



Institut national
de psychiatrie légale
Philippe-Pinel

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

Rapport annuel de gestion

2018-2019

Table des matières

1. Message des autorités	1
2. Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents	2
3. Présentation de l'établissement et faits saillants	3
Mission	3
Valeurs	3
Caractéristiques de la population.....	4
Principales données de santé – Statistiques comparatives des mouvements hospitaliers	4
À L'INTERNE.....	4
À L'EXTERNE	5
Services offerts à l'interne	6
Admission, réadmission et expertise.....	6
Évaluation et traitement pour adolescents	6
Expertise.....	6
Réadaptation	6
Soins psychiatriques pour femmes ayant une sentence fédérale.....	6
Traitement	6
Troubles sévères et persistants	7
Services offerts en externe	7
Clinique Réseau jeunesse	7
Programme pour adolescents auteurs de transgressions sexuelles.....	7
Programme d'évaluation et de traitement pour adultes présentant une déviance sexuelle.....	7
Clinique d'évaluation du risque de violence	7
Programme réseau	8
Urgence psychosociale (UPS)	8
Programme transition-réadaptation.....	8
Organigramme	9
Membre de la direction	9
Conseil d'administration	10
Comités et conseils	10
Comité des usagers.....	10
Conseil des infirmières et infirmiers	11
Conseil multidisciplinaire.....	12

Comité de gestion des risques.....	13
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	15
Comité de gouvernance et d'éthique.....	15
Comité de vigilance et de la qualité.....	16
Comité d'éthique de la recherche	19
Comité d'éthique hospitalière.....	22
Comité scientifique	22
Comité des ressources humaines.....	23
Comité de vérification	24
Faits saillants.....	25
Direction générale adjointe – Bilan des réalisations.....	25
Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires – Bilan des réalisations.....	28
Direction des services professionnels – Bilan des réalisations.....	31
Direction de la recherche et de l'enseignement – Bilan des réalisations.....	36
Direction des services techniques – Bilan des réalisations	46
4. Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	47
5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	51
Agrément.....	56
Sécurité et qualité des soins et des services	57
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers.....	57
Correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner	57
Personnes mises sous garde.....	58
Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.....	59
6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	61
7. Ressources humaines	62
Gestion et contrôle des effectifs.....	62
Présentation des données pour le suivi de la <i>Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs</i>	63
8. Ressources financières	64
9. État du suivi des réserves, commentaires et observations	66
10. Divulgence d'actes répréhensibles	68
Annexe.....	70

1. Message des autorités

Notre présidente-directrice générale, supportée par le président de notre conseil d'administration, est très fière de vous présenter le rapport annuel 2018-2019 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. Ce bilan fait état des grandes réalisations et des innombrables efforts déployés au cours de l'année.

Un établissement en transformation

Pour l'année 2018-2019, il y eut mise en œuvre du plan clinique et académique pour ainsi assurer la pérennisation de l'établissement. Au travers de ces travaux, nous mentionnons notamment le changement de nom : nous sommes désormais l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, abrégé en INPL Philippe-Pinel ou l'Institut.

Devenir un partenaire de choix

Au cours de l'année, nous avons poursuivi nos démarches dans le but d'obtenir la reconnaissance nationale de notre expertise en psychiatrie légale. Nous avons continué notre travail et poursuivi les efforts de développement de nouvelles ententes de services avec différents partenaires.

Une autre cote élevée pour l'établissement et la PDG

Pour l'année 2018-2019, par sa présidente-directrice générale et son personnel, l'Institut a une fois de plus satisfait et même dépassé les attentes signifiées, encore plus que l'an dernier. Une autre année de dur labeur vient de passer et ces efforts collectifs ont porté leurs fruits.

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.



André Brunelle
Président du conseil d'administration



Renée Fugère
Présidente-directrice générale

2. Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2018-2019 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel :

- 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.

Nous déclarons 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 2019.

Original signé par

A handwritten signature in cursive script, reading "Renée Fugère", is written over a horizontal line.

Renée Fugère
Présidente-directrice générale

3. Présentation de l'établissement et faits saillants

Mission

L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services de 3^e ligne en psychiatrie légale, et ce, pour l'ensemble de la province du Québec. 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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel est un établissement provincial mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui offre un environnement et des services de santé spécialisés à des patients qui présentent un risque élevé de comportements violents. Les partenaires de l'établissement sont, outre les divers établissements du Réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Justice, et le service correctionnel canadien, 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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, établissement de 3^e ligne surspécialisé, reçoit des patients de partout au Québec :

- le réseau de la santé, les hôpitaux psychiatriques et généraux ;
- les centres de réadaptation ;
- la Cour supérieure, la Cour du Québec, les cours municipales, les centres de détention, les pénitenciers, les centres jeunesse ;
- les maisons de transition, les 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 – Statistiques comparatives des mouvements hospitaliers

À L'INTERNE

Nombre d'admissions	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Traitement	128	152	111
Évaluation	492	533	551
Total	620	685	662

Nombre de congés définitifs	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Traitement	159	193	145

Évaluation	462	492	517
Total	621	685	662

Pourcentage d'occupation des lits	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Pourcentage	97,8 %	87,8 %	90,2 %

Durée du séjour moyen en jours	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Traitement	547,7	504,8	427,4
Évaluation	39,9	32	32,9

Nombre d'expertises	2016-2017	2017-2018	2018-2019
IPPM	585	630	737
Centre de détention	228	263	307
En externe (CPLM et posture)	422	441	396
Total	1112	1235	1440

Délit principal à l'admission	Traitement			Évaluation		
	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Aucun délit	42	28	20	8	1	0
Contre la personne	74	96	77	348	380	380
Contre la propriété	8	17	6	67	57	77
Sexuel	2	5	6	43	40	66
Drogues	0	1	1	5	12	4
Autres délits	2	5	1	21	43	24

À L'EXTERNE

	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Ouvertures de dossiers	613	632	590
Fermetures de dossiers	550	847	607
Nombre de dossiers actifs en moyenne	858	746	596
Nombre de patients distincts	1440	1489	1214

Nombre d'expertises et d'évaluations psychiatriques	2016-2017	2017-2018	2018-2019
	641	674	644

Nombre d'ouvertures de dossiers selon la provenance	2016-2017	2017-2018	2018-2019
INPL Philippe-Pinel	12	21	13
Réseau MSSS	258	233	228
Cour	255	309	251

Clinique médicale	31	27	43
-------------------	----	----	----

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 serait 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 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 médico-légale afin de déterminer, selon le cas, l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle et présente-tielle et la dangerosité. Dans ce programme, l'accent est mis 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, à la suite d'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 national de psychiatrie légale Philippe-Pinel 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'INPL Philippe-Pinel. 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 fantasmagie 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 fantasmagie 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 passage à l'acte répété.

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'ententes de services temporaires ainsi qu'à la clientèle externe de l'INPL Philippe-Pinel.

Urgence psychosociale (UPS)

Les criminologues, mandatés par l'INPL Philippe-Pinel, 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 l'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'INPL Philippe-Pinel. 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.

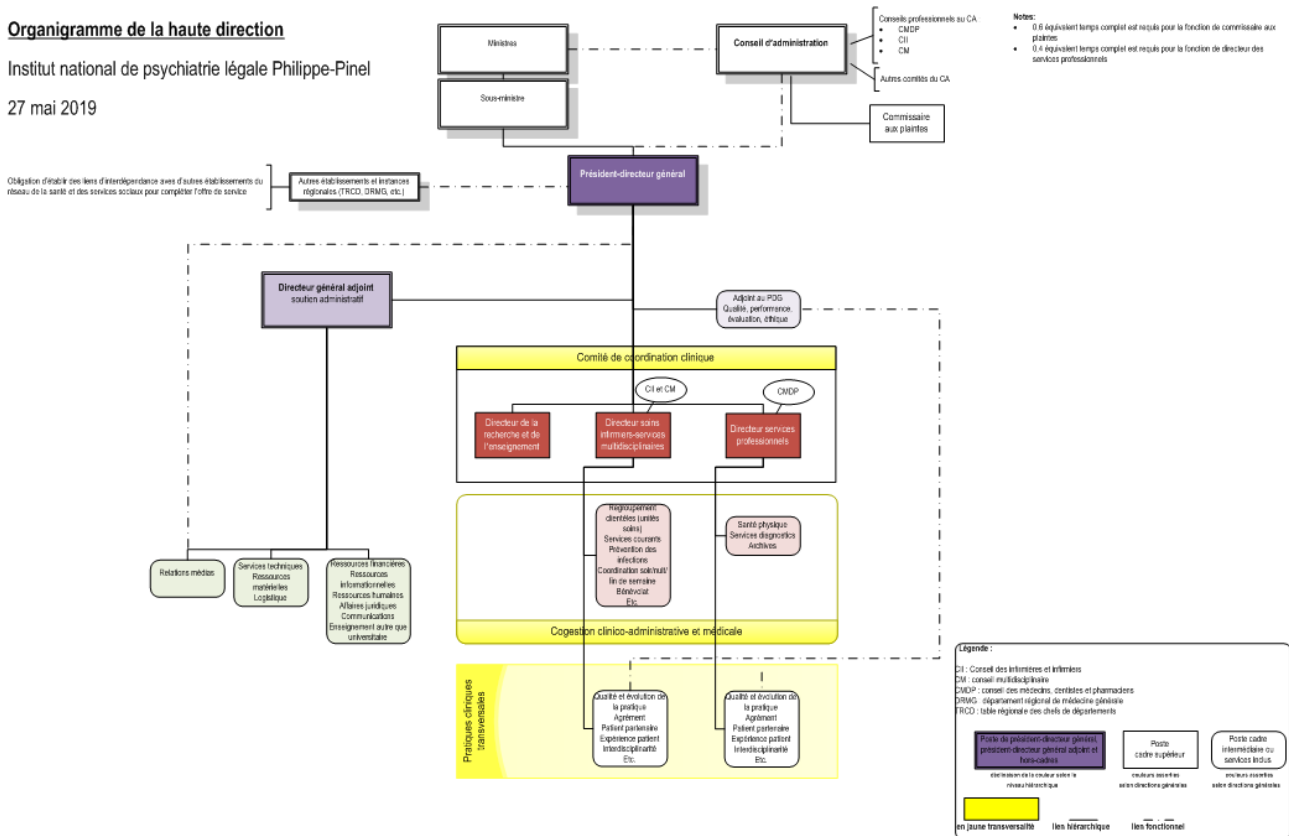
Organigramme

Organigramme de la haute direction

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

27 mai 2019

Cléjation d'indépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de service



Membre de la direction

Liste des membres du Comité de direction :

- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale
- BELZILE, Yann – Directeur général adjoint
- BÉDARD-CHARETTE, Kim – Directrice des services professionnels et des affaires médico-légales
- CÔTÉ, Annie – Directrice des services techniques
- CROCKER, Anne – Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
- TURCOTTE, Jean-Sébastien – Directeur des soins infirmiers et des services multidisciplinaires

Conseil d'administration

Liste des membres du Conseil d'administration :

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

-
- ASSELIN, Christiane – Membre indépendant
 - BOUCHER, Antoine – Membre indépendant
 - DASSYLVA, Benoît – CMDP
 - DUCHAINE, Julie – CRSP
 - GENDRON, Jacques – Membre indépendant
 - HÉROUX, Lise – Conseil multidisciplinaire
 - LAJOIE, Marcelle – Membre indépendant
 - LARUE, Caroline – Université affiliée
 - LECLAIR, Grégoire – Université affiliée
 - LUSSIER, Véronique – Membre indépendant
 - MANSOUR, Dr Michael – DRMG
 - RÉGNIER, Serge – Membre indépendant
 - SO, Samsith – CII
 - TOURIGNY, Michèle – Membre indépendant
 - « Absence de désignation » – Comité des usagers
 - « Absence de désignation » – Membre indépendant

Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration :

Au cours de l'année 2018-2019, il n'y a eu aucun manquement constaté par les instances disciplinaires en lien avec le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration. Il n'y a eu aucun cas traité, aucun manquement constaté, donc, aucune sanction imposée.

Vous trouverez en annexe le code d'éthique et de déontologie.

Comités et conseils

Voici la liste des comités et des conseils de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel ainsi que leurs membres et leurs fonctions.

Comité des usagers

Le Comité des usagers (CU) met en place des mécanismes pour être plus près des préoccupations des patients et favorise un lien direct avec eux. Sa principale réalisation de l'année a visé la promotion des droits des patients. Sa seconde préoccupation a été de s'assurer que les patients puissent bénéficier de sorties tous les jours.

Liste des membres du comité des usagers :

Les dirigeants du CU :

- LEMAY, Fabien – Président et représentant de la postcure

Les permanents du Comité des usagers :

- Représentant de l'unité A-1 : Yannick
- Représentant de l'unité A-2 : Steve
- Représentant de l'unité B-1 : Alexandre
- Représentant de l'unité B-2 : [vacant]
- Représentant de l'unité D-1 : Frédéric
- Représentant de l'unité D-2 : Marc-Édouard
- Représentant de l'unité E-1 : Patrick
- Représentant de l'unité E-2 : François
- Représentant de l'unité F-1 : [vacant]
- Représentant de l'unité F-2 : Kaven
- Représentant de la Postcure : Fabien

Le comité des usagers est composé de onze (11) membres élus provenant des différentes unités internes et d'un usager des Services externes. Les usagers hospitalisés dans les unités du programme Admission-Réadmission-Expertise ne siègent pas au CU, en raison de leur bref séjour à ces unités de soins aigus. Cependant, les membres du comité des usagers s'assurent de leur représentativité.

Plusieurs membres du CU ont entrepris ou poursuivi leur processus de réinsertion sociale. En conséquence, certains d'entre eux ont quitté le comité et ont été remplacés par d'autres patients, en cours de mandat.

Les membres du comité ont tenu 17 réunions au cours de l'année 2018-2019.

Conseil des infirmières et infirmiers

Le mandat du CII est de formuler des recommandations au Conseil d'administration sur les trois domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel :

- L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés à l'Institut.
- Les règles des soins infirmiers applicables aux infirmières.
- La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

Le CII peut également formuler des avis à la présidente directrice générale sur :

- L'organisation scientifique et technique de l'Institut.
- L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

Liste des membres du conseil des infirmières et infirmiers (CII) :

- CORIÉLUS, Bernary Guilliam – Président
- OUELLET-DUBÉ, Dominic – Vice-président
- BONNEAU, Christiana – Secrétaire
- TOUSSAINT, Cheryl-Ashcar – Trésorière

Les personnes invitées aux réunions :

- GUIMOND, Valérie
- HURTUBISE, Josée
- PLANTE, Lorraine
- TURCOTTE, Jean-Sébastien
- SEYER-FORGET, Charlène

Les membres du CII ont tenu 4 réunions au cours de l'année 2018-2019.

Conseil multidisciplinaire

Le Conseil multidisciplinaire (CM) a plusieurs mandats, notamment :

- Constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle ;
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement.

Liste des membres du conseil multidisciplinaire :

- KAHLAOUI, Karima – Présidente et responsable des communications
- Vacant – Vice-président(e)
- FORTE, Lydia – Secrétaire
- HÉROUX, Lise – Trésorière
- COMTOIS, Alexandre – Membre de l'exécutif
- PELLETIER, Martin – Membre de l'exécutif
- PIERRE, Gérald – Membre de l'exécutif
- POIRIER, Nathalie – Membre de l'exécutif
- FUGÈRE, Renée – Membre d'office
- TURCOTTE, Jean-Sébastien – Membre d'office

Les membres du Conseil multidisciplinaire ont tenu 9 réunions au cours de l'année 2018-2019. De plus, deux rencontres extraordinaires ont eu lieu le 31 mai 2018 (planification clinique 2018) et le 30 avril 2019 (élections du CECM).

Comité de gestion des risques

Le comité de gestion des risques (CGR) a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à identifier, analyser et contrôler les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, des employés, des visiteurs et des divers actifs de l'Institut.

Liste des membres du comité de gestion des risques :

- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale – Présidente du comité et représentante du CA
- BEAUCHAMP, Valérie – Représentante de la DSP
- BORDELEAU, Kevin – Représentant du CII
- BRAULT, Jocelyne – Représentante intérimaire du Département de psychiatrie
- CÔTÉ, Martine – Représentante des Services externes
- FORTIN, Robert – Représentant du Service de la sécurité
- GAGNON, Étienne – Adjoint à la DSI-SM – Gestionnaire de risques
- GRÉGOIRE, Jacques – Représentant du CM
- MALOIN, Julie – Représentante du Service des ressources humaines
- PLANTE, Lorraine – Représentante de la DSI-SM
- PLOUFFE, Marc-André – Représentant de la DGA
- ROY, Martin – Représentant du CU
- SHUMILOV, Inna – Conseillère en prévention des infections
- ST-PIERRE, Rémi – Représentant de la Direction des services techniques

Les membres du Comité de gestion des risques ont tenu 7 réunions au cours de l'année 2018-2019.

Au cours de l'année 2018-2019, le comité s'est assuré du suivi des recommandations découlant des 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.

De plus, le comité a assuré le suivi de la mise à jour du plan d'action concernant les erreurs de médicaments. Plusieurs activités ont été mises en place telles que des semaines thématiques et des kiosques d'information 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 ont aussi été réalisés.

