



Institut national
de psychiatrie légale
Philippe-Pinel
AFFILIÉ À
Université de Montréal



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2019-2020



Des soins psychiatriques de pointe
**dans le respect et la
sécurité**

pinel.qc.ca

ÉDITION

Le rapport annuel de gestion 2019-2020 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel a été réalisé par la Direction des ressources humaines et des communications.

Ce rapport présente les faits saillants et les priorités de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPL Philippe-Pinel).

Il présente également les données officielles de reddition de compte demandées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, notamment les données financières et le bilan de suivi de l'entente de gestion 2019-2020 intervenue entre l'INPL Philippe-Pinel et le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

À moins d'une mention spécifique, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2020.

Note

L'emploi du masculin générique a pour but d'alléger le texte.

Le rapport annuel de gestion 2019-2020 est disponible sur le site Web de l'INPL Philippe-Pinel dans la section des documents officiels.

© Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel



L'Institut Philippe-Pinel,

50 ANS DE MÉMOIRES HUMAINES

Table des matières

1. Message des autorités	6
2. Déclaration de fiabilité des données	7
3. Présentation de l'établissement et faits saillants	8
3.1. L'établissement	8
• Mission	8
• Vocation universitaire	8
• Vision	9
• Valeurs	9
• Services externes	10
• Statistiques	11
• Organigramme	12
3.2. Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	14
3.2.1. Le conseil d'administration	14
• Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	14
3.2.2. Les comités, les conseils et les instances consultatives	15
3.3. Les faits saillants	20
• Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	20
• Direction générale adjointe	22
• Direction des services techniques et du projet majeur	24
• Direction des services professionnels	25
• Direction de la recherche et de l'enseignement	26
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	28
• Résultats et attentes spécifiques (Chapitre III)	28
• Engagements annuels (Chapitre IV)	31
5. Les activités	32
• L'agrément	32
• La sécurité et la qualité des soins et des services	32

• Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents	32
• Nature des trois (3) principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	33
• Nature des trois (3) principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	33
• Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment	34
• Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales	34
• Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSS)	34
• Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes : coroner, protecteur du citoyen, autres instances, commissaire aux plaintes et à la qualité des services	34
• Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	36
• L'examen des plaintes et la promotion des droits	36
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	36
7. Les ressources humaines	38
• La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	38
8. Les ressources financières	40
• Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	40
• Dépenses par programmes-services	40
• L'équilibre budgétaire	41
• Les contrats de services	41
9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	42
10. La divulgation des actes répréhensibles	43
Annexes	44

1. Message des autorités



C'est avec plaisir que nous déposons ce bilan annuel présentant les faits saillants de la dernière année. À titre de président du conseil d'administration (CA), je peux témoigner que celle-ci fut riche en projets et en transformations pour notre établissement. Malgré l'ampleur des changements amorcés, tous les efforts convergent vers une seule priorité : contribuer au bien-être de nos usagers en leur assurant les meilleurs soins psychiatriques dans le respect et la sécurité. Pour ce faire, notons l'engagement constant et la grande expertise du personnel oeuvrant dans tous les secteurs de l'organisation ainsi que l'implication majeure et bénévole des administrateurs qui siègent au conseil d'administration.

Dans les dossiers marquants cette année, le CA, conjointement avec le Ministère, s'est impliqué étroitement dans le processus de sélection de la nouvelle présidente-directrice générale (PDG) de l'Institut que nous avons été très heureux d'accueillir en avril. Nous en profitons pour remercier très chaleureusement Dre Fugère, PDG sortante, pour la haute qualité de sa contribution et pour son engagement envers la mission de psychiatrie légale notamment.

Le projet « Trajectoires et programmation » est sans contredit la ligne directrice de notre bilan annuel. Beaucoup d'actions ont été mises de l'avant pour opérationnaliser cette grande transformation en vue de réviser nos processus et s'assurer que les patients reçoivent les services correspondant à leur niveau de besoins en fonction des meilleures connaissances actuelles.

Finalement, cette année marquait aussi le lancement des festivités du 50^e anniversaire de l'Institut. Ce moment où l'on regarde le chemin parcouru avant de se tourner vers l'avenir. Outre le dévoilement du nouveau site web arborant fièrement notre nouvelle image, une grande partie de notre programmation a dû être mise de côté en raison de la pandémie. Ce n'est que partie remise.

De mon côté, c'est avec grand bonheur que j'ai entamé le 1^{er} avril dernier mes nouvelles fonctions de PDG à l'Institut. C'est un privilège de succéder à la Dre Fugère et à tous ceux qui s'inscrivent dans la longue lignée de ses prédécesseurs qui ont réalisé le développement et le rayonnement de l'Institut. Je poursuivrai avec engagement et beaucoup de fierté le travail amorcé par l'équipe de direction et le conseil d'administration afin de mettre de l'avant le rôle unique de l'Institut au Québec, seul établissement à vocation dédiée à la psychiatrie légale couvrant les secteurs des soins, de la recherche et de l'enseignement.

J'ai d'ailleurs pris connaissance, à mon arrivée, du travail accompli qui reflète bien les attentes prescrites par le Ministère. Bien que la fin de cette année fut difficile en raison de la pandémie, qui a forcé l'ensemble de l'organisation à s'adapter, tout a été mis en oeuvre pour assurer la santé et la sécurité des usagers.

Nous vous invitons à prendre connaissance des prochaines pages de ce bilan qu'il nous fait plaisir de vous transmettre afin d'en prendre acte.

Bonne lecture!

André Brunelle
Président du conseil d'administration

Manon Boily
Présidente-directrice générale

2. Déclaration de fiabilité des données des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2019 -2020 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.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.


Manon Boily
Présidente-directrice générale

3. Présentation de l'établissement et faits saillants

3.1 L'établissement

Mission

La mission de l'Institut se compose de quatre volets qui ont en leur cœur le bien-être du patient et du personnel, leur sécurité et celle du public, le tout dans un souci constant de rigueur et d'amélioration de la qualité des services et des ressources.

Sa mission consiste donc à :

- évaluer et traiter les patients présentant un risque élevé de comportements violents;
- enseigner au niveau collégial et universitaire;
- effectuer de la recherche fondamentale et clinique;
- prévenir la violence.

Vocation universitaire

La mission ultraspécialisée et la vocation universitaire de l'établissement lui confèrent un rôle et des responsabilités qui lui sont propres. L'Institut voit notamment à :

- l'évaluation en vue d'une désignation de délinquants dangereux ou à contrôler;
- l'évaluation, la garde et le traitement des accusés reconnus non criminellement responsables, dont ceux déclarés à haut risque;
- l'évaluation, la garde et le traitement des accusés déclarés inaptes à subir leur procès ou non criminellement responsables et soumis à une décision de détention stricte en raison du risque très élevé qu'ils représentent pour la sécurité publique;
- l'évaluation, la garde et le traitement des accusés adultes ou adolescents soumis à une ordonnance d'évaluation ou de traitement de leur état mental et qui présentent un risque très élevé pour la sécurité

publique ou un tableau clinique très complexe (comorbidités, itinérance, délinquance sexuelle, etc.);

- l'enseignement et l'offre de milieux de stages en psychiatrie légale (surspécialité en psychiatrie).

L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services surspécialisés en psychiatrie légale.



Vision

« Des soins psychiatriques de pointe dans le respect et la sécurité. »

La vision de l'Institut se veut celle d'un établissement :

- » dont la mission est unique;
- » où le patient est au centre des soins et services qu'il reçoit;
- » où la primauté de l'individu est un enjeu quotidien;
- » qui est structuré autour d'un projet commun;
- » qui se distingue par son désir de toujours être à l'affût des meilleures pratiques;
- » qui mise sur l'engagement, l'initiative et l'expertise de ses employés;
- » qui standardise ses soins et ses services, notamment en gestion des comportements violents;
- » reconnu comme la référence dans son domaine pour la qualité des soins et des services, l'expertise, la recherche et l'enseignement;
- » reconnu pour son souci de la protection du public et des droits des patients.

Valeurs



Excellence



Initiative



Respect



Collaboration



Reconnaissance



Équité

Services internes

» Admission - Expertise

La mission de ce programme consiste à évaluer et à offrir un traitement de courte durée à une clientèle mixte en phase aiguë d'un trouble mental, souvent avec comorbidité et présentant un risque de violence.

» 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.

» Traitement et rétablissement

Ce programme s'adresse à des personnes institutionnalisées présentant un risque de violence associé à des troubles psychiatriques sévères et persistants, auxquels peuvent s'ajouter des diagnostics secondaires.

» Traitement pour les femmes ayant une sentence fédérale

L'unité de santé mentale pour femmes délinquantes accueille, sur une base volontaire, des détenues provenant de différents pénitenciers au Canada.

Provenance de la clientèle

- 80% - Prisons provinciales
- 7% - Ressources d'hébergement
- 5% - Centres hospitaliers
- 4% - Pénitenciers fédéraux
- 2% - Centres jeunesse
- 2% - Domiciles
- Autres

Services externes



- » Clinique réseau jeunesse
- » Programme pour adolescent auteur de transgression sexuelle
- » Programme d'évaluation et de traitement pour adultes présentant une déviance sexuelle
- » Clinique d'évaluation du risque de violence
- » Programme réseau
- » Urgence psychosociale
- » Programme transition-réadaptation

Statistiques

Patients admis

571

Taux d'occupation

89,5* %

lits dressés

1409

expertises
effectuées

*Notre taux d'occupation s'explique en bonne partie par le fait que plusieurs chambres doubles ne peuvent être utilisées pleinement en raison de la situation clinique de nos patients.

