772

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2016-2017	979 227
2017-2018	850 453
2018-2019	850 453
2019-2020	850 453
2020-2021	850 453
2021-2022 et subséquents	13 849 213
Total	18 230 252

Note 8 - Opérations avec des parties apparentées

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 9 - Information complémentaire aux risques financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques relativement à ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques, qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2016 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, les débiteurs MSSS, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada, du gouvernement du Québec, de la Fondation Pinel et du syndicat local.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun et fait parvenir des états de compte aux retardataires. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 70 % du montant total recouvrable.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	1 040 442	1 240 236
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	7 994	11 235
De 30 à 59 jours	38 072	22 470
De 60 à 89 jours	25 603	22 470
De 90 jours et plus	327 646	412 194
Sous-total	399 315	468 369
Provision pour créances douteuses	(381 318)	(427 170)
Sous-total	17 997	41 199
Total des autres débiteurs	1 058 439	1 281 435

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	427 170	453 368
Ajustement comptabilisé aux résultats	(44 852)	16 281
Montants recouvrés	(1 000)	(42 479)
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	381 318	427 170

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	6 686 435	5 371 138

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance des enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	20 756 920	23 566 968
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	--	1 734 128
Dettes à long terme	18 230 252	9 778 772
Total	38 987 172	35 079 868

Du montant des emprunts temporaires totalisant 20 756 920 $, un montant de 2 056 920 $ porte intérêts à taux variables, lesquels sont pris en charge par le MSSS.

Le solde des emprunts temporaires au montant de 18 700 000 $ porte intérêts au taux des acceptations bancaires + 0,30 % et est à la charge de l'établissement.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Note 10 - Obligations contractuelles

Les obligations contractuelles sont présentées à la page 635.

Note 11 – Autres éléments d'actifs

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00.

Note 12 – Autres créditeurs

La nature des autres créditeurs est précisée aux pages 361 et 401-00.

Précision no 3 aux É/F - partie 2-Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2016 - AUDITÉE

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:								
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:								
Activités scientifiques	2							
Perfectionnement	3							
Activités d'enseignement	4	4 522				4 522	0	
Qualité de vie des employés	5	15 310		21 471	22 806	13 975	1 335	
CIFAS	6	39 693			14 012	25 681	14 012	
...	7							
...	8							
...	9							
...	10							
...	11							
...	12							
...	13							
...	14							
...	15							
...	16							
...	17							
...	18							
...	19							
...	20							
...	21							
...	22							
...	23							
...	24							
Autres (préciser)	25							
TOTAL (L.01 à L.25)	26	59 525		21 471	36 818	44 178	15 347	
DOTATIONS								
Capital	27							
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:								
...	29							
...	30							
...	31							
...	32							
...	33							
Autres (préciser)	34							
TOTAL (L.27 à L.34)	35							
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	59 525		21 471	36 818	44 178	15 347	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:								
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37							
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38	59 525		11 472	36 818	34 179	25 346	
Fonds Immobilisations (P294)	39			9 999		9 999	(9 999)	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	59 525		21 471	36 818	44 178	15 347	

Tableau des charges encourues pour chaque programme-services

PROGRAMME	MONTANT DES CHARGES
SANTÉ MENTALE	38 475 755 $
SANTÉ PHYSIQUE	278 644 $
ADMINISTRATION	5 752 653 $
SOUTIEN AUX SERVICES	5 209 442 $
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS	6 813 274 $
TOTAL	56 529 768 $

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril et le 31 mars.

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique	-	-
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique	374 453,86 $	8
Total des contrats de services	374 453,86 $	8

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

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

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2016**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
La direction devrait s'assurer que le coût et l'amortissement cumulé relatifs aux immobilisations qui ne sont plus utilisées ou en possession de l'établissement en raison de leur perte ou de leur abandon soient éliminés.	2014-2015	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			NR
L'établissement a présenté des revenus reportés apparentés à Hydro-Québec (28 552$) à la page294-00 L14 ou L17 alors que les revenus reportés en provenance d'entreprises du gouvernement doivent être présentés à la ligne 16. Un reclassement par le biais de la colonne 2 de la page 294-00 sera requis au AS471 2015-2016	2014-2015	O	La correction à été faite en 2015-2016			R
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'institut devrait s'assurer de bien consigner individuellement chacune des interventions dans le dossier des usagers	2015-2016	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						

Rapport à la gouvernance						
La direction devrait documenter une procédure de gestion des changements couvrant notamment les applications GRF, GRM et Virtuo.	2015-2016	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
La direction devrait mettre en place un processus de révision périodique des accès à la salle de serveurs.	2015-2016	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
La direction devrait s'assurer que toute demande d'accès soit documentée afin de pouvoir faire un suivi des approbations et modifications d'accès aux applications et au réseau.	2015-2016	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du conseil d'administration

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions
Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

Comité d'examen ad hoc : comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

Conseil : conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

Conflit d'intérêts : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

Conjoint : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

Entreprise : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

Famille immédiate : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

Faute grave **:** Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

*Intérê*t : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

LMRSS : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

LSSSS **:** *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Membre : membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.

Personne indépendante **:** Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

Renseignements confidentiels **:** Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

5. Disposition finale

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

6. Diffusion

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assure la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

8.1 Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement.*
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habilités et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- 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 à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

8.9 Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

8.10 Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou , sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi, il est proposé de mettre en place un « comité d'examen *ad hoc* » afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

18. Comité d'examen *ad hoc*

18.1 Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

18.2 Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

18.3 Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

18.4 La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

18.5 Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

19. Processus disciplinaire

19.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

19.2 Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

19.5 Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

19.7 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

19.9 Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

19.10 Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.11 Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

19.12 Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

19.13 Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.