Le comité s'est assuré de la mise à jour ainsi que le mécanisme de diffusion des mesures à prendre en réponse à un avis de canicule ou de chaleur accablante et extrême, afin de s'assurer du confort de la clientèle et prévenir les risques s'y rattachant. La politique a d'ailleurs été révisée ce printemps.

En cours d'années également, nous avons mis en place des capsules cliniques destinées à informer le CA de certaines de nos actions concrètes, au niveau des opérations.

Enfin, le comité suit de façon assidue le plan de sécurité des patients de l'Institut avec tous les éléments s'y rattachant. Entre autres, la diminution des mesures de contrôle, l'amélioration au niveau

de l'hygiène des mains, la prévention et contrôle des infections ainsi que les vérifications sécuritaires du milieu de vie sont des points statutaires observés par le comité. En plus de toutes les mesures, l'augmentation du nombre d'infirmières ainsi que le rehaussement des pratiques contribueront grandement à la croissance de la sécurité des patients.

Bilan des activités

- Principales causes des incidents : Un incident est un évènement qui n'occasionne aucune conséquence pour le patient. Parmi les causes d'incidents les plus fréquentes, notons des erreurs de médicament interceptées avant l'administration et les fugues.
- Principales causes des accidents : Un accident est un évènement qui a des conséquences pour le patient. Les accidents peuvent être de gravités diverses. Les chutes, l'automutilation, les erreurs de médicaments, les blessures sportives et les agressions physiques sont les principales causes des accidents déclarés.
- Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents et 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 est développé chaque année par la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires. Ce plan d'action est présenté et suivi au comité de gestion des risques et fait l'objet d'application dans les différents niveaux de services dans l'Institut.
- Actions prises afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents et accidents : La DSI-SM offre de la formation et du coaching pour l'achèvement des AH-223 ainsi que pour les enquêtes dont sont chargés les gestionnaires. Voici quelques-unes des actions prévues au plan d'action :
 - La politique de déclaration des accidents et incidents (1235-52-24) est en train d'être révisée.
 - De la formation (4 capsules) sera redonnée aux gestionnaires en 2019 pour les enquêtes à faire pour le suivi des AH-223

Recommandations

Aucune recommandation spécifique n'est formulée par le CGR en matière de prévention des incidents et accident. Toutefois, le comité recommande que le CA appuie la mise en œuvre des plans d'action développés pour la diminution des erreurs de médicaments ainsi que l'amélioration de l'hygiène des mains.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

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 risque-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.

Conclusion

Le CGR est un comité dynamique composé de membres d'horizons variés, dédiés et curieux permettant ainsi des discussions riches apportant un éclairage unique sur des situations complexes. L'attitude proactive des membres permet la recherche de solutions durables pour lesquelles un suivi rigoureux permet l'amélioration des soins et des services offerts aux patients ainsi que la sécurité générale des employés et visiteurs.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose. Le conseil a plusieurs mandats, soit l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, la distribution appropriée des soins et services, l'évaluation et le maintien des compétences, l'organisation scientifique et technique du centre et enfin tous mandats complémentaires du comité exécutif.

Liste des membres du CMDP :

Membres du comité exécutif :

- DASSYLVA, Benoit – Président
- PAIEMENT, Isabelle – Vice-présidente
- ROY, Michelle – Secrétaire
- LÉGARÉ, Nancy. – Trésorière
- BOUCHARD, Chantale – Membre
- LEBLANC, Myriam – Membre

Membres d'office :

- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale
- BÉDARD-CHARETTE, Kim – Directrice des services professionnels et des affaires médico-légales

Au cours de l'année 2018-2019, le comité exécutif du CMDP de l'INPL Philippe-Pinel s'est réuni à 8 reprises.

Comité de gouvernance et d'éthique

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

Liste des membres du CGE :

- TOURIGNY, Michèle – Présidente du CGE
- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale, membre d'office
- BRUNELLE, André – Président du CA
- HÉROUX, Lise – Membre du CA
- ASSELIN, Christian – Membre du CA
- LUSSIER, Véronique – Membre du CA
- LAJOIE, Marcelle – Membre du CA

Au cours de l'année 2018-2019, les membres du CGE se sont réunis à 5 reprises.

Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est chargé de veiller à l'intégration des préoccupations relatives aux plaintes et à leurs suivis, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des services.

Liste des membres du CVQ :

- DUBÉ, Francine – Présidente du CVQ, vice-présidente du CA
- LUSSIER, Véronique – Membre du CA
- ALAIN-NOËL, Gabrielle – Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- LARUE, Caroline – Membre du CA
- LAJOIE, Marcelle – Membre du CA
- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale

Personnes invitées aux réunions :

- BRUNELLE, André – Président du CA
- GAGNON, Étienne – Gestionnaire de risques
- HAINES, Martine – Adjointe à la direction générale
- LANDRY, Éric – Spécialiste en procédés administratifs

Les membres du CVQ ont tenu 6 réunions au cours de l'année 2018-2019.

Actions réalisées ou en cours de réalisation et recommandations

Actions réalisées ou en cours	Informations/Recommandations au CA
Rapport annuel 2017-2018 – comité CVQ	Dépôt et approbation au C.A. : juin 2018.
<p>Nouvelle procédure d'analyse des rapports annuels des comités à déposer au CA ainsi que le format proposé.</p> <p>Réalisation de la lecture préliminaire des projets de rapports annuels des 16 comités/directions liés à notre mandat.</p>	Recommandation au C.A. que cette exercice de pré-lecture relève ultérieurement du comité de gouvernance et d'éthique considérant le mandat lié à la validation du respect de format de rapport et de l'échéancier de production
<p>Mise sous garde en établissement -</p> <p>Sur une base trimestrielle, analyse du tableau de bord des données quantitatives.</p>	Rapport du nombre de gardes comptabilisées à chaque trimestre.
<p>Stratégie d'accès aux services de l'établissement</p> <p>Analyse du projet à soumettre au C.A.</p>	Approbation par le C.A. 18.04. 2018.

<p>Travaux de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services</p> <p><u>Ont été déposés à chaque comité et ce, sous forme de tableaux comparatifs par période :</u></p> <p>le nombre et le type de dossiers reçus et traités;</p> <p>le délai et les niveaux de traitement,</p> <p>les motifs,</p> <p>les actions et mesures correctives appliquées,</p> <p>les recours auprès du Protecteur du citoyen</p> <p>les suivis des recommandations et des mesures correctives ou d'amélioration à mettre en place.</p> <p>Appréciation des rapports sous la forme d'un tableau comparatif des dossiers de plaintes par période donnée.</p>	<p>Présentation et approbation du rapport annuel 2017-2018 incluant les priorités de la commissaire à sa 3^e année complète en fonction;</p> <p>Rapport des données à chaque rencontre du C.A. et confirmation du respect des procédures / délais exigés.</p>
<p>Suivi concernant la révision du règlement concernant les patients de l'IPPM : Art. 8 « Isolement et contentions » qui s'appuie sur le cadre de référence du MSSS.</p>	<p>Encadrement de l'application des mesures de contrôle à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal approuvée par le C.A. en avril 2018.</p>
<p>Suivi du comité de gestion des risques</p> <p>En 2018, les membres du CVQ ont reçu le procès-verbal des récentes réunions du comité de gestion des risques; les membres du comité ont eu réponse à leurs questions.</p> <p>À la demande des membres du comité, un nouveau tableau de bord est soumis en 2019 et ce, à la satisfaction de tous.</p> <p>À la suite de la recommandation inspirée des visiteurs de l'agrément, validation d'un projet de vignette situationnelle de la gestion intégrée des risques et ce, à soumettre à chaque rencontre du C.A.</p>	<p>Dépôt et recommandation pour approbation du rapport annuel 2017-2018 de la gestion intégrée des risques.</p> <p>Rapport verbal des données à prioriser du tableau de bord de la gestion des risques.</p> <p>Présentation d'une première vignette situationnelle de la gestion intégrée des risques – C.A. 20 février 2019</p>
<p>Trajectoires et programmation</p> <p>À la demande du comité, un rapport verbal est fait lors des rencontres afin d'assurer un suivi des impacts potentiels sur les patients.</p>	<p>Informations transmises.</p>

<p>Politique 'Consentement aux soins' 1- 1ère analyse / modifications demandées 2- validation à la satisfaction des membres</p>	<p>Soumis pour approbation au C.A. - 20.02.2019</p>
<p>Sondage auprès des patients</p> <p>Présentation de la méthodologie et des résultats. Identification des satisfactions/améliorations à apporter. Demande de suivis des actions prises en lien avec les recommandations retenues.</p>	<p>Rapport synthèse verbal réalisé</p> <p>En attente d'une présentation éventuelle au C.A.</p>
<p>Protocole encadrant la mise sous garde de personnes (P-38)</p> <p>Analyse et recommandations</p>	<p>Recommandation au prochain C.A. 01.05.19</p>
<p>Comité des usagers</p>	<p>Le poste de représentant du comité des usagers n'ayant pas été comblé, aucun sujet n'a été livré au C.A. à cet effet. Une relance a été faite au comité de gouvernance et d'éthique afin de combler le poste vacant.</p>

Conclusion

Le comité est toujours actif dans la réalisation de son mandat ; un suivi attentif des dossiers traités a été réalisé avec la collaboration exceptionnelle de tous les acteurs clés, les administrateurs membres, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et les gestionnaires de l'établissement.

La poursuite de notre mandat se veut tout aussi rigoureuse afin d'assurer la qualité des soins et services à notre clientèle particulière.

Comité d'éthique de la recherche

Le mandat du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Institut est de veiller à la dignité, à la sécurité, au bien-être des participants à un projet de recherche et de s'assurer du respect de leurs droits. Le CER doit également s'assurer que les projets de recherche se déroulent avec toute la rigueur requise et selon les plus hauts standards éthiques, juridiques et scientifiques. Il évalue et approuve tout projet de recherche réalisé par une personne affiliée à l'établissement ou se déroulant à l'intérieur de son enceinte.

Liste des membres du CER jusqu'au 30 septembre 2018 :

- ASSEMAT, Camille – Vice-présidente du CÉR, conseillère en éthique, membre substitut et représentante du public, membre substitut
- BERNARDI, Marie-Josée – Juriste, membre substitut
- DE CHAMPLAIN, Johane – Présidente du CÉR, membre régulier et conseillère en éthique, membre substitut
- DUMAIS, Alexandre – Membre scientifique, membre régulier
- GERMÉ, Katuschia – Représentante du public, membre substitut
- GOUGOUX, Gilles – Représentant du public, membre régulier
- GOULET, Marie-Hélène – Membre scientifique, membre substitut
- MÉREL, Françoise – Représentante du public, membre substitut
- MARTIN, Geneviève – Membre scientifique, membre substitut
- POIRIER, Yves – Conseiller en éthique, membre régulier et représentant du public, membre substitut
- POTVIN, Stéphane – Membre scientifique, membre substitut
- SKA, Bernadette – Membre scientifique, membre substitut et représentante du public, membre substitut
- ST-ONGE, Bernard – Membre scientifique, membre régulier
- VILLIER, Arnaud – Représentant du public, membre substitut

Les membres du CÉR de l'Institut ont tenu 3 réunions au cours de l'année 2018-2019 entre le 1^{er} avril 2018 et le 30 septembre 2018.

Le 12 septembre 2018, le conseil d'administration de l'Institut adoptait l'entente inter établissement pour l'évaluation éthique des projets de recherche entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île de Montréal et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, ci-nommé l'Institut (résolution CA-2018-061). Par le biais de cette entente, l'Institut délèguait au comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), l'évaluation et le suivi éthique des projets de recherche qui devraient tomber sous la responsabilité de son comité d'éthique de la recherche. Cette entente entraine en vigueur à compter du 1^{er} octobre 2018 jusqu'au 31 mars 2019.

Le 12 septembre 2018, le conseil d'administration de l'Institut prenait également acte de l'avis de démission de la présidente du comité d'éthique de la recherche, madame Johanne de Champlain, remis le 6 juillet. Le 5 décembre 2018, le conseil d'administration de l'Institut entérinait la dissolution du comité d'éthique de la recherche rétroactivement au 30 septembre 2018, selon les directives de la Direction de l'éthique et de la qualité (DEQ) du Ministère de la Santé et des services sociaux.

La Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire assure la transition avec le comité d'éthique de la recherche de l'IUSMD.

Évaluation des projets jusqu'au 30 septembre 2018

Exercice 2018-2019		Nombre	
Nombre total de projets évalués :		6	
Nombres de projets impliquant des personnes majeurs :		6	
Nombres de projets impliquant des personnes mineures (art. 21 C.c.Q.) :		0	
Nombres de projets impliquant des personnes majeures inaptes (art. 21 C.c.Q.) :		0	
Exercice 2018-2019	Projets participants majeurs	Projets participants mineurs	Projets participants majeurs inaptes
Projets traités en comité plénier :	2	0	0
Projets traités en comité restreint :	4	0	0
Projets traités en mode délégué :	0		
Projets acceptés sans condition :	3	0	0
Projets acceptés conditionnellement :	3	0	0
Projets refusés :	0	0	0
Projets pour lesquels aucune décision n'a encore été rendue :	0	0	0
Demandes évaluées par le Comité dans le cadre d'un suivi continu passif	59 demandes évaluées dans le cadre d'un suivi continu passif		
Nombre de projets de recherche en cours :	59 projets		

Comité d'éthique hospitalière

Comme décrit à l'article 3.3.2 du Cadre conceptuel de l'éthique de l'Institut, adopté par le conseil d'administration (CA) le 21 février 2018, les mandats du comité d'éthique hospitalière sont les suivants :

- Soutenir et guider les intervenants face aux différents problèmes éthiques auxquels ils sont confrontés en dégagant et proposant des pistes de réflexion et de résolution des difficultés.
- Conseiller et accompagner l'utilisateur, ses proches, les partenaires et les autorités lorsque des situations complexes impliquent des enjeux éthiques.
- Offrir un forum et un soutien appropriés aux interrogations des personnes qui sont interpellées par des questions éthiques.
- Sensibiliser et éduquer le milieu à l'importance des considérations éthiques dans la prise de décision et l'administration des services.
- Soutenir l'élaboration de politiques concernant la prestation de services aux usagers.
- Viser l'amélioration de la prise de décision sur le plan administratif, médical et clinique.
- Faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu.
- Transmettre annuellement un rapport de ses activités au conseil d'administration.

Le CEH a également pour fonction d'assurer le suivi et la mise à jour du Code d'éthique suivant l'évolution des lois, règlements, Chartes et des besoins de l'Institut.

Le CEH peut enfin répondre aux questions soumises par le comité d'éthique de la recherche.

Liste des membres du CEH :

- PLANTE, Lorraine – Présidente du CEH, secrétaire et représentante de la DSI-SM et du CII
- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale
- PROULX, France – Vice-présidente et représentante du chef du département de psychiatrie
- PELLETIER, Martin – Représentant du conseil multidisciplinaire
- ROY, Martin – Représentant du comité des usagers
- POIRIER, Yves – Représentant du comité d'éthique de la recherche
- VÉZINA, Louise – Représentante de la présidente-directrice générale et du personnel non clinique
- CARRIER, Serge – Psychoéducateur au SIS
- BOULANGER, Marie-Michèle – Représentante du CMDP
- ROY, Stéphane – Représentant spirituel

Les membres du CÉH ont tenu 7 réunions au cours de l'année 2018-2019.

Comité scientifique

Le comité scientifique, tel que précisé dans le Cadre réglementaire pour une éthique des activités de recherche menées sous la responsabilité de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2017, a le mandat d'évaluer l'acceptabilité, sur le plan scientifique, d'un projet de recherche relevant de sa compétence et de s'assurer de sa faisabilité dans

l'établissement eu égard à l'environnement de recherche et aux orientations ou à la mission hospitalière de l'Institut.

Liste des membres du CS :

- PROULX, Jean – Président, chercheur régulier, membre régulier
- DA SILVA GUERREIRO, Joao – Vice-Président, chercheur régulier, psychologue, membre régulier
- LÉGARÉ, Nancy – B. Pharm., M.Sc., Pharm.D, BCPP, BCPS, membre régulier
- ALLAIRE, Jean-François, statisticien, membre régulier
- CARPENTIER, Julie – Chercheur associé, criminologue, membre régulier
- TARDIF, Monique – Chercheur régulier, psychologue, membre substitut
- MELOCHE, Julie – Statisticienne, membre substitut
- STAFFORD, Marie-Christine – Statisticienne, membre substitut
- DUMAIS, Alexandre – Membre du CMDP
- ROY, Renée – Membre du CMDP

Madame Légaré a annoncé sa démission de ses fonctions lors de la réunion du 3 juillet 2018.

Le secrétariat du CS a été assuré par Madame Karine Harnois, agente administrative.

Les membres du comité scientifique ont tenu six réunions au cours de l'année 2018-2019 sur une possibilité de onze rencontres.

Comité des ressources humaines

Le CRH a pour mandat de soutenir la Direction générale et de faire rapport au conseil d'administration de l'évolution de divers dossiers touchant la gestion des ressources humaines, notamment :

- La structure organisationnelle ;
- Les objectifs annuels en gestion de ressources humaines ;
- Les politiques de ressources humaines ;
- La planification de la main-d'œuvre et le plan de relève ;
- Le développement des ressources humaines ;
- La mobilisation des employés ;
- La formation interne et hors Québec ;
- Les conditions applicables aux employés contractuels ;
- La dotation des cadres de direction ;
- Les relations de travail.