En traitement

133

Congés
définitifs

En évaluation

564

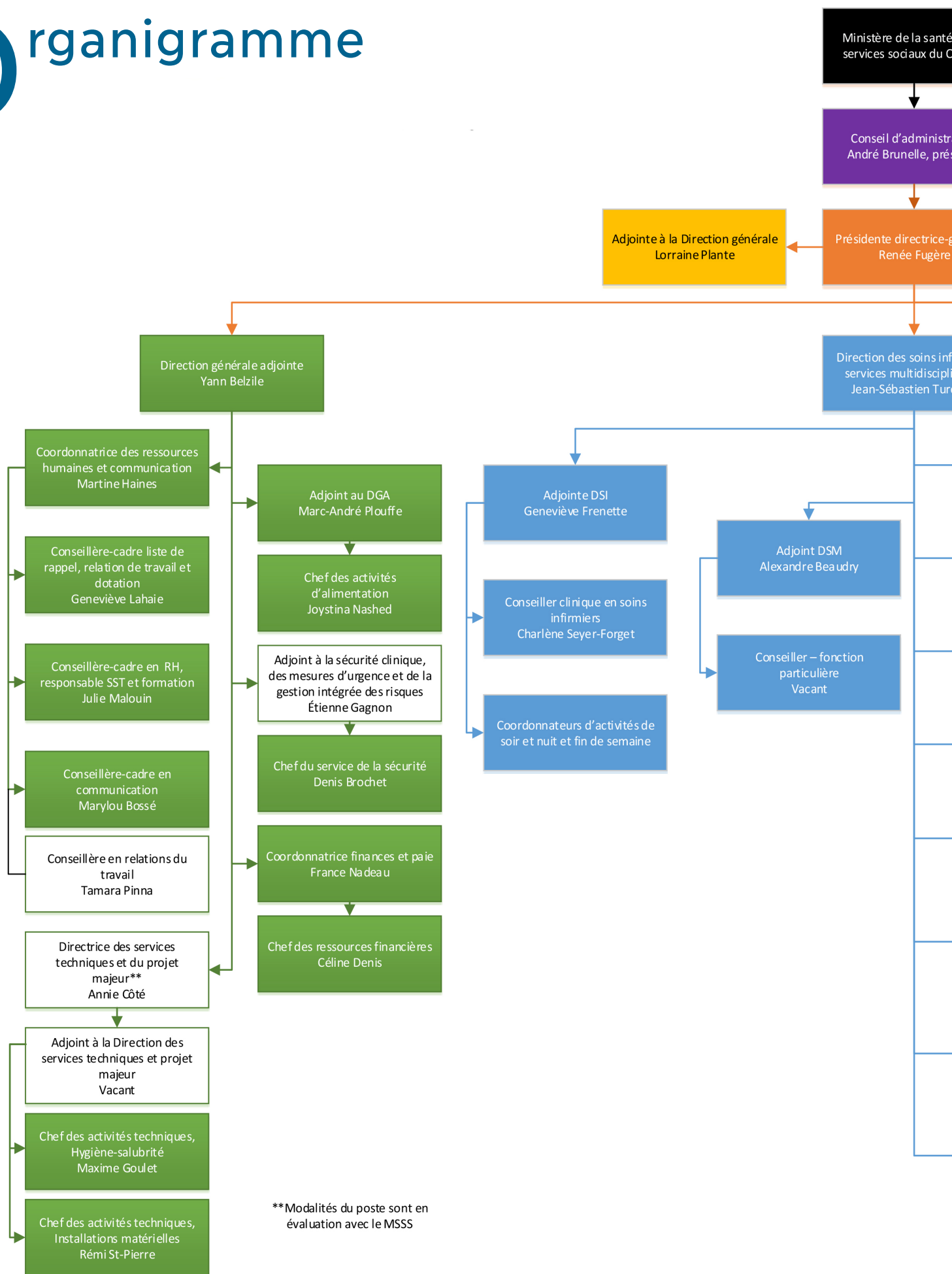
En traitement

Durée moyenne
de séjour
(en jour)

453,5

En évaluation

29,5



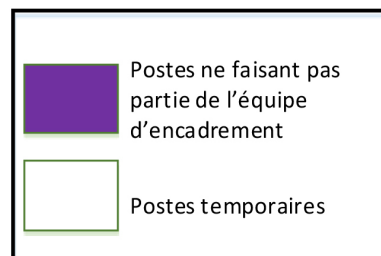
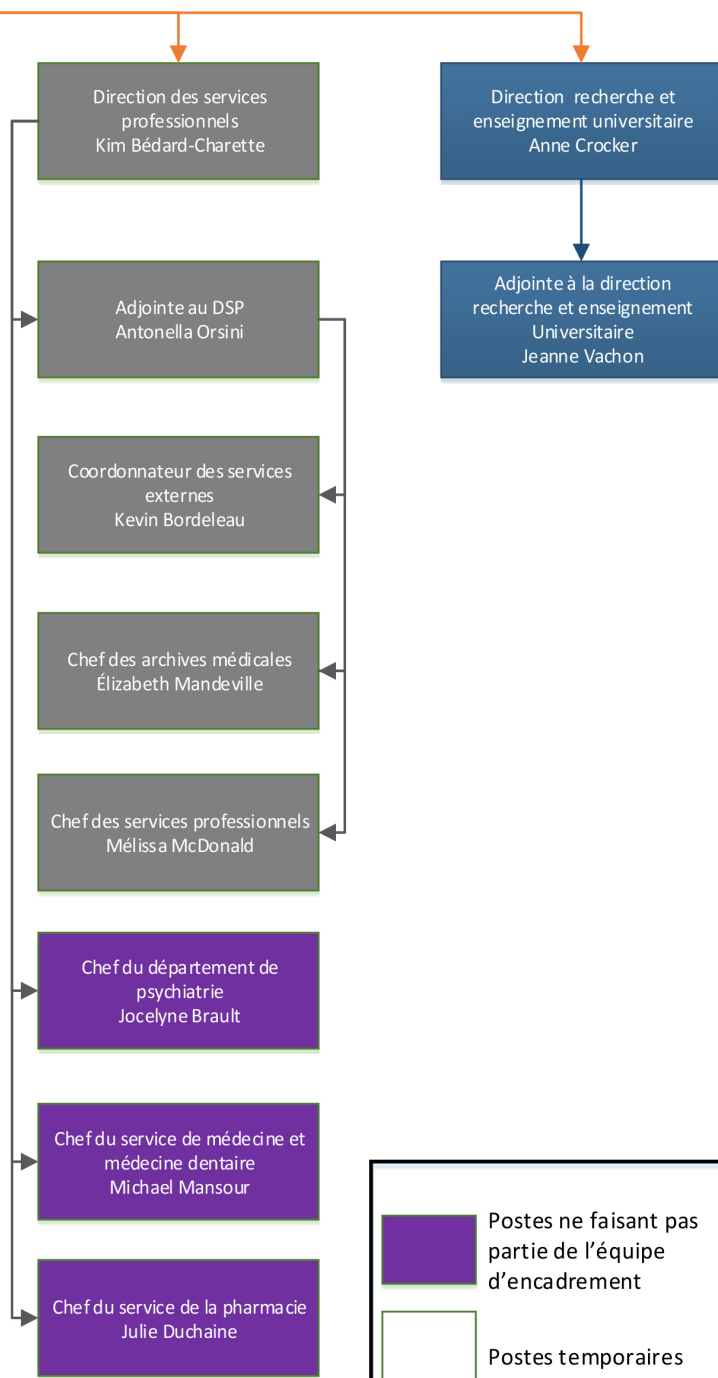
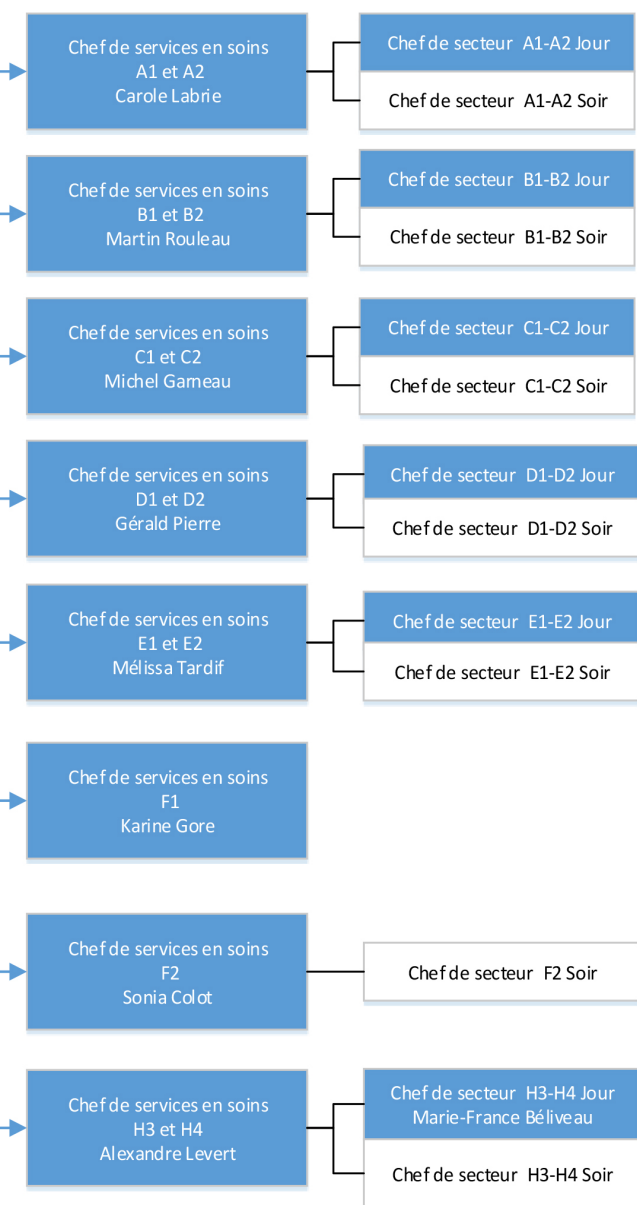
et des
Québec

ation
sident

générale

Commissaire locale aux plaintes
Gabrielle Alain-Noël

irmiers-
naires
cotte



Mise à jour
31 mars 2020

3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives

3.2.1 Le conseil d'administration au 31 mars 2020

M. André Brunelle
Président
Membre indépendant
Gouvernance ou éthique

M^{me} Francine Dubé
Vice-présidente
Membre indépendant
Gouvernance ou éthique

D^{re} Renée Fugère
Secrétaire
Présidente-directrice générale

D^r Benoit Dassylva
Administrateur
Désignation
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M^{me} Julie Duchaine
Administratrice
Désignation
Comité régional sur les services pharmaceutiques

M^{me} Lise Héroux
Administratrice
Désignation
Conseil multidisciplinaire

D^r Michael Mansour
Administrateur
Désignation
Département régional de médecine générale

M. Samsith So
Administrateur
Désignation
Conseil des infirmières et infirmiers

« Absence de désignation »
Administrateur
Désignation
Comité des usagers

M^{me} Caroline Larue
Administratrice
Nomination
Universités affiliées

M. Grégoire Leclair
Administrateur
Nomination
Universités affiliées

M^{me} Christiane Asselin
Administratrice
Membre indépendant
Ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M. Antoine Boucher
Administrateur
Membre indépendant
Gestion des risques, finances et comptabilité

