

# 2021-2022 RAPPORT ANNUEL DE GESTION

---



Institut national  
de psychiatrie légale  
**Philippe-Pinel**

APPRIE A  
Université   
de Montréal

## **ÉDITION**

Le rapport annuel de gestion 2021-2022 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel a été réalisé par la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

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 2021-2022 conclue 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 2022.

### **Note**

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

Le rapport annuel de gestion 2021-2022 sera rendu disponible sur le site web de l'INPL Philippe-Pinel dans la section des documents officiels.

©Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

# **Rapport annuel de gestion 2021-2022**

Institut national de  
psychiatrie légale  
Philippe-Pinel

# Table des matières

1. Message des autorités	6
2. Déclaration de fiabilité des données des contrôles afférents	7
3. Présentation de l'établissement et faits saillants	8
3.1. L'établissement	8
• Mission	8
• Mission ultraspécialisée et vocation universitaire	8
• Vision	9
• Valeurs	9
• Services internes	10
• 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	21
• Direction générale	21
• Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	24
• Direction générale adjointe	25
• Direction des services techniques et du projet majeur	27
• Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	28
• Direction des services professionnels	29
• Direction de la recherche et de l'enseignement	30
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	32
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	33
• L'agrément	33
• La sécurité et la qualité des soins et des services	33

• Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents	33
• Nature des trois (3) principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	34
• Nature des trois (3) principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	34
• Actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les incidents et les accidents	35
• 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	35
• Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS)	35
• 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	36
• Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	37
• L'examen des plaintes et la promotion des droits	37
<b>6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie</b>	<b>38</b>
<b>7. Les ressources humaines</b>	<b>39</b>
• La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	40
<b>8. Les ressources financières</b>	<b>41</b>
• Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	41
• L'équilibre budgétaire	42
• Les contrats de services	42
<b>9. Ressources informationnelles</b>	<b>43</b>
<b>10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant</b>	<b>44</b>
<b>11. La divulgation des actes répréhensibles</b>	<b>45</b>
<b>Annexe</b>	<b>46</b>

# 1 Message des autorités

## Le patient en tête de nos actions

C'est avec plaisir que nous déposons le bilan de nos actions pour l'an 2021-2022 témoignant, cette année encore, du soutien des membres du personnel de l'Institut qui nous a permis de continuer de dispenser des soins et services sécuritaires et de qualité à notre clientèle. Bien que nous ayons maintenu le déploiement d'actions jugées prioritaires tout au long de l'année, la majorité des efforts s'est tournée vers la planification de la visite d'Agrément Canada et la gestion de la pandémie dont la 5<sup>e</sup> vague fut particulièrement difficile pour notre établissement de décembre 2021 à mars 2022.

En effet, l'année a notamment été marquée par la mobilisation de l'ensemble du personnel en vue de la visite d'Agrément Canada à l'Institut au mois de décembre 2021. Cette démarche a permis à notre expertise en psychiatrie légale d'être largement reconnue, alors que nos plans d'action et documents déposés en guise de preuves lors de cette visite attestent de notre niveau de conformité, évalué à 96,7% par Agrément Canada.

Étant donné la propagation du variant Omicron, autant en communauté qu'au sein de notre organisation, et l'éclosion de cas positifs dans nos unités, l'équipe de direction a dû revoir ses priorités vers la fin de l'année 2021, la gestion de la situation passant en premier plan. Nous avons rapidement déployé les protocoles et procédures requis pour garder les patients atteints de la COVID-19 sur nos unités de soins, et ce, dans un contexte où la pandémie avait un impact important sur la disponibilité de la main-d'œuvre. Ainsi, la mise en place de telles actions afin de contenir les effets de la propagation du variant Omicron auprès de nos patients et employés nous a permis de retrouver notre statut d'établissement vert le 11 février 2022 alors que plus aucun de nos patients n'est atteint de la COVID-19. Ce succès est largement dû à la résilience des employés, médecins, gestionnaires et patients face à une situation en constante évolution.

Malgré cette situation épidémiologique, de nombreux projets d'envergure ont été réalisés au courant de l'année ou sont en cours de réalisation, dont la création permanente de la direction

des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, le dépôt et l'autorisation de la réalisation du dossier d'opportunité, conjointement avec la SQI et le MSSS, de notre projet de modernisation, et le lancement officiel de Forensia, notre Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité, le 2 septembre 2021 avec le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, M. Lionel Carmant. Nous avons également souligné, le 15 septembre 2021, les 50 ans de l'Institut lors de l'inauguration d'une capsule temporelle contenant des objets représentant ces cinquante années de mémoire.




Le patient en tête de nos décisions et de nos actions demeure l'élément stratégique majeur et transversal qui a guidé notre réflexion en 2021-2022. C'est pourquoi nous avons poursuivi notre démarche de désensibilisation de l'ensemble de nos opérations, suite à la 5<sup>e</sup> vague de COVID-19, en donnant la priorité aux soins et services touchant les patients. Notre offre de service et nos plateaux d'activités ont pu reprendre graduellement, conformément à leur fonctionnement antérieur.

Enfin, nous profitons de cette tribune pour remercier tous nos collaborateurs. Depuis plus de 50 ans, l'Institut évolue avec plusieurs partenaires et c'est pourquoi votre soutien et votre contribution nous sont si précieux pour poursuivre ce travail commun vers une amélioration des soins et services en santé mentale, justice et sécurité.

Bonne lecture!

  
Manon Boily  
Présidente-directrice générale

  
André Brunelle  
Président du conseil d'administration

# 2 Déclaration de fiabilité des données des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2021-2022 de l'INPL Philippe-Pinel :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, 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 2022.



Manon Boily  
Présidente-directrice générale

# 3 Présentation de l'établissement et faits saillants

## 3.1 L'établissement

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.

### Mission ultraspécialisée et vocation universitaire

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);

- La production de recherches en psychiatrie, justice et sécurité publique;
- La gestion de la violence;
- Le développement d'activités de transfert de connaissances pour partager le savoir et soutenir l'évolution des pratiques.

La mission de l'Institut se situe au carrefour du réseau de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique et de la justice. Elle se compose de quatre volets qui ont en leur cœur le bien-être du patient et du personnel ainsi que 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.

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



# Vision

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.



Excellence



Respect



Reconnaissance



Initiative



Collaboration



Équité

# Valeurs

## 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.



## Services externes

» Clinique réseau jeunesse

» Programme pour adolescents auteurs de transgression sexuelle

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

» Urgence psychosociale

» Programme transition- réadaptation

» Clinique d'évaluation du risque de violence

» Programme réseau

# Statistiques

**357**  
patients  
admis

**1482**  
expertises  
effectuées  
à l'interne et en externe

**Congés  
définitifs**

142 patients en évaluation  
218 patients en traitement

34,8 patients en évaluation  
295,7 patients en traitement

**Durée  
moyenne  
de séjour**  
(en jours)

Le taux d'occupation pour 2021-2022 se situe à **82,5%\***.

\*Ceci représente le taux du nombre total de lits occupés sur le nombre de lits dressés (268 lits) dans l'établissement, et s'explique par le fait que les installations physiques des unités de soins limitent l'utilisation des lits dressés, alors que plusieurs chambres sont des chambres doubles et que celles-ci ne peuvent être pleinement occupées en lien avec les caractéristiques cliniques de la clientèle. En moyenne, plus de 30 lits sont cliniquement fermés à tous les jours. Ainsi, le nombre de lits disponibles dans l'établissement équivaut au nombre de lits dressés auquel nous avons soustrait le nombre de lits fermés pour des raisons cliniques.

Le taux d'occupation **réel** pour 2021-2022 se situe à **94.6%\*\***.

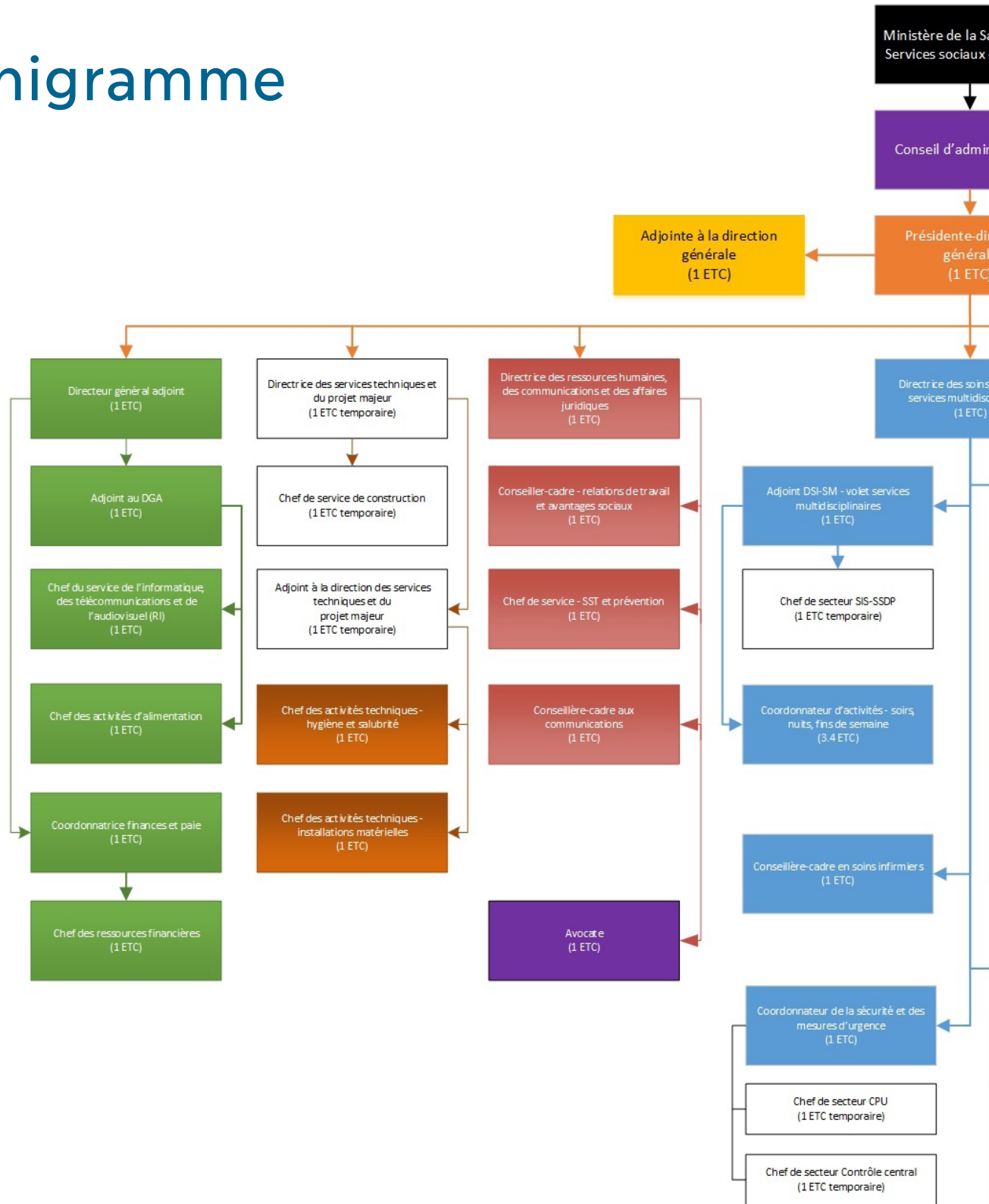
\*\*Ceci représente le taux du nombre total de lits occupés sur le nombre de lits disponibles dans l'établissement.