Liste des membres du CRH :

- BRUNELLE, André – Membre indépendant et président du CA
- RÉGNIER, Serge – Membre indépendant et président du CRH
- ASSELIN, Christiane – Membre indépendante
- DUCHAÎNE, Julie – Membre du CRSP
- LUSSIER, Véronique – Membre indépendante
- SO, Samsith – Membre représentant le CII

Personnes invitées aux réunions du CRH :

- BELZILE, Yann – DGA
- HAINES, Martine – Coordinatrice des RH

Les membres du CRH ont tenu 5 réunions au cours de l'année 2018-2019.

Comité de vérification

Les responsabilités du CV consistent à (art. 181.0.0.3, LSSSS) :

- S'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement est mis en place et en assurer le suivi ;
- S'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement ;
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance ;
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration.
- Recommander au CA l'approbation des états financiers ;
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils sont adéquats et efficaces.

Liste des membres du CV :

- BRUNELLE, André – Président du CA et membre indépendant du CA
- GENDRON, Jacques – Président du CV et membre indépendant du CA
- BOUCHER, Antoine – Membre indépendant du CA
- RÉGNIER, Serge – Membre indépendant du CA
- DUBÉ, Francine – Membre indépendant du CA

Il demeure un poste à combler à ce comité.

Personnes invitées aux réunions du CV :

- BELZILE, Yann – DGA
- CÔTÉ, Annie – DST
- DENIS, Céline – Chef des ressources financières
- NADEAU, France – Coordinatrice des ressources financières, approvisionnements et services alimentaires
- PLOUFFE, Marc-André – Chef des RI
- Roxane Côté – Deloitte
- Michel Fillion – Deloitte

Les membres du CV ont tenu 6 réunions au cours de l'année 2018-2019.

Faits saillants

Encore une fois cette année, notre établissement et nos équipes ont rencontré autant de défis que d'occasions de démontrer dynamisme, engagement et persévérance. Malgré un contexte budgétaire difficile, dans un réseau en pleine mouvance, nous avons poursuivi nos efforts pour améliorer la qualité de nos soins et services dans un milieu sécuritaire, dans le respect des gens, et dans un souci constant d'amélioration continue.

Direction générale adjointe — Bilan des réalisations

Service des ressources informationnelles

Cette année encore, nous avons mis l'accent sur l'unification, l'optimisation, la standardisation et la mise à jour des outils utilisés par l'institut. Nous avons également mis en place plusieurs plans d'action permettant entre autres la réduction de l'utilisation d'Internet par la mise en place d'une connexion hors mission et la mise en place des mesures encadrant les risques de perte de données sensibles. De plus, nous avons révisé plusieurs politiques et procédures en plus de créer de nouvelles directives.

Notre équipe multidisciplinaire a répondu à plus de 5600 billets et plus de 1950 tâches. Au total, plus de 7550 demandes ont nécessité une action d'un des huit membres de l'équipe des RI en plus de participer aux multiples comités et projets en cours.

Sommaire des réservations par les diverses activités 2018-2019 :

- Administration — Rencontres administratives INPL Philippe-Pinel : 30
- Recherche — Collectes de données et réunions de recherche : 9
- Télécomparution — Patients ou spécialistes qui comparaissent ou témoignent devant la Cour : 78
- Téléconsultation — Diagnostics et suivis d'évolution avec et sans patient : 79
- Visioconférence — Ponts téléphoniques : 13
- Téléformation — Activités de formation : 24
- Webinaire — Conférences ou formations offertes par des partenaires disponibles sur Internet : 23

Projets 2018-2019

Le service des RI a réalisé et débuté plusieurs projets d'envergure depuis avril 2019.

- Mise en place ENA — Formation continue partagée provinciale (#00028258) — terminée ;
- Migration SharePoint 2013 vers SharePoint 2016 — terminée ;
- Remplacement de l'outil de gestion de la bande passante (#00021457) — terminée ;
- Mise à jour du système téléphonique — terminée ;
- Mise à jour du système GRM-GRF — terminée ;
- Mise à jour du système GPRH — terminée ;
- Mise en place DCI Cristal-Net (# 00014897) — en cours ;
- Mise en place de l'IPO provincial (#00023070) — en cours ;
- Mise en place d'un agent d'intégration provincial (#00026897) — en cours ;
- Migration des postes de travail Windows 7 vers Windows 10 – en cours ;
- Migration des serveurs Windows 2008 — en cours ;
- Migration des bases de données SQL 2008 — en cours.

Conclusion

L'exercice 2018-2019 aura été marqué par plusieurs projets. Les nouvelles technologies mises en place et les nombreux utilisateurs impactés augmentent la complexité et les risques.

Service des ressources humaines

Le Service des ressources humaines est composé d'une coordonnatrice, deux conseillères-cadres, deux agentes de gestion du personnel, quatre techniciennes, une agente administrative classe 1 et trois équivalences temps complet d'agents administratifs classe 2 à la liste de rappel.

À la suite de la transformation de son offre de service de spécialistes vers une structure de généralistes, l'équipe des ressources humaines a dû continuer le développement de ses employés et poursuivre l'amélioration continue. L'apprentissage de nouveaux secteurs et dossiers a d'abord occasionné quelques retards qui ont nécessité un ajustement. Par ailleurs, le Service a accueilli cinq nouveaux employés temporaires qui nous permettent de répondre aux besoins du plan clinique et académique, notamment pour l'attraction et la rétention du personnel.

Au cours de l'année 2018-2019, nous avons procédé à 258 embauches.

Plus particulièrement, nous avons recruté 42 intervenants spécialisés en pacification et sécurité (ISPS, anciennement agents d'intervention), 35 commis surveillant d'unités, 60 infirmières (incluant infirmières cliniciennes et CÉPI) et 16 psychothérapeutes.

Parmi ces embauches, 66 personnes ont quitté leur emploi dans la même année (démission ou probation non concluante), soit un taux de rétention de 75 %.

Nous avons accueilli 36 stagiaires non universitaires en soins infirmiers, en éducation spécialisée, en ressources humaines et en d'autres domaines.

Service des communications

Le Service des communications est composé d'une conseillère-cadre en communication et d'une technicienne en administration.

Faits saillants 2018-2019

- Finalisation du projet du tournage d'une série documentaire sur l'Institut (type « 24/7 »).
 - 14 journées de tournage (sur 25 prévues) ont eu lieu entre le 1^{er} avril 2018 et juin 2018 (coordination et présence en tout temps par la conseillère)
- Organisation et animation des rencontres des employés sur la planification stratégique
- Gestion des communications pour le projet Programmation et trajectoire :
 - Janvier à mars 2019 : Coordination du sous-comité communication
 - Mars 2019 : Organisation des rencontres sur le Projet Programmation et trajectoires.
- Organisation des activités de reconnaissance et de mobilisation, entre autres :
 - Mai 2018 : Fête de la reconnaissance des années de services et « Nos Bons Coups »
 - Juin 2018 : Fête des retraités
 - Décembre 2018 : Activité de mobilisation pour la période des fêtes
 - Février 2019 : Activité de reconnaissance (entre pairs) « Je t'apprécie »
 - Mars 2019 : Activité de mobilisation pour la période de Pâques

De plus, malgré les ressources limitées du Service des communications, l'Institut a obtenu une très bonne couverture médiatique. Grâce à l'implication des services et des directions, plus précisément du Directeur des services professionnels, l'Institut a près de 31 collaborations avec les médias (en plus de celles répondues directement par les porte-paroles contactés) et a ainsi pu obtenir une couverture médiatique de 233 articles recensés (notons que la revue de presse se fait manuellement, avec le support des alertes automatisées [Google], la revue de presse n'est donc pas exhaustive) — ce qui représente un maintien quant à l'an dernier.

Défis pour 2019-2020

- Assurer la saine fusion du service avec celui des ressources humaines
- Mettre en œuvre les stratégies marque employeur
- Outiller les gestionnaires de l'organisation à devenir des acteurs en communication
- Supporter la gestion du changement pour le projet Programmation et trajectoire

Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires — Bilan des réalisations

Volet qualité des soins infirmiers et services multidisciplinaires

La Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires a travaillé à l'amélioration continue de la qualité et des services offerts à la clientèle. Nous avons poursuivi le travail d'amélioration de la qualité découlant du plan d'amélioration qualité provenant des recommandations du CMQ et de l'OIIQ ainsi que du Protecteur des citoyens. À ce propos en voici quelques suivis :

Actualisation du plan clinique et académique de l'Institut pour le volet soins infirmiers (rehaussement des effectifs infirmiers)

- Implantation de la politique de consentement aux soins ainsi que du formulaire de consentement aux mesures de contrôle planifiées dans les unités en rehaussement.
- Animation de semaines thématiques de formation portant sur les sujets suivants :
 - Hygiène des mains
 - Déclaration des incidents/accidents
 - Administration sécuritaire des médicaments

Mise à jour de la règle de soins portant sur l'administration sécuritaire des médicaments.

- Développement des compétences infirmières dans l'animation d'activités de promotion de la santé. Création de groupes de patients (jour et soir) accompagnés par une conseillère en soins infirmiers dans l'appropriation et l'animation d'une activité portant sur les saines habitudes animées par des infirmières.
- Mise à jour de la politique sur l'application des mesures de contrôle et adoption d'une règle de soins.
- Formation sur la documentation des mesures de contrôle en psychiatrie sur les unités en rehaussement.
- Déploiement d'un outil « Mon plan proactif » permettant l'identification de remplacements ainsi qu'une procédure de retour post-événement à la suite de l'utilisation d'une mesure de contrôle afin de permettre de réduire les effets néfastes et d'éviter la récurrence.
- Élaboration, implantation d'une procédure de retour post-événement à la suite de l'utilisation d'une mesure de contrôle afin de permettre de réduire les effets néfastes et d'éviter la récurrence.
- Identification des rôles et des responsabilités des différents intervenants de l'équipe traitante et mise en œuvre sur les unités en rehaussement.

- Début des travaux du comité de transition et les sous-comités s'y rattachant (programmation, trajectoire, ressources humaines et communications).
- Supervision de la qualité des notes bimensuelles rédigées par les psychothérapeutes.
- Contribution au protocole de garde en établissement tel que requis par le MSSS.
- Élaboration et mise en œuvre de la règle de soins sur les prescriptions infirmières et suivi des formations et des accréditations.
- Mise en œuvre des travaux concernant l'entretien préventif et le suivi des équipements médicaux.
- Planification des travaux et de la mise en œuvre de nouvelles stations de soins pour les infirmières.
- Déploiement d'équipements sécuritaires (gants de kevlar, chaises moulées dans les chambres).
- Implantation d'un système de caméra dans la cour intérieure du bloc D permettant à des patients de sortir de façon sécuritaire sans être accompagnés par des membres du personnel.
- Rédaction de différents articles scientifiques.
- Rédaction et mise en œuvre de la politique sur l'organisation du milieu thérapeutique.
- Rédaction et mise en œuvre de la politique sur l'achat de nourriture au restaurant ou à la cantine.
- Rédaction et mise en œuvre de la politique sur les collations et repas servis par l'Institut.
- Rédaction et mise en œuvre de la politique sur les appels téléphoniques de la clientèle.
- Rédaction et mise en œuvre de la politique sur les tâches ménagères effectuées par la clientèle.
- Rédaction et mise en œuvre de la politique sur la tenue vestimentaire de la clientèle.

Déoulant de la Planification stratégique 2016-2020

Nous avons maintenu le travail en étroite collaboration avec la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire sous le leadership de la Direction des services professionnels afin de revoir les trajectoires de soins et services ainsi que la programmation clinique.

Afin de favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale du personnel de notre direction, nous avons mis en œuvre la salle tactique de la DSI-SM. Elle est un outil qui structure la gestion de la performance en permettant de canaliser les énergies vers l'atteinte des résultats ainsi que de favoriser les suivis et la communication des différents projets de notre direction.

Déoulant du plan d'action santé mentale 2015-2020

Dans l'objectif de maintenir les conditions qui facilitent le plein exercice de la citoyenneté pour les personnes recevant des services en santé mentale dans notre établissement, la Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires s'assure de la réalisation des activités prévues au plan d'action sur la primauté de la personne. Cette démarche vise notamment à améliorer l'expérience de soins et la qualité de vie des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage, tout en contribuant au rehaussement de la qualité de l'environnement de travail dans notre établissement. En effet, voici quelques réalisations de la dernière année :

- Maintien de groupes de travail (éducateurs spécialisés) pour l'actualisation de l'approche du rétablissement sur les unités de soins.
- Développement d'activité (spectacle de Noël) pour rejoindre les familles et démystifier l'Institut.
- Implication de patient partenaire dans divers projets.
- Implication des patients dans l'aménagement des modes de fonctionnement sur les unités de soins par les conseils d'unité.
- Tenue d'une conférence au gymnase visant les intervenants et les patients offerte par le conférencier Luc Vigneault.
- Différentes activités visant à contrer la stigmatisation de la clientèle.

Recherche clinique

La recherche clinique universitaire représente une opportunité d'innover puisqu'elle rend possible la conciliation de l'offre de services à la population et des activités de recherche liées aux soins infirmiers. Ainsi la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires tient à souligner la tenue de deux projets de recherche dans le domaine de la psychiatrie légale.

- Finalisation et présentation du projet de recherche sur le modèle conceptuel interdisciplinaire en psychiatrie légale (Holmes, Université d'Ottawa).
- Poursuite du projet sur l'évaluation de l'utilisation de stratégies de pleine conscience et de yoga afin d'améliorer le bien-être des patients.

Innovation clinique

Lauréat d'une bourse des caisses Desjardins pour le projet de méditation chez les adolescents.

Projet initié par Samsith So, Huguette Bégin et Audrey Sarrazin.

La sécurité

La sécurité constitue une dimension indispensable et incontournable dans un établissement de santé sécuritaire. Bien que les aspects sécuritaires associés au milieu puissent entraver la pleine expression du soin, nous affirmons que, sans la sécurité, le soin est impossible à dispenser. Comme la sécurité est l'affaire de tous, on s'attend du personnel qu'il adopte des attitudes et des comportements orientés vers des pratiques sécuritaires tout en incorporant ceux-ci dans une approche visant le rétablissement des patients. C'est ainsi que pour soutenir cette vision de la sécurité nous avons réalisé plusieurs activités dont :

- Élaboration des procédures sécuritaires suivantes :
 - Sortie d'un patient sur une chaise fixe
 - Sortie d'un patient avec contention ambulatoire
 - Sortie d'un patient pour une douche
 - Intervention dans le cadre d'un soin ou d'un service effectué à la porte d'un patient
- Semaine thématique sur les procédures sécuritaires.
- Actualisation du plan de sécurité préventive.
- Réalisation d'une capsule vidéo visant la formation sur les fouilles.
- Suivi des différentes formations en lien avec les dérogations de la CNESST.

Direction des services professionnels — Bilan des réalisations

Les principales actions réalisées ou en cours de réalisation de la Direction des services professionnels pour l'année 2018-2019 sont les suivantes :

À l'interne

- Ajout d'un nouveau titre d'emploi — travailleur social ;
- Embauche de cinq travailleurs sociaux ;
- Rehaussement des postes de criminologues (cinq postes), psychologues (quatre postes) et pharmaciens (trois postes) ;
- Création d'offre de services pour les criminologues, psychologues et travailleurs sociaux ;
- Élaboration du projet Trajectoires et programmation en collaboration avec la DSI-SM et la DRE ;
- Actualisation du projet Trajectoires et programmation en collaboration avec la DSI-SM et la DRE ;
- Collaboration avec la DRE pour la traduction du DUNDRUM ;
- Présentation des services SIM-SIV à l'Institut ;
- Implantation de la nouvelle version RSIPA (OCCI) ;
- Présentation du mécanisme d'accès à l'hébergement en santé mentale à l'Institut ;
- Collaboration avec le MSSS pour l'implantation du modèle de soins hiérarchisé ;
- Participation en cogestion au comité de transition et aux groupes de travail qui en découlent ;
- Révision (en cours) de la politique relative aux sorties ;
- Adaptation du protocole P-38 soumis par le MSSS ;
- Suivi de la production d'évaluation du risque.

À l'externe

- Diminution du nombre de dossiers actifs au programme de transition-réadaptation (de 746 à 596) ;
- Diminution du délai d'attente de prise en charge pour l'ensemble des 7 programmes des services externes ;
- Légère diminution du nombre de réhospitalisation (de 65 à 56) ;
- Rendement maintenu du nombre d'expertises produites au programme réseau et des services rendus à la Cour par l'équipe UPS-Cour comparativement à l'année précédente ;
- Beaucoup de mouvement de professionnels au courant de l'année (infirmier et criminologues au programme transition-réadaptation) ;
- Départ à la retraite d'un infirmier au programme transition-réadaptation ;
- Depuis janvier 2019, Dr Martin Gignac de la clinique réseau jeunesse a diminué sa prestation de travail en raison d'une journée/semaine afin de relever de nouveaux défis ;
- Arrivée de Dre Myriam Leblanc au sein des services externes en tant que psychiatre et cogestionnaire (Chef médicale des services externes) ;
- Poursuite de notre implication active sur les tables de travail en lien avec la hiérarchisation.
- Départ à la retraite de Martine Côté, coordonnatrice des services externes et arrivée de Kevin Bordeleau, Chef de service.