M. Maxime Di Patria
Administrateur
Membre indépendant
Gestion des risques, finances et comptabilité

« À combler »
Administrateur
Membre indépendant
Gestion des risques, finances et comptabilité

M^{me} Marcelle Lajoie
Administratrice
Membre indépendant
Vérification, performance ou gestion de la qualité

M^{me} Michèle Tourigny
Administratrice
Membre indépendant
Vérification, performance ou gestion de la qualité

M^{me} Véronique Lussier
Administratrice
Membre indépendant
Usager des services sociaux

M. Serge Régnier
Administrateur
Membre indépendant
Usager des services sociaux

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

Au cours de l'année 2019-2020, 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.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

» Comité de direction au 31 mars 2020

- » D^{re} Renée Fugère, présidente-directrice générale sortante au 31 mars 2020
- » D^{re} Kim Bédard-Charette, directrice des services professionnels et des affaires médico-légales et directrice santé mentale, dépendance et itinérance
- » M. Yann Belzile, directeur général adjoint
- » M^{me} Annie Côté, directrice des services techniques et du projet majeur
- » M^{me} Anne Crocker, directrice de la recherche et de l'enseignement
- » M. Jean-Sébastien Turcotte, directeur des soins infirmiers et des services multidisciplinaires



Comités relevant du conseil d'administration

» Comité de gouvernance et d'éthique

Mandat et responsabilité

Le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

1. des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
2. un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
3. des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
4. un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
5. en outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

Principales réalisations

Les travaux du comité ont été guidés en cours d'année par le plan d'action stratégique de l'Institut afin d'en assurer le suivi. Le comité a oeuvré sur plusieurs dossiers, dont la production d'états situations périodiques du plan clinique et académique. Suite aux travaux du comité, plusieurs recommandations ont été formulées au conseil, tel que la formation d'un comité d'évaluation de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, l'évaluation de plusieurs candidatures pour remplacer des membres du conseil ou combler des postes vacants ainsi qu'une proposition d'un règlement sur la régie interne du CA.

» Comité de vérification

Mandat et responsabilité

1. s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;

2. s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
3. réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
4. examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
5. recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
6. veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
7. formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
8. réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

Principales réalisations

Le comité de vérification s'est principalement penché sur le suivi des résultats financiers, défis budgétaires, la sécurité des technologies d'information et le plan de conservation des immobilisations de l'Institut.

» Comité de vigilance et de la qualité

Mandat et responsabilité

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

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

1. recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;

3. établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
4. faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
5. assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
6. veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

Principales réalisations

Au cours de l'année 2019-2020, le comité de vigilance et de la qualité a mobilisé ses efforts autour de divers projets, tels que pour le rapport d'intervention du Protecteur du citoyen, le tableau de bord des mises sous garde en établissement, le projet « Trajectoire et programmation » et sur les travaux de la Commissaire locale aux plaintes. Le comité a aussi adopté la politique d'encadrement de l'application des mesures de contrôle et celle sur l'amélioration de la qualité. Des vignettes situationnelles portant sur les soins et services ont aussi été validées. Des travaux ont aussi été entamés pour le programme d'accès aux services de santé et des services sociaux en langue anglaise.

» Comité des ressources humaines et communication

Mandat et responsabilité

Le comité des ressources humaines a pour mandat de:

1. Soutenir la direction générale et faire rapport au conseil d'administration de l'évolution des dossiers touchant la gestion des ressources humaines et des communications.

Principales réalisations

Outre les éléments récurrents, tels les statistiques RH, les efforts du comité se sont principalement centrés

sur le projet « Trajectoires et programmation » au niveau de ses impacts et sur les stratégies de communication à mettre en place. Des efforts ont été déployés pour agir sur la rétention du personnel et la mobilisation de celui-ci.

Comités obligatoires

» Comité de gestion des risques

Mandat et responsabilité

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions (art. 183.1, LSSS) de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1. identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
2. s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
3. assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents, et recommander au conseil d'administration de l'établissement, la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

» Comité de révision

Mandat et responsabilité

Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur ou de toute autre personne, par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux (art. 52, LSSS).

» Comité des usagers

Mandat et responsabilité

Les CUC et les CU exercent les fonctions suivantes (art. 212, LSSS) :

1. renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
2. promouvoir l'amélioration de la qualité des

conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;

3. défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
4. accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la LSSS ou par la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (RLRQ, c. P-31.1);
5. s'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
6. Évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions de l'article 209.0.1 de la LSSS.

Les conseils

» Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mandat et responsabilité

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (art. 213, LSSS) 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 :

1. l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
2. la distribution appropriée des soins et services;
3. l'évaluation et le maintien des compétences;
4. l'organisation scientifique et technique du centre et enfin tous mandats complémentaires du comité exécutif.

» Conseil des infirmières et infirmiers

Mandat et responsabilité

Le mandat du CII (art. 219, LSSS) 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 :

1. l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés à l'Institut;
2. les règles des soins infirmiers applicables aux infirmières;
3. la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

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

1. l'organisation scientifique et technique de l'Institut;
2. l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

» Conseil multidisciplinaire

Mandat et responsabilité

Le Conseil multidisciplinaire (art. 226, LSSS) a plusieurs mandats, notamment :

1. 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;
2. 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.

Comités d'éthique et de recherche

» Comité d'éthique hospitalière

Mandat et responsabilité

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 :

1. soutenir et guider les intervenants face aux différents problèmes éthiques auxquels ils sont confrontés en dégageant et proposant des pistes de réflexion et de résolution des difficultés.
2. conseiller et accompagner l'utilisateur, ses proches,

les partenaires et les autorités lorsque des situations complexes impliquent des enjeux éthiques;

3. offrir un forum et un soutien appropriés aux interrogations des personnes qui sont interpellées par des questions éthiques;
4. sensibiliser et éduquer le milieu à l'importance des considérations éthiques dans la prise de décision et l'administration des services;
5. soutenir l'élaboration de politiques concernant la prestation de services aux usagers;
6. viser l'amélioration de la prise de décision sur le plan administratif, médical et clinique;
7. faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu;
8. 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. Finalement, le CEH peut répondre aux questions soulevées par le comité d'éthique de la recherche.

» Comité d'éthique à la recherche

Mandat et responsabilité

Dans le cadre d'une entente interétablissements avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, l'Institut délègue l'évaluation et le suivi des projets de recherche sous sa responsabilité au comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

» Comité scientifique

Mandat et responsabilité

Le comité scientifique de l'Institut a pour principal mandat d'évaluer l'acceptabilité, sur le plan scientifique, des projets de recherche avec des êtres humains menés sous la responsabilité de l'établissement.

Ce comité adopte des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.



3.3 Les faits saillants

» Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM)

En 2019-2020, la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM) a travaillé principalement sur la mise en oeuvre du projet «Trajectoires et programmation» en collaboration étroite avec la DSP et les divers autres services de l'Institut.

Ces travaux se divisent en 3 grands volets :

1. L'amélioration des processus d'évaluation pertinents afin de s'assurer que les patients reçoivent les services correspondant à leur niveau de soins;
2. L'avancement des travaux du projet à travers les divers comités de travail;
3. L'ajout de chefs de secteurs de soir sur les unités.

» Programme de résidence infirmière en psychiatrie légale

À l'automne, la DSI-SM a également lancé son tout nouveau « Programme de résidence infirmière en psychiatrie légale ». Basé sur une approche d'apprentissage dynamique, ce programme de résidence, unique au Québec, permettra aux

nouveaux diplômés de se spécialiser sur l'octroi de soins infirmiers dans le contexte particulier de la psychiatrie légale. Des séances de groupe thématiques permettent des apprentissages plus riches en plus d'un coaching individuel sur les unités de soins qui permet de bonifier et d'actualiser la théorie.

L'ajout de deux infirmières préceptrices permet de suivre les nombreuses embauches suite au rehaussement des effectifs en soins infirmiers pour supporter le projet « Trajectoires et programmation ».

» Plan d'action en santé mentale 2015-2020

Diverses initiatives ont été mises de l'avant afin de faciliter les contacts entre les patients et leurs proches et dans le but de répondre aux objectifs du plan d'action en santé mentale 2015-2020.

Des activités ont été réalisées, telles qu'une porte ouverte pendant laquelle il y a eu présentation des équipes cliniques ainsi que le témoignage d'un ancien patient et une visite de l'Institut. Un spectacle de Noël a été organisé et présenté par les patients à leurs familles et leurs proches. Une soirée au jardin a aussi fait partie des activités mises en place.



Résidence infirmière : 1^{ère} cohorte
27 septembre 2019

Dans les autres initiatives, notons l'intégration d'un témoignage d'un patient-partenaire par l'équipe d'accueil du nouveau personnel soignant lors des journées d'orientation. Cette collaboration permet de reconnaître le savoir expérientiel des patients et l'importance de leur implication dans le processus de rétablissement.

Des démarches ont aussi été entamées afin d'accueillir un pair-aidant à l'Institut grâce à l'octroi d'un fonds communautaire de 25 000 \$ de Bell Cause pour la cause à la Fondation Pinel.

» Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPS-SM)

L'équipe a accueilli cette année sa première IPS-SM lors d'un stage aux services externes. Celle-ci poursuivra son mandat au cours des prochaines années à titre d'employé afin d'effectuer des suivis auprès de certains patients dans les centres de détention provinciaux. Elle collabore aussi étroitement avec les psychiatres des services externes.

» Plan « Proactif »

Le plan « Proactif » a été déployé à presque l'ensemble des unités de soins. Ce dernier joue un rôle essentiel dans la prévention de l'application des mesures de contrôle et permet un échange proactif entre le patient et sa personne de référence afin de sélectionner les signaux d'alarme, les éléments déclencheurs et les mesures de remplacement pertinentes.

Cet outil permet à l'équipe de soins de planifier l'utilisation future de toutes les mesures de remplacement disponibles permettant de justifier, en dernier recours, l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Il favorise la relation thérapeutique en engageant un échange formel en collaboration avec le patient pour établir un plan d'intervention proactif, en indiquant les mesures de remplacement individualisées qui devraient être tentées pour éliminer un comportement problématique.

