

2023-2024 RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Ensemble
pour apaiser,
soigner et
sécuriser



Institut national
de psychiatrie légale
Philippe-Pinel
APPRIEN
Université
de Montréal

ÉDITION

Le rapport annuel de gestion 2023-2024 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel a été réalisé par la direction générale.

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

Il présente également les données officielles de reddition de comptes demandées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, notamment les données financières et les résultats des engagements annuels, prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue entre l'INPLPP 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 2024.

Note

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

Le rapport annuel de gestion 2023-2024 sera rendu disponible sur le site Web de l'INPLPP dans la section des documents officiels.

Rapport annuel de gestion 2023-2024

Institut national de
psychiatrie légale
Philippe-Pinel

Table des matières

1. Message des autorités	6
2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	7
3. Présentation de l'établissement et faits saillants	8
3.1 L'établissement	8
• Mission ultraspécialisée et vocation universitaire	8
• Mission nationale	8
• Vision	9
• Valeurs	9
• Services internes	10
• Services externes	10
• Statistiques	11
• Organigramme d'encadrement en date du 31 mars 2024	12
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	15
3.2.1 Le conseil d'administration au 31 mars 2024	15
• Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	15
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives	16
3.3 Les faits saillants	23
• Direction générale	23
• Direction générale adjointe (DGA)	25
• Direction des services professionnels (DSP)	27
• Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM)	27
• Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DRE)	28
• Direction des services techniques et du projet majeur (DST)	32
• Direction des ressources humaines (DRH)	33
4. Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	35
5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	36
• L'agrément	36
• La sécurité et la qualité des soins et des services	36
• La nature des trois principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	37

Table des matières (suite)

• La nature des trois principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	37
• Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement	38
• Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS)	38
• 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	39
• Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	40
• L'examen des plaintes et la promotion des droits	40
6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	41
7. Ressources financières	42
• L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	42
• L'équilibre budgétaire	43
• Les contrats de services	43
8. Ressources informationnelles	44
9. Divulgence des actes répréhensibles	45
Annexe	46

1 Message des autorités

Ensemble pour apaiser, soigner et sécuriser

C'est avec grande fierté que nous dressons le bilan de nos actions pour l'année 2023-2024, soit une année durant laquelle nous avons misé sur l'expérience employé en intégrant davantage les préoccupations vécues sur le terrain ainsi que notre mission d'établissement dans nos processus décisionnels, et ce, dans le but de consolider notre offre de soins et de services aux patients et de valoriser la contribution du personnel.

En 2023, une importante tournée de la PDG dans tout l'établissement a effectivement permis au personnel de lui partager ses opinions, ses idées de solution et d'innovation et de faire des recommandations sur une variété de sujets et de projets. Un bilan de ladite tournée ainsi qu'un plan d'action en découlant ont contribué au déploiement de divers travaux visant, entre autres, à améliorer la rétention du personnel, à accroître la reconnaissance de nos collaborateurs et à faire progresser nos objectifs de transformation clinique et technologique. Soulignons notamment un projet organisationnel particulièrement porteur, nommé *La voix des employés*, qui prévoit le lancement en 2024 d'un cadre permanent de consultation des employés.

De plus, le conseil d'administration ainsi que le comité de direction de l'Institut se sont engagés à utiliser le bilan de la tournée de la PDG dans la documentation retenue pour la préparation du nouveau Plan d'action stratégique (PAS) 2023-2027 de l'établissement, en plus du bilan du PAS 2020-2023 et du Plan stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux. En 2023-2024, nous avons effectué un travail considérable pour élaborer ce nouveau PAS, et avons choisi de consolider les structures mises en place entre 2020 et 2023 en vue d'adapter notre offre de soins et de services au profit de la clientèle et d'ainsi contribuer à la protection de la société et au rétablissement de personnes ayant de graves problèmes de santé mentale. Cinq grands thèmes sont prévus pour le PAS 2023-2027 : l'intégration du savoir expérientiel des patients aux pratiques, la poursuite du déploiement de la mission nationale de l'Institut, le positionnement comme employeur de choix, la modernisation de l'offre de services aux patients et aux proches, et enfin, la consolidation du projet majeur de modernisation des infrastructures immobilières et technologiques.


Manon Boily
Présidente-directrice générale


L'année 2023-2024 a également été marquée par la création de Santé Québec avec l'adoption du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. Alors que la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux vise à initier une transformation structurante de ce système, il est crucial que notre organisation ait à sa tête une personne qui s'impliquera dès ce nouveau départ, et ce, pour les années à venir étant donné le départ à la retraite de la présidente-directrice générale, Madame Manon Boily. En effet, c'est



avec beaucoup d'émotions qu'elle a annoncé vouloir prendre sa retraite au courant de l'année 2024 après avoir œuvré au sein du réseau de la santé et des services sociaux avec succès pendant plus de 35 ans. Durant son mandat à l'Institut, nous avons su relever avec brio plusieurs défis dans un contexte de crise sanitaire qui aurait pu mettre à risque tant la santé et la sécurité du personnel que celles des usagers plus vulnérables. Ce succès représente indéniablement la somme des efforts de chaque employé, stagiaire, étudiant, chercheur et médecin, appuyé par une équipe de direction et un conseil d'administration passionnés et engagés.

Enfin, nous profitons de cette tribune pour exprimer notre gratitude envers tous nos partenaires internes et externes, dont le soutien renouvelé et continu nous est précieux pour poursuivre notre travail vers une amélioration des soins et des services en santé mentale, justice et sécurité publique.

Bonne lecture!


André Brunelle
Président du conseil d'administration

2 Déclaration de fiabilité des données et 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 2023-2024 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- 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 2024.



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

Mission nationale

De par sa mission, l'établissement est responsable d'assurer un leadership national afin de rehausser la formation, l'implantation, la qualité et la continuité des services en psychiatrie légale. L'établissement a ainsi non seulement le mandat de conseiller le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en matière de psychiatrie légale, mais aussi l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux où les intervenants sont appelés à appliquer des mesures judiciaires concernant une personne utilisatrice des services.

Les rôles spécifiques découlant du mandat national de psychiatrie légale confié à l'INPLPP sont :

1. Expert-conseil auprès du MSSS;
2. Expert-conseil en psychiatrie légale auprès des établissements;
3. Recherche, innovation et développement en psychiatrie légale;
4. Transfert des connaissances et formation en psychiatrie légale.

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.

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



Il est à noter qu'un exercice de révision de nos énoncés de mission, vision et valeurs est en cours et devrait être complété en début d'année 2024-2025.

Services internes

» Programme d'admission et de réadmission

La mission de ce programme consiste à évaluer et à offrir un traitement de courte durée à une clientèle mixte présentant une maladie mentale aiguë, souvent avec comorbidités, et un risque de violence.

» Programme d'expertises

Ce programme accueille des hommes à la demande des tribunaux. Au sein de ce programme et pour les patients qui le requièrent, des services d'expertises médico-légales sont dispensés afin de déterminer, selon le cas, l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle et le risque de violence.

» Programme de traitement

Ce programme accueille une clientèle mixte qui présente un risque de violence en raison de problèmes psychiatriques. Ses objectifs comprennent l'évaluation du patient, le traitement de la maladie mentale et la gestion du risque de violence.

» Programme de rétablissement

Ce programme accueille une clientèle mixte judiciairisée ou posant un risque de violence et qui a des troubles psychiatriques sévères et persistants auxquels peuvent s'ajouter des diagnostics en comorbidité. L'objectif du programme vise la réhabilitation de ces patients de telle sorte qu'ils puissent fonctionner à l'extérieur de l'Institut.



» Programme de traitement et d'évaluation des femmes délinquantes

Ce programme accueille, habituellement sur une base volontaire, des détenues provenant des différents pénitenciers au Canada.

» Programme d'évaluation/traitement interne des adolescents

Ce programme accueille une clientèle âgée de 14 à 18 ans et ayant des problèmes psychiatriques sévères associés à des comportements violents, y compris la délinquance sexuelle.

Services externes

- » Programme réseau psychiatrie légale – expertises et psychiatrie carcérale
- » Programme d'évaluation/traitement des comportements sexuels déviants adultes
- » Programme d'évaluation/traitement des comportements sexuels déviants adolescents

- » SIM Forensique
- » Clinique réseau jeunesse (mixte) adolescents
- » Urgence psychosociale-Justice (UPS-J)
- » Programme transition-réadaptation
- » Programme d'évaluation de patients à risque de violence (Clinique d'évaluation du risque de violence – CERV)

Statistiques

459
patients
admis

Le taux d'occupation pour 2023-2024 se situe à **88,3%***.

*Cette donnée 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 étant donné 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.

1822
expertises
effectuées

à l'interne et en externe

Le taux d'occupation **réel** pour 2023-2024 se situe à **94,6%****.

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

Nous sommes de retour à un volume usuel d'admissions dans nos différentes unités de soins, notamment dans notre programme d'expertises, et ce, conformément à notre fonctionnement prépandémique.