C'est avec enthousiasme que l'ensemble de la Direction des services professionnels choisit de poser un regard neuf sur notre offre de services en misant encore davantage sur la complémentarité de nos expertises et sur notre interdisciplinarité.

Nous réitérons que nous sommes des ambassadeurs de choix pour nos patients et que nous avons tous à cœur de préserver notre spécifique et de réaffirmer notre mission d'hôpital surspécialisé en psychiatrie légale.

Département de la pharmacie

Le département clinique de pharmacie a pour mission de dispenser à tous les patients de l'établissement des soins et services pharmaceutiques fiables et de qualité qui assurent un traitement rationnel des maladies.

L'implication quotidienne des pharmaciens au sein de l'équipe médicale est un élément essentiel à la réalisation de la mission du département. Cette implication se traduit par l'implication au sein des équipes interdisciplinaires, l'offre d'un service de consultations, la diffusion de l'information pharmaceutique aux membres du personnel clinique et par une collaboration étroite et constante avec les médecins de l'établissement.

En plus des soins et services pharmaceutiques, le travail des pharmaciens se décline également selon les trois autres axes de la pratique de la pharmacie, soient la gestion, la recherche et l'enseignement, dans la limite des ressources disponibles.

Actions réalisées ou en cours de réalisation pour l'année 2018-2019

- Mise en œuvre du plan clinique et académique pour le département de pharmacie
- Révision de l'offre de soins pharmaceutiques
- Visite d'agrément (avec mention spéciale pour l'organisation du département de pharmacie)
- Remplacement de l'ensacheuse de la pharmacie centrale
- Réorganisation de la chaîne de production en prévision de la reprise partielle des livraisons de médicaments en 2019-2020
- Révision du plan d'urgence du département pour y inclure la relocalisation en cas de sinistre
- Modification du conditionnement de la médication liquide afin d'en améliorer la sécurité
- Exercice d'optimisation de type LEAN pour le circuit du médicament
- Projet de numérisation et gestion électronique des ordonnances (projet débuté, mais cessé jusqu'à nouvel ordre par manque de ressources techniques à l'informatique)
- Projet d'évaluation de l'allongement des heures du département de pharmacie (rapport remis – aucune modification prévue pour le moment)
- Formation continue :
 - L'Ordre des pharmaciens du Québec exige dorénavant un minimum de 40 heures de formation continue par pharmacien, par période de deux ans.
 - Étant donné les difficultés rencontrées avec le compte bancaire tenu par la Fondation Dr Philippe-Pinel, contenant des fonds dédiés à la formation continue des pharmaciens, des sommes ont été dégagées par l'établissement par le comité de formation afin de permettre aux pharmaciens de maintenir leurs connaissances à jour.

- Nancy Légaré a animé la conférence Paradigmes émergents dans le traitement de la schizophrénie : au-delà de la dopamine, tenue dans l'établissement en mai 2018 et a assisté au Pschy Congress à Orlando en octobre 2018 ;
 - Tous les pharmaciens cliniciens du département ont assisté au colloque Addiction aux opioïdes et au cannabis : enjeux et nouveautés 2018, tenu dans l'établissement en novembre 2018 ;
 - Marie Dubreucq a participé au regroupement des pharmaciens experts en psychiatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé ;
 - Julie Duchaine a participé au Colloque de gestion de l'Association des pharmaciens des établissements de santé en octobre 2018.
- Enseignement :
 - Une entente a été conclue avec la faculté de médecine de l'Université de Montréal afin de permettre à Mme Nancy Légaré d'être libérée pour enseigner aux résidents en psychiatrie et aux infirmières praticiennes spécialisées ; le département clinique de pharmacie se voit maintenant remboursé en totalité pour les absences de Mme Légaré qui sont reliées à l'enseignement ;
 - Deux stagiaires en pharmacie de l'Université de Montréal ont été reçues cette année, sous la supervision de Mme Joanie Boivin, pharmacienne ;
 - Renouvellement du titre de clinicienne associée pour Mme Nancy Légaré.
- Ressourceshumaines :
 - Création de trois nouveaux postes de pharmaciens en lien avec le plan clinique et académique de l'établissement, résultant en l'embauche d'un candidat à l'interne et de deux candidats à l'externe ;
 - Nouvelle convention collective pour les pharmaciens des établissements de santé, incluant une transformation des postes de gestion ; ceci a entraîné une rétrogradation de notre poste de pharmacien-chef III à pharmacien-chef I, résultant en une baisse de salaire significative pour Julie Duchaine ;
 - Au niveau des assistantes techniques en pharmacie, nous avons dû avoir recours à une employée occasionnelle pratiquement à temps plein cette année (en surplus des heures budgétées) pour répondre à la demande croissante des unités de soins pour la préparation de piluliers de type Dispill^{MD} ainsi que le remplacement des congés estivaux.
 - Congé estival sans solde d'une durée d'un mois pour Nancy Légaré ;
 - Arrêt de travail (5 mois) pour la pharmacienne Marie Dubreucq.
- Participation à plusieurs comités à l'intérieur de l'établissement :
 - Comité de pharmacologie
 - Comité exécutif du CMDP
 - Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
 - Comité de prévention des infections
 - Comité de l'enseignement
 - Conseil d'administration
 - Sous-comité des ressources humaines (conseil d'administration)
- Participation à quelques comités à l'extérieur de l'établissement :
 - Comité régional sur les services pharmaceutiques
 - Regroupement des chefs de département de pharmacie
 - Groupe d'achats de médicaments de Sigma Santé
 - Regroupement des pharmaciens experts en psychiatrie
 - Comité de formation de l'Association des pharmaciens des établissements de santé

Indicateurs de qualité et de performance 2018-2019

Dans sa politique de gestion, 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 ceux relevés cette année, bien que de nouveaux indicateurs soient actuellement en développement au niveau provincial :

- Pourcentage de patients pris en charge pour les soins pharmaceutiques : 83 % ;
- Nombre d'appels de garde : 3 ;
- Nombre d'erreurs interceptées à l'intérieur du département de pharmacie : 81 ;
- Nombre d'erreurs de médicaments imputables au département de pharmacie sur les unités de soins : 64 ;
- Nombre d'exercices d'appréciation annuelle de la contribution complétés : 4.

* Le taux de bilans comparatifs complétés ayant atteint sa cible depuis plusieurs années déjà a été retiré des indicateurs cette année.

Conclusion

Pour le département clinique de pharmacie, l'exercice 2018-2019 a été principalement marqué par l'embauche de pharmaciens supplémentaires, nous permettant maintenant de prodiguer des soins pharmaceutiques à une grande majorité des patients de l'établissement, soit le double de patients par rapport à l'année précédente.

Au niveau des services pharmaceutiques, une augmentation marquée de la demande a entraîné la production de plus de 1100 piluliers hebdomadaires cette année, en plus de devoir y gérer les multiples modifications de doses qui y sont reliées. Étant donné que la préparation de ces piluliers est une tâche manuelle et non automatisée, cela a conséquemment engendré un nombre d'erreurs plus élevé au sein du département cette année. Toutefois, le remplacement de l'ensacheuse de la pharmacie centrale a permis de diminuer les erreurs reliées aux bris techniques.

Ensuite, le recours téléphonique au pharmacien de garde est demeuré négligeable cette année. Rappelons que la disponibilité des pharmaciens de garde est limitée aux fins de semaine et jours fériés (8 h à 16 h) et qu'à notre connaissance, l'indisponibilité des pharmaciens à certaines heures n'a pas causé de préjudice aux patients.

Finalement, au niveau des ressources humaines, seulement quatre exercices d'appréciation annuelle de la contribution ont pu être réalisés cette année. Des mesures seront mises en place au cours de la prochaine année pour améliorer le rendement de cette tâche.

En terminant, nous en profitons pour remercier tous nos partenaires à l'intérieur de l'établissement avec qui nous avons collaboré cette année à l'atteinte de nos objectifs.

Département de la psychiatrie

Les principales actions réalisées ou en cours de réalisation du Département de la psychiatrie pour l'année 2018-2019 sont les suivantes :

- Recrutements de cinq nouvelles psychiatres ;
- Formation d'un comité de recrutement depuis janvier 2019 ;
- Participation active de plusieurs psychiatres au projet Trajectoires ainsi qu'à la programmation ;
- Implication dans le projet de hiérarchisation en psychiatrie légale.

Enseignement et rayonnement

Nos psychiatres demeurent actifs pour superviser les résidents et externes qui complètent un stage à l'Institut. Il faut souligner que ces derniers ont été plus nombreux cette année.

Quant au programme de surspécialité en psychiatrie légale une candidate termine sa formation en juin et ira travailler à Shawinigan. Deux candidates sont attendues pour juillet. Je demeure responsable du bloc de cours de psychiatrie légale au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal. Comme toujours, je peux compter sur l'appui de bon nombre de professeurs de notre département pour dispenser les cours aux résidents.

Dre Anne-Marie Bouchard est directrice du programme de psychiatrie générale à l'Université de Montréal.

Le docteur Michel Fillion poursuit son implication comme responsable de l'externat. Le poste de responsable de la résidence est maintenant assumé par la Dre Catherine Chartrand.

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

Service de pastorale

Le Service de pastorale a comme mandat le soutien et l'accompagnement à la vie spirituelle et religieuse de l'ensemble des patients à Pinel ainsi qu'à leurs proches.

Actions réalisées ou en cours de réalisation

- Messes de fin de semaine 2 fois par mois pour les catholiques et les chrétiens dans la petite chapelle.
- Sacrements de communion et de réconciliation donnés sur les unités à ceux et celles qui en demandent.

- Célébrations spirituelles (Sweat Lodge) pour les autochtones du F1 sur la Terre sacrée, une fois à chaque mois, du mois d'avril au mois de novembre.
- Smudges aux autochtones du F1 en particulier et des autres unités qui en demandent.
- Accompagnement spirituel au bureau ou à l'unité, à la demande des patients ou des membres des équipes soignantes.
- Tournées dans toutes les unités visites et rencontres des patients, peu importe leurs religions et dénominations religieuses, pour les saluer, les écouter, leur parler et les soutenir si c'est le cas.

Conclusion

Le Service de pastorale de l'Institut reste un lieu important pour tous les patients. Bien des fois sous-estimé, il continue d'offrir aux patients l'occasion d'explorer et d'approfondir leur spiritualité, et aux membres du personnel des renseignements religieux et culturels qui peuvent les aider à mieux comprendre et évaluer certaines demandes et certains comportements de leurs patients.

Notre intervention pastorale s'exerce sous plusieurs formes et s'avère bien reçue des patients et des membres du personnel, car elle se veut au service du mieux-être de la personne dans sa globalité.

L'approche que nous privilégions cherche toujours à s'harmoniser avec le plan de soin des patients des unités, tenant ainsi compte de leur réalité et des ressources du milieu. C'est pourquoi la multidisciplinarité et le travail d'équipe sont au centre de nos actions. Notre satisfaction réside dans les effets que nos efforts produisent chez ceux et celles avec qui et pour qui nous travaillons quotidiennement.

Direction de la recherche et de l'enseignement — Bilan des réalisations

L'année 2018-2019 a été marquée par la mise en œuvre de projets structurants et de partenariats afin d'actualiser la mission de développement, de mobilisation et de transfert des connaissances aux interfaces de la santé, des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique de la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DRE), au cœur de la mission nationale de l'Institut. Nous présentons ici les faits saillants d'une année bouillonnante d'activités et d'initiatives académiques.

Chercheurs et thèmes de recherche

L'essor sur le plan du recrutement de nouveaux chercheurs au Centre de recherche de l'Institut débuté en 2017-2018 s'est poursuivi en 2018-2019. Un nouveau chercheur régulier a été recruté ainsi qu'un nouveau chercheur associé. Le Centre de recherche compte maintenant 13 chercheurs réguliers et 16 chercheurs associés. Les orientations du Centre de recherche favorisent une approche intersectorielle, pluridisciplinaire et interuniversitaire. Les thèmes de recherche principaux des chercheurs gravitent autour du développement des comportements violents ; l'évaluation et la gestion du risque ; les services, politiques et interventions ; la délinquance sexuelle ; la responsabilité criminelle ; les soins sous contrainte et les alternatives à la judiciarisation ou à l'incarcération.

Nous avons accueilli comme chercheur titulaire à l'Institut monsieur Étienne Paradis-Gagné, Ph. D., qui était conseiller clinique à la Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires de l'Institut avant d'être nommé professeur adjoint au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Sa programmation de recherche se décline en trois axes : 1)

épistémologique et théorique, 2) psychiatrie et santé mentale, 3) psychiatrie légale. Sur le plan de la méthodologie de la recherche, Monsieur Paradis-Gagné préconise les méthodes qualitatives. Nous sommes fiers d'accueillir un premier chercheur régulier dans le champ des soins infirmiers au Centre de recherche.

Notons également le recrutement de monsieur Massil Benbouriche, Ph. D. à titre de chercheur associé international. Monsieur Benbouriche est maître de conférences en psychologie et justice, ainsi que membre de l'équipe de recherche du laboratoire PSITEC (Psychologie : Interactions, Temps, Émotions, Cognitions), au département de psychologie de l'Université de Lille. Sa programmation de recherche se situe dans le champ de la psychologie criminologique et de la psychologie légale. Il s'intéresse plus particulièrement aux facteurs situationnels, cognitifs et émotionnels associés aux comportements violents et à la délinquance sexuelle. Le recrutement de ce chercheur facilitera la création de collaborations sur le plan international.

Une demande d'octroi de statut de chercheurs réguliers a également été déposée auprès du Conseil d'administration de l'Institut pour deux autres chercheurs.

Subventions

Au courant de l'année 2018-2019, de multiples subventions ont été obtenues par les chercheurs du Centre de recherche, témoignant ainsi de l'excellence et de l'innovation de leurs programmations de recherche.

Madame Anne Crocker, Ph.D, directrice de la DRE à l'Institut et professeure titulaire au département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal, à titre de chercheuse principale, a reçu une importante subvention des Fonds de recherche du Québec — Société et culture (FRQSC). Cette subvention d'équipe de 400 000 \$ sur une période de 4 ans permettra de réaliser le programme de recherche intitulé « Programme interdisciplinaire de recherche sur les politiques et les pratiques intersectorielles en santé mentale, justice et sécurité publique ». Parmi les cochercheurs du projet se retrouvent des chercheurs de Pinel : Joao Da Silva, chercheur régulier et psychologue à l'Institut et professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, Jean-Pierre Guay, chercheur régulier et professeur agrégé à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, Patrice Renaud, chercheur régulier et professeur titulaire au département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et Yanick Charette, chercheur régulier et professeur adjoint à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval.

Une seconde subvention a été octroyée à madame Anne Crocker, Ph.D et monsieur Jean Proulx, Ph. D. chercheur régulier et psychologue à l'Institut et directeur de l'École de criminologie de l'Université de Montréal et leur équipe sur une période de 3 ans au montant de 199 467 \$. Cette subvention de développement de partenariat du Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) a été obtenue pour leur projet intitulé « Pathways to violence and desistance ». Ce projet de recherche, mené en collaboration avec des intervenants œuvrant dans des organismes de prise en charge des personnes violentes, vise notamment à identifier et à étudier des trajectoires menant à différentes formes de violence : la violence sexuelle, la violence conjugale, la violence chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale ainsi que la violence liée à la radicalisation.

Madame Crocker a également obtenu une importante subvention des IRSC à titre de cochercheur dans le cadre d'un projet mené par madame Laurence Roy, chercheuse associée à l'Institut, professeure adjointe à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill et chercheur de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Cette subvention de plus de 900 000 \$ sur une période de 5 ans permettra de réaliser le projet de recherche « AMONT : Prévention de l'itinérance et suivi du parcours résidentiel des nouveaux utilisateurs de services de santé mentale ».

Monsieur Jean Proulx a également obtenu deux subventions Savoir du CRSH à titre de cochercheur. Une subvention de plus de plus de 200 000 \$ sur une période de 3 ans a été octroyée pour la réalisation du projet intitulé « Deconstructing the notion of risk of sexual recidivism : An international observatory of research and practice ». Ce projet se réalisera en collaboration avec Patrick Lussier (chercheur principal) et Evan McCuish (cochercheur). De plus, monsieur Proulx agira également à titre de cochercheur dans le cadre du projet « Facteurs de risque et caractéristiques des auteurs de leurre et des consommateurs de pornographie juvénile dans une perspective d'intervention et de pratique policière ». Ce projet, pour lequel une subvention de plus de 185 000 \$ sur une période de 3 ans a été octroyée, sera mené par Francis Fortin. Les autres cochercheurs sont Franca Cortoni et Nadine Deslauriers-Varin.