» Contribution à la recherche en sciences infirmières

- Projet de recherche avec l'Université d'Ottawa sur les contentions chimiques.
- Projet de recherche sur l'évaluation du sentiment de sécurité avec l'Université de Montréal.
- Participation au projet RéCI (Référentiel de Compétences Infirmières) avec l'Université de Montréal.
- Projet de recherche et article produit sur les déclencheurs de situations de crises et liens avec les analyses factuelles en collaboration avec un conseiller-cadre en psychoéducation et un psychologue-chercheur.
- Article produit avec la collaboration d'un professeur de l'UQTR (Université du Québec à Trois-Rivières), en lien avec le rôle de l'IPS-SM en milieu de psychiatrie légale.

Finalement, à ceci s'ajoute, pour la fin d'année, la gestion collaborative avec l'ensemble des directions de la COVID-19 qui a nécessité la mobilisation de l'ensemble de l'équipe de la DSI-SM, la mise en place d'un grand nombre de mesures pour la prévention du contrôle des infections et l'élaboration de nombreuses politiques.

Service des finances

Chaque année, l'Institut mobilise ses efforts afin d'assurer la santé financière de l'établissement. Cette année, l'équilibre budgétaire a été atteint au fonds d'exploitation. Des suivis réguliers des indicateurs de performance sont effectués tout au long des périodes financières de l'année courante afin d'y parvenir.

Service des approvisionnements

Essentiellement, en 2019-2020, le service des approvisionnements a concentré son énergie sur le regroupement et l'optimisation de ses espaces de travail et de stockage. Cet exercice a permis une mise à jour des techniques de travail plus actuelles et efficaces.

L'entière gestion de la gestion des fournitures médicales a été transférée de la DSI-SM aux approvisionnements cette année afin de permettre une gestion uniforme des inventaires sur les unités de soins.

L'arrivée soudaine de la pandémie a mis une pression énorme sur la petite équipe du service qui a dû multiplier les efforts afin de répondre à une demande fulgurante des besoins auxquels l'Institut ne fait habituellement pas face en raison de sa mission.

Plus de 10 000 réquisitions ont été réalisées au courant de l'année en plus de l'octroi de 177 contrats, dont près de la moitié en achat regroupé.

Ressources informationnelles

L'exercice 2019-2020 a été marqué par plusieurs projets d'envergure portant, entre autres, sur l'unification, l'optimisation, la standardisation et la mise à jour des

outils utilisés dans l'établissement. La pandémie de la COVID-19 a également demandé beaucoup d'ajustements et de soutien de la part de l'équipe pour permettre à l'Institut de demeurer opérationnel malgré les mesures de protection à mettre en place.

Parmi les projets d'envergure de l'année, notons:

- la migration des postes de travail vers Windows 10;
- l'accès à la téléphonie wifi sur les unités de soins et la distribution de tablettes électroniques;
- l'augmentation de 70 % du téléaccès grâce aux jetons (contexte COVID-19);
- le déploiement de la suite de collaboration Office 365, toujours en cours;
- la mise en branle du projet de systèmes d'information unifiés des ressources humaines.

L'équipe RI se fait un point d'honneur à supporter la gestion des opérations de l'Institut. La demande croissante des projets de développement et de collaboration permet à l'équipe de se dépasser jour après jour.

Service de la sécurité

L'année 2019-2020 a été marquée par le déplacement temporaire du service de la sécurité de la DSI-SM vers la DGA en date du 18 novembre. Ce transfert permettra à la DSI-SM de se concentrer sur les activités liées au « Plan clinique et académique ».

Le service de sécurité poursuit ses activités en tendant vers l'optimisation de ses opérations, en poursuivant la formation continue et en continuant l'implantation des meilleures pratiques au niveau des soins, services et interventions avec la clientèle.

Service des ressources humaines et des communications

Au cours de l'année 2019-2020, un arrimage a été effectué entre le service des ressources humaines et des communications. Dans un souci d'amélioration continue des communications, et pour faire cheminer adéquatement des projets, tel que la reconnaissance des employés, il est devenu évident pour l'organisation que ce changement était nécessaire. Plusieurs dossiers ont été ainsi menés plus efficacement en cours d'année.

Au niveau des ressources humaines, un point marquant a été l'atteinte, pour un deuxième été consécutif, de son objectif 0 TSO (temps supplémentaire obligatoire) pour la période estivale. L'équipe de dotation externe a aussi procédé à 241 embauches massive visant, entre autres, à supporter le projet «Trajectoires et programmation». Notons que divers moyens de communication ont été déployés pour mettre en valeur les titres d'emploi de l'Institut pour favoriser l'atteinte des résultats, en plus de la participation active du service aux journées diverses carrières et sa propre journée de recrutement.

Autre initiative qui n'est pas passée inaperçue, dans un souci de rapprochement avec les employés, la coordonnatrice des RH et des communications a entamé

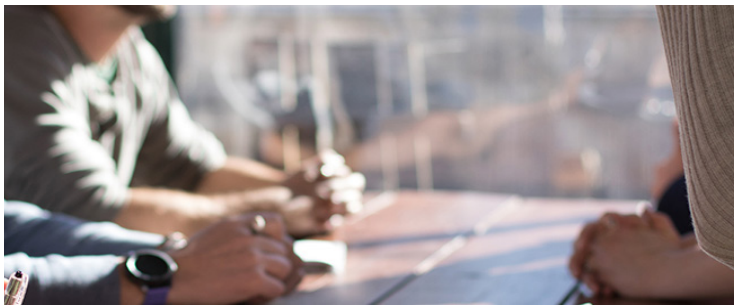
une démarche visant à mieux comprendre la réalité et les enjeux des employés dans la réalisation de leurs tâches en allant à leur rencontre dans leurs services respectifs. Une chronique spéciale a ensuite été déployée dans l'organisation afin de partager ses observations.

Au niveau des communications, parmi les projets les plus marquants, notons la nouvelle signature visuelle de l'Institut et la refonte complète du site Web qui a été mis en ligne à l'hiver.

À ceci s'ajoute l'élaboration d'un calendrier complet pour souligner les festivités du 50^e anniversaire qui débutait en 2020. Le lancement officiel s'est déroulé le 4 février en compagnie de partenaires et collaborateurs, tant du volet politique que des affaires.

La contribution et le support de l'équipe ont été mis à profit sur de nombreux projets organisationnels, tels que le projet « Transformation et programmation » et la hiérarchisation des soins en santé mentale.

Finalement, la fin de l'année fut marquée par le déploiement de nombreux outils de communication à mettre en place et de messages internes à diffuser afin de supporter l'ensemble de l'établissement dans la gestion de la pandémie.



Direction des services techniques et du projet majeur (DST)

La direction des services techniques a concentré ses efforts majoritairement autour du projet majeur. De nombreux changements ont été apportés à la structure de la direction afin d'être en mesure de mener à bien divers projets d'infrastructures en cours et à venir.

Ainsi, la directrice s'est vu octroyer le titre de « Directrice des services techniques et du projet majeur », deux conseillers en bâtiments se sont ajoutés à l'équipe pour réaliser divers projets pour lesquels l'Institut a obtenu des financements à hauteur d'un budget de 30 millions de dollars. Ces travaux, à réaliser d'ici trois ans, incluent le rehaussement des systèmes de sécurité, la réfection de la chaufferie, de la plomberie et de la ventilation de l'établissement.

À ceci s'ajoute l'achèvement de l'avant-projet du « projet majeur » qui a été réalisé au cours de l'année 2019-2020. Cette importante étape consiste au dépôt et à l'autorisation de la réalisation du dossier d'opportunité conjointement avec la SQI et le MSSS.

Ce projet a pour but la modernisation des installations de l'établissement pour en faire un milieu moderne,

adapté aux besoins de la clientèle, permettant d'offrir des services de pointe et de favoriser l'innovation et le partage des connaissances. Ceci s'inscrit également dans le mandat de l'Institut de procéder à la hiérarchisation des soins de psychiatrie légale.

Le projet majeur se décline en 4 volets de réfection du bâtiment, soit les 15 unités de soin, les espaces de la recherche et de l'enseignement, les cours intérieures et le stationnement afin de créer un environnement écoresponsable. L'ensemble du projet est réfléchi sous un angle fonctionnel des besoins définis.

La DST chapeaute également le comité en Santé environnementale et développement durable (SEDD) qui a réalisé de grands projets en cours d'année, tels que le bannissement des bouteilles d'eau en plastique, la distribution de tasses et de bouteilles réutilisables, l'intégration du compost et l'élaboration d'un partenariat avec la Tablee des chefs.

Tout comme dans les autres services, les équipes de la DST ont aussi été fortement sollicitées dans la gestion de la pandémie pour assurer un rehaussement de la désinfection et l'installation matérielle dans l'Institut.



» Direction des services professionnels (DSP)

Au cours de la dernière année, beaucoup d'efforts ont été déployés, de concert avec la DSI-SM et la DRE, à actualiser le projet « Trajectoires et programmation » qui s'inscrit dans le modèle de hiérarchisation des services en psychiatrie légale pour la région de Montréal.

Au coeur des projets prioritaires de l'établissement, « Trajectoires et programmation » a mobilisé les efforts de plusieurs membres de l'équipe de la DSP afin :

1. d'assurer la cogestion des divers comités de mise en oeuvre du projet;
2. de préparer le déploiement, avec la DRE, d'une première formation DUNDRUM en français pour les employés et les collaborateurs du réseau;
3. de développer la programmation du projet en vue d'un déploiement dans l'ensemble de l'établissement selon un calendrier préétabli;
4. de réaliser une deuxième cotation de tous les patients au DUNDRUM;
5. de maintenir des liens de collaboration étroite avec

le MSSS pour l'implantation du modèle de soins hiérarchisé.

Les services externes, le service des archives et le département de psychiatrie ont également été mobilisés autour de ces projets. Un nouveau médecin s'est aussi joint à l'équipe.

Notons que le département clinique de pharmacie a principalement retravaillé son offre de soins pharmaceutiques grâce à l'embauche de trois nouveaux pharmaciens. Cet ajout a permis de prodiguer des soins pharmaceutiques à 83% des patients de l'établissement, soit le double de l'année précédente.

Ainsi, les membres de la DSP ont sans aucun doute contribué à réaffirmer le leadership de l'Institut en psychiatrie légale vis-à-vis l'ensemble du réseau, notamment en prenant les rênes du projet hiérarchisation, en participant activement à l'enseignement universitaire, en agissant à titre d'experts sur de multiples tribunes et en réalisant des entrevues médiatiques contribuant ainsi au rayonnement de l'Institut.