**Congés
définitifs**

204 patients en évaluation
252 patients en traitement

27,1 patients en évaluation
288,7 patients en traitement

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

Provenance de la clientèle



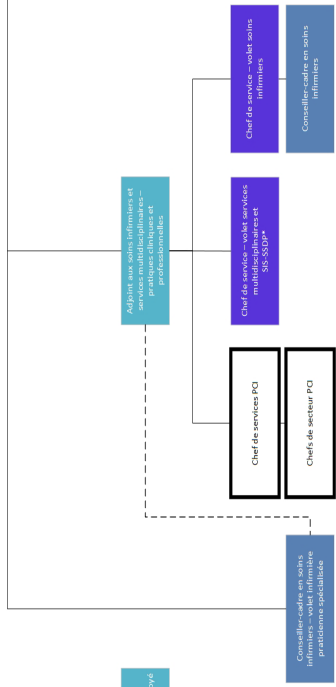


Président-directeur général

Directeur des soins infirmiers et des services multidisciplinaires

CI
CMulti

Unités de soins



Adjoint aux ressources humaines - expertise employé

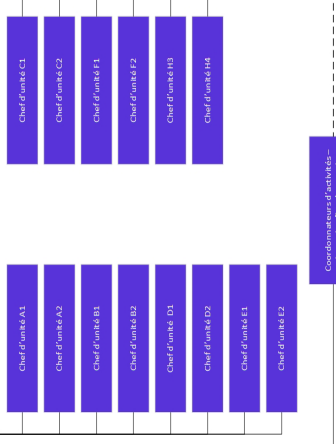
Coordonnateur à la planification des effectifs

Coordonnateur clinico-administratif en psychiatrie légale - programmes de traitement et de rétablissement

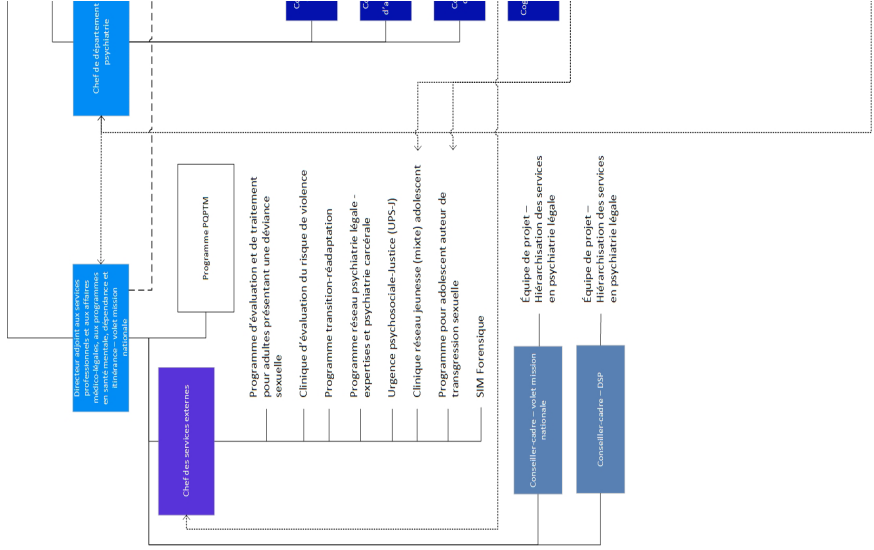
Coordonnateur clinico-administratif en psychiatrie légale - programmes de traitement et de rétablissement

Coordonnateur clinico-administratif en psychiatrie légale - programmes de traitement et de rétablissement

Coordonnateur d'activités - soins, nuit, fine de semaine



MODE COGESTION



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

3.2.1 Le conseil d'administration au 31 mars 2024

M. André Brunelle
Président
Membre indépendant
Gouvernance ou éthique

M^{me} Carolle Brabant
Vice-présidente
Membre indépendante
*Ressources immobilières,
informationnelles ou humaines*

M^{me} Manon Boily
Secrétaire
Présidente-directrice générale

D^{re} Michelle Roy
Administratrice
Désignation
*Conseil des médecins,
dentistes et pharmaciens*

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

M^{me} Alexandrine Gauvin
Administratrice
Désignation
Conseil multidisciplinaire

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

M^{me} Ying Hua Song
Administratrice
Désignation
*Conseil des infirmières et
infirmiers*

M. Jean-Marc Boyer
Administrateur
Désignation
Comité des usagers

D^r François Lespérance
Administrateur
Nomination
Université affiliée

M. Serge Brochu
Administrateur
Nomination
Université affiliée

M. Alain Couette
Administrateur
Membre indépendant
*Ressources immobilières,
informationnelles ou humaines*

M^{me} Rachel Lamer
Administratrice
Membre indépendante
*Gestion des risques, finances
et comptabilité*

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

M^{me} Caroline Bourbonnais
Administratrice
Membre indépendante
Gouvernance ou éthique

M^{me} Michèle Goyette
Administratrice
Membre indépendante
*Vérification, performance ou
gestion de la qualité*

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

M^{me} Véronique Lussier
Administratrice
Membre indépendante
*Expérience vécue à titre
d'usager des services sociaux*

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

D^{re} France Proulx
Observatrice
Désignation
Fondation Pinel

Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (en annexe)

Au cours de l'année 2023-2024, 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.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

» Comité de direction au 31 mars 2024

- » M^{me} Manon Boily, présidente-directrice générale
- » M. Alain Bouchard, directeur général adjoint
- » D^{re} Kim Bédard-Charette, directrice des services professionnels et des affaires médico-légales, et directrice des programmes en santé mentale, dépendance et itinérance
- » M. Mathieu Morel-Bouchard, directeur adjoint aux services professionnels et aux affaires médico-légales – volet mission nationale
- » M^{me} Geneviève Frenette, directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires
- » M. Jean Eudes Collin, directeur du service de la sécurité, des mesures d'urgence et de la sécurité civile
- » M^{me} Anne Crocker, directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
- » M^{me} Jeanne Vachon, directrice adjointe à la recherche et à l'enseignement universitaire
- » M^{me} Annie Côté, directrice des services techniques et du projet majeur
- » M^{me} Elizabeth Keskinbicak, directrice des ressources humaines
- » D^r Mathieu Dufour, chef du département de psychiatrie

Les comités relevant du conseil d'administration

» Comité de gouvernance et d'éthique

Mandat et responsabilité

Le comité de gouvernance et d'éthique s'assure du respect des plus hauts standards de qualité en matière de gouvernance et d'éthique.

Conformément à l'art. 181.0.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

1. Des règles de gouvernance et d'éthique pour la conduite des affaires de l'INPLPP;
2. Un code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration (suivant l'art. 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, RLRQ c M-30);
3. Des profils de compétences et d'expériences pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration;
4. Des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
5. Un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Principales réalisations

Malgré les changements importants sur sa composition survenus en cours d'année, le comité de gouvernance et d'éthique a été en mesure de pleinement exercer ses fonctions prévues par la loi. De plus, durant la dernière année, le comité a apporté une contribution importante sur des sujets hautement stratégiques pour l'avenir de l'Institut,

tels que l'adoption du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (PL-15) et le Plan d'action stratégique 2023-2027 de l'établissement.

Le comité de gouvernance et d'éthique réitère sa satisfaction de constater que les processus de gouvernance ainsi que les principaux processus de gestion ont atteint et maintenu, au terme de plusieurs années de développement, une maturité qui doit être soulignée.

Il constate enfin la pertinence d'avoir soutenu la mise en œuvre du comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire de l'établissement qui a développé des orientations et des recommandations porteuses pour le développement accéléré de la mission académique, dont la création d'un comité du conseil qui y sera dédié.

» Comité de vérification

Mandat et responsabilité

Le comité de vérification s'assure de la bonne gestion de l'ensemble des ressources matérielles et financières et de la mise en place d'un processus de gestion des risques.

Conformément à l'art. 181.0.0.3 de la LSSSS, le comité de vérification a notamment pour fonctions :

1. De s'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'INPLPP est mis en place et d'en assurer le suivi;
2. De s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'INPLPP;
3. De réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'INPLPP portée à sa connaissance;
4. D'examiner les états financiers avec l'auditeur nommé par le conseil d'administration;
5. De recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
6. De veiller à ce que des mécanismes de contrôle internes soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

Principales réalisations

Tenant compte des dossiers et des rapports revus et étudiés, le comité de vérification a pleinement rempli son mandat en 2023-2024.

Par la documentation produite et présentée par la direction de l'établissement, il a été constaté que l'ensemble des processus de travail sont en constante amélioration et ont même atteint un haut niveau de fiabilité et de rigueur, selon l'évaluation des auditeurs externes.

Malgré certains défis, dont une pénurie de main-d'oeuvre, le recours au temps supplémentaire et une hausse de l'Indice des prix à la consommation (IPC), la direction a su maintenir l'équilibre budgétaire tout en assurant la qualité des services aux usagers.

» Comité de vigilance et de la qualité

Mandat et responsabilité

Conformément à l'art. 181.0.1 de la LSSSS, le comité de vigilance et de la qualité est responsable d'assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées, et ce, conformément aux lois applicables.

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 l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations;
3. Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
4. Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites;
5. Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le paragraphe 1;
6. Veiller à ce que le commissaire local 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.

Principales réalisations

Encore cette année, le dossier des plaintes soumises à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQ) a requis des suivis particuliers. L'augmentation du nombre de ressources affectées à la gestion des plaintes a permis de réduire les délais de traitement des dossiers. Cependant, le nombre de plaintes déposées a continué d'augmenter. Le comité de vigilance et de la qualité tient à souligner les efforts de collaboration entre la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM) et la CLPQ pour mieux comprendre les enjeux entourant cette question.

Environ 80% des plaintes déposées n'ont fait l'objet d'aucune recommandation. Un petit nombre de patients déposent également un grand nombre de plaintes. Le comité a demandé qu'une analyse en profondeur des dossiers soit effectuée pour apporter les correctifs nécessaires. La DSI-SM a aussi proposé de mettre en place des tournées quotidiennes de questions simples à poser aux patients pour mieux répondre à leurs besoins. Le comité appuie cette initiative.

En 2023-2024, l'équipe de direction a encore une fois travaillé à améliorer les processus, à revoir les politiques et à mettre en place les recommandations faites par les différentes instances internes et externes pour continuer à assurer un haut niveau de qualité dans les soins prodigués. Aussi, des formations ont été offertes et des indicateurs de suivi ont été mis en place pour assurer la conformité.

» Comité des ressources humaines et communications

Mandat et responsabilité

Le comité des ressources humaines et communications a pour mandat d'assurer une vigie et de faire rapport au conseil d'administration de l'évolution des éléments suivants qui se rapportent aux ressources humaines et aux communications :

- La structure organisationnelle;
- La planification de la main-d'œuvre et le plan de relève;
- Le développement organisationnel;
- La conformité aux lois et règles visant les ressources humaines applicables à l'INPLPP, incluant les règles en matière de nomination des hors-cadre et des cadres supérieurs, les règles entourant l'octroi des permis d'exercice pour les professionnels, et les règles en matière de rémunération du personnel d'encadrement et du personnel salarié;

- L'identification et le suivi de tous les indicateurs qui permettent le mieux-être et la qualité de vie au travail, incluant les activités de reconnaissance;
- L'état des lieux sur la prévention et la sécurité au travail;
- L'état des lieux sur le contenu et les stratégies de communication;
- Toutes autres problématiques significatives touchant la gestion des ressources humaines et des communications de l'Institut.

Principales réalisations

L'année 2023-2024 a permis de raffiner les indicateurs de performance RH. Aussi, plusieurs actions visant à améliorer l'expérience employé ont été initiées et se poursuivront dans les années à venir. Enfin, les conventions collectives en vigueur à l'Institut ont été renouvelées en 2023-2024, et un processus de médiation avec les syndicats a été mis en place.