Docteur Alexandre Dumais, Ph.D, psychiatre et chercheur à Pinel et Stéphane Potvin, Ph. D., chercheur à l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal et chercheur associé à Pinel, ont obtenu une importante subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le projet intitulé « A randomized controlled trial comparing Avatar Therapy to Cognitive Behavioral Therapy in Schizophrenia with treatment refractory hallucinations ». Ce projet novateur porte sur l'utilisation de la réalité virtuelle, dans le traitement des hallucinations auditives verbales de la schizophrénie, résistantes aux traitements pharmacologiques. L'étude vise à comparer la thérapie Avatar à la thérapie cognitive comportementale. Le projet se réalisera sur une période de six ans auprès de 136 participants. Ce projet sera possible grâce à la collaboration de plusieurs établissements de santé de la région métropolitaine. La démonstration de l'efficacité de la thérapie Avatar vise à offrir de nouvelles pistes de traitements pour les personnes touchées par la schizophrénie.

Enfin, en 2018-2019, monsieur Yanick Charette, Ph. D., chercheur régulier à l'Institut et professeur adjoint à l'École de service social de l'Université Laval, a été l'heureux récipiendaire d'une bourse salariale de chercheur boursier Junior 1 des Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) pour son programme de recherche intitulé « Parcours judiciaires et de soins des individus présentant un problème de santé mentale et opportunité d'intervention ».

D'autres chercheurs réguliers et associés du Centre de recherche de l'Institut poursuivent activement leurs travaux de recherche innovants dans le champ de la psychiatrie légale et continuent de faire rayonner l'Institut sur le plan local, provincial et international par la diffusion de leurs résultats de recherche. Cette année, 59 projets de recherche ont été menés sous la responsabilité de l'Institut par le biais des chercheurs du Centre de recherche, des étudiants qu'ils encadrent ou encore par des chercheurs provenant d'autres milieux et s'intéressant aux soins et services spécialisés offerts à l'Institut et à sa clientèle présentant des troubles de santé mentale graves et un risque de comportements violents. Le tableau ci-dessous résume l'essentiel des publications scientifiques et des activités de diffusion des résultats de recherche des chercheurs réguliers et associés du Centre de recherche de l'Institut.

Publications des chercheurs des réguliers et associés du centre de recherche

	Chercheurs réguliers	Chercheurs associés
Articles :		
Publiés	51	51
Sous presse/acceptés	11	29
Soumis	27	21
Articles dans des revues sans comité de pairs	3	3
Livres :		
Publiés	1	4
Sous presse	-	1
Chapitres de livres :		
Publiés	13	13
Sous presse/acceptés	-	9
Rapports de recherche	1	1
Affiches	16	24
Présentations	69	82
Présentations dans les médias	14	9

Projets structurants

L'année 2018-2019 a été marquée par le développement et la mise en place de divers projets structurants sur le plan de la recherche et des activités académiques à la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire.

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention — UETMI-SMJS

En lien avec la mission nationale de l'Institut, une unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité a été mise sur pied. Pour ce faire, la DRE a récemment procédé à l'embauche d'une nouvelle agente de planification, de programmation et de recherche, madame Ashley Lemieux, Ph. D., dont le mandat est de voir au développement et à la mise en place de la structure de l'UETMI. L'objectif principal de l'UETMI sera d'accompagner les gestionnaires et les praticiens dans la mise en œuvre des meilleures pratiques à l'Institut par le biais de l'identification des données probantes ainsi que le transfert et l'échange de connaissances. L'UETMI-SMJS vise à faciliter l'échange et la communication entre la recherche et la pratique.

L'UETMI sera essentielle dans l'évaluation des enjeux médicaux, psychosociaux, économiques et éthiques des technologies et des modes d'intervention. Ce soutien prendra la forme d'outils tels que des rapports, guides de pratiques, présentations ainsi que sous forme de consultation et d'accompagnement. Madame Lemieux travaillera de près avec l'agente d'information du Centre de documentation afin d'offrir un soutien aux membres de l'Institut.

Observatoire interdisciplinaire, interuniversitaire et intersectoriel de recherche en justice et santé mentale

Les travaux de l'Observatoire ont débuté en 2017-2018 grâce à l'obtention d'une subvention des Fonds Accès Justice du Ministère de la Justice du Québec par Anne Crocker. Le travail déjà effectué dans le cadre de l'Observatoire en 2017-2018 a été reconnu lors de la cérémonie de remise des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux le 31 mai 2018 à Québec. L'Observatoire s'est vu décerner une mention spéciale, soit le coup de cœur du ministre de la Santé et de la ministre déléguée aux services sociaux. Les prix d'excellence reconnaissent le travail exceptionnel réalisé par les acteurs du réseau et des milieux communautaires. Les prix visent à souligner les projets et les initiatives qui se démarquent par leur contribution remarquable au bien-être des patients.

Basé à l'Institut, l'Observatoire (<https://santementalejustice.ca/>) regroupe les expertises de la recherche à l'intersection de la santé mentale, de la justice et de la sécurité publique. L'Observatoire s'allie aux différents milieux de pratique et aux acteurs de premier plan concernés par l'étude, le développement et l'implantation d'initiatives, de programmes ou de protocoles offrant des alternatives à la judiciarisation de populations vulnérables, dont les personnes ayant des troubles mentaux.

Le 2 mai 2018, une journée d'information et d'échanges sur les tribunaux en santé mentale organisée par l'Observatoire a eu lieu à l'Institut avec la participation de nombreux chercheurs de l'Institut ainsi que des partenaires du réseau de la santé, la justice et la sécurité. Plus de 100 personnes ont participé à cette journée qui fut un franc succès.

De plus, toujours sous la direction d'Anne Crocker, l'équipe interdisciplinaire de recherche en santé mentale, justice et sécurité ayant obtenu une subvention du Fonds de recherche du Québec - Société culture (FRQSC), poursuivra les travaux de l'Observatoire. Rassemblant les expertises de recherche et de pratiques de disciplines et secteurs variés et complémentaires (psychiatrie légale, sciences infirmières, psychologie, itinérance, criminologie, travail social, intervention policière...) l'équipe verra au déploiement et à la coordination d'une programmation québécoise de recherche et de mobilisation des connaissances à l'interface de la santé mentale, de la justice et de la sécurité publique. Échelonné sur quatre ans (2018-2022), le financement par le programme de Soutien aux équipes du FRQSC permettra en outre de consolider les collaborations interuniversitaires et interdisciplinaires de recherche déjà établies par l'équipe intersectorielle de recherche Vulnérabilité, intégration sociale et violence (<https://visev.ca>). Le financement permettra de soutenir les activités de l'Observatoire interdisciplinaire de justice et santé mentale ainsi que du laboratoire Applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale (ARVIPL) de l'Institut.

Développement de partenariat sur les modes d'expression de la violence

La subvention de développement de partenariat octroyée à madame Anne Crocker, Ph.D, et à monsieur Jean Proulx, Ph.D, par le CRSH pour leur projet intitulé « Pathways to violence and desistance » ou PAVD agira également comme projet structurant à la DRE en regroupant des chercheurs de l'Université de Montréal (Anne Crocker, Jean Proulx, Frédéric Ouellet, Francis Fortin, Franca Cortoni, Sheilagh Hodgins), McGill (Cécile Rousseau, Laurence Roy), Université Laval (Yanick Charette, Patrick Lussier, Nadine Deslauriers-Varin), Université du Québec à Montréal (Ghayda Hassan, Natasha Godbout), Université de Sherbrooke (David Morin), Université d'Ottawa (Jean-Martin Deslauriers) de plusieurs disciplines telles la criminologie, la psychologie, l'ergothérapie et de quatre grands partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, de la justice, de la sécurité publique et du milieu communautaire : le RIMAS, le ministère de la Sécurité publique, À Cœur d'homme et l'Institut national de psychiatrie légale Philippe Pinel.

Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité

L'année 2018-2019 a également été marquée par le développement de la structure du Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité (CFOR-SMJS) de la DRE. Le travail de développement de la vision, la mission et les objectifs du CFOR est en cours et de nombreuses activités de formation ont été offertes dans la dernière année.

VISION

Agir comme modèle national et international sur le plan du transfert de connaissances au carrefour de la santé mentale, de la justice et de la sécurité.

MISSION

Offrir une programmation de formations et d'éducation à la fine pointe des connaissances afin de soutenir les meilleures pratiques dans le domaine de la santé mentale judiciaire; à l'interface de la santé mentale, de la justice et de la sécurité.

OBJECTIFS

Offrir une gamme de formations à l'intention de professionnels et d'intervenants du réseau institutionnel et communautaire de la santé et des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique

Sur le plan de la formation des professionnels et d'intervenants, la DRE a soutenu la mission d'enseignement de l'Institut de manière active.

Les stages

En 2018-2019, la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire a soutenu l'accueil de 103 stagiaires universitaires dans diverses disciplines dont les sciences infirmières, la psychoéducation, la psychologie, la criminologie, les sciences humaines, la pharmacie et la psychiatrie. Une nouveauté cette année : l'INPL Philippe-Pinel a accueilli un premier stagiaire pair-aidant. La résidente accueillie dans le programme de surspécialité en psychiatrie légale terminera sa résidence en juin 2019. Deux nouvelles candidates ont été sélectionnées pour le programme de surspécialité et elles amorceront leur résidence en juillet 2019. Les chiffres record d'accueil de résidents et d'externes de l'année 2017-2018 ont été maintenus en 2018-2019. Au total, 11 résidents et 30 externes ont complété leur formation à l'Institut en 2018-2019.

Activité du département de psychiatrie

Durant la dernière année, l'implication active et soutenue des psychiatres de l'Institut sur le plan de l'enseignement s'est poursuivie. Notons d'abord les diverses fonctions reliées à l'enseignement assumées par les psychiatres, dont Dre Jocelyne Brault, à titre de directrice du programme de surspécialité en psychiatrie légale ainsi que Dr Michel Filion, coordonnateur à l'externat. Dre Catherine Chartrand a pris la relève de Dre Gabrielle Cyr à titre de responsable à la résidence en psychiatrie et Dre Anne-Marie Bouchard a poursuivi son rôle comme directrice du programme de résidence en psychiatrie à l'Université de Montréal. Les psychiatres de l'Institut, avec le soutien de la

DRE, offrent de nombreuses activités d'enseignement en psychiatrie légale, dont les séminaires d'expertise, les séminaires des cas difficiles, le journal club et les rencontres de formation médicale continue. Dr Benoît Dassylva est le responsable des séminaires d'expertise. Sept séminaires ont eu lieu au courant de la dernière année. Ce séminaire est axé sur les activités reliées à la psychiatrie légale, criminelle ou civile. On y présente des cas cliniques comportant un intérêt au plan médico-légal : cas complexes au plan sémiologique, illustrant une nouvelle jurisprudence ou permettant une discussion sur des concepts médico-légaux. Des présentations plus théoriques sur des sujets plus pointus, de nouvelles jurisprudences ou de nouveaux outils d'évaluation sont aussi au programme. Dre Chantale Bouchard est la responsable des séminaires des cas difficiles. Quinze séminaires ont été organisés durant la dernière année. Cette activité a comme but le partage de cas complexes présentant diverses difficultés pour l'équipe traitante ainsi que le patient, incluant : le diagnostic, le traitement et la gestion du risque de violence. Une discussion instructive et un partage d'expertise ont lieu durant ces séminaires. Enfin, Dr Michel Filion, responsable du journal club, a tenu des rencontres à 8 reprises durant l'année 2018-2019. Les médecins et résidents y présentent à tour de rôle un article scientifique pertinent à la pratique. Le présentateur en fait une critique et par la suite les échanges portent sur la méthode de recherche, la validité de l'article et les nouvelles informations qui y sont contenues. Cette activité permet à la fois de développer un sens critique face à la littérature scientifique et aussi de se tenir à jour en ce qui concerne les dernières connaissances. Enfin, Dr Louis Morissette, responsable de la formation médicale continue, a organisé 8 rencontres dans la dernière année sur des thèmes variés.

Colloques et conférence scientifiques

Durant l'année 2018-2019, la programmation de conférences scientifiques axée sur des thèmes reliés aux enjeux cliniques et à l'intervention dans le champ médico-légal s'est poursuivie. Les conférences ont été offertes au personnel de l'Institut ainsi qu'aux partenaires et autres établissements du réseau de la santé, de la sécurité et de la justice. Au total, plus de 346 membres du personnel de l'Institut ont participé aux conférences et plus de 150 sites se retrouvant à l'extérieur de l'Institut ont pu bénéficier des conférences par le biais de la visioconférence. Sept conférences scientifiques ont été organisées au courant de l'année. Les conférences, présentées, entre autres, par des cliniciens et chercheurs de l'Institut ou des partenaires provenant de l'international, ont porté sur les thèmes d'actualité suivants : les meurtriers sexuels, la décision partagée quant aux soins et au traitement présenté par le patient partenaire monsieur Luc Vigneault, les facteurs de protection SAPROF, le projet Chez soi, l'influence de l'environnement social sur le parcours judiciaire des personnes présentant un problème de santé mentale, les tribunaux en santé mentale et les agressions en psychiatrie légale.

L'année 2018-2019 fut une année durant laquelle le développement de la structure du Centre de formation a occupé une place importante. De nombreuses activités de formation ont eu lieu tout au long de l'année en plus de la préparation du congrès de l'IAFMHS qui sera offert en juin 2019.

Parmi les activités du C-FOR (SMJS) se retrouvent les colloques. Un colloque portant sur les aspects éthiques et juridiques des soins sous contraintes a eu lieu le 19 avril 2018. Ce colloque a attiré plus de 150 personnes sur place à l'Institut ainsi que 5 sites distants par visioconférence. Au total, 212 personnes ont pu bénéficier de ce colloque. Un second colloque a eu lieu le 23 novembre 2018 et avait comme thème « Addiction aux opioïdes et au cannabis : enjeux et nouveautés en 2018 ». Ce colloque a été le fruit d'une première collaboration entre le département de psychiatrie et d'addictologie et le département de médecine de famille et médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Plus de 300 personnes ont participé à ce colloque, soit sur place ou en visioconférence.

Dans le cadre des activités reliées à l'outil DUNDRUM, et en proche collaboration avec la Direction des services professionnels de l'Institut, la révision de la version préliminaire de la traduction en

français de l'outil a eu lieu dans le cadre de l'année 2018-2019. Cette révision a été possible grâce au soutien de l'équipe VISEV (Vulnérabilité, Intégration sociale et Violence) dirigé par Anne Crocker. Des travaux ont également été amorcés afin d'offrir une formation à l'outil DUNDRUM au printemps 2019, et ce, à la fois dans le cadre du projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale du ministère de la Santé et des Services sociaux et du projet trajectoires et programmation de l'Institut.

La formation d'introduction aux méthodes de recherche a été donnée pour une deuxième année consécutive. Madame Marie-Hélène Goulet, Ph. D., infirmière et professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a présenté sur les méthodes qualitatives alors que madame Marichelle Leclair, candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal, a présenté sur les méthodes quantitatives. Cette formation a de nouveau été fort appréciée et sera reprise au courant de l'année prochaine.

Notons aussi que de nombreuses formations portant sur des instruments de mesure dans le champ de la psychiatrie légale ont été dispensées à l'Institut. Une formation à l'outil HCR-20 a été offerte à deux reprises au personnel de l'Institut au courant de l'année 2019. Le CFOR (SMJS) a également offert pour une première fois aux gens de l'externe cette formation en 2019. Des formations à l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R), au SAPROF, à des outils utilisés en délinquance sexuelle et au START (au Québec et en Suisse) ont également été offertes. D'autres formations pointues de la sorte seront offertes par le CFOR (SMJS) au courant de l'année 2019-2020.

De plus, la Direction de la recherche et de l'enseignement a offert au personnel de l'Institut l'accès à de nombreux webinaires et conférences sur des thèmes d'actualité en santé mentale, justice et sécurité. Enfin, en collaboration avec les autres Directions de l'Institut, des formations spécialisées ont été offertes aux partenaires du réseau de la santé et de la sécurité de l'Institut.

Durant l'année 2018-2019, l'implication de la DRE auprès de l'International Association of Forensic Mental Health Services (IAMFHS) s'est intensifiée. L'IAFMHS est une association internationale sans but lucratif dont le mandat principal est d'organiser une conférence annuelle pour promouvoir la diffusion des dernières recherches sur les questions juridiques, administratives et éthiques de l'heure en santé mentale judiciaire. Madame Anne Crocker a été nommée présidente élue de l'IAFMHS en 2018. La candidature de Montréal a été retenue pour la tenue de la conférence de l'IAFMHS en juin 2019. Madame Crocker ainsi que l'équipe de la DRE, assure activement, en collaboration avec l'association, l'organisation de cet important congrès. Cette participation de l'Institut aux activités de l'IAFMHS lui assure un rayonnement au plan international dans le champ de la psychiatrie légale.