Nous pouvons expliquer la baisse du nombre d'hospitalisations par rapport aux hospitalisations pré-pandémie par le fait que tous nos usagers ont d'abord été évalués en milieu carcéral, et que ces évaluations ont mené à l'hospitalisation d'usagers présentant un état de santé mentale précaire. Ce processus fut implanté dès le début de la pandémie. Ces usagers nécessitent toutefois des soins prenant plus de ressources et de temps, en plus d'une période d'isolement préventif en lien avec la pandémie de COVID-19. Les hospitalisations allongées ont impacté à la baisse le roulement des lits et, par le fait même, le nombre d'admissions possibles à l'Institut. De plus, le processus de congé vers d'autres centres hospitaliers présente les mêmes réalités que l'année dernière : les usagers hospitalisés dans notre établissement de santé doivent présenter un résultat négatif à un test PCR avant leur transfert vers d'autres milieux de soins, ce qui a conduit à des retards, surtout lors des pics des vagues de COVID-19. De plus, la saturation des lits en psychiatrie pour les établissements de santé de l'ensemble du réseau a aussi représenté un obstacle à l'obtention de congé pour certains patients.

## Provenance de la clientèle

- **72% - Prisons provinciales**
- **8% - Centres hospitaliers**
- **6% - Ressources d'hébergement**
- **5% - Pénitenciers fédéraux**
- **2% - Centres jeunesse**
- **1% - Domiciles**
- **Autres**

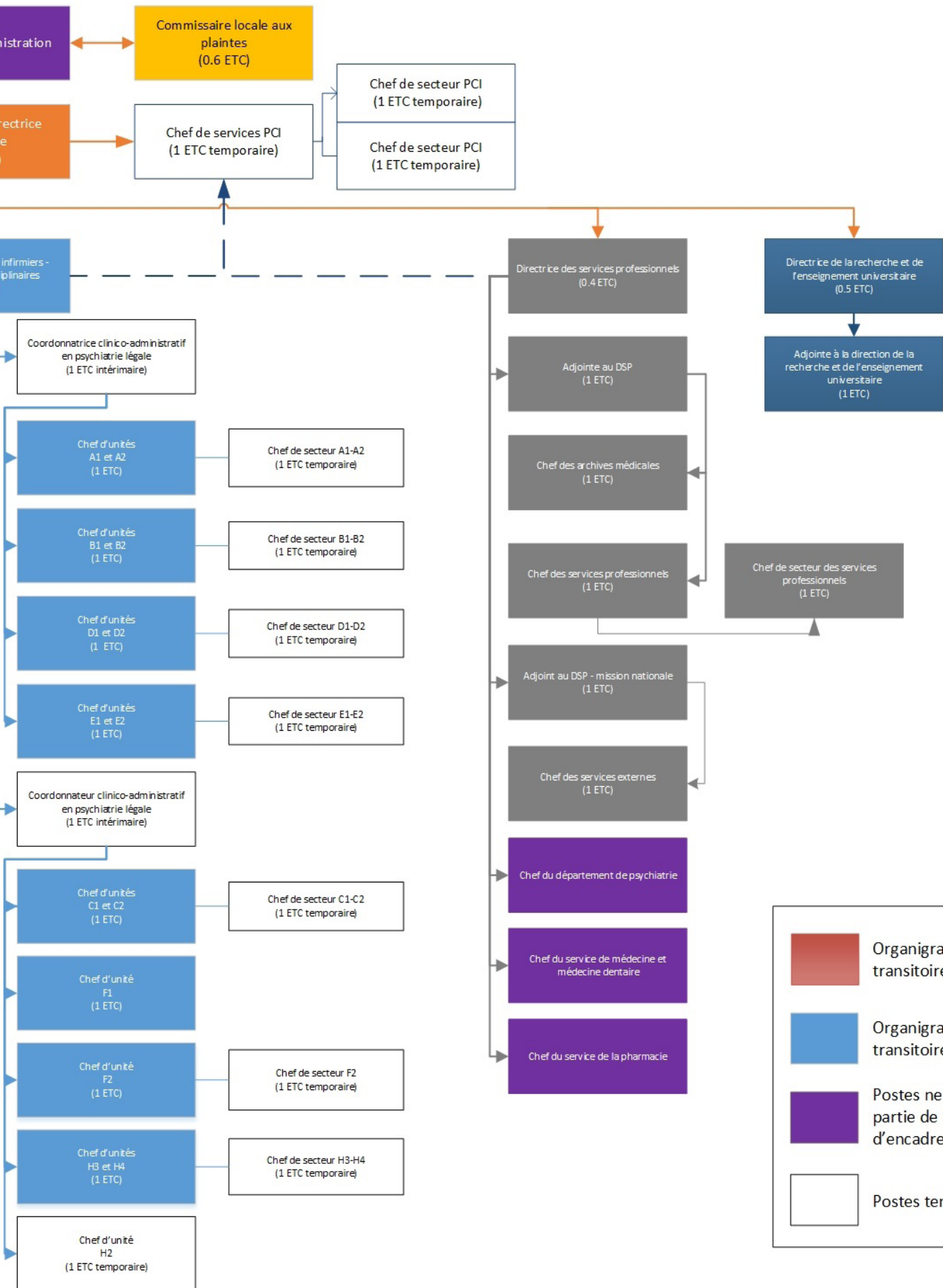
# Organigramme



## ORGANIGRAMME D'ENCADREMENT

*En date du 31 mars 2022*

*L'établissement est actuellement en révision de son plan d'organisation, et l'organigramme est donc appelé à évoluer.*



**Organigramme transitoire**

**Organigramme transitoire**

**Postes ne faisant pas partie de l'équipe d'encadrement**

**Postes temporaires**

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

### 3.2.1 Le conseil d'administration au 31 mars 2022

M. André Brunelle  
Président  
Membre indépendant  
*Gouvernance ou éthique*

M<sup>me</sup> Carolle Brabant  
Vice-présidente  
Membre indépendant  
*Ressources immobilières,  
informationnelles ou humaines*

M<sup>me</sup> Manon Boily  
Secrétaire  
Présidente-directrice générale

D<sup>re</sup> Michelle Roy  
Administratrice  
Désignation  
*Conseil des médecins,  
dentistes et pharmaciens*

« À combler »  
Désignation  
*Comité régional sur les  
services pharmaceutiques*

M<sup>me</sup> Lise Héroux  
Administratrice  
Désignation  
*Conseil multidisciplinaire*

D<sup>r</sup> Michael Mansour  
Administrateur  
Désignation  
*Département régional de  
médecine générale*

M. Samsith So  
Administrateur  
Désignation  
*Conseil des infirmières et  
infirmiers*

« Absence de désignation »  
Désignation  
*Comité des usagers*

M<sup>me</sup> Caroline Larue  
Administratrice  
Nomination  
*Universités affiliées*

M. Grégoire Leclair  
Administrateur  
Nomination  
*Universités affiliées*

M. Alain Couette  
Administrateur  
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*

M<sup>me</sup> Francine Dubé  
Administratrice  
Membre indépendant  
*Gouvernance ou éthique*

M<sup>me</sup> Michèle Goyette  
Administratrice  
Membre indépendant  
*Vérification, performance ou  
gestion de la qualité*

M<sup>me</sup> Marcelle Lajoie  
Administratrice  
Membre indépendant  
*Vérification, performance ou  
gestion de la qualité*

M<sup>me</sup> Véronique Lussier  
Administratrice  
Membre indépendant  
*Expérience vécue à titre  
d'usager des services sociaux*

M. Serge Régnier  
Administrateur  
Membre indépendant  
*Expérience vécue à titre  
d'usager des services sociaux*

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

Au cours de l'année 2021-2022, 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.

Comme il n'y a eu aucun cas traité et aucun manquement constaté, aucune sanction n'a été 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 2022

- » M<sup>me</sup> Manon Boily, présidente-directrice générale
- » M. Alain Bouchard, directeur général adjoint par intérim
- » D<sup>re</sup> Kim Bédard-Charette, directrice des services professionnels et des affaires médico-légales, et directrice santé mentale, dépendance et itinérance
- » M<sup>me</sup> Audrey Bouchard, directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires
- » M<sup>me</sup> Annie Côté, directrice des services techniques et du projet majeur
- » M<sup>me</sup> Anne Crocker, directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
- » M<sup>me</sup> Elizabeth Keskinbicak, directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
- » D<sup>r</sup> Mathieu Dufour, chef du département de psychiatrie

## 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

Comme en 2020-2021, la pandémie est venue complexifier la gestion de l'établissement cette année : gestion de crise, manque de personnel et adaptation des services offerts aux patients ont été quelques-uns des défis auxquels la direction de l'établissement a dû faire face.