Les comités obligatoires

» **Comité de gestion des risques**

Mandat et responsabilité

Conformément à l'art. 183.2 de la LSSSS, le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

1. Identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
2. S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
3. Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et accidents, et recommander au conseil d'administration 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

Conformément à l'art. 52 de la LSSSS, 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 par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

» **Comité des usagers**

Mandat et responsabilité

Conformément à l'art. 212 de la LSSSS, les fonctions du comité des usagers sont de :

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'INPLPP;
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'INPLPP 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 à la LSSSS ou en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1).

Les conseils

» Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

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. Conformément à l'art. 214 de la LSSSS, le CMDP est responsable envers le conseil d'administration :

1. De contrôler et d'apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés à l'Institut;
2. D'évaluer et de maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent à l'Institut;
3. De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder;
4. De faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un pharmacien qui adresse une demande de nomination ainsi que sur le statut à lui attribuer;
5. De donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien;
6. De faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables à l'Institut et élaborées par chaque chef de département clinique;
7. De faire des recommandations sur les obligations qui doivent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres à l'Institut;
8. D'élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, de dentistes et, le cas échéant, de pharmaciens pour les besoins de l'Institut;
9. De donner son avis sur les aspects professionnels de l'organisation technique et scientifique de l'Institut;
10. De faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'Institut;
11. D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

» Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Mandat et responsabilité

Le mandat du CII (art. 219, LSSSS) est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur cinq domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers à l'INPLPP :

1. L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés à l'Institut;
2. L'appréciation de la qualité des activités exercées par les infirmières praticiennes spécialisées, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et la direction des soins infirmiers;
3. Les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières et infirmiers;
4. Les règles de soins médicaux et d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières et infirmiers;
5. 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 (CM)

Mandat et responsabilité

Le conseil multidisciplinaire (art. 226, LSSSS) a plusieurs mandats, notamment :

1. De 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 de l'ensemble des membres;
2. De formuler des recommandations portant 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;
3. De donner son avis sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement, sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ainsi que sur toute autre question que la présidente-directrice générale pourrait porter à son attention;
4. D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Les 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 (CEH) sont les suivants :

1. Soutenir et guider les intervenants face aux différents problèmes éthiques auxquels ils sont confrontés en dégageant 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.

» Comité d'éthique de la recherche

Mandat et responsabilité

Le comité d'éthique de la recherche a le mandat de s'assurer du respect de la dignité et du bien-être des participants à la recherche. À ce titre, il :

1. Évalue l'acceptabilité, sur le plan éthique, des activités de recherche;
2. Assure l'examen continu après qu'elles aient été approuvées;
3. S'implique dans des activités de recherche régies par le mécanisme ministériel encadrant la recherche multicentrique;
4. Joue le rôle de consultant auprès des autorités de l'établissement ou des chercheurs.

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 a le mandat :

1. D'évaluer l'acceptabilité, sur le plan scientifique, des projets de recherche relevant de sa compétence;
2. De s'assurer qu'ils sont en lien avec la mission hospitalière de l'établissement;
3. D'évaluer toute autre demande formulée par le comité d'éthique de la recherche pour laquelle ce comité estimerait nécessaire d'obtenir l'avis du comité scientifique avant de se prononcer.

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



3.3 Les faits saillants

» Direction générale

» Gestion de la pandémie de COVID-19

C'est avec plaisir que nous pouvons affirmer qu'en 2023-2024, la pandémie de COVID-19 est pratiquement chose du passé. Alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a annoncé la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale le 5 mai 2023 en regard à cette pandémie, et à la suite d'une analyse rigoureuse de la situation à l'interne, nous avons procédé à la levée des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI). Afin d'assurer la sécurité de tous, nous avons tout de même modulé nos actions au courant de l'année en tenant compte du contexte épidémiologique.

» Plan d'organisation

Au courant de l'année, nous avons reçu une nouvelle directive ministérielle, laquelle prévoyait qu'à partir du 1^{er} février 2024, les directions des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques des établissements de santé et de services sociaux s'occuperaient désormais exclusivement du volet ressources humaines. Depuis, les affaires juridiques et les communications relèvent de la direction générale.

Aussi, en 2023-2024, nous avons accueilli une nouvelle directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM), Mme Geneviève Frenette. Possédant une vaste expérience de près de 17 ans dans des fonctions similaires au sein d'organisations de différentes tailles et missions, Mme Frenette est membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et est détentrice d'une maîtrise ès arts (MA) avec mention en santé mentale et en organisation des services de santé et services sociaux. Ayant agi à titre d'adjointe à la DSI-SM de l'Institut entre 2019 et 2020, Mme Frenette possède une très bonne connaissance de la direction qu'elle a prise en charge et de notre établissement.

Enfin, M. Jean Eudes Collin a été nommé à l'automne 2023 au poste de directeur de la sécurité, des mesures d'urgence et de la sécurité civile. Notons qu'au plan d'organisation de l'établissement, le service de la sécurité, des mesures d'urgence et de la sécurité civile relève d'un directeur adjoint à la DSI-SM. Or, à la lumière des constats formulés par Mme Geneviève Frenette

depuis son entrée en fonction, du plan d'action qu'elle a élaboré pour soutenir le service essentiel de la sécurité, ainsi que du temps à consacrer pour l'actualisation de ce plan, il a été convenu avec le CA de l'Institut de surseoir la nomination d'un directeur adjoint à la DSI-SM afin d'accueillir, pour un mandat temporaire, un directeur de la sécurité, des mesures d'urgence et de la sécurité civile. Sous l'autorité directe de la PDG, M. Collin a la responsabilité d'assurer le déploiement des meilleures pratiques en matière de sécurité, de mesures d'urgence et de sécurité civile afin de maintenir un environnement interne et externe sécuritaire pour l'ensemble des usagers et membres du personnel.

» Comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire

Lors du conseil d'administration du 6 décembre 2023, les membres ont reçu le bilan de réalisation des travaux du comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire (CVMU) qui ont pris fin comme prévu après deux ans. Rappelons les trois orientations adoptées par le CA :

1. Développer un centre de données intersectorielles qui collige des informations de la santé, de la sécurité publique et de la justice;
2. Attirer des chercheurs compétitifs;
3. Créer des partenariats qui touchent l'ensemble des disciplines et domaines liés à la psychiatrie légale.

Les deux premières orientations ont été complétées avec succès. En effet, l'Institut a reçu un financement sur deux ans de 499 900\$ octroyé par le ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie qui vise la mise en place du « Centre de données intersectorielles en santé mentale forensique (CIFor) ». Quant à la deuxième orientation, nommons, entre autres, l'octroi d'une chaire de recherche niveau 1 (senior) du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) en santé mentale, justice et sécurité pour sept ans (2022-2029) à Anne Crocker, directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire à l'Institut. En 2023, l'Institut a également reçu un financement majeur octroyé par la programmation de recherche en santé

mentale du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) pour le projet « Recherche action participative pour soutenir les proches des personnes ayant un trouble mental et des comportements violents ». Enfin, notons l'arrivée dans l'équipe d'une nouvelle chercheuse prometteuse, Mme Marichelle Leclair, et, en septembre 2023, la consolidation de la notoriété de l'Institut par l'intronisation d'Anne Crocker à la prestigieuse Académie canadienne des sciences de la santé. En ce qui a trait à la troisième orientation, plusieurs démarches ont été réalisées afin de mettre sur pied un comité provincial d'experts intersectoriel en santé mentale, justice et sécurité publique auquel les différents ministères pourront s'adresser pour recevoir des avis et apporter des ajustements tant dans leur fonctionnement qu'au niveau législatif. Nous poursuivrons les efforts en ce sens, considérant l'importance de cette orientation pour dénouer certains enjeux en santé mentale.

Au terme de ces deux années d'existence, chacun des membres du CVMU s'est engagé à demeurer un ambassadeur de l'Institut selon son rôle respectif.

» Visite du ministre Carmant

C'est avec fierté que nous avons accueilli en septembre 2023 Dr Lionel Carmant, ministre responsable des Services sociaux, dans le cadre de sa tournée estivale de différents établissements de santé au Québec. Lors de son passage, il a pu discuter avec notre comité de direction, des intervenants agissant directement auprès de la clientèle et des représentants syndicaux. Ces rencontres privilégiées avaient pour but d'échanger sur notre offre de services surspécialisés, sur des idées de projets structurants pour l'Institut et tout le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que sur des éléments à travailler afin d'améliorer l'accès aux soins et services pour nos usagers.

» Expertise sollicitée

À la suite de l'augmentation marquée des drames humains qui frappent actuellement la province du Québec, l'Institut ainsi que ses psychiatres et professionnels ont grandement été sollicités par les médias et par le ministère de la Santé et des Services sociaux au cours des derniers mois étant donné notre expertise reconnue en psychiatrie légale.

» Tournée de la PDG et Plan d'action stratégique 2023-2027

Durant les mois d'avril et de mai 2023, une tournée de la PDG a eu lieu dans tout l'établissement afin de permettre au personnel d'échanger avec cette dernière, de lui poser des questions ou de faire entendre ses préoccupations. Cette démarche a également permis de constater le travail accompli de manière collective et de partager des pistes d'amélioration. À la suite de ces rencontres, un bilan a été produit dans le but d'adresser les enjeux soulevés à court, moyen et long termes. Des actions concrètes ont déjà été réalisées, notamment la mise en place d'un programme de zoothérapie pour les usagers, le transfert du service de la paie à l'Institut, précédemment fourni à notre personnel par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le déploiement d'un plan d'attraction de la main-d'œuvre et la consolidation du service de la sécurité, des mesures d'urgence et de la sécurité civile.

Les éléments rapportés lors de cette tournée et compilés dans un bilan constituent une feuille de route importante pour les années à venir; ce bilan a d'ailleurs fait partie de la documentation utilisée lors du processus d'élaboration du Plan d'action stratégique (PAS) 2023-2027 de l'Institut et de ses nouveaux énoncés de mission, vision et valeurs. En effet, un exercice consultatif a permis d'élaborer le PAS 2023-2027 de l'établissement en tenant également compte du bilan du PAS 2020-2023 et des orientations ministérielles. La rédaction du PAS 2023-2027 est bien amorcée et sera finalisée au printemps 2024, et ce, en tenant compte de thèmes prioritaires retenus :

- Déploiement du mandat de mission nationale (notoriété et consolidation du rôle d'expert-conseil, notamment via le projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale, la recherche et l'enseignement);
- Positionnement comme employeur de choix;
- Modernisation de l'offre de services aux usagers et aux proches;
- Intégration du savoir expérientiel des usagers;
- Consolidation du projet majeur de modernisation des infrastructures immobilières et technologiques.