Les activités du CFOR-SMJS sont soutenues par le comité de l'enseignement. Ce dernier a tenu cinq réunions au cours de l'année 2018-2019. Le comité est composé de 14 membres de l'IPPM afin de s'assurer de la représentation de l'ensemble des disciplines appelées à participer et à élaborer des activités d'enseignement, de supervision de stages et de transfert de connaissances. Le comité se compose des 14 personnes suivantes : PDG : Dre Renée Fugère ; DRE : Anne Crocker (Directrice de la DRE), Sonia Landry, Hongyue Pan, Marie-Lou Robillard, Jeanne Vachon ; DSI-SM : Étienne Paradis-Gagné ; département de psychiatrie : Dre Kim Bédard — Charette, Dre Jocelyne Brault, Dre Gabrielle Cyr ; département de pharmacie : Nancy Légaré ; DSP : Melissa McDonald, Antonella Orsini ; Service des ressources humaines : Julie Malouin. En cours d'année, madame Charlene Seyer-Forget a pris la relève d'Étienne Paradis-Gagné en tant que représentante de la DSI-SM et Dre Catherine Chartrand a pris la relève de Dre Gabrielle Cyr en tant que responsable à la résidence en psychiatrie. Le comité s'attarde aux enjeux concernant l'enseignement et les stages à l'Institut.

Colloques et formations projetées en 2019-2020

Enfin, le CFOR-SMJS prévoit de nombreuses activités au courant de l'année 2019-2020.

Colloques :

- 25 au 27 juin 2019 — Cultural Diversity at the Intersection of Mental Health and the Law — Congrès de l'IAFMHS
- 10 octobre 2019 – Colloque en collaboration avec le département de psychiatrie et le département de médecine de famille et de médecine d'urgence « L'anxiété de l'enfance à l'âge adulte »
- 22 novembre 2019 – « Troubles du spectre de l'autisme et comportements perturbateurs »
- 7 et 8 mai 2020 — Colloque en psychopharmacologie

Activités scientifiques et formations :

- Série de conférences scientifiques du mercredi (programmation 2019-2020)
- Formation à divers outils d'évaluation : HCR-20, PCL-R, DUNDRUM, START et d'autres encore
- Janvier 2019 : Formation aux méthodes de recherche qualitative et quantitative
- Autres formations en statistiques

Plateformes, infrastructures et initiatives

Parmi les plateformes infrastructures et initiatives de la DRE durant l'année 2018-2019, notons les éléments suivants :

Groupe de consultation statistique :

Le groupe de consultation statistique (GCS) de l'Institut a poursuivi son soutien aux chercheurs et aux étudiants du Centre de recherche par le biais de son offre de formations en statistiques ainsi que ses services d'analyse de données et de soutien à la rédaction d'articles et de demandes de subventions. Dans la dernière année, le GCS a appuyé la cueillette et l'analyse de données dans le cadre de la cartographie de la clientèle de l'Institut à l'aide de l'outil DUNDRUM dans le cadre du projet trajectoires et programmation.

Modernisation des ressources documentaires et outils de recherche :

Le Centre de documentation a continué de se moderniser et d'évoluer au courant de l'année 2018-2019. Le travail d'élagage de la collection amorcé s'est poursuivi activement en lien avec l'objectif de transformer le Centre de documentation en un Centre d'information de pointe dans le champ de la psychiatrie légale où les cliniciens, intervenants, administrateurs, étudiants et chercheurs pourront consulter les ressources informationnelles et suivre des formations diverses concernant les moyens d'accéder aux informations scientifiques et documentaires. De plus, les espaces ont été complètement réaménagés afin de faciliter l'échange, la collaboration et la consultation pour les usagers. Notre nouvelle agente d'information, madame Hongyue Pan, a assuré la modernisation et la bonification de l'offre des ressources documentaires électroniques par l'intégration du catalogue Réseau Santécom au Centre de documentation et par le biais de nouvelles ressources documentaires telles que PsycInfo, PsycArticles et CINAHL complete.

Au courant de la dernière année, il y a eu plus de 400 emprunts au Centre de documentation ainsi que plus de 300 prêts entre bibliothèques ; près de 1700 recherches documentaires ont été effectuées dans la base de données du Centre de documentation.

Afin de promouvoir davantage les services offerts au Centre de documentation, des efforts ont été consacrés à l'élaboration d'un nouveau dépliant expliquant l'offre de services et à la refonte du site web du Centre de documentation. Enfin, madame Pan a participé au sous-comité du Consortium des ressources électroniques du RUISS tout au long de l'année. De plus, la directrice de la DRE, Anne Crocker est membre du comité de l'enseignement du RUIS de l'Université de Montréal et du sous-comité des ressources documentaires, qui permet de faire valoir les besoins et intérêts de l'Institut.

Laboratoire de réalité virtuelle en psychiatrie légale :

Le laboratoire de réalité virtuelle en psychiatrie légale de l'Institut a poursuivi ses activités tout au long de l'année 2018-2019, notamment en assurant les infrastructures nécessaires aux évaluations en délinquance sexuelle dans le cadre du laboratoire des préférences sexuelles dirigé par Patrice Renaud, Ph. D. Les activités de la voûte seront soutenues par les fonds de recherche de l'Observatoire et des travaux sont en cours afin de développer des formations de pointe via la plateforme technologique de la voûte du laboratoire de réalité virtuelle.

Entente de partenariats institutionnels :

Le Centre de recherche de l'INPL Philippe-Pinel a également poursuivi son développement en favorisant une approche interdisciplinaire et interuniversitaire aux questions psycholégales de l'heure sur le plan des partenariats. C'est selon cette approche que le partenariat établi en septembre 2017 entre l'Institut et le Mental Health, Law, and Policy Institute de l'Université Simon Fraser en Colombie-Britannique s'est poursuivi. Cette entente vise à établir un programme d'échange académique et scientifique entre les deux institutions.

D'autres partenariats sont en cours de développement. Des discussions ont lieu avec le Centre for Ethics, Law and Mental Health situé en Suède. Ce centre, affilié à l'université de Gothenburg, mène des travaux de recherche sur les troubles mentaux, les comportements violents et la responsabilité criminelle dans un contexte d'interdisciplinarité.

Enfin, le nouveau partenariat avec le Centre international de criminologie de l'Université de Montréal (CICC), qui est affilié à l'Université de Montréal, a continué de se développer. Ce partenariat vise à élargir les liens existants avec le CICC. Plusieurs des chercheurs réguliers et associés du Centre de recherche de l'Institut travaillent en collaboration avec le CICC à titre de chercheur régulier, dont madame Anne Crocker et messieurs Denis Lafortune et Jean Proulx parmi d'autres.

Comité étudiant :

Le comité étudiant du Centre de recherche a repris vie en 2018-2019 sous l'égide de la porte — parole Marichelle Leclair. Ce comité vise à augmenter la collaboration entre étudiants des différentes équipes de recherche et à créer des opportunités de formation formelles et informelles pour les étudiants du Centre de recherche. Le comité travaille à la mise en place de groupes de relecture/de révision d'articles avant une première soumission, de sessions hebdomadaires de travail

« pomodoro » au Centre de recherche ainsi que des activités de collecte de fonds à l'automne pour soutenir les activités de recherche des étudiants par le biais de bourses.

Bourses étudiantes :

En 2018-2019, le CFOR-SMJS a lancé son premier concours de bourses de congrès Gilles Côté. Monsieur Côté a été le directeur de la recherche à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel pendant 17 ans, soit de 1998 à janvier 2017, après y avoir été chercheur de 1986 à 1997. Il a également été professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois Rivières pendant 26 années. C'est en l'honneur de ce chercheur, mentor, professeur et directeur, vivement engagé auprès de ses étudiants tout au long de sa carrière que nous mettons sur pied cette Bourse. M. Côté a toujours soutenu de manière continue les étudiants et nous saisissons l'occasion de sa récente retraite pour lui rendre hommage en soutenant la prochaine génération de chercheurs.

Deux bourses de 1 000 \$ ont été offertes pour appuyer la participation d'étudiants universitaires aux cycles supérieurs à des congrès scientifiques internationaux afin d'y présenter les résultats de leurs recherches traitant d'un thème en lien avec la mission de Pinel. Mesdames Ashley Lemieux et Félicia Deveaux ont mérité des bourses cette année. Leurs travaux de recherche seront présentés à l'Institut.

Finalement, l'ensemble de l'équipe de la DRE est activement impliqué dans le soutien à la Fondation Pinel dans la collecte de fonds depuis près de deux ans maintenant.

C'est avec enthousiasme que l'équipe de la DRE entrevoit la prochaine année à venir afin de poursuivre le développement de la recherche et des activités académiques à l'Institut ainsi que le déploiement de sa mission nationale.

Direction des services techniques — Bilan des réalisations

La direction des services techniques a réalisé et commencé plusieurs projets d'envergure depuis avril 2018.

Voici les projets qui ont été réalisés ou ont débuté au cours de l'année 2018-2019 :

- Projet d'économie d'énergie
- Réfection des ascenseurs — phase 3
- Remplacement de la toiture du secteur des loisirs
- Réfection chaufferie et réseau de chauffage
- Sortie de secours aux services financiers
- Réfection des systèmes de ventilation phase 1
- Réfection des systèmes de ventilation phase 2
- Réfection des systèmes de ventilation phase 3
- Nettoyage des conduits de ventilation phase 2
- Réaménagements divers sur unités de vie
- Sécurisation des façades bloc Hôpital
- Rehaussement des systèmes de sécurité
- Réfection des cuisinettes d'unités
- Sécurisation des plafonds

- Sécurisation des chambres des patients
- Portes motorisées pour accès aux cours
- Réfection des DAR (nourrice)

Au niveau du secteur de l'hygiène et salubrité, certaines modifications ont été apportées afin d'optimiser nos pratiques et d'atteindre des standards de qualité. Plusieurs changements concernant les techniques de travail ont permis d'offrir un service de meilleure qualité tout en répondant aux normes d'hygiène et de salubrité exigées par le MSSS. De nouvelles routes de travail, de nouveaux équipements, de nouveaux produits, de nouvelles façons de faire ainsi que quelques formations offertes aux employés ont facilité la mise en application de meilleures pratiques et par le fait même, d'accroître la performance du service. Une demande au MSSS a été autorisée pour augmenter de plus de 47 % nos effectifs afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle ainsi qu'aux normes ministérielles minimales exigées. La structure est maintenant fonctionnelle.

Les défis de la direction des services techniques sont nombreux. La vétusté de notre bâtiment s'avère être le plus gros défi de la direction, notre infrastructure vieille de près de 50 ans nécessite beaucoup d'entretien et de réparations. Plusieurs projets d'envergure sont à prévoir et à planifier pour la prochaine année. Les financements sont maintenant disponibles et différents projets sont actuellement en attente d'approbation de la part du MSSS.

4. Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Attentes (chapitre III)	Description	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable
Implanter dans chaque établissement de santé et services sociaux un comité stratégique de prévention et de contrôle des infections (CS-PCI) (02.1)	<p>"Chaque établissement doit mettre en place un CS-PCI et s'assurer qu'il remplisse son mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réviser annuellement les objectifs et les priorités en PCI et faire des recommandations aux instances visées; • suivre l'évolution de la situation épidémiologique au regard du risque infectieux; • suivre l'application des mesures en PCI; • suivre les données de surveillance sur les IN et les audits; • adopter le bilan annuel de PCI et assurer le suivi auprès du C. A.; • entériner le choix des indicateurs relatifs à l'évaluation du programme PCI; • assurer l'harmonisation et la standardisation des pratiques PCI; • recevoir et entériner les politiques et procédures en PCI et formuler les recommandations aux instances appropriées pour leur mise en œuvre; • déterminer les enjeux et les recommandations de PCI à acheminer au CODIR; • déterminer les enjeux de ressources matérielles et humaines qui nuisent à l'atteinte des objectifs du programme; • acheminer les recommandations nécessaires au CODIR. <p>Chaque établissement doit s'assurer que le CS-PCI est</p>	R

<p>Mesures alternatives et bonnes pratiques des établissements non fusionnés pour le respect des délais d'attente des usagers en statut NSA (03.6)</p>	<p>rattaché au PDG ou à une autre structure décisionnelle déléguée par le PDG.</p> <p>Le CS-PCI doit tenir au moins quatre rencontres par année."</p> <p>Les établissements non fusionnés, de par leur mission suprarégionale, ont un champ d'action différent des CISSS et CIUSSS qui ont une responsabilité populationnelle. Ils ont des responsabilités dans la prévention et la réduction des NSA et dans la collaboration avec les CISSS et CIUSSS. Ainsi, ils doivent produire un état de mise en œuvre des pratiques intra hospitalières et en aval, conformément au Guide de soutien NSA.</p>	<p>Retiré par le MSSS</p>
<p>Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés (07.1)</p>	<p>Le différentiel entre l'indice de vétusté physique (IVP) d'un bâtiment et le seuil d'état établi, soit 15 %, doit diminuer proportionnellement, à tout le moins, à la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) à atteindre au 31 mars 2020 pour ce bâtiment.</p> <p>Le calcul de l'IVP est basé sur la valeur résiduelle des travaux de maintien ce qui implique la mise à jour systématique des listes de besoins. Pour ce faire, l'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du PCFI et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de RDM est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un IVP nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.</p>	<p>R</p>

<p>Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux (08.2)</p>	<p>Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en assurant des liens avec la gestion intégrée des risques de l'établissement.</p> <p>À cet effet, l'établissement doit maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation.</p> <p>Ensuite, l'établissement doit mettre en place ou maintenir un comité formé de représentants de toutes les directions et programmes pour les travaux de gestion des risques en sécurité civile.</p> <p>L'établissement doit également déterminer, en fonction de son appréciation et de ses préoccupations, la portée retenue pour circonscrire le processus de la gestion des risques.</p> <p>Finalement, l'établissement doit compléter la phase d'appréciation des risques du processus, selon la portée retenue.</p>	<p>R</p>
<p>Plan de maintien des services ou activités critiques – Santé et Services sociaux (08.3)</p>	<p>Pour accroître sa résilience en matière de sécurité civile, l'établissement doit amorcer l'élaboration d'un plan de maintien des services ou activités critiques. À cet effet, pour 2018-2019, l'établissement doit procéder à l'identification de ces services et de ces activités jugés critiques.</p>	<p>R</p>

Chapitre IV : Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique du MSSS 2015-2020

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2017-2018</i>	<i>Engagement 2018-2019</i>	<i>Résultat** 2018-2019</i>	<i>Engagement 2019-2020</i>
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6.67	5.35	6.45	5.25
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	4.30	4.38	4.85	4.25
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0.28	0.08	0.23	0.25

Les cibles 2018-2019 qui proviennent des engagements pris en vertu de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Au 31 mars 2019, nos trois indicateurs ressources humaines étaient légèrement au-dessus de l'engagement que nous avons pris dans notre entente de gestion et d'imputabilité. Toutefois, il est important de constater que le tout est très bien en comparaison avec le reste du Réseau de la Santé.

Ratio d'heures en assurance salaire

Une analyse approfondie de l'ensemble des dossiers d'assurance salaire a été effectuée afin d'identifier les axes d'intervention. Différentes actions, tant administratives que préventives, ont été mises en place et ont permis de diminuer le pourcentage observé en début d'année. Il est d'ailleurs à noter que nous avons diminué notre taux depuis l'an passé.

De plus, la nouvelle structure RH permet la participation de plusieurs acteurs dans la gestion des dossiers, ce qui permet une prise en charge plus grande tant d'un niveau stratégique, opérationnel et administratif. Nous croyons que cela pourra avoir un impact positif à court, moyen et long termes.

En raison de diverses préoccupations en termes de conditions de travail et de stabilité d'emploi, le climat de travail a pu être parfois plus difficile. Cela explique en partie notre taux. Toutefois, nous avons démontré notre capacité à contrôler les heures d'assurance salaire.

Taux d'heures supplémentaires

Notre taux d'heures supplémentaires a été plus élevé que souhaité en raison d'un taux d'absentéisme très élevé pour un titre d'emploi en particulier, soit celui de sociothérapeute. Ainsi, avec plusieurs employés (le tiers des employés de ce titre d'emploi) en congé sans solde, en congé de maternité ou en absence maladie, il a été difficile de combler les besoins pour ce titre d'emploi. Toutefois, nous avons réussi à le faire grâce au temps supplémentaire, à plusieurs embauches de divers titres d'emplois et à une bonne planification de la main-d'œuvre. Sans ces efforts, le portrait aurait été tout autre.

Il a tout de même été possible de maintenir un bon contrôle du temps supplémentaire obligatoire. Ainsi, nous n'avons eu aucun quart de travail en TSO au cours de l'été 2018.

Utilisation de la main-d'œuvre indépendante

La main-d'œuvre indépendante est utilisée à l'Institut, car plusieurs corps de métier ne font pas partie de la main-d'œuvre régulière de l'Institut. De plus, des travaux majeurs sont en cours pour rajeunir les ressources immobilières et garantir des économies d'énergie futures à l'organisation. Nous avons été en mesure toutefois de maintenir un taux de MOI très peu au-dessus de la cible fixée avec une gestion optimale des projets en cours de réalisation.