Direction de la recherche et de l'enseignement (DRE)

L'année 2019-2020 a été ponctuée à la direction de la recherche et de l'enseignement par le développement de projets structurants sur le plan de la recherche et des activités académiques en lien avec le déploiement de la mission nationale de l'Institut.

» Centre de formation et d'innovation

Dans la dernière année, le Centre de formation a déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux une demande de financement de 1.1 M\$ afin d'être en mesure d'offrir une programmation de formations et d'éducation à la fine pointe des connaissances. L'objectif de ces formations est de soutenir les meilleures pratiques dans le domaine de la santé mentale judiciaire sur le champ psycho-légal. Elles portent sur des thèmes reliés à une clientèle avec problèmes de santé mentale, de judiciarisation et de risque de violence.

Plusieurs événements ont aussi été organisés via le centre de formation, tels que des conférences midi portant sur divers sujets scientifiques, le congrès de l'IAFMHS, deux colloques ou encore la mise sur pied de la première formation DUNDRUM en français en collaboration avec la DSP.

» Stages, comité étudiant et bourses

La DRE a soutenu l'accueil de 105 stagiaires universitaires dans diverses disciplines.

Le comité étudiant vise à augmenter la collaboration entre les étudiants des différentes équipes de recherche et à créer des opportunités de formation pour les étudiants du Centre de recherche. Il s'affaire à mettre sur pied des journées de groupe de travail pimodoro, des ateliers de révision d'articles et d'accompagnement d'étudiants à la maîtrise et au doctorat en vue des demandes de bourses d'études en collaboration. Cette démarche est réalisée de concert avec l'équipe de chercheurs, entre autres.

Finalement, deux bourses étudiantes de 1 000 \$ ont été octroyées cette année.

Recherche et subventions

» Recherche et subventions

Le centre de recherche regroupe 15 chercheurs réguliers et 16 chercheurs associés. En cours d'année, quatre chercheurs réguliers se sont joints à l'équipe et quatre projets de recherche ont décroché des subventions.

Il s'agit des projets :

- GAÏA : 670 000 \$, projet innovant d'intervention auprès d'adolescents qui ont commis des abus sexuels et leurs familles (Monique Tardif) ;
- « Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique secondaire en milieu psychiatrique », pour 120 000 \$ (Dave Holmes) ;
- « La formation des professionnels de la Justice à l'aide d'agents virtuels autonomes » (AVA) pour 190 000 \$ (Jean-Pierre Guay) ;
- Programme de recherche, « L'innovation technologique au service de la recherche en psychiatrie : traitement de la schizophrénie résistante et gestion de la violence » pour une bourse salariale de chercheur clinicien junior 2 (Alexandre Dumais, chercheur associé).

» UETMI-SMJS : l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention

Dans le cadre de sa mission nationale, l'Institut joue un rôle de premier plan en ce qui a trait aux pratiques de pointe en psychiatrie légale. C'est dans cette optique que s'inscrit la création d'une Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS). En cours d'année, l'UETMI a collaboré à de nombreux projets, tels que « Trajectoires et programmation », la hiérarchisation des services en psychiatrie légale, des demandes de revue de la littérature pour soutenir le personnel professionnel et clinique de l'Institut ou encore en collaborant avec l'Observatoire en Justice et Santé mentale.

L'UETMI est activement impliquée dans la communauté de pratique en évaluation des technologies et modes d'interventions en services sociaux. Officiellement reconnue par le MSSS, l'UETMI-SMJS est responsable du comité d'évaluation de la communauté de pratique.

Finalement, l'UETMI participe et présente également des résultats de recherche dans des colloques nationaux.

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

Sous la direction scientifique de notre directrice de la DRE, l'Observatoire est basé à l'Institut et est financé par une subvention d'équipe du FRQ-SC. Ce financement permet de soutenir la coordination de l'Observatoire, d'offrir des bourses étudiantes, de soutenir des publications à accès libre pour les chercheurs, d'offrir des activités de mobilisation des connaissances ainsi que certaines activités du laboratoire Applications de la Réalité Virtuelle en Psychiatrie Légale (ARVIPL).

Concrètement, l'équipe voit 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. 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.

» Groupe de consultation statistique

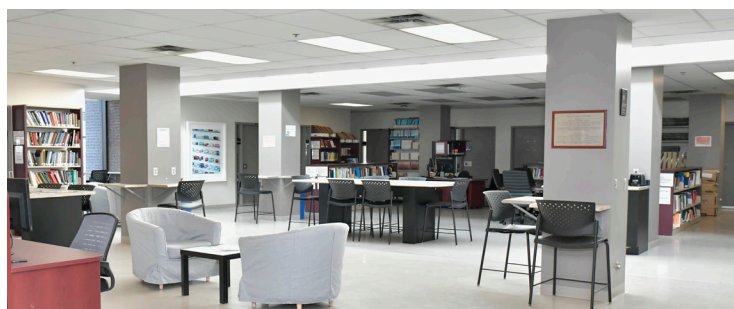
Ce groupe offre du soutien aux chercheurs réguliers locaux et aux chercheurs associés provenant de l'international et aux étudiants sur différentes techniques

d'analyse statistique pour la réalisation de leurs projets de recherche, la rédaction d'articles scientifiques et de demandes de subventions. Cette année, il a permis la réalisation de plusieurs formations en statistiques au printemps 2019, notamment sur l'utilisation du logiciel statistique SPSS et sur le logiciel de Meta Analyse CMA. Il a aussi contribué à la mise en place de la version numérique de l'outil DUNDRUM dans le cadre du projet « Trajectoires et programmation » de l'Institut et a permis de réaliser un sondage auprès des patients de l'Institut en lien avec ce projet.

» Centre de documentation

Le centre de documentation a modernisé cette année ses ressources documentaires et ses outils de recherche. Cette mise à niveau permet d'offrir une plus grande offre de service au personnel de l'Institut.

Tous ces développements propulsés par la DRE permettent d'assurer 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 qui se trouve au cœur de la mission nationale de l'Institut.



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

Résultats et attentes spécifiques (Chapitre III)

Tableau : Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers NSA (2.1)	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatifs.	Cette attente a été retirée par le MSSS	Cette attente a été retirée par le MSSS
Contribuer au déploiement provincial de la télésanté (4.3)	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour. Pour ce faire, un gabarit pour chacune des 3 actions sera fourni aux établissements par le MSSS pour complétion et retour en périodes 6 et 13.	Attente réalisée	
Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020 (7.1)	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 un bâtiment déficitaire inspecté en 2015 (lot #1) ou en 2016 (lot #2) et au 31 mars 2022 pour un bâtiment déficitaire inspecté en 2017 (lot #3). Si la cible de RDM d'un bâtiment inspecté en 2015 est de 80 % et que le différentiel entre l'IVP et le SE est de 3 %, l'IVP de ce bâtiment doit, au 31 mars 2020, minimalement diminué de 2,4 % (80 % de 3 %) c'est-à-dire minimalement ramené à 15,6 %. 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.	Attente réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Sécurité civile (8.1)	Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit: - disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; - s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; - établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.	Non applicable	Reporté par la Sécurité civile à une date ultérieure
Gestion des risques en sécurité civile (8.2)	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	Non applicable	Reporté par la Sécurité civile à une date ultérieure
Plan de continuité – Santé et services sociaux (8.3)	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres : - la durée estimée du projet; - le calendrier de réalisation des étapes prévues au Guide pratique pour l'élaboration d'un plan de continuité des activités en établissement; - la structure de gouvernance. Cette dernière doit notamment identifier le porteur de dossier et le comité tactique qui collaborera à l'élaboration du PCA.	Attente réalisée	
Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise (8.4)	Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C.A. et ensuite transmis par courriel à l'adresse «ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca» ainsi qu'au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise, à l'attention de monsieur Iannick Martin «iannick.martin@msss.gouv.qc.ca».	Attente réalisée	

Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation	Commentaires
Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité (9.2)	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ces attentes spécifiques seront incluses dans l'outil permettant de faire la reddition de comptes en sécurité de l'information demandée chaque année dans le bilan de sécurité de l'information. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 les dates de transmission du bilan sont les suivantes: au plus tard le 31 mai 2019 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2019 et le 31 mai 2020 pour l'année financière 2019-2020. 1. Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels; 2. Procéder à des tests de vulnérabilités; 3. Gérer efficacement les menaces; 4. Mener une analyse des risques de sécurité de l'information; 5. Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données.	Attente réalisée	



Engagements annuels (Chapitre IV)

Tableau : Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion d'imputabilité

Indicateur	Résultat au 31 mars 2019	Engagement 2019-2020	Résultat au 31 mars 2020
Ressources humaines			
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,44 %*	5,19 %	6,73 %
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,01 %*	4,98 %	5,39 %
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,24 %*	0,41 %	0,31 %
3.05.03 Ratio de présence au travail		88,07 %	87 %

Commentaires

Indicateur 3.01-PS : Il faut tenir compte du fait qu'entre 2018-2019 et 2019-2020, l'Institut a amorcé de grands changements organisationnels qui peuvent mener à une anxiété liée à l'organisation du travail. Nous croyons que l'augmentation de notre ratio d'assurance salaire y est rattachée. Nous avons pu, grâce à un investissement du MSSS de près de 95 000\$, augmenter le nombre d'expertises médicales afin de diminuer le résultat en fin d'année. Nous avons aussi débuté des suivis avec des ergothérapeutes en santé mentale et avons augmenté le nombre d'heures de gestion médico-administrative pour quelques mois. Or, alors que nous pensions le diminuer davantage, la période 13 a été marquée par la pandémie. Nous sommes à quelques points seulement de l'an dernier, mais devons continuer de mettre en place les actions de gestion pour diminuer le ratio et nous rapprocher de la cible.

Indicateur 3.05.02-PS : Nous constatons que les transformations en cours et le rehaussement de nos effectifs en soins infirmiers jouent un rôle important dans l'augmentation des heures supplémentaires. En 2018, nous avons commencé à doubler le nombre d'infirmières, mais ne remplacions pas systématiquement notre 2^e infirmière si elle était manquante. Or, en 2019-2020, nous avons remplacé tous nos postes d'infirmières. Cela a occasionné beaucoup de TS en raison d'un manque de ressources infirmières. De plus, il faut tenir compte que notre clientèle continue à s'alourdir puisque nous diminuons considérablement notre nombre de patients NSA. De nombreux services privés (+3000 h comparativement à 2018-2019) et transferts hospitaliers (+1700 h comparativement à 2018-2019) ont été demandés et ont nécessité du temps supplémentaire pour assurer une présence. Par ailleurs, en raison de la pandémie, les gestionnaires ont effectué du temps supplémentaire payé pendant les deux dernières semaines de l'année. Ce groupe d'employés n'a habituellement pas accès à ces conditions de travail et cela peut expliquer une portion de l'augmentation. Finalement, le nombre d'heures en assurance salaire en augmentation, comparativement à l'an passé, a contribué à l'augmentation du nombre d'heures en temps supplémentaire.