Aussi, comme l'an dernier, les opérations ont été maintenues avec un haut standard de qualité, et les mécanismes de suivi mis en place ont été efficaces. Plusieurs outils ont d'ailleurs été instaurés au cours de l'année et continueront de faire l'objet d'améliorations continues : CA sans papier, salle de pilotage, tableau de bord et indicateurs de performance. À cet égard, le comité de gouvernance et d'éthique s'est acquitté des responsabilités qui lui incombent.

Le comité a aussi participé à la mise en place du comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire.

## » 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, les défis budgétaires, la sécurité des technologies de l'information et le plan de conservation des immobilisations de l'Institut. De plus, il a poursuivi son processus de familiarisation avec son rôle et ses responsabilités dans différents dossiers financiers. Au cours de l'exercice courant, le comité se penchera sur la mise en place d'un calendrier d'activités contenant des sujets qui lui permettront de remplir son mandat, tel que stipulé par la loi.

## » 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 humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

## Principales réalisations

De nombreux dossiers suivis au cours de l'année 2021-2022, dont la gestion de la pandémie de COVID-19, l'application de la Politique sur les mesures de contrôle et la préparation à la visite d'Agrément Canada, ont permis aux membres du comité de vigilance et de la qualité d'assurer une vigilance continue quant aux services et aux soins offerts par l'INPL Philippe-Pinel. Les notions de pertinence, qualité, sécurité et efficacité des services dispensés étaient au cœur de leurs réflexions et questionnements.

Il convient de rappeler que les membres du comité font preuve d'un engagement significatif à la réalisation de leur mandat : la diversité et la teneur des dossiers en lien avec la qualité des soins et des services exigent une collaboration soutenue de chaque membre. Dans chaque dossier, une attention spéciale est accordée à l'importance du respect des droits des usagers, notamment dans un établissement duquel est rendue nécessaire une limitation des droits et libertés afin d'assurer la sécurité des personnes touchées par une maladie grave ainsi que celle des employés affectés aux soins/services et à l'encadrement.

Le comité reconnaît les efforts consacrés par la direction générale dans l'exercice de son leadership et son souci de partager avec clarté et concision chaque dossier soumis au comité. Sa rigueur quant aux suivis et à l'atteinte des résultats visés vient bonifier l'assurance de la réalisation de notre mission comme référence en psychiatrie légale.

## » Comité des ressources humaines et communications

### Mandat et responsabilité

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

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

### Principales réalisations

L'an 2 de la pandémie a eu un impact majeur sur la progression des dossiers qui sont analysés par la comité des ressources humaines et communications. La direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques de l'Institut a concentré ses efforts sur la gestion des ressources dans un contexte de pandémie et de pénurie de main-d'œuvre. Les efforts en communication interne pour informer les employés des impacts de la pandémie et des mesures de mitigation mises en place se sont poursuivis en 2022.

Il est aussi important de noter que nous avons vécu un changement de garde au sein du comité de direction de l'INPL Philippe-Pinel. Notre nouvelle directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, Mme Elizabeth Keskinbicak, a participé à sa première réunion du comité en septembre 2021 et a rapidement démontré une grande capacité à identifier, comprendre et suggérer des pistes de solution aux nombreux enjeux de l'Institut.

## Comités obligatoires

### » Comité de gestion des risques

#### Mandat et responsabilité

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions (art. 183.2, LSSSS) 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 pour 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, LSSSS).

### » Comité des usagers

#### Mandat et responsabilité

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

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 LSSSS 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 LSSSS.

## 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, LSSSS) 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, LSSSS) est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur les trois domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers à l'INPL 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 et infirmiers;
3. La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières et infirmiers.

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 et infirmiers.

### » Conseil multidisciplinaire

#### Mandat et responsabilité

Le conseil multidisciplinaire (art. 226, LSSSS) 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, 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 dégagant et en 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 besoins de l'Institut. Enfin, le CEH peut répondre aux questions soumises par le comité d'éthique de la recherche.

### **Principaux constats**

Malgré la pandémie qui s'est poursuivie en 2021-2022, le comité d'éthique hospitalière a été sollicité pour l'étude de deux situations pour lesquelles les échanges ont été profitables. Les sujets traités démontrent la pertinence de cette instance dans l'établissement dans une optique de bien-être accru des patients et de soutien pour le personnel.

Le comité a bénéficié de l'expertise du centre d'éthique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSS de Laval), avec lequel il a convenu d'une entente de service pour l'année 2021-2022. L'objectif général de l'entente vise à soutenir l'établissement dans la structuration et l'actualisation des services en éthique.

De manière spécifique, l'offre de service du centre d'éthique du CISSS de Laval comprend les éléments suivants :

- Soutien dans la révision et la conceptualisation du cadre d'éthique de l'établissement;
- Soutien dans la modernisation du comité d'éthique;
- Soutien dans la promotion des services en éthique à partir d'activités de sensibilisation;
- Soutien dans la formation du personnel par le développement des compétences et de la culture de l'éthique dans l'établissement.

## **» 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



### » Impacts de la COVID-19 sur nos activités

Cette année encore, la lutte contre la pandémie a été une priorité.

L'INPL Philippe-Pinel ayant conservé son statut d'établissement vert jusqu'à la 5<sup>e</sup> vague de COVID-19, nous avons dû, au mois de décembre 2021, ajuster notre fonctionnement afin d'accueillir sur nos unités de soins les patients atteints de la COVID-19 (notre partenariat avec l'Institut universitaire en santé mentale Douglas pour l'hospitalisation des usagers ayant contracté la COVID-19 étant interrompu temporairement face à l'ampleur de la 5<sup>e</sup> vague). Ainsi, pour faire face à cette 5<sup>e</sup> vague, nous avons instauré une gouvernance d'urgence avec des instances aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel qui se sont rencontrées de façon hebdomadaire, voire journalière en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique. Ceci nous a permis de mettre en place de nouvelles modalités sécuritaires afin de conserver notre clientèle sur nos unités de soins. Dès lors, les canaux de communication suivants ont été ajoutés :

- Reddition de compte fréquente et continue à la santé publique;
- Communications rehaussées, destinées aux patients (Info-COVID) et aux employés (état de situation) afin de leur faire connaître les mesures de PCI à l'Institut.

Avec plus de la moitié des unités de soins mises en confinement, l'ampleur de la situation vécue à l'intérieur cette année est sans précédent. Toutefois, notre établissement a su répondre avec succès aux défis rencontrés lors de la 5<sup>e</sup> vague de COVID-19, et ce, en assurant une prise en charge sécuritaire des patients atteints de la COVID-19 alors que 20% de nos effectifs étaient absents. À la fin du mois de mars 2022, nos activités étaient toutes reprises, avec une attention particulière portée aux soins et services offerts à notre clientèle, en procédant à la mise à jour de notre plan de reprise des activités développé lors de la 2<sup>e</sup> vague de COVID-19.

Malgré que nous ayons dû avoir recours à des mesures contraignantes, le point central de cette réussite est la mobilisation exceptionnelle de l'équipe de direction, des gestionnaires, des médecins, des employés et des patients qui ont mis en place, de manière agile, toutes les précautions requises. L'étroite collaboration avec les

instances ministérielles et les établissements de santé de Montréal a également permis une réponse positive à la situation rencontrée au courant de l'année 2021-2022.

### Gouvernance et programme de PCI

Notre programme de PCI est à sa deuxième année d'existence. Avant l'année 2021-2022, l'établissement n'avait jamais produit de programme de PCI spécifique, conformément aux requis du Cadre de référence en prévention et en contrôle des infections (MSSS, 2017).

Innovant et en réponse à la directive ministérielle visant la mise en œuvre d'un programme de formation en PCI portant sur la COVID-19, notre « Programme d'amélioration de la sécurité infectieuse » a été retenu comme projet finaliste dans la catégorie « Sécurité des soins et des services (Prix Isabel-et-Michèle-Beauchemin-Perreault) » des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux en 2022.

Le service de PCI fait l'objet d'une cogestion entre l'officier (DSP) et la gestionnaire du service (DSI-SM). De plus, une gouvernance exceptionnelle a été mise en place durant la 5<sup>e</sup> vague afin de permettre l'application de toutes les mesures requises. Cette gouvernance exceptionnelle était composée de la PDG, de l'officier PCI, de la gestionnaire du service de PCI et de la directrice responsable de la PCI.

### Situation épidémiologique de l'établissement

En 2020-2021, aucun patient n'avait contracté la COVID-19 au sein de notre établissement, et ce, grâce à nos protocoles mis en place au moment de l'admission permettant aux patients contaminés à l'extérieur de l'INPL Philippe-Pinel d'être détectés, dépistés et transférés à notre partenaire désigné pour les recevoir et les soigner le temps de leur infection. Toutefois, au cours de la dernière année, nous avons eu 5 éclosions mixtes (employés et patients) et une éclosion incluant des employés seulement pour un total de 6 éclosions.

Au total, 48 patients ont eu la COVID-19 depuis le début de la pandémie, dont 90% (43 patients) lors de la 5<sup>e</sup> vague.

- 4<sup>e</sup> vague : 2 patients (nouvellement admis et

transférés à notre partenaire désigné)

- 5<sup>e</sup> vague : 43 patients
- 6<sup>e</sup> vague (en date du 31 mars 2022) : Aucun patient

63 membres du personnel ont été atteints de la COVID-19 lors des trois premières vagues. En additionnant les cas pour la 4<sup>e</sup>, la 5<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> vague, 391 membres du personnel ont eu la COVID-19.

- 4<sup>e</sup> vague : 14 membres du personnel
- 5<sup>e</sup> vague : 261 membres du personnel
- 6<sup>e</sup> vague (en date du 31 mars 2022) : 53 membres du personnel

## » L'agrément

Nous avons reçu le rapport final d'Agrément Canada suite à l'inspection de notre établissement, du 6 au 8 décembre dernier, par des visiteurs désignés. Déjà fort satisfaits de nos résultats préliminaires obtenus au moment du bilan, qui fut présenté lors de la dernière journée de la visite, c'est avec fierté que nous constatons que notre taux de conformité global à l'ensemble des critères, préalablement établi à 95,7%, est officiellement de 96,7%. De plus, étant donné la qualité de nos plans d'action et documents déposés en guise de preuves lors de cette visite, Agrément Canada atteste n'avoir à formuler aucune recommandation à notre égard et n'exigera aucun suivi de notre part pour les critères qui ont fait l'objet d'une non-conformité.