5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

Les principaux risques d'incidents et d'accidents

1. Médication : 235 (26.7/10 000 jours), +14% en comparaison avec l'année dernière
2. Chutes : 71 (8.1/10 000 jours), +39% en comparaison avec l'année dernière
3. Effets personnels : 20 (2.3/10 000 jours), -30% en comparaison avec l'année dernière
4. Abus/Agressions : 19 (2.2/10 000 jours), -27% en comparaison avec l'année dernière
5. Tests diagnostiques : 19 (2.2/10 000 jours), +4% en comparaison avec l'année dernière

Tableau 1 : Nombre total de déclaration d'incidents et d'accidents pour les années financières 2012-2019*

INPL	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Total	403	309	403	453	461	540	552
Par 1000 J/P	3.99	3.11	4.47	5.04	5.33	6.31	6.28

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

Tableau 2 : Nombre de déclarations d'incidents et nombre de déclarations d'accidents pour les années financières 2012-2019

2013-2014		2014-2015**		2015-2016		2016-2017		2017-2018		2018-2019	
I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A
64	244	44	359	73	380	72	389	147	393	106	446

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

Tableau 3 : Total de déclarations d'incidents et d'accidents par type d'évènement pour les années financières 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019 par nombre et par 10 000 jours/présence

Circonstance	2016-2017 N/10000JP	Ecart 2015-2016/ 2016-2017	2017-2018 N/10000JP	Ecart 2016-2017/ 2017-2018	2018-2019 N/10000JP	Ecart 2017-2018/ 2018-2019
Abus/Agression	29/3.4	-17%	26/3.0	-12%	19/2.2	-27%
Physique	28/3.2		23/2.7	-21%	19/2.2	-19%
Psychologique	1		3		0	
Accès non autorisé	3		0		2	
Automutilation	14/1.6	-30%	23/2.7	+69%	36/4.1	+52%
Blessure d'origine connue	16/1.9	-38%	13/1.5	-19%	8/0.9	-40%
Blessure d'origine inconnue	8/0.9		4/0.5	-50%	7/0.8	+60%
Bris de confidentialité	0		2		1	
Désorganisation avec blessure	19/2.2	-37%	29/3.4	+54%	20/2.3	-33%
Erreur lié au dossier	0		11		15	
Évènement en lien avec une activité	8		9		7	
Fugue/disparition	20		23/2.7	+15%	18/2.0	-17%
Intoxication suite à consommation de substance dangereuse	1		2		1	
Lié au consentement	0		1		0	
Lié aux mesures de contrôle	7		13/1.52	+86%	8/0.9	-41%
Obstruction respiratoire	4		6/0.7	+50%	6/0.7	
Tentative de suicide/suicide	3		3		2	
Trouvé en possession d'objet dangereux	0		6		4	

Chute	74/8.6	+4%	50/5.8	-32%	71/8.1	+39%
Autre	1		4		3	
Bain/douche	3		2		2	
Chaise/fauteuil	5		3		5	
Civière	0		2		0	
En circulant	42		14/1.6	-67%	34/3.9	+143%
Escalier	0		2		1	
Lit	9		4		4	
Lors d'activités	5		6		9	
Lors d'un transfert	0		0		1	
Toilette	1		0		2	
Trouvé par terre	8		13/1.52	+37%	10/1.1	-15%
Quasi-chute	0		0			
Total diète	0		4		4	
Allergie connue	0		2		2	
Péremption	0		1		0	
Utilisation non conforme	0		1		0	
Total lié à l'équipement	4	+50%	6	+50%	6	
Bris/Défectuosité	1		4		2	
Disparition/Perte	1		0		1	
Utilisation non conforme	0		1		0	
Autre	2		1		0	
Total lié au matériel	6	+50%	9	+50%	7	
Bris/Défectuosité	3		3		3	
Disparition/Perte	0		3		2	
Stérilité / bris d'asepsie	0		1		0	
Utilisation non conforme	0		1		0	
Autre	3		1		1	
Total lié aux effets personnels	10		28/3.3	+60%	20/2.3	-30%
Autre	1				0	
Bris/Défectuosité	1		15/1.8	+400%	10/1.1	-39%
Dégat d'eau	0		1		0	
Disparition/Perte	8		12		10	
Médication	218/ 25.2	+18%	201/ 23.4	-8%	235/ 26.7	+14%
Autre	9		17		10	
Allergie connue	0		0		0	
Conservation/Entreposage	2		3		1	
Disparition/Décompte	5/0.6	-87%	5/0.6		12/1.4	+133%
Disponibilité	4/0.5		4/0.5		7/0.8	
Dose/débit	25/2.9		22/2.6		33/3.8	+46%
Heure/date administration	24/2.8	+33%	29/3.4	+21%	27/3.1	-8%
Identité de l'usager	13		13		15	
Non-respect d'une procédure	41/4.7	+115%	50/5.8	+20%	45/5.1	-12%
Omission	66/7.6	+43%	38/4.4	-42%	66/7.5	+70%
Péremption	0		4		0	
Trouvé	21/2.4	+320%	11/1.3	-47%	8/0.9	-31%
Type/sorte/texture	5/0.6		3/0.4		9/1.0	+250%

Voie d'administration	3		2		2	
Tests diagnostiques	3/0.3		18/2.1	+500%	19/2.2	+4%
Analytique	0		4		1	
Autre	0		2		0	
Erreur de saisie liée à l'ordonnance	0		2		0	
Erreur liée à l'identification	0		1		1	
Non-respect d'une procédure	0		4		9	
Post-Analytique	0		3		4	
Pré-analytique	0		2		4	
Total traitement	6/0.7		20/2.3	+ 67%	21/2.4	
Autre	0		2		3	
Disponibilité	0		1		1	
Non-respect d'une procédure/protocole	0		1		15	
Omission	0		1		0	
Total général	461/ 53.3	+1.8%	540/ 63.1	+6%	552/ 62.8	-0.5%

Répartition de la gravité des événements indésirables déclarés en 2018-2019

Échelle de gravité

	A	B	C	D	E1	E2	F	(vide)	Total général
Milieu services									
A1	1	4	11	8	2	1	1		28
A2	1	5	14	2	10	1	1		34
Archives		2							2
B1	2	2	21	13	9	1			48
B2	1	2	20	4	2	1			30
C1	2	13	18	6	7	1	1		48
C2	2	6	10	3	6	1	1		29
Clinique reseau-jeunesse - SE 1 er étage		1							1
D1	1	2	9	4	4				20
D2	1	1	15	5	6				28
E1	1	4	22	23	10		1		61
E2	2	3	16	13	11	5			50
F1	2	4	17	5	5	3	1		37
F2		1	11	2	14	1			29
H3	4	10	17	8	9	1			49
H4		4	8	7	8				27
Institut National de Psychiatrie Légale	6		4	1					11

Philippe Pinel									
Pharmacie		15	7						22
Sevices externes		1							1
Total général	26	80	220	104	103	16	6		555
Pourcentage	4,7	14,4	39,6	18,7	18,6	2,9	1,1		

Répartition de la gravité des événements indésirables déclarés en 2018-2019, selon le type d'événements

Échelle de gravité

Type événements	A	B	C	D	E1	E2	F	(vide)	Total général
Abus/Aggression/Harcèlement/Intimidation				8	10	1			19
Autres	6	21	16	28	64	9	4		148
Chute			2	33	28	5	2		70
Diète		1		2	1				4
Lié à l'équipement	4		1	1					6
Lié au bâtiment		1							1
Lié au matériel	3	2	1	1					7
Lié aux effets personnels		3	19						22
Médication	12	40	157	27					236
Test Dx Laboratoire		4	15	2					21
Traitement	1	8	9	2		1			21
Total général	26	80	220	104	103	16	6		555
Pourcentage	4,7	14,4	39,6	18,7	18,6	2,9	1,1		

Les infections en chiffres

TYPES D'ÉVÈNEMENTS		2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Nombre total : Tinea pedis		93	76	70	26	40
- Présente à l'admission		68	53	38	9	16
- Développé lors de l'hospitalisation		25	23	32 0.4 sur 1000 jours/présence	17 0.2 sur 1000 jours/présence	24 0.27 sur 1000 jours/présence
Éclosion de Tinea pedis		0	1	1 (A2)	1 (B2)	0
Zona (cas)		0	0	1	0	0
Syndrome d'allure grippal (SAG)	Nombre de cas	2	17	6	4	4
	Éclosions de SAG	0	2	1	0	
	Jours d'isolement	N/D	28	29	15	13
Gastro entérite d'allure virale*****	Nombre de cas	122	18	38	68	35
	Éclosion	4	0	2	1	
	Jours d'isolement	311	50	104	161	87
C. difficile		0	0	0	0	1

*****Considérant l'absence prolongée non remplacée de la conseillère en PCI certaines données de l'année financière 2017-2018 peuvent être approximatives

*****Cas correspondants à la définition de la gastro-entérite d'allure virale de la Direction de la santé publique

Gastroentérite d'allure virale :

- 1 éclosion d'une durée de 5 jours à l'unité E2 impliquant 3 patients est survenue le 4 janvier 2019.
- 1 éclosion d'une durée de 7 jours à l'unité E1 impliquant 2 patients est survenue le 2 février 2019.

Les éclosions ont été déclarées à la Direction de la santé publique de Montréal selon les modalités prévues. Afin de limiter la propagation des éclosions, les usagers et le personnel des unités en cause ont été rencontrés et les mesures recommandées dans les lignes directrices de gestion des éclosions ont été appliquées en collaboration avec le Service d'hygiène et salubrité.

Agrément

Du 18 au 21 novembre 2018, les visiteurs d'Agrément Canada sont venus évaluer les normes relatives à la gouvernance, au leadership, à la prévention et au contrôle des infections, ainsi qu'à la gestion des médicaments. Lors de cette visite, les trois visiteurs ont examiné nos façons de faire, ils ont rencontré le conseil d'administration, le comité de direction, le comité d'éthique hospitalière, le comité de pharmacie et plusieurs équipes cliniques. Leur analyse a permis d'agréer à nouveau l'Institut. Ils ont également identifié quelques éléments mineurs permettant une meilleure gestion, qui sont actuellement implantés ou en élaboration.

Sécurité et qualité des soins et des services

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers

Mesures planifiées						
	Patients distincts (P.D.)/NB interventions					
Année de référence	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
MUE	436 P.D.	425 P.D.	359 P.D.	402 P.D.	475 P.D.	409 P.D.
Contrôle ambulatoire	99 P.D.	70 P.D.	75 P.D.	96 P.D.	127 P.D.	121 P.D.
Chaise fixe	44 P.D.	42 P.D.	51 P.D.	60 P.D.	76 P.D.	80 P.D.
Mesure d'urgence appréhendée	226 P.D./ 1396 Int.	222 P.D./ 1128 Int.	171 P.D./ 442 Int.	123 P.D./ 332 Int.	16 P.D./21 Int.	0 P.D.
Mesures non planifiées						
	Patients distincts (P.D.)/NB interventions					
Année de référence	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Mesure d'urgence	123 P.D./ 370 Int.	160 P.D./ 502 Int.	266 P.D./1666 Int.	408 P.D./4037 Int.	464 P.D./4381 Int.	426 P.D./ 3961 int.
Contention au lit x 4 membres	132 P.D./ 871 Int.	111 P.D./ 362 Int.	117 P.D./ 493 Int.	101 P.D./ 432 Int.	137 P.D./538 Int.	31 P.D./ 429 int.

Au cours des cinq dernières années, nous observons une fluctuation des mesures de contrôle planifiées (Mesure ultime d'encadrement, contrôle ambulatoire et mesure d'urgence appréhendée) dans l'établissement. La priorité ministérielle « Dossier NSA » pour rediriger les patients en niveau de soins alternatif vers les ressources appropriées à leurs besoins apporte une fluidité dans la trajectoire de service hiérarchisée. Conséquemment, notre organisation se recentre sur sa mission première en accueillant une clientèle nécessitant un encadrement clinique et sécuritaire maximum.

Nous avons révisé en profondeur notre politique d'application des mesures de contrôle en tenant compte des caractéristiques de notre clientèle. Cette politique s'appuie sur les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques de 2015, et a pour objectif l'utilisation judicieuse et en dernier recours de ces mesures tout en réaffirmant l'importance de privilégier les mesures de remplacement.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Un rapport du coroner en lien avec un événement survenu le 27 juin 2017 nous a été transmis de façon verbale en avril 2018 et ensuite par écrit. Il s'agit d'un patient qui a été retrouvé mort dans sa chambre. Celui-ci avait ingurgité du shampoing et du savon liquide pour le corps. Dans ce rapport, il était recommandé de limiter la quantité de produits liquides dans les chambres des patients.

La quantité permise dans les chambres des patients a donc été réduite à une bouteille pour chaque article (ex. : une bouteille de shampoing et une bouteille de gel pour la douche, et non une bouteille neuve plus une bouteille entamée de chaque article).

Le protecteur du citoyen

Tout comme l'utilisateur insatisfait des conclusions du médecin examinateur a un droit de recours au comité de révision des plaintes médicales, l'utilisateur insatisfait des conclusions de la Commissaire a un droit de recours au Protecteur du citoyen.

Au cours de l'année 2018-2019, quelques usagers se sont prévalus de ce mécanisme d'appel. En effet, 13 conclusions rendues par la Commissaire ont fait l'objet d'un recours au Protecteur du citoyen, ce qui constitue une baisse par rapport à l'année 2017-2018 lors de laquelle 21 dossiers de la Commissaire avaient été examinés par le Protecteur du citoyen à la demande d'usagers.

Dans 5 de ces 13 dossiers portés à l'attention du Protecteur du citoyen, les délégués de celui-ci ont jugé qu'une intervention de leur part était inutile et les dossiers ont conséquemment été fermés sansexamen. Dans 6 de ces 13 dossiers examinés par le Protecteur du citoyen, après examen, les délégués de celui-ci ont confirmé les conclusions de la Commissaire.

Dans 1 de ces 13 dossiers soumis au Protecteur du citoyen, l'ensemble des recommandations émises par la Commissaire ont été confirmées, mais une recommandation supplémentaire a été adressée à l'établissement par le Protecteur du citoyen. Cette recommandation, dont l'établissement s'est engagé de mettre en place auprès du Protecteur du citoyen, se lit comme suit :

« Prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer que les fouilles à nu sans le consentement du patient ne soient effectuées qu'en urgence, lorsqu'il y a danger imminent pour sa sécurité ou celle d'autrui et qu'il n'y ait aucune autre alternative afin de protéger la sécurité de tous ».

Finalement, 1 dossier est toujours en cours d'analyse par le Protecteur du citoyen en date du 31 mars 2019. Personnes mises sous garde (tableau changé)

Personnes mises sous garde

	Mission CH	Total établissements
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	9	9
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	12	12
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	12	12
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	13	13
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	13	13

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Faits saillants 2018-2019

Nombre des dossiers traités durant l'année 2018-2019

Le bureau de la Commissaire a traité 512 dossiers au cours de cette période qui se répartissent comme suit :

- 322 plaintes
- 87 plaintes médicales
- 10 interventions
- 50 assistances
- 43 consultations
- Le nombre total de dossiers reçus pour l'année 2018-2019 est plus élevé que le nombre total de dossiers reçus en 2017-2018 (augmentation de 25 %)

Les dossiers sont traités dans un délai moyen de 23 jours (28 jours pour 2017-2018).

Le nombre de plaintes reçues pour l'année 2018-2019 a connu une hausse considérable par rapport au nombre de plaintes reçues en 2017-2018 (269 plaintes pour 2017-2018).

Le traitement de 12 % des motifs de plaintes soumis a été complété avec mesure identifiée par la Commissaire (14 % l'année précédente).

97 % des dossiers de plaintes traitées pendant l'année 2017-2018 l'ont été à l'intérieur du délai légal, une amélioration considérable comparativement à l'année dernière (84 %).

Des 403 motifs de plainte reçus par la Commissaire (523 en 2017-2018) :

- 99 portaient sur la qualité des soins et services dispensés
- 169 portaient sur l'organisation du milieu et des ressources matérielles
- 84 portaient sur les relations interpersonnelles

L'année 2018-2019 est la troisième année complète durant laquelle la Commissaire actuelle a occupé ces fonctions.

La Commissaire est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement du respect et de la promotion des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle agit de façon indépendante des structures administratives. Son rôle consiste notamment à faire l'analyse des plaintes formulées par les usagers et à présenter des conclusions sur les situations rapportées. Elle peut émettre des recommandations, proposer des modifications aux pratiques ou encore, rappeler l'importance du respect des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement, et ce, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts par l'établissement.

Bilan des activités de la Commissaire

Lors de l'année 2018-2019, la Commissaire a participé aux activités internes et externes suivantes :

Activités internes :

- Membre du comité de vigilance et de la qualité
- Participation à plusieurs « conférences midi » organisées par la Direction de la recherche et de l'enseignement de l'INPLPP
- Rédaction d'un article sur les droits des patients dans *Mozaïk*, un journal partenaire destiné aux usagers, aux familles et aux proches
- Présentation sur les droits des patients dans le cadre d'une activité-conférence pour les patients et leurs proches
- Participation aux activités des fêtes organisées pour les usagers

Activités externes :

- Fonctions de Commissaire aux plaintes et à la qualité des services à l'Institut de Cardiologie de Montréal à raison de deux (2) jours par semaine
- Maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke en cours (rédaction de l'essai final)
- Membre du Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec : participation aux rencontres et membre du comité exécutif à titre de représentante des établissements non fusionnés
- Présentation sur le régime d'examen des plaintes aux étudiants à la maîtrise en administration des services de santé de l'Université de Montréal
- Présentation sur le régime d'examen des plaintes aux étudiants à la maîtrise en droit et politiques de la santé de l'Université de Sherbrooke
- Présentation sur la collaboration entre le médecin examinateur et le commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la formation sur le traitement des membres à l'égard d'un membre du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
- Participation au colloque du Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité de l'INPLPP sur les aspects éthiques et juridiques des soins sous contraintes
- Participation au colloque du Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité de l'INPLPP sur la dépendance aux opioïdes et au cannabis
- Participation au colloque du Barreau du Québec sur la protection des personnes vulnérables
- Participation au colloque des programmes en droit et politiques de la santé de l'Université de Sherbrooke sous le thème « Travailler dans le secteur de la santé : enjeux juridiques »
- Participation à la conférence annuelle de l'Institut canadien d'administration de la justice sous le thème « Justice et santé mentale »

Recommandations de la commissaire

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

Lorsque l'étude d'une plainte permet d'établir que plusieurs usagers ont pu être lésés dans des circonstances identiques, il importe d'étendre les correctifs envisagés à l'ensemble des personnes affectées. La préoccupation systémique fait partie du consensus et doit être présente dans l'analyse de chaque cas.