» Direction générale adjointe (DGA)

Quant aux nouveaux énoncés de mission, vision et valeurs, qui tiennent compte de l'évolution de l'Institut au cours des dernières années, mettant de l'avant la voix de tous, ceux-ci ont été finalisés le 31 mars 2024 et adoptés à la séance du conseil d'administration du 10 avril 2024.

» Gestion des risques

La structure de gouvernance de la gestion des risques a été revue et modifiée. Afin de répondre aux obligations légales en matière de sécurité des soins et services ainsi que de soutien aux usagers et à leurs proches touchés par un incident ou un accident, la composition du comité de gestion des risques a donc été revisitée. De plus, un comité tactique a été mis en place afin de faciliter l'approbation des plans d'action découlant des analyses approfondies d'événements sentinelles et leur suivi dans les différentes directions. En 2023-2024, des outils plus performants permettant le suivi des événements sentinelles, des différents indicateurs des plans d'action et des indicateurs des incidents et accidents ont été élaborés et mis en place.

» Gestion intégrée des risques organisationnels

La structure de gouvernance de la gestion intégrée des risques organisationnels (GIRO) a également été revue. Relevant du comité de direction, un comité tactique GIRO est désormais opérationnel et responsable de la planification de la recension des risques organisationnels ainsi que de proposer des mesures de mitigation des risques identifiés dans les différentes directions de l'Institut. Des répondants en gestion des risques ont également été nommés dans chacun des secteurs afin de créer des groupes de travail impliquant les employés dans la recension des risques pouvant les toucher. Un portefeuille des risques organisationnels sera créé à la fin de cet exercice afin d'effectuer une surveillance étroite des différents risques pouvant survenir dans l'établissement et de prendre les mesures nécessaires pour éviter leur survenue.

» Service des finances

En 2023-2024, le service des finances a consolidé sa structure de suivi budgétaire avec l'ensemble des gestionnaires de l'établissement, ce qui a grandement contribué à l'équilibre budgétaire. De plus, l'intégration des activités du service de la paie, en partenariat avec la direction des ressources humaines, a permis d'améliorer de façon considérable le service à la clientèle et de réduire le temps de réponse, et ce, à la satisfaction de tous. Enfin, la revue de certains processus clés a permis d'améliorer les contrôles et la qualité du service.

» Service des approvisionnements

Le service des approvisionnements a travaillé tout au long de l'année afin d'optimiser ses services offerts et d'améliorer sa rigueur administrative. Notamment, de nouveaux outils technologiques permettent dorénavant un meilleur contrôle sur le processus contractuel.

Les services offerts aux usagers ont également été rehaussés. La cantine, auparavant en impartition, est maintenant offerte par le service des approvisionnements. Ce changement a permis de diminuer considérablement les prix des fournitures de l'ordre de 20 à 30%, d'élargir l'inventaire de produits offerts et d'implanter un nouveau système de facturation. L'amélioration du service à la clientèle était aussi un défi que nous avons relevé en 2023-2024.

Dans le but d'augmenter les services de proximité avec les unités de soins, nous avons créé un nouveau poste de magasinier qui est responsable de la logistique des équipements et des fournitures médicales.

Toujours dans un souci d'amélioration continue, des indicateurs de performance ont été développés. Ces indicateurs sont de nouveaux outils qui nous permettent de mieux évaluer la qualité de notre service et nous guident sur les actions à poser dans les prochaines années.

Enfin, le volume de contrats signés cette année a connu une augmentation de 20%, passant à 244. Le nombre de réquisitions demeure stable avec plus de 10 000 réquisitions annuelles.

» Ressources informationnelles

L'année 2023-2024 a été marquée par des investissements importants au niveau des technologies de l'information, ce qui a permis aux équipes de poursuivre la mise en place de projets d'envergure liés aux applications cliniques et administratives, à l'infrastructure et à la sécurité de nos systèmes d'information.

L'une de nos principales réalisations est le déploiement de nouveaux outils de sécurité permettant de rehausser de façon considérable la sécurité sur les appareils mis à la disposition du personnel. Nous avons également fait l'acquisition de plusieurs équipements reliés aux performances de l'environnement technologique.

Cette année, nous avons notamment réalisé 1586 activités reliées à la télésanté (téléconsultation et télécomparution, support audiovisuel), soit un secteur dans lequel nous avons grandement investi depuis le début de la pandémie et qui nous permet d'élargir notre offre de services.

D'ailleurs, l'une de nos grandes fiertés est d'avoir remporté en novembre 2023 le prix Initiatives numériques décerné dans le cadre des Prix d'excellence 2023 de l'Institut d'administration publique du Québec pour notre programme de télésanté.

» Bureau de projet

Le bureau de projet a poursuivi son développement au cours de l'année 2023-2024, et ce, dans le but d'assurer la bonne conduite de ses projets dans leur contexte spécifique et organisationnel ainsi que l'interopérabilité entre la gouvernance et les opérations à travers la planification, la mise en œuvre, l'organisation, le contrôle et la finalisation des projets technologiques et cliniques desquels il est responsable.

Ses principales réalisations sont :

- Mise à niveau de plusieurs éléments du dossier clinique informatisé, tels que la finalisation de la mise en place de nouveaux formulaires cliniques informatisés (note clinique évolutive);

- Nouveau système d'information lié à la gestion de la trajectoire de soins et de services des usagers (ADT);
- Mise en place d'un outil de prescription électronique des médicaments et du formulaire électronique d'administration des médicaments;
- Plusieurs autres projets en lien avec l'implantation de nouvelles solutions cliniques et administratives.



» Direction des services professionnels (DSP)

C'est avec un engagement renouvelé que l'équipe de la DSP a, cette année encore, relevé avec brio différents défis. La mobilisation de tous a rendu possibles le développement de nouvelles pratiques, l'implantation d'indicateurs de suivi et de gestion de la performance, de même que le partage en continu de l'expertise de chacun. Ceci a permis l'ajustement et la bonification de notre offre de services, tant auprès de notre clientèle que de nos partenaires. Plus concrètement, nous avons :

- Amorcé le déploiement de l'équipe de suivi intensif dans le milieu – forensique (SIM for), et ce, en se basant sur les meilleures pratiques;
- Éliminé la liste d'attente d'attribution et les délais de prise en charge assurant le dépôt des évaluations de délinquants dangereux ou à contrôler dans les délais impartis par la loi (49 évaluations complétées);
- Planifié une démarche visant à établir le portrait des demandes de soutien-conseil reçues par l'établissement en vue de concevoir une structure et une organisation du travail pour soutenir la mission nationale de l'Institut;
- Assuré la coordination de la mise en œuvre du gigantesque chantier de la hiérarchisation des services en psychiatrie légale dont l'objectif est de mettre en place une trajectoire efficiente et fluide pour un accès à des services qui intègrent sécurité et expertise clinique. À cet effet, la DSP soutient le MSSS afin d'actualiser l'élaboration de contenu d'experts en lien avec les orientations ministérielles prévues, en plus d'accompagner des établissements de santé et services sociaux dans la mise en œuvre de celles-ci. 100% des livrables ont été réalisés en 2023-2024.

C'est aussi avec fierté que nous soulignons plusieurs bons coups de notre équipe engagée, et ce, au bénéfice des usagers et du personnel :

- Activités offertes en lien avec la Journée nationale de la vérité et de la réconciliation pour les usagers et les employés (cérémonie de changement de saison et danse traditionnelle autochtone);
- Déploiement réussi de la note évolutive informatisée au sein de l'Institut, en collaboration avec le service des ressources informationnelles et la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires.

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

» Prévention et contrôle des infections

Cette année, les mouvements entourant la COVID-19 ont été suivis par l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) et l'exécutif PCI. Il en est de même pour la vaccination de base et de rappel ainsi que les campagnes spécifiques (influenza, pneumocoque) desquelles les usagers et les membres du personnel ont pu se prévaloir aux moments opportuns.

Également, des efforts plus soutenus ont été déployés en lien avec les activités de promotion de l'hygiène des mains, et des audits fréquents ont été effectués sur les unités de soins afin de mesurer les résultats et les efforts à poursuivre.

En fin d'année, une vigie et des mesures particulières ont été adoptées relativement à des éclosions de rougeole sur le territoire québécois, exposant les usagers et le personnel à certains risques. Notre équipe de PCI a planifié la mise en place des mesures recommandées par les autorités de santé publique, soit des mesures qui se sont actualisées au début du mois d'avril 2024.

» Plan clinique et académique

La direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires s'est affairée au cours de l'année 2023-2024 à actualiser la dernière phase du plan clinique et académique par la mise en place d'une structure de fonctionnement et d'encadrement clinico-administratif ainsi que de soutien clinique pour la trajectoire hospitalière. Ceci inclut aussi la poursuite de l'implantation de la cogestion médico-clinico-administrative aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel de l'établissement. Tous les postes d'encadrement, dont l'adjoint aux soins infirmiers et services multidisciplinaires – pratiques cliniques et professionnelles, les coordonnateurs clinico-administratifs et les chefs d'unités et de services, ont été consolidés. Enfin, l'ensemble des postes de conseillers en soins infirmiers, de spécialistes en activités cliniques et d'infirmier(ère)s gestionnaires de cas ont été inclus à la structure de fonctionnement et sont en cours de dotation.

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

» Gestion par indicateurs

Cette année a également permis à l'équipe de gestion de se familiariser avec les indicateurs, tant cliniques qu'administratifs, suivis dans le cadre du tableau de bord de l'organisation, en plus de débiter l'implantation des tableaux virtuels de gestion visuelle qui seront déployés au cours de l'année 2024-2025 sur les unités de soins et dans les secteurs de la DSI-SM. Ce système vise à assurer le suivi des objectifs de performance en lien avec la trajectoire de soins et de services, et à assurer la fluidité des communications entre les équipes en cogestion médico-clinico-administrative.