Nous procéderons donc à la mise en œuvre des actions que nous avons prévues, et ce, dans une optique d'amélioration continue et d'excellence des soins et services offerts à notre clientèle.

## » Gestion des risques

L'établissement a procédé à l'adoption et au déploiement de sa Politique de gestion intégrée des risques ainsi qu'à la mise à jour des procédures sur les analyses factuelles et sur les événements sentinelles. Le comité de gestion des risques s'est aussi doté de règles de fonctionnement qui viennent ainsi compléter la mise en place de la gouvernance en gestion des risques dans l'établissement. Ces

politiques et procédures, s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue, traduisent le souci de l'Institut d'offrir à son personnel et à ses patients un milieu où la sécurité est au cœur de ses préoccupations.

## » Plan d'action stratégique 2020-2023

Le Plan d'action stratégique 2020-2023 de l'Institut, adopté par le conseil d'administration le 9 décembre 2020, comprend six grandes orientations dont quatre sont directement dérivées de la planification stratégique du MSSS (version initiale, non amendée). Ces orientations sont ensuite déclinées en 23 objectifs et deux sous-objectifs, tous faisant l'objet de plans d'action annuels qui nous permettront d'atteindre nos objectifs signifiés par le MSSS, tant au niveau des services offerts aux patients qu'en regard à notre mandat national et à nos ressources humaines, matérielles, technologiques et financières.

La pandémie a nécessité des efforts et des ressources considérables tout au long de l'année. La 5<sup>e</sup> vague aura été majeure pour notre établissement, arrivant immédiatement après les efforts importants qui furent requis dès avril 2021 afin de planifier la visite d'Agrément Canada en décembre 2021. Malgré cela, nous avons maintenu le déploiement de notre Plan action stratégique 2020-2023. Ainsi, la majorité des plans d'action annuels sont en contrôle, mais connaissent un ralentissement. Certains plans d'action feront l'objet d'un suivi prioritaire d'ici le bilan de l'année en juin 2022. Les réalisations suivantes sont à souligner :

- Obtention d'un financement de 150 000\$ pour trois ans pour le projet « Pour une sécurisation culturelle en psychiatrie légale – Reconnaître la souffrance et renouveler la confiance »;
- Rehaussement financier significatif avec un budget de 80 millions de dollars par année depuis deux ans;
- Complétion de la planification de la dernière phase de notre plan clinique et académique, et adoption de celle-ci par le ministère dont l'actualisation se fera au cours de l'exercice 2022-2023;
- Complétion du dossier d'opportunité pour le projet majeur de modernisation des installations physiques de l'établissement;

- Création d'une direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques permanente, alors que l'Institut était dépourvu d'une telle direction depuis plus de sept ans;
- Développement du Centre de recherche qui compte 20 chercheurs réguliers et 19 chercheurs associés.

## » Lancement de Forensia

C'est avec beaucoup de fierté que l'Institut a reçu, le 2 septembre 2021, M. Lionel Carmant, ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, lors d'une conférence de presse annonçant le financement obtenu du MSSS pour Forensia, notre nouveau Centre de formation intersectoriel en santé mentale, justice et sécurité. Durant son allocution, M. Carmant a notamment souligné l'engagement des équipes de l'Institut.

M. André Brunelle, président du conseil d'administration, Mme Manon Boily, présidente-directrice générale, et Mme Anne Crocker, directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire, étaient sur place pour dévoiler l'identité visuelle de Forensia et détailler ce projet intersectoriel de grande envergure qui s'inscrit dans le cadre du mandat national de l'Institut.

Forensia a pour mission d'offrir une programmation éducative à la fine pointe des connaissances et de la technologie afin de soutenir les différents réseaux dans le déploiement des meilleures pratiques en santé mentale forensique.

## » Comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire

Dans le but de soutenir la réalisation de notre objectif de créer des opportunités de partenariats avec les acteurs des milieux de la santé mentale, de la justice et de la sécurité publique, au bénéfice de la population, des usagers et des intervenants (en accord avec notre Plan d'action stratégique 2020-2023 et notre mission nationale), un comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire a été mis en place, celui-ci relevant directement du conseil d'administration. Ce comité, dont le mandat est notamment de contribuer au développement des volets scientifiques et de partage des connaissances de l'Institut, est composé de leaders de l'Institut et de personnes externes choisies pour représenter les différents partenaires avec lesquels

l'Institut souhaite consolider, voire développer ses liens dans une perspective de synergie intersectorielle (les usagers, les Fonds de recherche du Québec, l'Université de Montréal, la justice, la sécurité publique, le service correctionnel du Canada et les PDG de CIUSSS-CIUSSS).

## » Fermeture des recommandations du Protecteur du citoyen en lien avec l'application des mesures de contrôle

À son arrivée en avril 2020, à la demande du Protecteur du citoyen, la PDG a repris la gouverne du dossier entourant le déploiement de la Politique sur les mesures de contrôle, et ce, conformément aux orientations ministérielles. Un plan d'action reposant sur l'implantation organisationnelle de la politique a été déposé le 29 juin 2020.

Le principal enjeu entourant le déploiement de cette politique était la nécessité d'agir sur la structure organisationnelle de l'établissement afin d'assurer un changement culturel pérenne. C'est pourquoi le plan d'action adresse directement cet enjeu en proposant une structure de gouvernance qui sera responsable de tous les éléments requis pour la mise en œuvre de la politique, son application et son évaluation.

La mise en œuvre du plan d'action associé aux recommandations a été complétée. Après avoir présenté le bilan complet de ce plan d'action au Protecteur du citoyen, le dossier est maintenant clos, à la satisfaction du Protecteur du citoyen et du conseil d'administration depuis décembre 2021. Le Protecteur du citoyen a souligné le haut niveau de qualité de ce que notre Institut a mis en place.



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

### Vaccination, dépistage et gestion de la COVID-19

Les efforts de vaccination réalisés par notre propre clinique de vaccination se sont poursuivis cette année. Les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> doses ont été offertes aux patients et aux employés, et la cible vaccinale souhaitée de 85% a été atteinte. Tout comme les années précédentes, la vaccination contre l'influenza a également été offerte aux patients et aux employés.

De plus, une réorganisation des services a pris place au sein de la DSI-SM afin de garantir les plus hauts standards de qualité et de sécurité pour notre clientèle et nos employés en contexte de pandémie de COVID-19. Notons :

- La poursuite des modalités d'hospitalisation vers le Douglas, lorsque possible, des patients contaminés en provenance de l'externe;
- Le rehaussement des pratiques d'évaluation infirmières afin d'assurer une gestion des dégradations de conditions cliniques;
- L'augmentation de la capacité de dépistage de l'organisation;
- L'augmentation de la capacité de la ligne COVID et de la gestion des enquêtes;
- L'utilisation de points de contrôle afin d'assurer l'application de pratiques exemplaires en PCI et le port des ÉPI;
- L'application de mesures de stabilisation de la main-d'œuvre sur les unités prioritaires;
- La maximisation des téléconsultations et des comparutions virtuelles;
- La modification des sorties en bulles unités;
- La modification des horaires des activités pour nos patients dans nos locaux, selon la capacité de l'équipe d'hygiène et salubrité afin d'assurer l'application des pratiques en PCI requises.

### Plan d'action médicaments

Un plan d'action en quatre phases a été déposé en 2021-2022 afin d'assurer une administration sécuritaire

des médicaments au sein de l'établissement. La phase I est maintenant terminée et a permis de finaliser le diagnostic des erreurs médicamenteuses et de se doter de cibles d'amélioration à atteindre. La phase II est toujours en cours et consiste à développer et réviser les procédures et les outils cliniques infirmiers afin d'encadrer la pratique infirmière ainsi que l'organisation du travail. Cette phase vise à assurer les conditions gagnantes pour l'administration sécuritaire des médicaments sur les unités de soins. La gouvernance de ce dossier stratégique est en repositionnement afin que les partenaires clés du circuit du médicament, tel que le corps médical et l'équipe de pharmacie, viennent en appui à la DSI-SM et aux infirmières et infirmiers pour l'atteinte des objectifs fixés.

### Gestion intégrée des risques

Le processus d'amélioration continue des soins et des services est appuyé par la mise en place de mécanismes de qualité, autant pour la gestion des plaintes que pour la gestion des événements indésirables. Des outils sont en développement pour faciliter les suivis au sein de la DSI-SM ainsi qu'auprès de la gestionnaire des risques. Les efforts se sont poursuivis cette année pour la gestion des plaintes et des insatisfactions par le mise en place d'une approche proactive auprès des usagers.

### Service de la sécurité

La réintégration du service de la sécurité au sein de la DSI-SM s'est actualisée en 2021-2022. L'offre de soins et de services bénéficie désormais d'une vision intégrée entre les soins et la sécurité. Ce changement de gouvernance favorise le déploiement de stratégies où les soins et la sécurité sont en synergie et au service des besoins du patient, et non en tension comme c'est souvent le cas au sein d'hôpitaux à sécurité maximale. Le tout se conclura par l'arrivée prochaine, en 2022, d'un coordonnateur de la sécurité et des mesures d'urgence, et par la pérennisation de la gouvernance de ce secteur névralgique.

### Plan clinique et académique

Les discussions avec le ministère ont été amorcées en fin d'année 2021 afin de faire adopter des ajustements au plan clinique et académique de l'Institut. Les travaux se poursuivent afin d'actualiser le rehaussement des effectifs et le rehaussement des pratiques cliniques au

## » Direction générale adjointe (DGA)

sein de l'équipe de la DSI-SM.

### Main-d'œuvre

En 2021-2022, la pénurie de main-d'œuvre s'est grandement fait sentir au sein de notre département. Un plan de continuité des services est en cours d'élaboration. Ce plan permet d'anticiper les bris de services potentiels, de coordonner les actions requises de manière proactive et d'assurer la mobilisation des acteurs clés. De plus, de nombreux points de vigie sont tenus quotidiennement par l'équipe de la DSI-SM en appui à la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) afin de coordonner la main-d'œuvre et de réaménager les effectifs. Cette collaboration entre la DSI-SM et la DRHCAJ a été primordiale afin de contrer les conséquences désastreuses d'éventuels bris de services aux patients.