Indicateur 3.06.00-PS : L'Institut requiert rarement à de la main-d'œuvre indépendante pour combler ses besoins de personnel. Lorsque nécessaire, il s'agit de besoins techniques ou administratifs, mais pas cliniques. Notre main-d'œuvre est ultraspécialisée et ne peut être remplacée par du personnel d'agence. Cela explique pourquoi nous réussissons, année après année, à atteindre la cible fixée à l'entente de gestion des d'imputabilité.

Indicateur 3.05.03-PS : En analysant ledit ratio, nous constatons une présence au travail qui semble présager une capacité à gérer les dossiers d'absence afin de diminuer les impacts tant en termes de coûts qu'en termes de remplacement. Il est à noter que parmi les heures d'absentéisme, plusieurs d'entre elles étaient associées à des titres d'emploi non remplacés. Ainsi, le nombre d'heures travaillées diminue, mais celui des absences augmente. Cet indicateur ayant été créé en février, nous n'avons pas eu le temps, par des actions concrètes, de tenter de modifier les résultats observés. Par ailleurs, ce ratio présente une certaine limite. La petite taille de notre établissement peut amener une grande variabilité. Bien que nous n'ayons pas atteint la cible, nous évaluons donc le résultat assez positivement et mettrons en place, dès l'an prochain, une vigie de cet indicateur à travers les périodes financières.

*Les chiffres présentés au 31 mars 2019 pour les ratios étaient inexacts, il faut donc se référer aux chiffres du présent rapport.

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

L'agrément

Le statut actuel de l'Institut est celui d'agréé pour la période de février 2018 à décembre 2023.

Depuis la dernière visite d'Agrément Canada, tous les suivis ont été effectués, et ce, à leur satisfaction. Les derniers correctifs apportés suite aux recommandations ont été réalisés en novembre 2019 et ceux-ci portaient sur la gestion des médicaments et la gouvernance.

Au cours de l'année 2019-2020, l'Institut a préparé ses équipes à la venue d'Agrément Canada au printemps, mais, en raison de la COVID-19, cette visite a dû être remise en mars 2021.



La sécurité et la qualité des soins et des services

» Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Annuellement, l'Institut planifie une journée de sensibilisation des employés sur la prévention des accidents et de santé au travail. Il s'agit d'une journée paritaire organisée par l'employeur, le syndicat SCFP et le syndicat SPGQ.

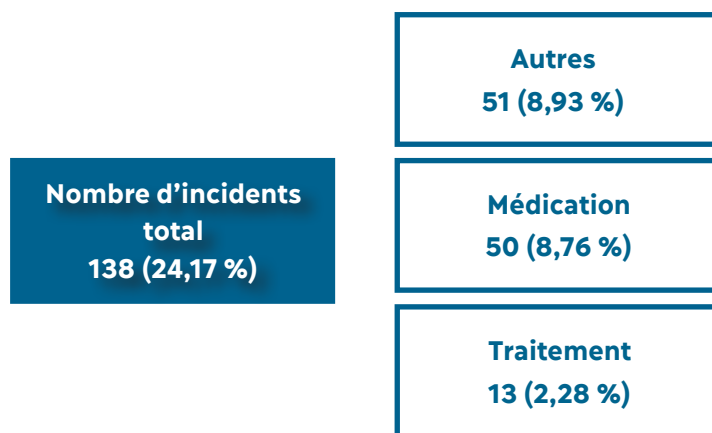
Le tout se fait sous forme de kiosques thématiques à travers lesquels les employés peuvent circuler et poser leurs questions. Pour l'année 2019-2020, l'activité a été réalisée au printemps et portait sur diverses thématiques, telles que la déclaration accident/incident, les bonnes pratiques, la chaleur accablante, les principes de déplacements sécuritaires des patients ou encore la politique entourant les objets dangereux.

Cette journée de sensibilisation met en lumière plusieurs thématiques qui sont centrales à l'Institut.

La politique « Déclaration obligatoire d'incident ou d'accident et divulgation de l'information nécessaire à la suite d'incident ou d'accident » a été révisée et sera remplacée par une Politique cadre « Déclaration des incidents et accidents liés à la sécurité des usagers » qui inclue les éléments relatifs à la déclaration des RIM (Réactions indésirables graves à un médicament) et des IIM (Incidents liés aux instruments médicaux).

» Nature des trois (3) principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) sont mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

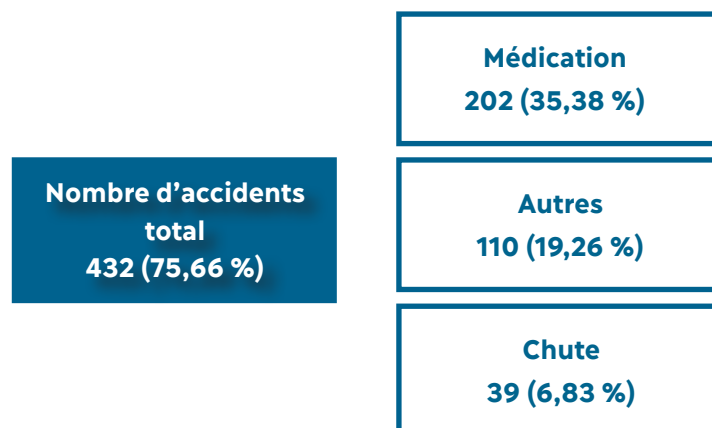


Circonstance des trois principaux types d'incidents

Événements	Circonstances (3 principales)
Autres	Erreur liée au dossier Trouvé en possession d'objets dangereux Autres
Médication	Non-respect d'une procédure/protocole Autres Disparition/décompte
Traitement	Non-respect d'une procédure/protocole Autres

» Nature des trois (3) principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Les trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) sont mis en évidence au moyen du système local de surveillance.



Circonstance des trois principaux types d'accidents

Événements	Circonstances (3 principales)
Médication	Omission Non-respect d'une procédure/protocole Dose/débit
Autres	Désorganisation comportementale (avec blessure) Automutilation Fugue/disparition (encadrement intensif)
Chute	En circulant Lors d'activités Trouvé par terre

» Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement

» En lien avec les incidents

- Création et implantation d'une procédure sur la gestion des erreurs au dossier de l'utilisateur.
- Suivi du plan d'action sur la prestation sécuritaire des soins, volet médicament.
- Semaine thématique déployée aux infirmières portant sur l'administration sécuritaire des médicaments.
- Révision et implantation de règles de soins : l'administration sécuritaire des médicaments, le lavage des mains et la vaccination.
- Suivi du plan d'action sur l'application des mesures de contrôle.

» En lien avec les accidents

- Suivi du plan d'action sur la prestation sécuritaire des soins, volet médicament.
- Semaine thématique déployée aux infirmières portant sur l'administration sécuritaire des médicaments.
- Révision et implantation de règles de soins : l'administration sécuritaire des médicaments, le lavage des mains et la vaccination.
- Suivi des analyses factuelles et des recommandations faites suite à un événement entraînant une perte de temps des employés.
- Suivi du plan d'action sur l'application des mesures de contrôle.

» En lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

- Suivi des audits déployés à l'ensemble de l'organisation pour l'hygiène des mains.
- Révision et implantation des règles de soins : l'administration sécuritaire des médicaments, le lavage des mains et la vaccination.

» Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS)

Le comité de gestion des risques observe depuis quelques années une fluctuation des mesures de contrôle planifiées et non-planifiées dans l'établissement, sans noter pour autant une augmentation de celles-ci, et ce, malgré une diminution importante des patients NSA (niveau de soins alternatif).

À ce sujet, et en conformité aux attentes ministérielles, le comité a fait de sa priorité, en 2019-2020, la redirection des patients NSA vers d'autres ressources plus appropriées à leurs besoins.

Ceci permet à l'Institut de se recentrer sur sa mission première en accueillant une clientèle nécessitant un encadrement clinique et sécuritaire maximum et d'assurer une meilleure fluidité dans la hiérarchisation des services en psychiatrie légale.

Finalement, un comité interdisciplinaire de révision des mesures de contrôle s'assure de l'évaluation et de la mise en œuvre des meilleures pratiques.

» Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par ces instances

» Recommandations du coroner

Au cours de l'année 2019-2020, aucune recommandation n'a été émise par le Coroner.

» Recommandations du protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2019-2020, aucune recommandation n'a été émise par le Protecteur du citoyen.

» Recommandations d'autres instances

Au cours de l'année 2019-2020, aucune recommandation n'a été émise par d'autres instances telles qu'un ordre professionnel, une enquête administrative, une inspection, etc.

» Recommandations de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Pour l'année 2019-2020, voici les éléments qui ont fait l'objet de recommandations par la commissaire:

Réalisées :

- Pistes de solutions élaborées afin d'améliorer la situation des sorties extérieure pour la clientèle séjournant en expertise.
- Rappel au personnel infirmier concernant :
 - l'encadrement de l'application des mesures de contrôle en situation d'urgence;
 - les règles de PCI quant à l'utilisation des pompes nasales;
 - la tenue de dossiers en ce qui a trait aux consignes verbales données par les médecins.

En cours :

Mesures de contrôle et consentement aux soins

- Outiller davantage les membres du personnel concernant le consentement aux soins.
- Doter les membres du personnel de plus de documentation concernant la justification des mesures de contrôle utilisées sur un fauteuil roulant.

Fouilles

- Réviser la directive sur les fouilles en précisant et clarifiant les rôles et responsabilités de chacun.
- Outiller le personnel d'encadrement au sujet de la fouille des jeunes hébergés.



Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

Tableau : Les mises sous garde (1^{er} avril au 31 mars)

	Mission CH	Total
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	12	12
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	Sans objet	11
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	11	11
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	16
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	14	14

L'examen des plaintes et la promotion des droits

» Rôle de la commissaire locale aux plaintes et la qualité des services

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des usagers et des participants à la recherche ainsi que du traitement diligent de leurs plaintes, des signalements en lien avec la maltraitance et des plaintes relatives aux personnes vulnérables. La commissaire est responsable, envers le conseil d'administration, du respect et de la promotion des droits des usagers, de la satisfaction de ceux-ci et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle est nommée par le conseil d'administration et agit de façon indépendante des structures administratives. Elle n'exerce aucune autre fonction au sein de l'établissement.