» Main-d'œuvre

D'importants efforts ont été déployés par l'ensemble de nos équipes pour assurer une saine gestion du personnel en période de pénurie de main-d'œuvre. Un partenariat soutenu avec la direction des ressources humaines permet de maintenir et d'optimiser la gestion de cet enjeu. Ainsi, nous avons conjointement amorcé des projets porteurs, dont le rehaussement des postes à temps partiel ainsi que la fin du projet pilote de déconcentration de la gestion des activités de remplacement de la DRH vers la DSI-SM. Ceci implique que la gestion des activités de remplacement et la liste de rappel reviennent sous la responsabilité de la DRH avec le maintien de notre soutien pour les aspects cliniques. Un autre projet important fut celui de l'intégration de 7 nouvelles agentes administratives classe 3, dédiées exclusivement au soutien clinique sur les unités de soins et dans les services de façon transversale. Leur apport au quotidien est précieux pour les cliniciens et, par le fait même, les usagers.

Le développement de projets structurants sur le plan de la recherche et des activités académiques s'est poursuivi à la DRE au cours de l'année 2023-2024. Un chantier significatif a porté sur le développement d'un cadre de référence, de trois politiques et de neuf procédures visant la recherche à l'Institut. Aussi, l'obtention d'un financement majeur du ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie a permis de démarrer un grand projet institutionnel d'infrastructure numérique visant la valorisation des données de santé par la mise sur pied d'un Centre de données intersectorielles. Une importante demande de financement (5,2M\$) a également été déposée au stade d'évaluation interne de l'Université de Montréal, dans le cadre du concours du Fonds d'innovation de la Fondation canadienne pour l'innovation, afin de rehausser et de développer les infrastructures de réalité virtuelle et les capacités d'intelligence artificielle de l'Institut. Enfin, un comité de la mission universitaire du conseil d'administration a été mis sur pied afin d'assurer le développement et la réalisation des orientations stratégiques de la mission universitaire de l'Institut.

» Forensia, centre de formation en santé mentale, justice et sécurité

En 2023-2024, Forensia a poursuivi son engagement envers l'excellence éducative et le transfert des connaissances en proposant une gamme diversifiée d'activités de formation. La liste de diffusion des communications de Forensia, dont son infolettre INFOrensia, comporte maintenant plus de 5 700 abonnés provenant de publics divers, principalement du Québec, mais également d'ailleurs au Canada et dans le monde.

Le 24 mai 2023, l'équipe de Forensia, en collaboration avec les équipes de recherche de l'Observatoire en justice et santé mentale et de Recherche et Action sur les Polarisation Sociales (RAPS), a soutenu l'organisation d'un rassemblement d'experts clés du Québec dans les domaines de la psychiatrie légale, de la violence chez les jeunes et de l'extrémisme violent à l'occasion du Forum « Détresse, santé mentale et violence ». Dans la foulée de ce forum, des ateliers de concertation s'adressant à des experts des domaines de la formation et des communications, tenus le 8 novembre 2023, ont permis de soutenir le développement de stratégies



spécifiques et communes et d'outiller les milieux de la prévention et de l'intervention. Forensia collabore également à l'organisation du congrès de CAP Santé Mentale, une association provinciale qui regroupe plus de 50 organismes voués au soutien des proches de personnes vivant avec un problème de santé mentale, prévu au mois d'octobre 2024, ainsi qu'à l'organisation, avec le RIMAS et le CRIPCAS, du Congrès international francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS) en 2026.

En 2023-2024, Forensia a offert 64 activités de transfert des connaissances, dont 8 activités de formation sur mesure, 37 formations sur des outils ou instruments de pointe, 14 conférences scientifiques, 3 forums ou journées thématiques et 2 colloques spécialisés. Les activités de Forensia ont permis de rejoindre 3 325 personnes, dont 2 903 participants des réseaux partenaires et 422 membres du personnel de l'Institut.

Le 2 février 2024, Forensia, en collaboration avec le département de pharmacie de l'Institut, a tenu un premier colloque d'une série sur les approches intégrées en psychopharmacologie, intitulé « Approches intégrées en psychopharmacologie : perspectives thérapeutiques et mises à jour sur les antipsychotiques ». Diffusé en mode virtuel et s'adressant au personnel clinique, il a attiré 220 professionnels, dont 32 de l'Institut. Le 16 février 2024, Forensia présentait la deuxième édition de son colloque portant sur la violence conjugale, intitulé « Violence conjugale : explorer les intersections entre la recherche et la pratique ». Rassemblant 434 personnes, dont 199 qui se sont déplacées à Montréal et 235 autres en ligne de toutes les régions du Québec, ce colloque a permis de rejoindre un vaste public des milieux de l'intervention et de la recherche interpellé par la thématique.

Dans le cadre du projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale, Forensia a collaboré de près avec la DSP et des partenaires des instituts universitaires afin de déposer un plan de formation à l'outil DUNDRUM. En 2023-2024, 6 formations à l'outil ont été offertes, en plus de nombreuses activités de soutien à son utilisation. Le contenu de la formation a été revisité et une version améliorée de celle-ci a été élaborée à la suite de la revue systématique des commentaires des participants à la formation, des observations des formateurs et d'un processus structuré d'échange et de rétroaction avec des partenaires du réseau. Des demandes de formation

à l'outil nous proviennent de divers établissements. En tout et pour tout, ce sont des intervenants provenant de 9 régions administratives du réseau de la santé qui ont pu bénéficier de la formation à l'outil.

» Recherche et subventions

En 2023-2024, le Centre de recherche de l'Institut compte 22 chercheurs réguliers et 21 chercheurs associés, dont une nouvelle chercheuse régulière et une nouvelle chercheuse associée : Mme Marichelle Leclair, Ph. D., nouvelle chercheuse régulière et professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), et Mme Sarah Paquette, Ph. D., qui a obtenu un poste académique au Royaume-Uni et deviendra chercheuse associée internationale.

D'importantes nouvelles subventions ont été octroyées à nos chercheurs cette année, ce qui témoigne de l'excellence et de l'innovation de leurs programmations de recherche. Au total, les chercheurs réguliers du Centre de recherche de l'Institut ont obtenu 3 752 711\$ en subventions de toutes sortes à titre de chercheur principal, et 3 924 781\$ à titre de co-chercheurs. Sur le total de subventions obtenues à titre de chercheur principal, 1 369 018\$ étaient de nouvelles subventions.

- Anne Crocker, Ph. D., et Marichelle Leclair, Ph. D., ont obtenu une subvention de développement de partenariat du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) du Canada pour le projet « Moving towards culturally safe services for indigenous people in forensic mental health: A partnership development programme ». Cette subvention de 200 000\$ sur trois ans permettra le développement de partenariats afin de faire émerger les meilleures pratiques en santé mentale forensique pour les populations autochtones. Le projet regroupe des chercheurs, cliniciens et collaborateurs autochtones et allochtones des milieux de la santé, de la justice et de la sécurité à travers les provinces canadiennes et la Nouvelle-Zélande.
- Anne Crocker, Ph. D., s'est vue octroyer une subvention de synthèse des connaissances du CRSH de 30 000\$, en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS) de l'Institut pour le projet

« Services for people with intellectual disabilities and challenging behavior in the neoliberal era: A systematic review of international experience to inform Canadian policymakers ». Ce projet est réalisé en partenariat avec l'équipe de l'UETMI du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

- Anne Crocker, Ph. D., a obtenu une subvention de 440 000\$ du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) dans le cadre du concours d'initiatives stratégiques en santé mentale. Cette subvention sur trois ans permettra de réaliser un projet de « Recherche action participative pour soutenir les proches des personnes ayant un trouble mental et des comportements violents ». Ce projet est en partenariat avec CAP Santé Mentale.
- Audrey-Anne Dumais-Michaud, Ph. D., a obtenu une subvention Connexion du CRSH de 43 400\$ pour la réalisation du projet « Justice, santé mentale et réformes du droit psychiatrique : Journée de réflexion autour de la loi P-38 ». Elle a également obtenu une subvention de l'A-Droit, un organisme de défense des droits en santé mentale, au montant de 12 000\$ afin de soutenir la réalisation du projet « Les autorisations judiciaires de soins en contexte de pandémie de COVID-19 ».
- Mathieu Dumont, Ph. D., a obtenu une subvention de 2 000\$ de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) afin de réaliser un projet de « Validation de vidéos immersives pour l'entraînement et la cognition sociale ».
- Dave Holmes, Ph. D., a reçu un financement de 141 000\$ des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour la réalisation du projet « Pornographic imaginaries, global assemblages, and risk: An ethnography of slam-camming amongst gay, bisexual and other men who have sex with men ». Il a également obtenu une subvention de développement Savoir du CRSH de plus de 56 000\$ sur deux ans pour son projet « Understanding the complex relationships between nurses and women convicted of infanticide ».
- Denis Lafortune, Ph. D., a obtenu deux subventions du Fonds de recherche du Québec - Société

et Culture (FRQSC). Une première au montant de 60 000\$, sur un an, permettra de réaliser le projet intitulé « Leviers d'intervention auprès des personnes achetant ou susceptibles d'acheter des services sexuels : un examen de la portée ». La seconde, de près de 570 000\$, est dans le cadre du programme Action concertée sur la prévention de la violence armée dans la région métropolitaine (Living Lab). Cette subvention d'une durée de 4 ans soutiendra la réalisation du projet « PRÉVARM : un living lab consacré à la PRÉvention de la Violence ARMée en région métropolitaine ».

- Marichelle Leclair, Ph. D., a obtenu une subvention de près de 10 000\$ sur deux ans des Fonds institutionnels de développement de la recherche et de création de l'UQO pour la réalisation du projet « Attentes et besoins en amont du développement d'équipes de suivi intensif dans le milieu à vocation forensique au Québec ».
- Sarah Paquette, Ph. D., a reçu un financement de 15 000\$ sur un an du Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle (RIMAS) afin de soutenir la réalisation du projet « Adaptation de l'échelle de cognitions sur les crimes sexuels sur Internet à une population adolescente québécoise. Une étude de validation de l'échelle Perception des adolescents à propos de comportements sexuels en ligne (PACSL) ». Elle a également obtenu une subvention de 1000\$ du Centre international de criminologie comparée (CICC) afin de soutenir la réalisation de son « Étude sur les croyances et comportements associés à la consommation de pornographie » en partenariat international avec l'équipe de recherche Cognition, Clinique et Comportement (CoCliCo).
- Patrice Renaud, Ph. D., s'est vu octroyer une importante subvention de recherche de la Direction des grands défis de société du FRQ dans le cadre du programme d'initiative de recherche intersectorielle sur la cybersécurité de la société numérique. Cette subvention de 2 500 000\$ sur 5 ans permettra la mise en place du Centre de recherche et d'innovation en cybersécurité et société (CRICS) à l'UQO qui soutiendra le déploiement d'une programmation d'activités de recherche et d'innovation en cybersécurité, et ce, en collaboration avec le

laboratoire d'immersion forensique de l'Institut.