### Déploiement de la Politique des mesures de contrôle

Une chargée de projet a été nommée au début de l'année 2022 et assure maintenant la coordination des différentes actions à déployer au sein de l'établissement. La chargée de projet nommée et l'amélioration de la situation épidémiologique actuelle ont permis de lancer les activités de formation associées au bloc de formation 2. Les efforts soutenus se poursuivent afin de créer des conditions gagnantes pour appuyer le changement culturel qui favorisera la mise en place d'une telle politique dans un hôpital à sécurité maximale.



### » Service des finances

Le service des finances a procédé à une refonte complète de ses états financiers afin de produire une information de gestion pertinente pour tous les paliers décisionnels de l'établissement. Les nouveaux états financiers sont disponibles en ligne et accessibles pour l'ensemble des gestionnaires, et favorisent la décentralisation de la gestion, ce qui améliore nettement l'efficacité organisationnelle. Une révision complète du mode de budgétisation correspondant aux meilleures pratiques dans le réseau a aussi été réalisée. Pour 2021-2022, l'Institut a atteint l'équilibre budgétaire grâce à un contrôle serré des heures travaillées et l'implication de tous les gestionnaires. Notre budget atteint maintenant plus de 80 millions de dollars par année. Nous avons aussi obtenu des budgets de développement pour la mise en œuvre de notre mandat national, en plus d'un rehaussement financier significatif, ce qui contribue à rehausser l'offre de services cliniques.

### » Service des approvisionnements

L'année 2021-2022 fut une année de révision des processus. La Politique d'approvisionnement a été revue et bonifiée, un cahier de procédures a été mis en place, et l'ajout de nouveaux membres du personnel a permis la révision des tâches.

Encore cette année, la pandémie a mis une pression énorme sur l'équipe du service des approvisionnements. Nous avons dû nous ajuster aux nouvelles réalités de PCI. L'ajout de ressources dédiées de jour, soir et fin de semaine a été nécessaire.

La gestion de l'inventaire et le manque d'espace d'entreposage ont été des enjeux importants en 2021-2022.

Enfin, environ 10 500 réquisitions ont été traitées et 204 contrats ont été signés cette année, ce qui représente une augmentation de 15%.

### » Service des activités d'alimentation

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, plusieurs ajustements ont été apportés au service des activités d'alimentation, notamment au niveau de la distribution des repas aux employés et aux usagers sur les unités, et ce, afin de répondre aux différentes mesures sanitaires.

Durant l'année 2020-2021 :

- 8 631 repas gratuits ont été distribués aux employés afin de diminuer les déplacements dans les unités tièdes et chaudes ;
- Nous avons créé des menus spéciaux et distribué des collations afin d'offrir du réconfort aux patients ;
- Nous avons procédé à la modernisation des équipements de cuisson pour favoriser la qualité de l'alimentation ;
- Nous avons réalisé un sondage auprès de l'ensemble de la clientèle.

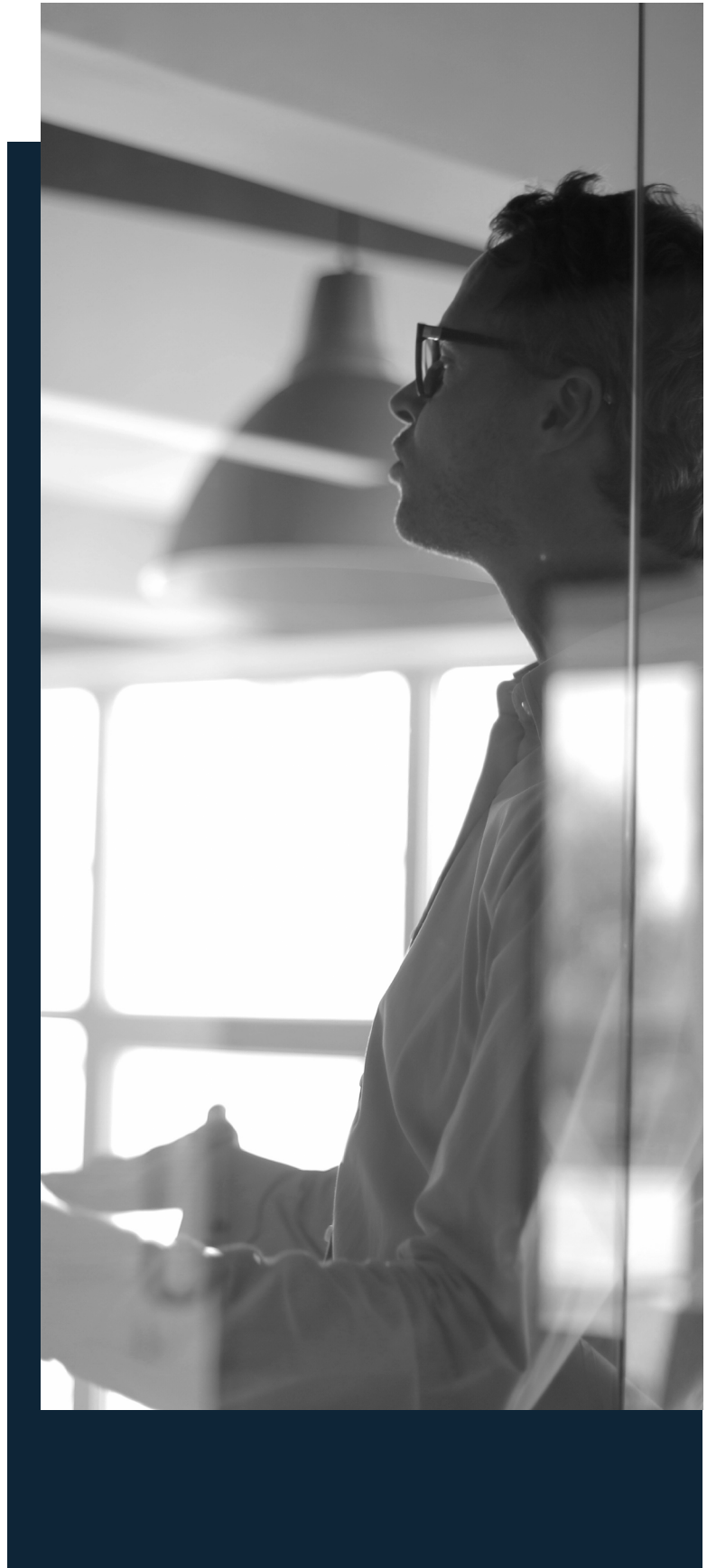
## » Ressources informationnelles

L'année 2021-2022 a été marquée 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.

Depuis le début de la pandémie, nous avons apporté plusieurs ajustements afin de permettre à l'établissement de demeurer opérationnel malgré les mesures sanitaires mises en place. Nous avons adapté notre offre de service et élargi l'horaire de travail afin de répondre aux besoins de notre clientèle.

Le télétravail et les restrictions imposées par la COVID-19 créent une nouvelle réalité au niveau de la technologie de l'information et des demandes émises au service de l'informatique afin de supporter les différents professionnels de l'Institut.

De façon à assurer la disponibilité de l'équipe et le support nécessaire quant au maintien des équipements technologiques, nous avons accueilli quatre nouvelles ressources, soit deux techniciens en informatique, un technicien spécialisé en informatique et une technicienne administrative.



## » Direction des services techniques et du projet majeur (DST)

Cette année, la direction des services techniques a concentré ses efforts autour du projet de modernisation, de plusieurs projets de construction ainsi que de plusieurs dossiers d'amélioration de processus. De nombreux changements ont été apportés à la structure de la direction afin d'être en mesure de mener à bien divers projets d'infrastructure en cours et à venir. Une équipe de projet de construction a été recrutée à cet effet.

Plusieurs projets de construction ont été réalisés ou sont en cours de réalisation. Nombre d'entre eux touchent à des travaux dans la chaufferie (tours d'eau, pompes), au réaménagement et agrandissement d'espaces (bureaux, cafétéria) et à la sécurité du bâtiment (rehaussement des systèmes de sécurité, sécurisation des cours intérieures via l'éclairage, réservoirs de génératrices).

À ceci s'ajoute l'achèvement de l'avant-projet de notre projet de modernisation qui est en cours depuis 2019. 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, et 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.

Dans ses opérations, la DST s'est inscrite dans une démarche de gestion des risques intégrée à laquelle l'ensemble des employés de la direction ont participé. Également, dans un souci d'amélioration d'entretien et de gestion du bâtiment, une démarche d'acquisition et de mise en fonction d'un système de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) a été instiguée pour une éventuelle mise en fonction au cours de la prochaine année. Pour terminer, un rehaussement majeur des pratiques en hygiène et salubrité a été orchestré en collaboration avec le service de PCI afin d'offrir à nos employés et cadres tous les outils nécessaires à leurs fonctions.

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 remplacement d'articles à usage unique, divers projets de verdissement, l'acquisition d'un digesteur aérobie et plusieurs autres petites actions qui ont permis à l'Institut d'améliorer son empreinte écologique. La démarche en santé environnementale débutée en 2016 s'est vue décernée certains prix au courant de l'année, dont le Prix d'excellence du RSSS 2020, catégorie développement durable, et le Prix de la gérance de l'énergie et de l'environnement du Collège canadien des leaders en santé.



## » Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)

L'année 2021-2022 a été marquée par la création permanente de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, telle qu'autorisée par le MSSS. Cette direction, caractérisée par la venue d'une nouvelle directrice, chapeaute également les affaires juridiques, alors qu'une direction intérimaire des ressources humaines et des communications avait vu le jour en 2020-2021.

La DRHCAJ doit donc réviser et mettre en place une direction incluant tous les champs d'activités relevant d'une direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, en plus de revoir les pratiques et processus actuels afin de les optimiser et de les moderniser. Dans ce contexte, le recrutement de personnel qualifié est considéré comme un enjeu prioritaire.