Les plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, sont reçues par la commissaire, mais transférées à un médecin examinateur qui est responsable de procéder à l'examen de ces plaintes.

Il est possible pour la population de consulter 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 en consultant le [site Web](#) de l'Institut dans la section à cet effet sous le menu «Soins aux patients».

6. L'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 3^e 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. Les ressources humaines

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

Sous-catégorie d'emploi déterminé par le Secrétariat du conseil du trésor (SCT)	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars 2019-03-31 au 2020-03-28		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1. Personnel d'encadrement	75 931	1 097	77 028
2. Personnel professionnel	143 702	541	144 243
3. Personnel infirmier	248 461	11 410	259 871
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	519 841	18 416	538 257
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	432 110	27 260	459 370
6. Étudiants et stagiaires	0	0	0
Total 2019-2020	1 420 044	58 724	1 478 768
Total 2018-2019			1 384 683

Cible 2019-2020 en heures rémunérées **1 462 684**

Écart à la cible **16 084**

Écart à la cible en % **1.1%**

Pour l'année 2019-2020, la cible d'heures rémunérées à respecter était de 1 462 684. Un léger dépassement de la cible, de l'ordre de 1,1 %, a été nécessaire afin de gérer, pendant les deux dernières semaines de l'année financière, la COVID-19. Ainsi, des besoins de main-d'oeuvre non prévus ont été ajoutés et autorisés par le MSSS, notamment le temps supplémentaire des gestionnaire pour faire face à cette situation exceptionnelle. Des ajouts de personnel infirmier et d'intervenants spécialisés en pacification et sécurité ont aussi été nécessaires pour répondre aux bonnes pratiques de prévention et contrôle des infections.

Tableau : Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

	Nombre de personnes occupant un emploi au 31 mars 2019	Nombre d'ETC en 2018-2019
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	168	115
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	264	209
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	154	112
4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	293	208
5. Personnel non visé par la loi 30	7	5
6. Personnel d'encadrement et autres	46	41
Total	932	690



L'Institut offre une qualité
de vie professionnelle
favorisant la formation,
l'acquisition et le
développement d'expertises
et de compétences.

8. Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses \$	%	Dépenses \$	%	\$	%
Programmes- services						
Santé publique	116 631	0,17	0	0,00	116 631	--
Santé mentale	48 709 819	69,25	44 407 258	69,00	4 302 561	9.69
Santé physique	978 838	1,39	918 581	1,43	60 257	6.56
Programme de soutien						
Administration	6 456 777	9,17	5 923 462	9,20	533 315	9.00
Soutien aux services	6 454 643	9,18	5 742 330	8,92	712 313	12.40
Gestion des bâtiments et équipements	7 622 855	10,84	7 371 412	11,45	251 443	3.41
Total	70 339 563	100,00	64 363 043	100,00	5 976 520	9.29

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier AS-471 publié sur le site Internet de l'Institut pour obtenir 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'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel 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 2020, l'établissement a réalisé un déficit de 128 181 \$. Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit de 128 181 \$ résulte d'un surplus de 3 172 \$ au fonds d'exploitation et d'un déficit de 131 353 \$ au fonds d'immobilisations.

Le déficit au fonds d'immobilisations provient essentiellement de deux sources :

» 7 564 \$ occasionné par l'amortissement des travaux d'aménagement du stationnement réalisé en 2017-2018 et financés par l'utilisation de surplus cumulés provenant des activités de stationnement;

» 123 802 \$ attribuable à un projet financé par des économies d'énergie actif depuis le 1er novembre 2018. Il s'explique par l'écart entre l'amortissement des immobilisations sur 25 ans et l'amortissement de la dette sur 10 ans.

Les contrats de services

Tableau : Contrats de services, comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril et le 31 mars

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	2	129 965.20 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	21	1 544 918.46 \$
Total des contrats de services	23	1 674 883.66 \$

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non

² Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

9. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Institut nat. de psy. légale Philippe-Pinel

1279-7577

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2020

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		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
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
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la sss qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin de l'exercice financier.	2017-2018	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			NR
La direction devrait formaliser les contrôles effectués pour la gestion des accès	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			NR
Un compte générique à hauts privilèges par défaut "Administrateur" est utilisé au niveau du domaine Windows et est partagé par trois techniciens	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			NR
L'application Virtuo GPRH ne respecte pas les meilleures pratiques à l'égard des mots de passe (longueur minimale, complexité).	2016-2017	C	La situation a été réglée au cours de l'exercice	R		
Rapport à la gouvernance						
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	2017-2018	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2020.1.0

Révisée: 2019-2020

Timbre valideur: 2020-07-09 14:56:18

Rapport V 1.0

Nom de l'établissement

Code

Page / Idn.

Institut nat. de psy. légale Philippe-Pinel

1279-7577

140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2020

personne qui les révise.

10. La divulgation des actes répréhensibles

Il n'y a eu aucun acte répréhensible divulgué dans notre établissement.



Annexe

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs



2017

Institut Philippe-Pinel de
Montréal

Comité d'éthique
hospitalière
2017-09-13



[CODE D'ÉTHIQUE]

Mise à jour

Le présent document a été adopté par le conseil d'administration de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) et approuvé le 21 février 2018. Il s'adresse à toute personne désireuse de connaître les engagements de l'établissement à l'égard des patients de l'IPPM. Ce document traite des devoirs et des obligations qui doivent animer les membres du personnel de l'IPPM dans un esprit d'accomplissement de sa mission publique de services et de soins de santé.

La forme masculine employée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes. Elle ne vise qu'à alléger la présentation du document et à en faciliter la compréhension.

Aux fins d'interprétation des règles éthique, le lecteur voudra bien se référer à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 233.

On peut également consulter ce document à l'adresse suivante : www.pinel.qc.ca

Table des matières

PRÉAMBULE.....	3
PRINCIPES	4
RESPECT DE LA PERSONNE	5
RESPECT DE LA PROPRIÉTÉ	6
RESPECT DE LA LIBERTÉ D'ACTION ET D'OPINION.....	6
RESPECT DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA QUALITÉ DE VIE	7
RESPECT DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES	7
RESPONSABILITÉS SOCIALES DE L'INSTITUT	7
RESPONSABILITÉS DU PATIENT	8
DISPOSITIONS FINALES	8
DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LES PATIENTS.....	10
COMITÉ DES USAGERS.....	10
COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	10
DISPONIBILITÉ DU PRÉSENT CODE	10
DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LE PERSONNEL DEVANT UNE QUESTION D'ORDRE ÉTHIQUE	11

PRÉAMBULE

Affilié à l'Université de Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital psychiatrique, suprarégional, universitaire, spécialisé en psychiatrie légale et dans l'évaluation, le traitement et la gestion des patients présentant un risque de comportements violents. L'Institut dispense des soins et des services de qualité à une clientèle mixte, multiethnique et multiculturelle, en provenance des réseaux québécois et canadien de la santé, des services correctionnels et de la justice. La quasi-totalité des patients de l'Institut est donc sous mandat légal ou est hospitalisée pour assurer la protection du public.

L'Institut collabore avec ses partenaires et exerce une saine gestion de toutes ses ressources en regard de la communauté. L'Institut a des responsabilités à l'égard de ses patients, de ses employés, de ses partenaires et de la communauté.

Le Code d'éthique de l'IPPM a pour objectif de préciser les droits des patients, de même que d'énoncer leurs responsabilités, et les pratiques qui en découlent pour le personnel quant aux aspects suivants :

- le respect de la personne;
- le respect de la propriété;
- le respect de la liberté d'action et d'opinion;
- le respect de l'environnement et de la qualité de vie;
- le respect de l'accessibilité aux soins et aux services.

Le Code d'éthique identifie les valeurs et détermine les règles fondamentales auxquelles les patients et le personnel doivent se conformer

PRINCIPES

1.1 L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital psychiatrique universitaire, à vocation suprarégionale, qui place le patient au centre de ses activités. Le patient est la raison d'être des services dispensés.

L'Institut fournit des soins et des services de la meilleure qualité possible.

1.2 Dans le cadre de ses interventions, le personnel respecte les dispositions législatives et réglementaires ainsi que les normes éthiques et professionnelles s'appliquant.

1.3 L'Institut met en œuvre toutes les ressources disponibles pour accorder à chaque patient des soins et des traitements optimaux.

1.4 Le personnel traite le patient et toute autre personne avec respect, dignité, équité et empathie, et ce, peu importe leurs croyances, leur sexe, leur origine ethnique, leur race, leur handicap, leur âge et leur statut social.

1.5 L'Institut favorise l'épanouissement et l'estime de soi du patient, le développement de son autonomie, ainsi que sa réintégration dans la communauté.

1.6 Le personnel, dans ses relations avec le patient, accorde les mêmes égards qu'il voudrait pour lui-même et ses proches placés dans une situation identique.

1.7 L'Institut reconnaît l'expertise professionnelle et technique de son personnel. Il favorise le développement et le partage de cette expertise.

1.8 L'Institut contribue à l'amélioration de la santé de ses patients, de son personnel et de la communauté.

1.9 L'Institut favorise le rétablissement de ses patients.

1.10 L'Institut et chacun des membres de son personnel sont responsables d'appliquer et de respecter le Code d'éthique.

1.11 L'Institut adopte des règles de fonctionnement et une organisation du travail qui contribue au respect du Code d'éthique.

1.12 Le représentant de l'Institut et ses employés se gardent de tout conflit d'intérêts. Ils n'en retirent aucun bénéfice personnel.

1.13 Le patient, ou son représentant, peut indiquer à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal qu'il refuse que des informations nominatives, telles que son nom, prénom et adresse, soient divulguées pour des fins de sollicitation à la fondation de l'établissement ou des fins de sondage.