- Jo-Annie Spearson-Goulet, Ph. D., a obtenu une subvention du FRQSC de plus de 44 000\$, sur 3 ans, dans le cadre du programme de soutien à la recherche pour la relève professorale pour le projet intitulé «La sexualité des adolescents auteurs d'infraction sexuelle : une étude basée sur une approche positive de la sexualité».

De plus, en 2023-2024, nos chercheurs réguliers ont publié 66 articles avec comités de pairs, en plus de 14 articles sous presse ou acceptés et 49 soumis. Trois livres ainsi que 8 chapitres de livres ont été publiés, et 10 chapitres sont sous presse ou acceptés et 2 autres ont été soumis. Trois guides de pratique ont été publiés de même que 8 rapports de recherche. 127 présentations sous forme de conférences, présentations par affiche ou autres types d'activités de transfert des connaissances ont été réalisées, en plus de 11 parutions dans les médias.

» Stages, comité étudiant et excellence de la relève

La DRE soutient l'accueil de nombreux stagiaires universitaires dans une diversité de disciplines, dont l'enseignement, les sciences infirmières, la psychoéducation, la psychologie, la criminologie, les ressources humaines, la pharmacie, la psychiatrie, la nutrition, l'ergothérapie et le travail social.

Des responsables de stages et des employés des diverses directions de l'Institut ainsi que ceux de la DRE ont permis d'accueillir 99 stagiaires en 2023-2024. Ce chiffre représente un retour au nombre de stagiaires accueillis avant le début de la pandémie, et s'explique par les efforts de mobilisation des équipes des directions cliniques et administratives pour accueillir un nombre plus élevé de stagiaires. Nous soulignons le travail indispensable de tous les superviseurs de stages dans la formation et le perfectionnement de la relève.

L'année 2023-2024 a été marquée encore une fois par le dynamisme du comité étudiant du Centre de recherche de l'Institut. Ce dernier vise à soutenir la communauté étudiante rattachée au centre, faciliter la collaboration entre les étudiants des différentes équipes de recherche et créer des opportunités de formation et de transfert des connaissances pour les étudiants.

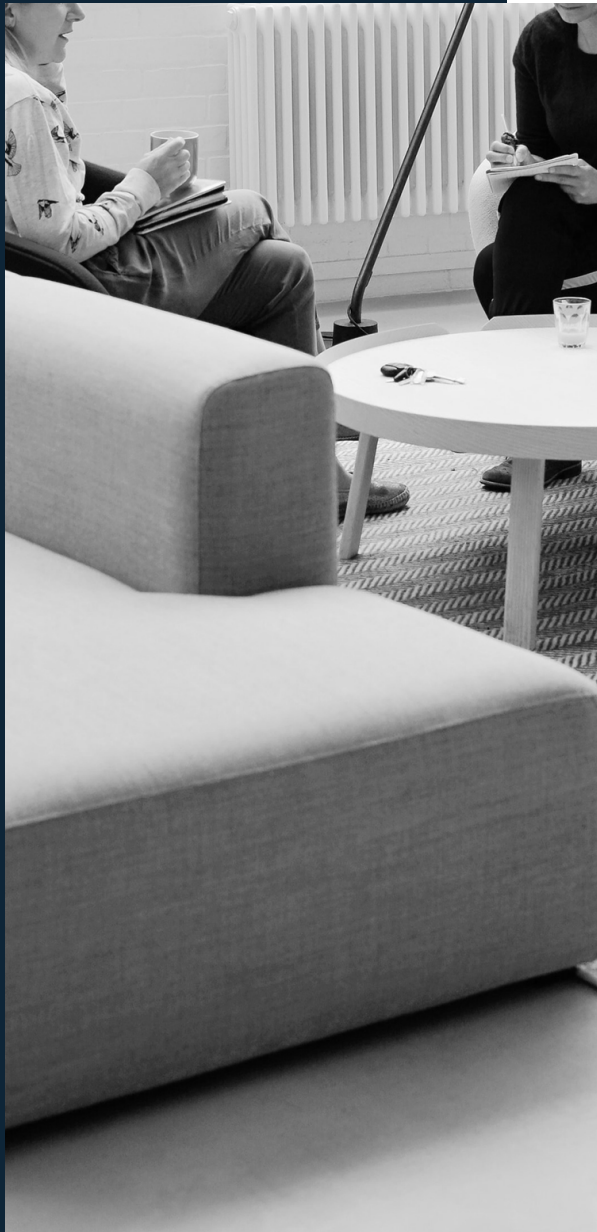
Cette année, ce sont 96 étudiants, dont 9 au baccalauréat, 24 à la maîtrise, 60 au doctorat et 3 au postdoctorat, qui ont été encadrés dans leur cheminement académique par les chercheurs réguliers du Centre de recherche de l'Institut. Ces étudiants ont d'ailleurs reçu plus de 378 000\$ en bourses d'excellence, soulignant ainsi la qualité de leurs dossiers académiques, leurs recherches et le milieu d'accueil. Notamment, dans le cadre du concours de bourses de congrès Gilles Côté organisé par l'Institut, quatre bourses d'excellence de 1000\$ ont été offertes à des étudiants du centre pour appuyer la poursuite de leur parcours académique et leur participation à des congrès scientifiques internationaux. Nous souhaitons féliciter les récipiendaires : Léanne Dauphinais (Guay, J.-P., dir.), Frédérique Fortin (Spearson-Goulet, J.-A., dir.), Sara Saint-Pierre Côté (Renaud, P., dir.) et Anne-Pierre Raiche (Guay, J.-P., dir.).

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

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS) a connu d'importants avancements dans les divers projets entamés au cours de l'année précédente, ainsi qu'un afflux important de demandes pour de nouveaux projets en lien avec les changements de pratique. Étant donné son rôle-conseil auprès du MSSS et à la suite d'une demande de ce dernier, l'UETMI-SMJS a produit un rapport rapide sur le suivi des personnes trouvées non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux en communauté. Deux demandes de subvention auxquelles l'UETMI-SMJS a collaboré l'an dernier ont été obtenues. Un rapport préliminaire sur l'organisation des services de psychiatrie légale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement a été publié sur la page Web de l'UETMI-SMJS, et de nombreux articles scientifiques sont en cours de révision. L'UETMI-SMJS a participé à plusieurs activités de transfert des connaissances, incluant des conférences nationales, des tables rondes interdisciplinaires et deux conférences scientifiques organisées par Forensia, dont la première sur les éléments d'architecture en lien avec le rétablissement dans un environnement sécuritaire, et la seconde

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

sur les soins en psychiatrie légale pour les usagers présentant une déficience intellectuelle et des troubles du comportement. Enfin, un second poste d'agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) a été créé afin de soutenir le projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale dans le cadre de la mission nationale de l'Institut, et d'autres projets en lien avec cette initiative structurante sont en cours de démarrage.



En continuité avec l'année précédente, la direction des services techniques et du projet majeur a concentré ses efforts autour du projet de modernisation, de plusieurs projets de construction ainsi que de certains dossiers d'amélioration de processus. À la suite de changements 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, les deux équipes de projet (construction et projet de modernisation) ont concentré leurs efforts afin de continuer les travaux entamés dans un souci d'améliorer la qualité de nos infrastructures.

Divers travaux de construction ont été réalisés ou sont en cours de réalisation. Nombre d'entre eux touchent à la chaufferie et à la sécurité du bâtiment, comme le rehaussement des systèmes de sécurité et la sécurisation des cours intérieures, alors que d'autres représentent davantage des travaux de réaménagement et d'agrandissement d'espaces, dont la construction de modulaires et l'optimisation des espaces de bureaux existants.

À ceci s'ajoute la fin de la première phase de notre projet de modernisation, en cours depuis 2019, en plus du début de la deuxième phase, soit celle de l'élaboration d'un dossier d'affaires (DA) qui doit s'échelonner sur une période de 18 à 24 mois. Cette importante étape consiste à la réalisation des plans et devis de ce grand projet, et ce, en collaboration avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) et le MSSS. Ce projet a pour but de moderniser les installations de l'établissement pour en faire un milieu moderne, adapté aux besoins de la clientèle, permettant d'offrir des services de pointe et favorisant l'innovation et le partage des connaissances. Ceci s'inscrit également dans notre mandat de procéder à la hiérarchisation des services en psychiatrie légale.

Dans un souci d'amélioration d'entretien et de gestion du bâtiment, l'implantation d'un système de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) a été déployée au courant de l'année. Une initiative du même genre a été réalisée avec le secteur de l'hygiène et de la salubrité. Ces deux systèmes sont dorénavant fonctionnels à 100%.

Au niveau du service alimentaire, un important exercice a été réalisé dans le but d'élaborer un plan directeur de développement lié aux activités du service. Ce plan sera déployé dans les prochaines années à la suite de son approbation.

» Direction des ressources humaines (DRH)

» Médiation

Dans le but d'améliorer les relations de travail au sein de l'organisation, nous avons effectué une demande paritaire avec les syndicats SCFP et SPGQ afin de solliciter les services de médiation du ministère du Travail.

La médiation avec le SPGQ nous a permis de favoriser un dialogue continu et positif et de permettre une meilleure grande compréhension des rôles et responsabilités ainsi que des contraintes réciproques. Cette démarche, qui s'est effectuée dans le respect et la collaboration, a également permis de clarifier les perceptions respectives, d'identifier les causes potentielles de différends et de mettre de l'avant des actions communes pour assurer des relations patronales-syndicales harmonieuses. La démarche avec le SCFP, quant à elle, se poursuivra au cours de l'année.

» Prévention et santé et sécurité au travail

Le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 a été réalisé en date de mars 2024. Ce plan est dorénavant intégré à nos pratiques qui se veulent évolutives, et ce, en respect de la Loi modernisant le régime de la santé et sécurité au travail.