Cette année, la DRHCAJ a eu une participation active dans plusieurs dossiers en lien avec la gestion de la pandémie. Principaux porteurs de l'interprétation et de l'application des différents arrêtés ministériels, les membres de cette direction ont su répondre aux attentes du MSSS et de l'Institut en actualisant ces arrêtés, notamment ceux modifiant les conditions de travail des employés.

Notre service des communications a créé des outils en collaboration avec les différentes directions afin d'informer les patients, les employés et les gestionnaires des mesures sanitaires, des dernières nouvelles en lien avec la COVID-19 et des changements à venir. De plus, malgré la gestion de la pandémie, nous avons souligné notre 50<sup>e</sup> anniversaire en organisant une fête de reconnaissance des employés. À cet effet, des cadeaux ont été distribués, et une capsule temporelle contenant des objets représentant cinquante années de mémoires humaines a été inaugurée et scellée le 15 septembre 2021. Aussi, un sentier historique présentant les jalons importants de l'Institut a été mis en place tout autour de l'organisation. Enfin, le service des communications a travaillé en continu et de manière soutenue sur l'actualisation de son plan de visibilité afin de mieux faire connaître la mission de l'Institut auprès du grand public.

Notre service des affaires juridiques a, tout au long de l'année, soutenu et conseillé les directions et autres services en offrant de l'accompagnement et en donnant des conseils juridiques. Il a représenté l'établissement devant la Commission d'examen des troubles mentaux et émis des avis, opinions juridiques et recommandations.



## » Direction des services professionnels (DSP)

Cette année encore, les membres de la DSP, en collaboration avec leurs nombreux partenaires, tant à l'interne qu'à l'externe, ont maintenu leurs efforts afin d'offrir à nos patients tout le soutien requis. Les approches novatrices, l'entraide et la collaboration sont le moteur de nos actions. Bien qu'il nous ait été impossible de reprendre à la hauteur souhaitée les projets de hiérarchisation des services en psychiatrie légale et le projet « Trajectoires et programmation clinique », c'est avec un enthousiasme renouvelé que nous reprendrons nos travaux pour l'année qui débute.

Nous aimerions souligner que nos services de télésanté ont été remarqués lors de la visite d'Agrément Canada en décembre 2021. Avec un taux de conformité de 100% à l'ensemble des critères de la norme en télésanté, notre établissement se démarque largement dans ce domaine.

Parmi nos actions réalisées ou en cours de réalisation, notons :

- L'embauche d'un médecin psychiatre;
- L'embauche d'un médecin omnipraticien - santé des femmes (1 jour/3 semaine);
- L'embauche d'un pharmacien (présentement aux études);
- La consolidation de l'équipe NSA et l'actualisation de son mandat;
- L'embauche de huit criminologues, deux psychologues, un travailleur social et une ergothérapeute;
- La redistribution des heures de l'infirmière NSA pour support à la liaison;
- Le développement de la programmation du projet « Trajectoires et programmation clinique » (en collaboration avec la DSI-SM et la DRE) et le soutien obtenu de la DRE pour la bonification de l'offre de service du pilier 3 - DUNDRUM - référant aux problèmes de dépendance;
- La formation DUNDRUM offerte à l'interne et la reprise des activités de cotation, en plus de la participation active avec une équipe de travail de la DRE pour l'amélioration du contenu et son développement;
- La collaboration étroite avec le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants;
- La bonification de l'offre de service de l'intervenant en soins spirituels et des heures du poste;
- La poursuite de la collaboration avec le SCC;
- La mise en place de rencontres aux deux mois entre l'équipe NSA et les responsables du mécanisme d'accès à l'hébergement pour la santé mentale afin d'assurer un suivi plus étroit du cheminement de nos usagers;
- Les travaux préparatoires au déploiement du PQPTM et la bonification de l'équipe clinique;
- Le soutien à la Côte-Nord pour la production d'expertises psychiatriques;
- Le suivi de la production d'évaluations du risque de violence;
- L'ajustement à la hausse de l'offre de service en visioconférence (notamment pour la téléexpertise);
- La poursuite des travaux en lien avec le protocole P-38 soumis par le MSSS (suspension des travaux suite à la pandémie de COVID-19).



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

En 2021-2022, la DRE a poursuivi ses travaux en lien avec le plan clinique et académique ainsi que le déploiement de la mission nationale de l'Institut, et ce, malgré la pandémie de COVID-19.

### » Forensia, Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité

2021-2022 fut la première année de vie complète de Forensia dont le lancement officiel s'est déroulé le 2 septembre 2021 avec le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, M. Lionel Carmant. Le centre s'est doté d'une identité nominative et d'une identité visuelle qui lui sont propres, avec l'adoption du nom Forensia et d'un logo distinctif. Nous avons également créé INFOrensia, l'infolettre de Forensia, ainsi que son site web (forensia.ca) qui intègre une plateforme transactionnelle et une plateforme d'inscription.

Nous avons mis en place une nouvelle structure de gouvernance : comité exécutif (stratégies, orientations), comité aviseur (rôle-conseil, besoin en formations), comité de coordination (coordination et administration du volet opérationnel), comité intersectoriel (partenaires des milieux communautaires et institutionnels) et comité scientifique (validation du contenu des formations). Nous avons proposé une offre de formation augmentée et diversifiée en 2021-2022 : conférences scientifiques, formations HCR-20, PCL-R, SAPROF, START, collaboration avec la DSI-SM dans l'offre de formation OMEGA, formations sur les autorisations judiciaires de soins, statuts judiciaires, gardes en établissement et autres. Cette année, nos 55 activités de formation et sept conférences scientifiques ont accueilli près de 3 000 participants.



### » Stages, comité étudiant et excellence de la relève

L'INPL Philippe-Pinel a accueilli 85 stagiaires universitaires dans diverses disciplines, et ce, tout en ajustant ses stages au contexte de pandémie. En 2021-2022, nous avons ajouté des stages en nutrition et travail social à notre offre de service.

Le comité étudiant (69 membres) a élu un nouvel exécutif avec Félix-Albert Bélanger (Crocker et Higgs, dir.) et Evelyne Gratton (Crocker et Higgs, dir.) en coprésidence. Anne-Pierre Raiche et Arianne Imbault continueront de s'impliquer à titre de membres exécutifs pour accompagner le comité dans son mandat et ses activités. Notons que la chercheuse Dumais-Michaud est mentore auprès du comité étudiant. Des ateliers de rédaction scientifique en anglais, de révision de demandes de bourse et de demandes d'admission aux cycles supérieurs ont été organisés, tout comme une conférence-midi sous forme de panel multidisciplinaire avec patient partenaire dans le cadre de la programmation de conférences scientifiques de Forensia.

### Excellence de la relève

Les chercheurs réguliers du Centre de recherche ont encadré près de 100 étudiants dans leur cheminement académique. En 2021-2022, les étudiants du centre ont reçu plus de 572 000\$ en bourses d'excellence, dont quatre bourses d'excellence Gilles Côté de 2 000\$ offertes par le Centre de recherche pour soutenir le parcours académique et la participation à des congrès scientifiques internationaux.

### » Recherche et subventions

En 2021-2022, nous comptons 20 chercheurs réguliers et 19 chercheurs associés (trois nouveaux chercheurs réguliers et trois nouveaux chercheurs associés). De nouvelles subventions ont été octroyées à nos chercheurs réguliers (chercheurs principaux) :

- Carpentier, Spearson-Goulet, Proulx, Lafortune (CRSH : 200 000\$) – *Délinquance sexuelle au Québec : portrait actuel des auteurs, réponse au traitement et récidive*
- Charette, Crocker (CRSH : 75 000\$) – *Trajectoires de judiciarisation et de soin des personnes présentant*

*un trouble mental grave*

- Dumais-Michaud (CRSH : 25 000\$) – *Communauté résidentielle et partagée : une approche de proximité pour mieux soutenir les personnes âgées, les familles et les individus ayant des besoins particuliers en santé*
- Dumais-Michaud (MITACS : 15 000\$) – *Relations avec la communauté : Lignes directrices pour favoriser les rapports sociaux des personnes en milieux fermés pendant une crise sanitaire*
- Guay, Carpentier, Crocker (MEI : 178 000\$) – *Le recours à un agent virtuel autonome (AVA) pour prévenir les violences sexuelles envers les enfants*
- Guay, Crocker, Paquette, Carpentier, Fortin, Spearson-Goulet (FNFR) – *Can you tell me more? The development of a Virtual Conversational Agent (VCA) for assessing and monitoring sexual interests and fantasies of sex offenders*
- Holmes (FCI : 47 000\$) – *Soutien au laboratoire de recherche critique en droit et santé mentale*
- Paradis-Gagné (IRSC : 85 000\$) – *Judiciarisation des personnes souffrant de troubles mentaux : une recherche en théorisation ancrée sur la perception des patients judiciarisés et le personnel soignant*
- Paradis-Gagné (Concours exploration UdeM : 7 000\$) – *Recours à l'hospitalisation et au traitement involontaire pour un proche : l'expérience vécue des familles à l'intérieur du système de justice*

Les chercheurs réguliers ont publié 53 articles avec comités de pairs, en plus de 19 articles sous presse ou acceptés, et 37 soumis. Un livre a été publié, six sous presse ou acceptés, 11 chapitres de livres publiés, quatre chapitres sous presse ou acceptés, et quatre soumis. Enfin, deux guides de pratique et six rapports de recherche ont été produits.

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

### Trois projets en cours

- Série de courtes revues sur l'effet de la COVID-19 sur le travail des institutions en psychiatrie forensique (The COVID in the forensic psychiatry:

a brief review series) est en cours de rédaction

- Un projet de révision des lignes directrices du traitement et de l'évaluation des patients avec déficience intellectuelle et des comportements agressifs, orientés vers les autres (Inpatient treatment for people with intellectual disability and outwardly directed aggressive behaviour: assessments, settings and interventions. A review of Clinical Practice Guidelines)
- Une révision de l'organisation des soins en psychiatrie légale pour les patients avec déficience intellectuelle et manifestant des comportements agressifs

Des articles en lien avec les trois projets sont en préparation.