RESPECT DE LA PERSONNE

- 2.1 Le patient reçoit les meilleurs services possibles en fonction des ressources disponibles.
- 2.2 Le patient, ou son représentant, reçoit les informations lui permettant de prendre les décisions concernant son traitement, ses soins, les services disponibles et les projets de recherche auxquels il peut participer.
- 2.3 À l'écoute des besoins du patient, le personnel offre les soins et les services requis conformes aux normes scientifiques, éthiques et sociales, le tout de façon personnalisée.
- 2.4 L'Institut assure au patient le respect de sa liberté et de ses droits. Toute limite imposée à cet égard ne peut être que temporaire et minimale et ne peut se justifier que par la nécessité de protéger l'intégrité physique ou psychologique du patient ou d'autrui.
- 2.5 L'Institut protège le patient contre les abus, l'exploitation et les traitements dégradants ou discriminatoires et prend les mesures qui s'imposent pour protéger sa santé physique et mentale.
- 2.6 Le patient, ou son représentant, participe aux décisions concernant son état de santé et de bien-être, dont celle d'être impliqué dans toutes les étapes de son traitement.
- 2.7 L'Institut assiste le patient lorsque ce dernier désire obtenir de l'information pour entreprendre une démarche administrative ou juridique.
- 2.8 L'Institut répond à toute question du patient relative à ses soins et à ses droits, incluant l'accès à son dossier, tout en s'assurant qu'il n'en découle pas un préjudice pour son intégrité physique ou psychologique et dans le respect des droits d'autrui.
- 2.9 Le personnel offre avec diligence les meilleurs traitements, examens ou soins d'hygiène corporelle en respectant l'intimité du patient.
- Le personnel s'enquiert de la volonté du patient quant aux soins et services offerts et à la façon de les dispenser.
- Lorsque l'état du patient nécessite une assistance aux soins intimes, il la reçoit d'une personne du même sexe sauf si des raisons cliniques ou visant la protection de l'intégrité des personnes le justifie.
- 2.10 La fouille d'un patient n'est effectuée que lorsque requise. Elle est effectuée de manière raisonnable et délicate et est la moins envahissante possible, compte tenu des besoins sécuritaires. Les motifs de fouille sont expliqués au patient. Le patient est fouillé par une personne du même sexe, sauf en cas de danger immédiat.
- 2.11 Toute mesure de contrôle du comportement d'un patient est minimale, temporaire, exceptionnelle et justifiée par des considérations visant la protection de l'intégrité des personnes.

2.12 Un membre du personnel, témoin d'un manquement au Code d'éthique envers un patient, intervient promptement et adéquatement et fournit l'assistance nécessaire à ce dernier. Il en informe son supérieur immédiat.

2.13 Tout professionnel et tout employé travaillant à l'Institut respectent la confidentialité de tout renseignement personnel touchant autant la clientèle que le personnel.

2.14 L'Institut maintient un comité d'éthique de la recherche qui respecte les normes en vigueur.

2.15 L'Institut maintient un mécanisme interne qui permet le traitement de questions éthiques.

2.16 L'Institut veille à promouvoir les saines habitudes de vie.

2.17 Le personnel n'accepte aucun bénéfice résultant de sa relation avec un patient, autre que ceux prévus par son employeur.

RESPECT DE LA PROPRIÉTÉ

3.1 L'Institut s'assure de la protection des biens et des effets personnels du patient. L'Institut, par l'intermédiaire de son personnel, prête assistance au patient dans la gestion de ses biens et effets personnels.

Personne n'est autorisé à fouiller les effets du patient, sauf si des raisons cliniques, d'hygiène ou visant la protection de l'intégrité des personnes le motivent. S'il y a fouille, elle est effectuée de manière raisonnable, délicate, la moins envahissante et dans la mesure du possible, avec la collaboration du patient ou en sa présence.

RESPECT DE LA LIBERTÉ D'ACTION ET D'OPINION

4.1 L'Institut respecte les valeurs spirituelles du patient.

4.2 L'Institut encourage l'implication du patient à l'organisation du milieu thérapeutique, entre autres, en participant aux activités du comité des usagers.

4.3 L'Institut favorise la participation du patient à des activités de réadaptation s'inscrivant dans le sens de son plan d'intervention et favorisant sa réinsertion sociale.

4.4 L'Institut favorise la possession de matériel culturel, à moins d'une contre-indication thérapeutique ou sécuritaire.

4.5 L'Institut favorise l'autonomie et l'expression des goûts du patient et du visiteur dans sa tenue vestimentaire, dans la mesure où celle-ci est propre, adéquate et décente. Dans les cas où cette norme ne peut s'appliquer, le personnel en explique les motifs au patient et au visiteur.

4.6 L'Institut respecte les opinions politiques du patient et lui facilite l'exercice de ses droits de citoyen.

4.7 L'Institut respecte l'orientation sexuelle du patient.

4.8 L'Institut aide les patients dans l'exercice de leurs droits, incluant les recours légaux.

RESPECT DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA QUALITÉ DE VIE

5.1 L'Institut s'assure d'offrir un environnement sain, propre, accueillant et sécuritaire pour le patient afin de favoriser le bien-être et la qualité de vie de ce dernier.

5.2 L'Institut s'assure de la sécurité des patients. Le personnel est familier avec les procédures d'urgence, d'évacuation et de sécurité à suivre en cas d'alarme générale ou d'incendie. Il exerce toute la vigilance requise, afin de réduire les risques d'accident.

5.3 L'Institut offre tous les services d'hygiène généralement reconnus, et ce, aussi souvent que requis.

RESPECT DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES

6.1 Le patient reçoit des soins et des services de qualité correspondant à son état de santé mentale et physique. Si l'Institut ne peut offrir ces services, il voit à ce qu'ils soient dispensés par un autre établissement, organisme ou personne, en tenant compte, entre autres, des ressources disponibles.

6.2 Le personnel de l'Institut s'implique pleinement et entièrement pour répondre aux besoins du patient.

6.3 Dès l'admission du patient, le personnel informe ce dernier de l'existence du comité des usagers et de son accessibilité.

6.4 L'Institut publie et applique un mécanisme d'examen des plaintes comme prévu à la loi. Il met au service des patients un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Le personnel informe le patient de l'existence de cette publication, la lui rend disponible et l'assiste dans l'exercice de ses droits.

6.5 L'Institut répond aux besoins d'information des patients. Le personnel reçoit les questions, commentaires et plaintes et y donne suite.

RESPONSABILITÉS SOCIALES DE L'INSTITUT

L'Institut se reconnaît responsable devant la société de la meilleure utilisation possible de ses ressources humaines, matérielles et financières.

7.1 Afin de gérer efficacement les ressources dont il dispose, l'Institut met en place les structures cliniques et administratives qui lui sont nécessaires, en conformité avec la loi.

7.2 Lorsque requis, l'Institut transmet des informations complètes et s'assure de respecter les règles de la confidentialité.

7.3 Les recherches et autres activités connexes menées à l'Institut et à son Centre de recherche sont en lien avec sa mission hospitalière. Leur diffusion est assurée auprès des publics intéressés.

7.4 Le personnel, les médecins et les chercheurs, dans l'exercice de leurs fonctions, favorisent le développement de l'enseignement, de la recherche et de la clinique. Leurs activités respectent des normes scientifiques et éthiques reconnues et s'accomplissent dans le plus haut respect des patients.

7.5 Par ses communications, l'Institut contribue à expliquer la maladie mentale et à jouer un rôle d'information auprès de la société. Ses porte-parole s'assurent du respect de la réputation et de l'intégrité de l'Institut.

7.6 L'Institut favorise les échanges et les collaborations avec ses divers partenaires provinciaux, nationaux et internationaux.

7.7 L'Institut et toutes les personnes qui y œuvrent veillent à ce que les relations au travail soient dénuées de toute forme de discrimination, de harcèlement, d'intimidation et de propos diffamatoires.

7.8 L'Institut favorise le développement des sentiments d'appartenance à l'Institut, soutient la motivation, la valorisation et le maintien de la compétence de son personnel.

7.9 L'Institut s'assure d'offrir assistance aux membres de son personnel, entre autres, par le Programme d'aide aux employés.

RESPONSABILITÉS DU PATIENT

Dans la mesure de ses capacités, le patient :

8.1 Respecte les droits et libertés d'autrui;

8.2 Coopère de son mieux à son évaluation et à son traitement;

DISPOSITIONS FINALES

9.1 Il est de la responsabilité première de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et de chacun des membres de son personnel d'appliquer et de respecter, dans ses fonctions quotidiennes, le Code d'éthique.

Tout manquement ou dérogation au Code d'éthique peut être interprété comme une incapacité d'adapter son comportement, ses attitudes et ses habitudes de travail aux exigences des relations à entretenir avec le patient. Le cas échéant, les mesures appropriées aux circonstances sont appliquées.

9.2 Le Code d'éthique entre en vigueur à la date de son approbation par le conseil d'administration de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LES PATIENTS

Si vous croyez que vos droits n'ont pas été respectés, nous vous invitons à en parler d'abord à un membre du personnel, puis au responsable de l'unité ou du service concerné. Le comité des usagers peut en tout temps vous accompagner dans cette démarche.

Par la suite, si vous n'êtes pas satisfait des résultats, vous pouvez communiquer avec le comité des usagers ainsi que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

COMITÉ DES USAGERS

Pour communiquer avec le Comité des usagers :

Téléphone: 514 648-8461 poste 358

Comitedesusagers.ippm@ssss.gouv.qc.ca

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Pour communiquer avec le commissaire aux plaintes et la qualité des services :

Téléphone: 514 648-8461 poste 174

Commissaire.plainte.ippm@ssss.gouv.qc.ca

DISPONIBILITÉ DU PRÉSENT CODE

L'IPPM remettra un exemplaire du présent Code d'éthique à tout patient qui lui en fera la demande et s'assurera de le faire connaître à l'ensemble des membres du personnel de l'IPPM.

DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LE PERSONNEL DEVANT UNE QUESTION D'ORDRE ÉTHIQUE

Comme membre du personnel, il peut arriver que vous soyez confronté à un dilemme d'éthique clinique et que vous n'arriviez pas à prendre une décision avec laquelle vous vous sentez à l'aise.

Dans un premier temps, vous êtes invité à en discuter avec un collègue, votre équipe ou votre supérieur immédiat. Par la suite, si la communication avec une seconde ressource s'avérait nécessaire, vous pouvez en parler avec votre représentant au Comité d'éthique hospitalière ou communiquer avec le président du Comité d'éthique hospitalière.

Vous trouverez les coordonnées et des informations supplémentaires au sujet de l'éthique clinique et du Comité dans l'intranet de l'IPPM, dans la section Conseils et comités/Comité d'éthique hospitalière.

Pour communiquer avec la secrétaire du Comité d'éthique hospitalière :

Téléphone: 514 648-8461 poste 363

ceh.ippm@ssss.gouv.qc.ca