Aussi, en 2023-2024, notre comité paritaire en santé et sécurité au travail (CPSST) a mandaté l'Association paritaire pour la santé et sécurité au travail du secteur affaires sociales dans le but d'obtenir un accompagnement pour former les membres du CPSST et ainsi d'améliorer le fonctionnement actuel du comité dans l'exécution de ses rôles et responsabilités en matière de prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles au sein de l'Institut.

» Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation de la main-d'œuvre

Plusieurs actions stratégiques ont été réalisées cette année et se poursuivent, notamment grâce à l'élaboration de plans d'actions pour la période estivale et l'intensification des embauches en assurant une meilleure visibilité et en promouvant la notoriété de l'Institut.



Quant à la fidélisation, l'Institut reconnaît régulièrement son personnel et son implication par différentes activités.

» **Négociation des conventions collectives**

Nous avons connu un automne chargé, marqué par trois grèves dans un contexte de renouvellement des conventions collectives. Cette période a nécessité la collaboration de tous pour maintenir notre offre de services essentiels aux usagers. Au terme des consultations menées auprès de 420 000 travailleuses et travailleurs du secteur public lors d'assemblées générales spéciales regroupant notamment nos employés, le Front commun, dont est membre l'organisation syndicale SCFP, a confirmé l'adoption de l'entente de principe entre ce dernier et le gouvernement du Québec. Comme la nouvelle convention collective qui en découlera comprendra des dispositions nationales applicables à notre établissement, nous demeurons en attente des suites.

» **Service des communications**

Cette année encore, les membres de l'équipe des communications ont apporté un soutien-conseil aux directions et services de l'Institut par rapport à différents dossiers stratégiques, dont celui du développement de la notoriété de l'organisation et de ses activités. En effet, conformément au plan d'action des priorités retenues en lien avec le plan de visibilité de l'Institut ainsi que son Plan d'action stratégique, nous avons su aider l'organisation à se positionner comme partenaire de choix et à promouvoir auprès de publics internes et externes la place de l'Institut au cœur des réseaux de la santé, de la justice et de la sécurité publique.

Outre le dossier stratégique de la notoriété de l'organisation, le service des communications a élaboré et mis en place des activités et outils de communication visant à appuyer des projets liés à la culture organisationnelle et la reconnaissance des employés.

» **Affaires juridiques**

L'équipe des affaires juridiques, spécialisée en psychiatrie légale, a poursuivi son mandat de soutien-conseil et de représentation judiciaire auprès des directions et équipes cliniques de l'Institut, notamment en matière de consentement aux soins, d'autorisations judiciaires de soins et de dossiers relevant de la juridiction de la Commission d'examen des troubles mentaux. Le service des affaires juridiques conseille et accompagne également la direction générale dans les dossiers nécessitant un soutien juridique, en assurant au besoin la représentation par des conseillers juridiques externes. De plus, l'équipe juridique collabore avec l'ensemble des partenaires justice santé mentale relevant de son champ d'expertise, notamment auprès de la communauté de pratique juridique du réseau de la santé et du comité du Barreau de Montréal sur les gardes et les soins.



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

» Engagements annuels

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

ENJEU 1 : Une organisation plus humaine du travail			
Orientation 1 : Devenir un employeur de choix			
Indicateur	Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	61,8%	N/D	65,9%
Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	Établissement de la cible de départ	N/D	+4,5% par rapport à la cible de départ
Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)	10 945	N/D	0
Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100%	100%	100%
<p>Commentaires :</p> <p>Indicateur 3.03 – Les résultats en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux ne sont pas encore disponibles. Nos indicateurs internes indiquent toutefois que nous avons dépassé la cible 2023-2024, car notre taux de rétention est de 72,46%. Des actions complémentaires sont mises en place pour favoriser la fidélisation.</p> <p>Indicateur 3.02 – Nous demeurons en attente des données en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Indicateur 3.06.01 – Les résultats en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux ne sont pas encore disponibles. Nos indicateurs internes indiquent toutefois que 3 194 heures ont été travaillées par la main-d'oeuvre indépendante. L'Institut n'utilise que très rarement la main-d'oeuvre indépendante, seulement en cas d'urgence. Notons également que l'établissement n'a pas eu recours à la main-d'oeuvre indépendante pour les titres d'emploi en prestation de services donnés aux patients en raison des soins et services ultraspecialisés que nous offrons et des titres d'emploi spécifiques qui s'y rattachent. Les heures travaillées par la main-d'oeuvre indépendante sont principalement au niveau des secteurs administratifs, des services techniques (ex. : électriciens) et des services informatiques.</p> <p>Indicateur 3.01.02 – Nous avons maintenu notre résultat à 100%, ce qui est attribuable aux stratégies organisationnelles mises en place en vue de s'assurer que chaque nouvelle personne embauchée suive la formation sur les réalités autochtones.</p>			

Légende

 Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100%

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

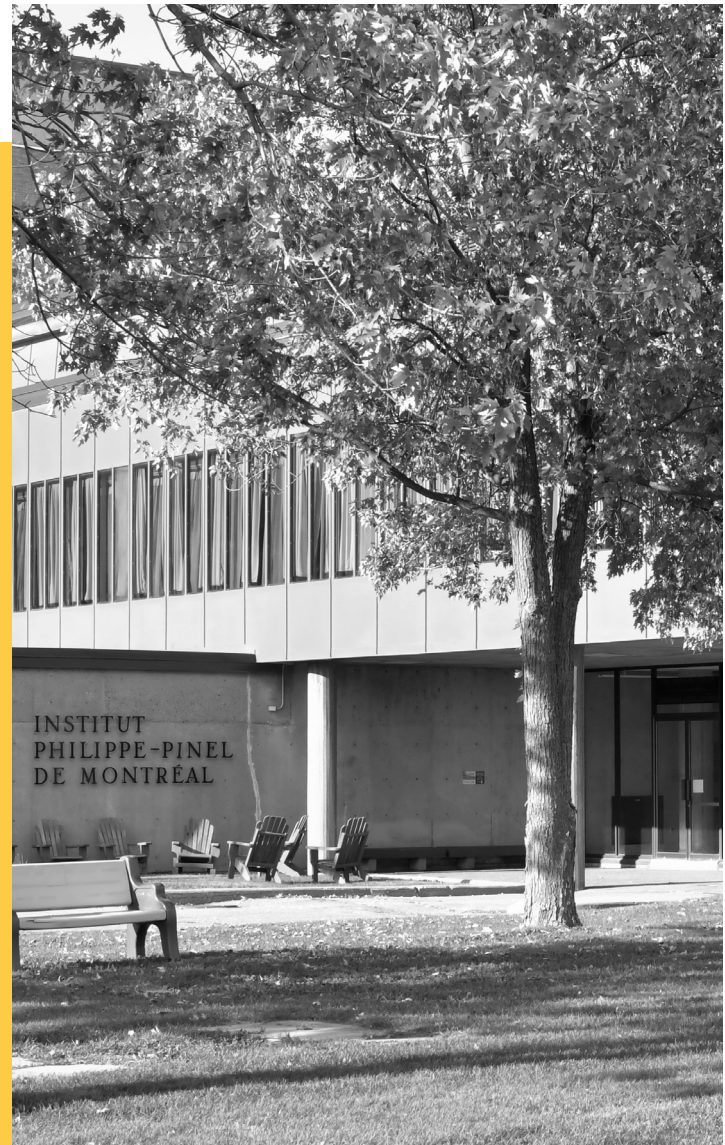
» L'agrément

Un premier cycle du programme d'Agrément Canada a été complété en décembre 2021. Le second cycle, s'échelonnant de 2023 à 2028 à l'échelle provinciale, entraînera deux visites de l'Institut par des équipes de visiteurs, dont l'une du 8 au 11 juillet 2024 et l'autre à la fin de l'année 2025. En 2023-2024, accompagnés par un consultant externe, nous nous sommes mobilisés pour préparer cette visite dont la séquence s'intéresse aux divers processus de prise de décision ainsi qu'aux modalités dont s'est dotée l'organisation pour atteindre les exigences d'excellence de soins et de services.

» 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

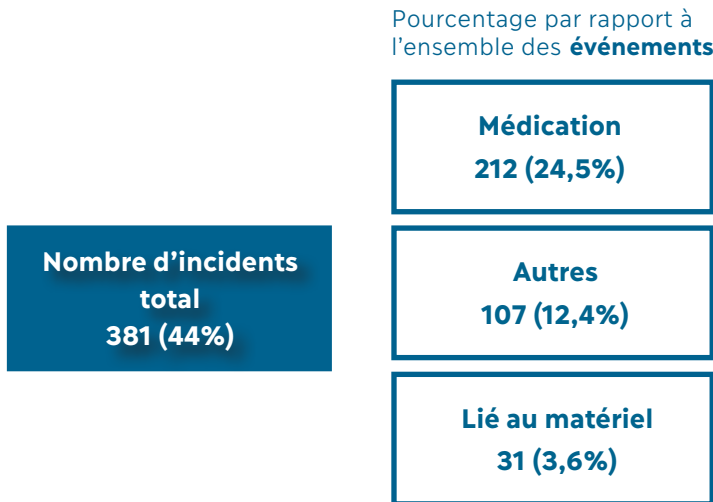
En cours d'année, nous avons pu constater que certaines actions étaient à déployer en vue d'assurer une meilleure compréhension des politiques et procédures relatives à la déclaration et à la divulgation des incidents/accidents ainsi que de guider le personnel et les gestionnaires dans leurs rôles et responsabilités en la matière. Comme l'établissement est dans un processus d'amélioration continue de la qualité, ces politiques et procédures sont en cours de révision et, dans ce contexte, leur promotion et celle des nouvelles modalités en découlant seront planifiées à brève échéance.