## 4

# Les résultats au regard du plan stratégique du MSSS

Santé publique et PCI			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 de l'établissement
Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements (EG2 - 1.01.26)	31%	70%	80%
<p><b>Commentaire :</b> Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains se situe à 70% pour l'année 2021-2022, ce qui représente une amélioration significative puisqu'il se situait à 31% à pareille date l'année dernière. Notons que les observations ont été menées dans les unités tièdes de l'établissement pour un nombre total de 77 observations au cours de l'année. La fréquence de celles-ci est inférieure à celle des années précédentes en raison de la suspension temporaire du calendrier régulier des activités de l'équipe d'amélioration continue de la qualité dans le contexte de la pandémie.</p>			
Main-d'œuvre			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Cible 2021-2022 de l'établissement
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante	N/A	0.8	0.42
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	88.01	87.79	88.14
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	N/A	21%	50%
<p><b>Commentaires :</b> L'établissement n'a pas eu recours à la main-d'œuvre indépendante pour les titres d'emploi en prestation de services directe aux patients en raison des services ultraspecialisés que nous offrons et des titres d'emploi spécifiques qui s'y rattachent. Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante se reflète principalement au niveau des secteurs administratifs, des services techniques (ex. : électriciens) et des services informatiques.</p> <p>Le ratio de présence au travail de 87,79% demeure stable par rapport à l'année dernière et est sous la cible de 88,14%. Notons que notre établissement n'est pas épargné par la pénurie de main-d'œuvre et qu'il fait face à des enjeux spécifiques qui créent des difficultés distinctives.</p> <p>L'établissement, jusqu'à très récemment, était dépourvu d'une direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ). Depuis plusieurs années, les coupures financières drastiques imposées ont touché ce secteur pourtant essentiel.</p> <p>Le pourcentage d'employés ayant complété la formation sur la « Sensibilisation aux réalités autochtones » est de 21% en date du 31 mars 2022. Les enjeux de la main-d'œuvre et la gestion de la pandémie, principalement lors de la 5<sup>e</sup> vague, ont compromis l'atteinte de la cible. Cependant, tout est en œuvre pour que nous atteignons la cible au 30 septembre 2022.</p>			

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

## » L'agrément

L'année 2021-2022 a été marquée par la mobilisation de l'ensemble du personnel de l'Institut en vue de la visite d'Agrément Canada qui s'est déroulée du 6 au 8 décembre 2021. Notre Institut a obtenu un résultat impressionnant de 96,7% lors de cette visite. Les résultats exceptionnels de l'établissement ont été accueillis avec fierté alors qu'aucun suivi supplémentaire n'est requis par Agrément Canada.

Débuté en 2018, le cycle actuel d'Agrément Canada se conclura en 2023. D'ici là, les équipes sont appelées à poursuivre le travail entamé et dont les succès ont été soulignés lors de la visite de décembre 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

L'établissement a procédé à l'élaboration et la mise à jour de certaines politiques et procédures phares en gestion des risques. Étant donné un délai important entre la survenue d'agressions devant faire l'objet d'analyses factuelles et la réception des rapports d'analyse comprenant les recommandations d'amélioration à mettre en place dans l'organisation, la procédure sur les analyses factuelles qui s'applique aux situations d'agression a été mise à jour en mai 2021.

L'établissement procède à la mise en place d'une équipe d'analyse qui se penche sur chaque situation d'agression en collaboration avec les intervenants sur

le terrain. Les conclusions émanant de ces rapports font l'objet d'un suivi dans les instances dédiées de l'établissement, en conformité avec les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, articles 183.1 et les suivants (LRQ, S-4.2 – Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 183.1 à 183.4). La procédure sur les événements sentinelles a aussi fait l'objet d'une mise à jour qui fut adoptée en mai 2021.

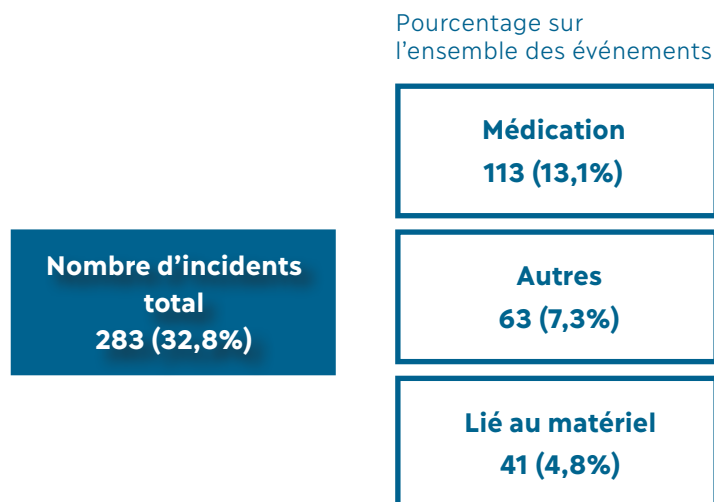
L'Institut s'est aussi doté d'une Politique sur la gestion intégrée des risques dont l'un des objectifs est la mise en œuvre d'un système de gestion intégrée des risques afin de soutenir la prise de décision éclairée et maintenir un environnement sécuritaire autant pour les patients que pour le personnel. L'adoption de cette politique en décembre 2021 vient conséquemment établir le cadre dans lequel l'établissement met en place les principes d'une culture de sécurité en précisant les rôles et responsabilités de chacun, et ce, conformément aux cadres législatif, réglementaire et normatif en vigueur.

Enfin, le comité de gestion des risques s'est penché sur ses règles de fonctionnement. Les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques ont été adoptées en décembre 2021 et viennent ainsi compléter la mise en place de la gouvernance en gestion des risques dans l'établissement.

Ces politiques et procédures, qui s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue, traduisent le souci de l'Institut d'offrir à son personnel et à ses patients un milieu où la sécurité est au cœur de ses préoccupations.

## » 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.

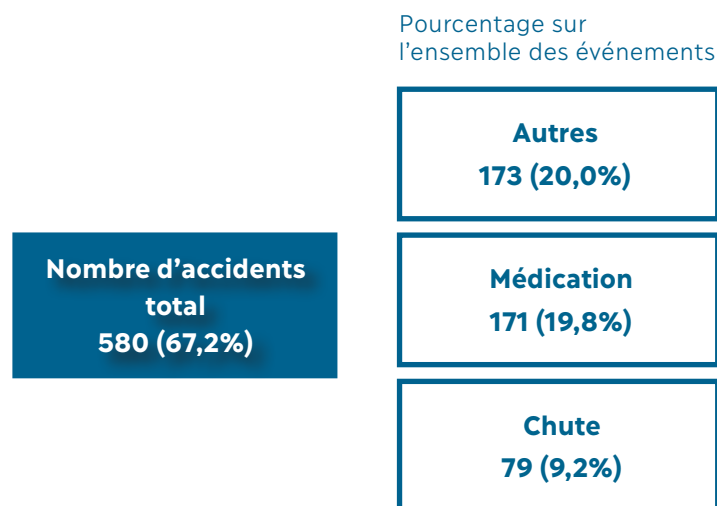


Circonstances des trois principaux types d'incidents et pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents

Événements	Circonstances (3 principales)
Médication 13,1%	Non-respect d'une procédure/protocole Conservation/entreposage Trouvé
Autres 7,3%	Erreur liée au dossier Lié aux mesures de contrôle Autres
Lié au matériel 4,8%	Disparition/perte Bris/défectuosité 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.



Circonstances des trois principaux types d'accidents et pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents

Événements	Circonstances (3 principales)
Autres 20,0%	Automutilation Lié aux mesures de contrôle Tentative de suicide/suicide
Médication 19,8%	Omission Non-respect d'une procédure/protocole Dose/débit
Chute 9,2%	En circulant Trouvé par terre Lors d'une activité

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

### En lien avec les incidents et les accidents

- Mise à jour et déploiement de la procédure sur les analyses factuelles et les événements sentinelles
- Ajustements et suivi du plan d'action sur la prestation sécuritaire des soins - volet médicaments
- Suivi des indicateurs périodiques pour le bilan des incidents/accidents

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

- Point statutaire du comité de gestion des risques avec un membre représentant de l'équipe de prévention et contrôle des infections
- Mise à jour de notre programme d'amélioration de la sécurité infectieuse
- Suivi des risques et solutions associées en lien avec la prévention et le contrôle des infections
- Élaboration et mise en place de plusieurs procédures en lien avec la pandémie de COVID-19 (voir p. 21 du présent document)

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

Les travaux se sont poursuivis en 2021-2022 pour le déploiement de la Politique des mesures de contrôle. Le bloc de formation<sup>1</sup> de la formation interdisciplinaire sur l'application des mesures de contrôle à l'INPL Philippe-Pinel a été réalisé et bien reçu au sein des équipes cliniques. Le suivi étroit avec le Protecteur du citoyen a été fermé en décembre 2021.

Une chargée de projet a été nommée au début de l'année 2022 et assure maintenant la coordination des différentes actions à déployer au sein de l'établissement. La chargée de projet nommée et l'amélioration de la situation épidémiologique actuelle ont permis de lancer les activités de formation associées au bloc de formation 2. Les efforts soutenus se poursuivent afin de créer des conditions gagnantes

pour appuyer le changement culturel qui favorisera la mise en place d'une telle politique dans un hôpital à sécurité maximale.



## » 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 2021-2022, aucune recommandation n'a été émise par le Coroner.

### Recommandations du Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2021-2022, aucune nouvelle recommandation n'a été émise par le Protecteur du citoyen.

### Recommandations d'autres instances

Au cours de l'année 2021-2022, 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 2021-2022, la commissaire a émis trois recommandations qui ont toutes été réalisées. Les trois recommandations portaient sur un même événement rapporté en lien avec des relations interpersonnelles (abus physique).

Les recommandations suivantes ont été adressées à la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, plus précisément à la gestionnaire de l'unité sur laquelle l'événement en cause a eu lieu :

- Compléter un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) concernant un événement lors duquel est survenue une désorganisation comportementale grave d'un usager ayant entraîné des conséquences importantes et impliquant un intervenant (réalisée).
- Effectuer un rappel au personnel de l'unité concerné quant aux notions détaillées au Guide d'utilisation du formulaire de déclaration d'incident ou d'accident concernant l'obligation de déclaration dans un cas de « désorganisation comportementale » (réalisée).
- Faire en sorte que soit réalisée une analyse factuelle relative à l'événement survenu lors duquel est survenue une désorganisation comportementale grave d'un usager ayant entraîné des conséquences importantes et impliquant un intervenant (réalisée).