Les éléments suivants ont ainsi fait l'objet de recommandations :

- Cesser l'application d'une interdiction systématique et non justifiée (interdiction imposée aux usagers de ne pas pratiquer de « pompes »/« push-ups » en aucun moment), à moins d'une situation particulière (clinique et/ou sécuritaire) documentée (réalisée) ;
- Révision de la Politique sur les fouilles de l'INPLPP quant aux aspects suivants (en cours) :
- Ajouter le principe selon lequel des « motifs raisonnables de croire » que ce que l'on recherche se trouve à l'endroit où on prévoit réaliser la fouille doivent exister avant de conclure à la nécessité d'une fouille ciblée ;
- Aborder la façon de réaliser une fouille dans un contexte d'absence de consentement du patient ;
- Revoir le rôle du psychiatre traitant lors de la prise de décision concernant les fouilles à nu ;
- Clarifier le rôle de chaque personne impliquée lors de la réalisation d'une fouille ;
- Faire en sorte que soit documentée chaque fouille à nu effectuée dans un « Rapport de fouille » devant être produit par une personne désignée, dans un délai prescrit, contenant minimalement les informations suivantes : motifs justifiant la fouille, forme de consentement donné (ou absence de consentement détaillé), noms et postes occupés par chaque personne ayant participé à la fouille et leur implication lors de celle-ci, résultat de la fouille et détails complets quant aux modalités d'exécution de la fouille ;
- S'assurer que toutes les fouilles à nu répertoriées fasse l'objet, a posteriori, d'une analyse approfondie par un comité habilité à effectuer une telle démarche, en vue de s'assurer de la légalité de celles-ci et des mesures d'amélioration ou de correction qui s'imposent ;
- Revoir les techniques de fouilles élaborées dans le Manuel du participant sur la politique et procédures de fouilles à l'INPLPP, afin de s'assurer que celui-ci s'inspire des techniques de fouilles les plus respectueuses et les moins envahissantes en la matière.
- Mise en place d'une procédure, applicable à toutes les unités, qui vise à établir une façon de faire de manière à répondre aux besoins d'un patient détenu, afin de faciliter l'exercice de ses droits, par le biais d'un accès raisonnable à un service de copies et de télécopies (en cours) ;
- Révision de la Procédure lors du ménage des chambres des patients, afin que celle-ci respecte l'article 118.1 LSSSS ainsi que les orientations ministérielles en découlant (en cours).

Sur le site Web de l'Institut, les usagers ont accès à une section informative leur donnant tous les renseignements à connaître lorsqu'ils souhaitent faire une consultation, demander un accompagnement, ou encore, déposer une plainte. Le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits est également accessible via le site Internet.

De plus, le personnel de l'Institut peut retrouver une liste d'information et de documents sur l'Intranet leur permettant d'accompagner les usagers dans la procédure à suivre.

Pour communiquer avec l'équipe de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, consultez la section « Nous joindre » du site Web de l'INPL Philippe-Pinel.

6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Étant donné la mission particulière de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, qui offre des services de 3e ligne en psychiatrie légale, l'établissement n'a pas vécu de situation relative à l'application de la politique sur les soins de vie.

7. Ressources humaines

Gestion et contrôle des effectifs

Afin de respecter la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (LGCE), il était prévu que nous réduisions de 1 % notre nombre d'heures total pour la période 2018-2019, et ce, en comparaison de la période 2014-2015. Il est à noter que pour l'Institut, c'est un projet de transformation à venir qui explique certaines hausses des effectifs, et ce, dans une perspective de rétention de personnel pour mettre en œuvre notre restructuration.

Ainsi, en ce qui a trait au personnel d'encadrement et au personnel administratif, des baisses respectives de 27,4 % et 5,2 % des heures travaillées démontrent le travail de l'organisation pour respecter le taux d'encadrement ciblé ainsi que le taux administratif demandé. Nous respectons de plus la LCGE.

Pour les autres catégories d'emploi, certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs allouées par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, la structure de l'entretien ménager a été bonifiée de 50 % dès janvier 2018. Cette structure augmentée s'est graduellement mise en place au cours des derniers mois de la période visée (2017-2018) et s'est terminée en 2018-2019.

C'est aussi ce qui explique la variation positive pour les professionnels et le personnel infirmier. En raison d'une restructuration en cours, nous devons doubler le nombre d'infirmières dans notre structure clinique. 19 nouveaux professionnels ont aussi été embauchés tout au cours de l'année 2018-2019 afin de répondre aux besoins de notre transformation et pour offrir un service adéquat à la clientèle.

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

12797577 - INPL Philippe-Pinel		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2018-04-01 au 2019-03-30		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
12797577 - INPL Philippe-Pinel 1 - Personnel d'encadrement	2014-15	104 715	1 251	105 966	58	73
	2015-16	103 508	92	103 600	57	69
	2016-17	94 104	1 554	95 657	52	69
	2017-18	80 078	1 542	81 620	44	61
	2018-19	76 456	468	76 924	42	59
	Variation	(27,0 %)	(62,6 %)	(27,4 %)	(26,9 %)	(19,2 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	101 865	21	101 886	56	78
	2015-16	98 136	10	98 145	54	75
	2016-17	99 457	125	99 583	55	75
	2017-18	105 468	204	105 673	58	84
	2018-19	121 054	19	121 073	66	117
	Variation	18,8 %	(8,5 %)	18,8 %	18,0 %	50,0 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	156 878	10 608	167 486	78	122
	2015-16	173 444	7 280	180 724	86	121
	2016-17	171 405	9 854	181 259	85	133
	2017-18	199 860	6 333	206 193	99	150
	2018-19	228 134	8 331	236 465	114	202
	Variation	45,4 %	(21,5 %)	41,2 %	46,6 %	65,6 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	524 757	18 969	543 726	275	422
	2015-16	508 999	20 187	529 186	267	400
	2016-17	492 158	17 660	509 818	258	391
	2017-18	496 821	13 067	509 889	260	394
	2018-19	497 852	17 846	515 697	263	437
	Variation	(5,1 %)	(5,9 %)	(5,2 %)	(4,5 %)	3,6 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	370 298	21 142	391 440	186	239
	2015-16	359 405	13 547	372 953	180	233
	2016-17	371 057	25 188	396 245	186	239
	2017-18	362 890	20 437	383 327	182	250
	2018-19	411 133	23 391	434 523	207	324
	Variation	11,0 %	10,6 %	11,0 %	11,5 %	35,6 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15					
	2015-16					
	2016-17	656	0	656	0	1
	2017-18					
	2018-19					
Variation						
Total du personnel pour 12797577 - INPL Philippe-Pinel	2014-15	1 258 512	51 991	1 310 503	652	914
	2015-16	1 243 492	41 116	1 284 608	644	881
	2016-17	1 228 837	54 381	1 283 218	636	883
	2017-18	1 245 117	41 584	1 286 701	644	916
	2018-19	1 334 628	50 055	1 384 683	692	1 101
	Variation	6,0 %	(3,7 %)	5,7 %	6,1 %	20,5 %

8. Ressources financières

L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programmes

Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	0 \$	0,00 %	12 667 \$	0,02 %
Santé mentale	44 407 258 \$	69,00 %	40 046 579 \$	70,88 %
Santé physique	918 581 \$	1,43 %	739 203 \$	1,31 %
Programmes soutien				
Administration	5 923 462 \$	9,20 %	3 952 356 \$	6,99 %
Soutien aux services	5 742 330 \$	8,92 %	5 427 437 \$	9,61 %
Gestion des bâtiments et équipements	7 371 412 \$	11,45 %	6 325 178 \$	11,19 %
Total	64 363 043 \$	100 %	56 503 420 \$	100 %

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471), publié sur le site internet de l'Institut (pinel.qc.ca), pour plus d'information sur les ressources financières.

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 engager aucun déficit en fin d'exercice.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2019, l'établissement a réalisé un déficit de 388 888 \$. Par conséquent, il ne s'est pas conformé à cette obligation légale.

Le déficit de l'exercice s'explique par la non perception des revenus des usagers des autres provinces de 341 936 \$, et à un déficit de 46 952 \$ au fonds d'immobilisations attribuable à l'amortissement des immobilisations du projet autofinancé en économie d'énergie financé par des transferts du fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

La perte des revenus des usagers des autres provinces s'explique par le refus de ces dernières de payer les services offerts à leurs résidents prétextant que l'établissement a été exclu de l'entente interprovinciale.

Les contrats de service

Voici le tableau des contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er avril 2018 et le 31 mars 2019.

Contrats		Dates				Fournisseur	
N° contrat	Description du contrat	Début	Fin	Fin initiale	Signature	Fournisseur	Valeur globale
C-10772	entretien des ascenseurs (AO 2013-05)	2018-05-01	2020-04-30	2020-04-30	2018-04-09	6776 - ASCENSEURS INNOVATEC INC	48 460,00 \$
C-10776-A	Programme d'aide aux employés (PAE)	2018-04-01	2019-05-01	2019-03-31	2018-04-26	1181 - HOMEWOOD SANTÉ INC.	46 300,50 \$
C-10779	traitement de la paie	2018-04-01	2019-03-31	2019-03-31	2018-05-07	3970 - MEDISOLUTION (2009) INC	64 866,15 \$
C-10785-A	Projet: 2017-05 Rehaussement des systèmes de sécurité	2018-05-24	2019-05-24	2019-05-24	2018-05-24	6818 - PAGEAU MOREL ET ASSOCIÉS INC	91 285,00 \$
C-10794-A	Sécurisation facade bloc hopital 2017-06	2018-05-07	2018-09-10	2018-09-10	2018-06-20	7496 - GROUPE ERM	149 266,00 \$
C-10801	Garantie prolongée système PBX Alcatel-Lucent et mise à niveau (7522-1381)	2018-07-01	2021-06-30	2021-06-30	2018-06-27	5411 - SSP TELECOM INC	93 600,00 \$
C-10808-A	Contrat de déneigement (AO 2016-7800-02) 3ième année de 3	2018-11-01	2019-04-30	2019-03-31	2018-09-07	2642 - ENTRETIEN ST-LOUIS INC.	51 320,00 \$
C-10822-A	Nettoyage des conduits de ventilation Phase 2 (2018-06)	2018-11-01	2019-10-31	2019-10-31	2018-11-01	7600 - FLEX NET VENTILATION	498 790,00 \$
C-10824-A	Offre de service en ingénierie concernant les projets de réaménagement de l'Institut	2018-11-02	2019-11-01	2019-11-01	2018-11-02	7602 - ANTONIN BOUCHARD	75 460,00 \$
C-10829-A	Mandat de vérification: AO 2018-7321-01	2018-11-01	2021-10-31	2021-10-31	2021-11-27	3736 - RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON SENCRL	99 000,00 \$
C-10832-A	Développement modèle de gouvernance / comité stationnement	2018-12-05	2019-12-04	2019-12-04	2018-12-05	7429 - LES A TELIERS UBLO	27 992,50 \$
C-10836-A	Offre de services professionnels , réfection des toitures des corridors aériens	2018-12-17	2019-12-16	2019-12-16	2018-12-17	6817 - BARIN SENCRL	54 740,00 \$
C-10863	banque d'heures Drivenco pour support Sharepoint	2019-03-12	2020-03-11	2020-03-11	2019-03-21	7189 - CONSULTANTS DRIVENCO	25 000,00 \$
16873-17413	banque d'heures: Administration Sharepoint				2019-02-13	7189 - CONSULTANTS DRIVENCO	27 500,00 \$

9. État du suivi des réserves, commentaires et observations

Nom de l'établissement
Institut nat. de psy. légale Philippe-Pinel

Code
1279-7577

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2019

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 : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

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 2019		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
L'institut n'a pas de documents probants fiable afin de supporter l'unité de mesure "le mètre carré" (mesures intérieures nettes) pour le centre d'activités # 7644.	2016-2017	R	La situation a été réglée au cours de l'exercice	R		
Pour le centre d'activités #7532 - Archives, les unités de mesure (l'admission, la visite et l'usager) pour le point #2 du groupe C (communication à l'extérieur de l'installation des feuilles sommaires, des résumés de dossiers ou des AH280 et consultation externe à la demande du médecin responsable du patient) ne sont pas compilées par l'infirmière de liaison.	2017-2018	R	La situation a été réglée au cours de l'exercice	R		
Pour le centre d'activités #6561 - Services psychosociaux à domicile, l'unité de mesure "l'usager" n'est pas compilée de façon exhaustive.	2017-2018	R	La situation a été réglée au cours de l'exercice	R		
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
À la fin de l'exercice terminé le 31 mars 2018, la Fondation a un solde à rembourser à l'établissement au montant de 113 203 \$.	2017-2018	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			NR
Des cas de non conformité quant au délai prévu de publication sur le système électronique d'appel d'offres pour les contrats conclus ont été soulevés.	2017-2018	O	La situation a été réglée au cours de l'exercice	R		
Les résultats de l'exercice terminé le 31 mars 2018 de l'établissement se	2017-2018	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			NR

soldent par un excédent des charges sur les revenus de 3 152 \$. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin de l'exercice financier.					
Pour la compilation des unités de mesure, la direction devrait s'assurer que la révision des rapports périodiques d'un centre d'activités soit faite par une personne différente que celle qui a préparé les rapports et que tous les rapports soient signés par la personne qui les révise.	2017-2018	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.		NR
Rapport à la gouvernance					
La direction devrait s'assurer que les tâches de création de comptes, d'approbation des privilèges d'accès, d'assignation de ces derniers et de révision périodique des privilèges d'accès accordés aux comptes utilisateurs soient effectuées par deux personnes distinctes.	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice		NR
La direction devrait activer l'option d'authentification centrale à l'aide du LDAP afin d'améliorer les paramètres des mots de passe. Pour les applications où il n'est pas possible de lier le compte de l'utilisateur et son mot de passe au LDAP, la direction devrait considérer d'autres mesures (complexité des mots de passe, expiration, augmenter le nombre de mots de passe dans l'historique,...)	2016-2017	C	La situation a été réglée pour les applications GRM et GRF. Pour l'application GPRH, des contrôles ont été ajoutés notamment l'ajout de l'historique des mots de passe et les changements des mots de passe au 3 mois		PR
La direction devrait désactiver ou renommer le compte «Administrateur» afin de réduire le risque d'accès non autorisé aux systèmes et établir des mesures de surveillance de l'utilisation de ce compte.	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.		NR
La direction devrait formaliser la documentation afin de pouvoir consigner les transactions avec les principaux dirigeants et leurs proches parents, par exemple, au moyen de déclarations écrites.	2017-2018	C	La situation a été réglée au cours de l'exercice	R	

La direction devrait tester et documenter que 90 % et plus de ses dépenses taxables sont engagées dans le cadre de ses activités de nature hospitalière, et ce, sur une base annuelle.	2017-2018	C	La situation a été réglée au cours de l'exercice	R		
La direction devrait s'assurer qu'il y ait des preuves formelles d'approbations de tous les niveaux requis selon la politique d'approvisionnement afin de pouvoir consigner cette information et s'assurer du respect de cette politique.	2017-2018	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.	R		

10. Divulgence des actes répréhensibles

L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel est tenu d'établir et de diffuser une procédure pour faciliter la divulgation d'actes répréhensibles par les employés. Par le biais de cette procédure, l'établissement a reçu une seule plainte de l'année de référence.

Divulgence d'actes répréhensibles

Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgations	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations ¹	1	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1) ²	Sans objet	1	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22			
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations : Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
✓ Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet		
✓ Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie			
✓ Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui			
✓ Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		1	0
✓ Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement			
✓ Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment			
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations			Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés		Sans objet	
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé			Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23 ³			

1. Le nombre de divulgations correspond au nombre de divulgateurs.
2. Une divulgation peut comporter plusieurs motifs, par exemple, un divulgateur peut invoquer dans sa divulgation que son gestionnaire a utilisé les biens de l'Etat à des fins personnelles et qu'il a contrevenu à une loi du Québec en octroyant un contrat sans appel d'offre.
3. Le transfert de renseignements au Commissaire à la lutte contre la corruption ou à tout organisme chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois, dont un corps de police et un ordre professionnel, entraînant ou non la fin de la prise en charge de la divulgation par le responsable du suivi est répertorié à ce point.

Annexe – Code d'éthique et de déontologie du CA

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.

Intérêt : 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 circonstances¹.

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). Raisonement 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 pros crit.

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 habiletés 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 partisans.

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 électorale.
- 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 à 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.