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

Tableau : Les mises sous garde (1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2022)

	Mission CH	Total
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1	1
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	6	6
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	6	6
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	6	6
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)	6	6

## » L'examen des plaintes et la promotion des droits

### Rôle de la commissaire locale aux plaintes et à 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 réservée 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'INPL Philippe-Pinel qui offre des services de 3<sup>e</sup> 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

Tableau : Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel

	Nombre d'emploi au 31 mars 2021	Nombre d'ETC en 2020-2021
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	171	124
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	325	246
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	171	122
4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	317	227
5. Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	8	6
6. Personnel d'encadrement	49	45
<b>Total</b>	<b>1 041</b>	<b>771</b>

\*Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, les sages-femmes et les étudiants

## » 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 2020-2021 2021-03-28 au 2022-03-26		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1. Personnel d'encadrement	78 565	2 041	80 606
2. Personnel professionnel	160 612	1 683	162 295
3. Personnel infirmier	238 664	28 909	267 572
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	527 441	46 333	573 773
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	473 682	58 839	532 520
6. Étudiants et stagiaires	87	2	88
<b>Total 2021-2022</b>	<b>1 479 050</b>	<b>137 805</b>	<b>1 616 855</b>
<b>Total 2020-2021</b>			<b>1 646 785</b>

Cible 2021-2022 **1 616 855**

Écart à la cible **0**

Écart à la cible en % **0,0%**

Pour l'année 2021-2022, la cible a été respectée.



## 8

# Les ressources financières

## » Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	1 733 904	2,03	3 961 426	4,05	2 227 522	128,47
Santé mentale	55 065 768	64,43	60 628 096	62,03	5 562 328	10,10
Santé physique	943 339	1,10	884 530	0,91	(58 809)	(6,23)
<b>Programme soutien</b>						
Administration	10 559 729	12,35	14 655 087	15,00	4 095 358	38,78
Soutien aux services	7 490 130	8,76	8 425 058	8,62	934 928	12,48
Gestion des bâtiments et des équipements	9 686 025	11,33	9 178 259	9,39	(507 766)	(5,24)
<b>Total</b>	<b>85 478 895</b>	<b>100</b>	<b>97 732 456</b>	<b>100</b>	<b>12 253 561</b>	<b>14,34</b>

\* Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée

\*\* Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure

Note : La hausse des dépenses du programme administration est principalement attribuable à la hausse de 2,3M\$ des charges non réparties qui concerne les mauvaises créances pour les patients étrangers et les rétroactivités salariales.

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'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice financier.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2022, l'établissement a réalisé un surplus de 334 926\$. Il résulte d'un surplus de 68 452\$ au fonds d'exploitation et de 266 474\$ au fonds d'immobilisations. Par conséquent, il a respecté son obligation légale.

## » Les contrats de services

**Tableau : Contrats de services, comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2021 et le 31 mars 2022**

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	10	339 121,10\$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	26	3 884 923,58\$
<b>Total des contrats de services</b>	<b>36</b>	<b>4 224 044,68\$</b>

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non

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

# 9 Ressources informationnelles

Le service des ressources informationnelles offre à l'organisation des ressources humaines et matérielles pour le support aux employés, la gestion de projets, le développement, l'accompagnement, l'entretien du matériel informatique, l'accès et l'exploitation de diverses applications.

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

- 10 829 demandes de soutien diverses, ce qui représente une augmentation de 13 % de demandes par rapport à l'année précédente;
- Le déploiement d'un nombre considérable de nouveaux équipements, dont 150 ordinateurs portables, en plus d'offrir un support important dans le contexte de télétravail et télésanté;
- Des milliers de demandes reliées au secteur de la télésanté – 558 demandes de visioconférence, 1087 demandes de télécomparution, 132 demandes de webconférence;
- L'accès à la téléphonie Wi-Fi sur les unités de soins et la distribution de tablettes électroniques (30 nouvelles tablettes pour un total de 60) pour faciliter les visioconférences, la télémédecine et les rencontres entre les patients et leur famille;
- Le rehaussement de liens de télécommunication avec l'ajout de deux nouveaux liens Internet permettant une meilleure gestion de notre accès;
- Le déploiement de la suite de collaboration Microsoft 365, soit la création d'adresses courriel à l'automne 2021 pour le personnel infirmier, les sociothérapeutes et les ISPS qui étaient en poste. Depuis ce temps, des adresses courriel sont créées à l'embauche pour ces titres d'emploi. Ceci représente une augmentation de 75% pour le nombre d'adresses courriel par rapport à l'année précédente.

Enfin, l'équipe du service des ressources informationnelles a également implanté une solution de sauvegarde dans l'établissement et une solution web pour la gestion des différents comités, mis à jour son inventaire et catégoriser ses actifs, et jouer un rôle de support pour notre clinique de vaccination.

## 10

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

Nom de l'établissement

Institut nat. de psy. légale Philippe-Pinel

Code

1279-7577

Page / Idn.

140-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2022 - AUDITÉE

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

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX) 2	Nature 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2022 5
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>				
L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de revenu de subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers au 31 mars 2021	2020-2021	0500 Réserve	Il s'agit d'une limitation au niveau du travail de l'auditeur, donc aucune mesure à prendre.	0620 Non réglé
L'établissement n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Ceci provient d'une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux indiquant aux établissements de ne pas comptabiliser cette charge, puisque la subvention correspondante n'était pas approuvée en date du 31 mars 2021. Par conséquent, les comptes à payer au 31 mars 2021 et les salaires et charges sociales pour l'exercice terminé le 31 mars 2021 sont sous-évalués d'approximativement 1 907 000 \$.	2020-2021	0500 Réserve	Comptabilisation des indexations et forfaires en 2021-2022.	0600 Réglé

*Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant*

À la fin de l'exercice terminé le 31 mars 2022, la Fondation a un solde à rembourser à l'établissement au montant de 103 680\$	2017-2018	0510 Observation	En cours de réalisation. Il est prévu de régler cette déficience au cours de l'année 2022-2023.	0620 Non réglé
Un compte générique à hauts privilèges par défaut « Administrateur » est utilisé au niveau du domaine Windows et est partagé par trois techniciens	2016-2017	0520 Commentaire	En cours de réalisation. Il est prévu de régler cette déficience au cours de l'année 2022-2023.	0620 Non réglé

*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 de celle qui a préparé les rapports et que tous les rapports soient signés par la personne qui les révise.	2017-2018	0520 Commentaire	En 2021-2022 les unités de mesures ont été compilées à chacune des périodes par la technicienne en administration. Le suivi a été fait par la technicienne en administration auprès des responsables de la collecte de données. Des échanges ont eu lieu en cours d'années. En fin d'années nous avons fait approuver ce données par le supérieur immédiat.	0600 Réglé

# 11

## La divulgation des actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible divulgué dans l'établissement au cours de l'année 2021-2022.



Annexe

# Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs





Institut national  
de psychiatrie légale  
**Philippe-Pinel**

AFFILIÉ À  
Université   
de Montréal



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE  
DES ADMINISTRATEURS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
DE L'INSTITUT NATIONAL DE PSYCHIATRIE LÉGALE PHILIPPE-PINEL  
en vertu de la**

***loi sur le ministère du conseil exécutif (chapitre m-30)***

Révisé par le comité de gouvernance et d'éthique le 26 janvier 2022

Approuvé par le conseil d'administration

Le 23 février 2022 (Proposition CA-2022-007)

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	3
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	4
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	7
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	11
Section 4 — APPLICATION.....	13
Annexe I – Engagement et affirmation du membre.....	18
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	19
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	20
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	21
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	22
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	23
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	24

## PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### 2. Fondement légal

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

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

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

*Intérêt* : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

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

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

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

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

*Personne raisonnable* : processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

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

#### **4. Champ d'application**

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

#### **5. Disposition finale**

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

#### **6. Diffusion**

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

---

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

## Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

### 7. Principes d'éthique

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

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

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

### 8. Règles de déontologie

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

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

#### **8.1** Disponibilité et compétence

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

#### **8.2** Respect et loyauté

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

#### **8.3** Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

#### **8.4** Transparence

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

#### **8.5** Discrétion et confidentialité

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

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

#### **8.6** Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **8.7** Relations publiques

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

#### **8.8** Charge publique

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

#### **8.9** Biens et services de l'établissement

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

#### **8.10** Avantages et cadeaux

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

### **8.11 Interventions inappropriées**

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

### Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

## Section 4 – APPLICATION

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

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

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

### 17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

## **18. Comité d'examen *ad hoc***

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

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

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

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

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

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

## **19. Processus disciplinaire**

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

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

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

**19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine

de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **20. Notion d'indépendance**

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

## **21. Obligations en fin du mandat**

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

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

## ANNEXES

## Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, membre du conseil d'administration de **l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel**, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le **23 février 2022**, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le **conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel**.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai \_\_\_\_\_ (*prénom et nom en lettre moulées*), pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du **conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel** et je m'engage à m'y conformer.

_____	_____	
<b>Signature</b>	<b>Date [aaaa-mm-jj]</b>	<b>Lieu</b>
_____		
<b>Nom du commissaire à l'assermentation</b>	<b>Signature</b>	



### Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration de **l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel**, déclare les éléments suivants :

#### 1. Intérêts pécuniaires

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du **conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel**.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du **conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel** à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date [aaaa-mm-jj]

\_\_\_\_\_  
Lieu

## Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, \_\_\_\_\_ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du **conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel**, déclare les éléments suivants :

### 1. Intérêts pécuniaires

- Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.
- Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Titre d'administrateur

- Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_.
- J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du \_\_\_\_\_. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Emploi

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du **conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel** à m'y conformer.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

**Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_ [*prénom et nom en lettres moulées*], membre du conseil d'administration de **l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel** déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date** [*aaaa-mm-jj*]

\_\_\_\_\_  
**Lieu**



## Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**