» La nature des trois 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**

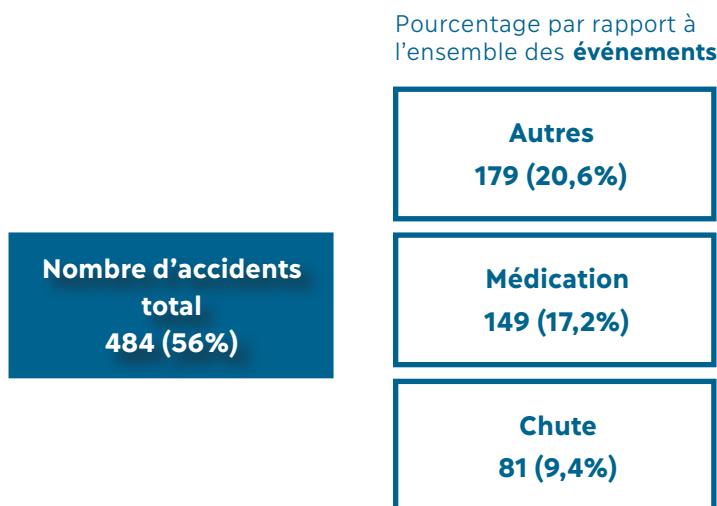


Incidents	Circonstances (trois principales)
Médication 55,6%	Non-respect des procédures et protocoles Disparition/décompte Trouvé
Autres 28,1%	Trouvé en possession d'objets dangereux Fugue/disparition (encadrement intensif) Autres
Lié au matériel 8,1%	Disparition/perte Bris/défectuosité Autres

» La nature des trois 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**



Accidents	Circonstances (trois principales)
Autres 37,0%	Automutilation Désorganisation Blessures d'origine connue
Médication 30,8%	Dose/débit Heure ou date d'administration Omission
Chute 16,7%	En circulant Trouvé par terre Autres

» Les 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

Dans le but d'améliorer les pratiques et de réduire les incidents et les accidents les plus fréquents, différentes actions ont été menées en cours d'année, dont :

- La mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance, soit un comité tactique, permettant
 - au comité de gestion des risques d'avoir une vue d'ensemble des activités sans toutefois intervenir dans la gestion opérationnelle des risques;
 - d'adopter les mesures nécessaires au sein des directions concernées pour éviter les récurrences d'événements sentinelles;
- L'implantation d'une nouvelle méthode d'analyse approfondie qui favorise l'élaboration de plans d'action ciblés qui incluent des objectifs SMART;
- La bonification du registre de suivi des événements sentinelles ainsi que des statistiques relatives à la déclaration des incidents et des accidents;
- Le déploiement d'audits de conformité des déclarations et d'analyses d'incidents et d'accidents, permettant de cibler les besoins de formation à offrir aux différents utilisateurs des formulaires de déclaration des événements;
- La poursuite d'activités de sensibilisation du personnel au regard de la prestation sécuritaire des soins et des services;
- La mise à jour de documents de référence à la suite d'analyses d'événements répétitifs ou d'accidents.

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

- Le programme de prévention et contrôle des infections (PCI) de l'INPLPP a été révisé, tout comme un plan d'action de priorisation en PCI 2023-2024 qui a été mis à jour et adopté à l'automne 2023, ainsi qu'un plan d'action spécifique à l'hygiène des mains qui a été élaboré au cours de l'année 2023;
- Plusieurs documents sont en cours de révision et permettront de mieux soutenir les opérations

courantes, notamment le dépistage des syndromes d'allure grippale par le personnel infirmier des unités de soins avec la nouvelle ordonnance collective sur le point d'être adoptée et la procédure qui entoure cette activité;

- La révision des outils de surveillance est en cours et permettra à l'établissement de comparer ses données avec celles d'autres établissements;
- Du soutien a été offert au personnel du bureau de santé pour l'application des normes de gestion des travailleurs de la santé présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou autre maladie contagieuse (ex. : influenza);
- Des activités de promotion de l'hygiène des mains ont été déployées et des audits fréquents ont été effectués afin de mesurer les résultats et les efforts à poursuivre.

» 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 portant sur l'implantation de la politique sur l'application des mesures de contrôle et de ses outils cliniques font l'objet d'un bilan annuel distinct. Voici quelques informations qui y figurent pour l'année 2023-2024 :

- Complétion des formations associées au déploiement de la politique sur les mesures de contrôle qui sont maintenant disponibles sur la plateforme ENA;
- Activités de formation offertes aux équipes soignantes par rapport à l'utilisation des contentions ainsi qu'à tout le personnel intervenant qui souhaite une mise à jour de ses connaissances;
- Diffusion d'un aide-mémoire incluant tous les outils élaborés en soutien aux équipes.

» 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

Recommandations du Coroner

Au cours de l'année 2023-2024, aucune recommandation n'a été émise par le Coroner.

Recommandations du Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2023-2024, le Protecteur du citoyen a émis 3 recommandations. De plus, 3 mesures correctives ou d'amélioration ont été mises en place par l'établissement au cours de ou à la suite de l'examen mené par le Protecteur du citoyen.

Recommandations :

- Transmettre au Protecteur du citoyen la version finale du protocole élaboré pour le patient concernant les modalités de sorties (Réalisé)
- Évaluer les paramètres sécuritaires requis pour proposer un aménagement sécuritaire spécifique et adapté aux besoins du patient (Réalisé, mais jugé impossible à mettre en place)
- Rappeler au personnel des unités H3 et H4 ayant travaillé sur une unité au moment où un usager s'y trouvait l'obligation de consigner aux dossiers des usagers des notes fidèles à ce qui a été fait (Réalisé)

Mesures correctives ou d'amélioration :

- Rappel au personnel impliqué de la nécessité d'évaluer le danger représenté pour un usager avant de reporter la remise d'un repas (Réalisé)
- Mesure à l'endroit d'un usager pour éviter qu'une situation estimée inéquitable par les autres ne se reproduise (Réalisé)
- Obtention du support du service alimentaire en ce qui a trait à la gestion du pain (Réalisé)

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

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services n'a émis aucune recommandation à l'établissement en 2023-2024.

Par ailleurs, la recommandation émise à l'établissement au cours de l'année précédente, portant sur le respect des droits des usagers au regard de leur liberté, a été réalisée.

De plus, dans le cadre de l'examen de plaintes ou lorsque la commissaire a mené des interventions de sa propre initiative, 383 mesures correctives ou d'amélioration ou engagements ont été mis en place ou pris par l'établissement, sans que la commissaire n'ait eu à formuler de recommandations. Ces mesures correctives et ces engagements concernaient les motifs et sous-motifs suivants :

- Organisation du milieu et des ressources matérielles (programmation des activités, respect des règles et procédures du milieu, mécanismes de prévention des infections, compatibilité des clientèles, hygiène/salubrité/désinfection des lieux, personnalisation de l'alimentation (diète, quantité, préférences), sécurité et protection des biens personnels) : 145
- Soins et services dispensés (mesures de contrôle, insuffisance de service ou de ressource, interventions, médication, fouilles, approche thérapeutique, plan d'intervention, soins de santé physique) : 115
- Relations interpersonnelles (refus de s'identifier, fiabilité/disponibilité, communication et attitude, respect, abus, représailles à la suite du dépôt d'une plainte) : 68
- Droits particuliers (confidentialité, droit de communiquer, droit linguistique, droit à un accommodement raisonnable, consentement) : 36
- Maltraitance : 17
- Aspect financier (processus de réclamation) : 2

Recommandations d'autres instances

Les médecins examinateurs n'ont émis aucune recommandation à l'établissement en 2023-2024.

Par ailleurs, la recommandation émise à l'établissement au cours de l'année précédente, soit de connaître les moyens qui seront pris pour compléter le déploiement de la formation concernant l'algorithme décisionnel pour l'utilisation de l'application des mesures de contrôle et l'algorithme pour soumettre une situation complexe au sous-comité des situations complexes ou récurrentes, a été réalisée.

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

Tableau : Les mises sous garde (1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024)

	Mission CH	Total
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	0	0
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	13	13
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	11	11
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	10	10
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)	9	9

» L'examen des plaintes et la promotion des droits

Rôle de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (CLPQ)

La CLPQ est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et des participants à la recherche ainsi que du traitement diligent de leurs plaintes (art. 33 par. 1 de la LSSSS) et du traitement des signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance adoptée en vertu de la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité (chapitre L-6.3). Lorsque le signalement doit être traité par une autre instance, elle est responsable de diriger les personnes formulant ce signalement vers celle-ci (art. 33 par. 3 de la LSSSS). Aussi, la CLPQ doit notamment prêter assistance à l'utilisateur dans le processus de traitement de plaintes (art. 33 par. 3 de la LSSSS) et a un pouvoir d'intervention (art. 33 par. 7 de la LSSSS). La CLPQ exerce l'ensemble des fonctions identifiées aux

art. 33 et s. de la LSSSS. Lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident qui exerce sa profession au sein de l'INPLPP, incluant au Centre de recherche, la CLPQ transfère la plainte au médecin examinateur, conformément à la LSSSS et au Règlement relatif à la procédure d'examen des plaintes. Le conseil d'administration doit prendre les mesures pour préserver en tout temps l'indépendance de la CLPQ et du personnel qui agit sous son autorité dans l'exercice de leurs fonctions (art. 31 de la LSSSS).

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

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



7 Ressources financières

» L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
Programmes-services						
Santé publique	1 451 769	1,63	-	-	(1 451 769)	-100,00
Santé mentale	56 538 544	63,41	60 442 286	63,96	3 903 742	6,90
Santé physique	911 987	1,02	909 381	0,96	(2 606)	-0,29
Programmes soutien						
Administration	12 177 069	13,66	12 839 608	13,60	662 539	5,44
Soutien aux services	9 192 027	10,31	10 282 133	10,88	1 090 106	11,86
Gestion des bâtiments et des équipements	8 888 131	9,97	10 012 805	10,60	1 124 674	12,65
Total	89 159 527	100	94 486 213	100	5 326 686	5,97

*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

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. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Pour l'année financière 2023-2024, l'établissement présente un surplus de 299 533\$, soit 33 059\$ provenant du fonds d'exploitation et 266 474\$ du fonds d'immobilisations. Le résultat est attribuable à une saine gestion financière des dirigeants de l'établissement. Par conséquent, l'Institut 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^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	21	297 396,02\$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	132	1 654 999,66\$
Total des contrats de services	153	1 952 395,68\$

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

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

8 Ressources informationnelles

Un virage important au niveau des ressources informationnelles

Le service des ressources informationnelles offre à l'organisation des ressources humaines et matérielles pour l'accès, le support et le développement des applications informatiques. Il joue également un rôle clé dans la gestion et la mise en œuvre de projets cliniques et technologiques en tant que partenaire essentiel au bureau de projets.

L'année 2023-2024 a été marquée par des investissements importants au niveau des technologies de l'information. Des sommes significatives ont notamment permis aux équipes des ressources informationnelles de poursuivre la mise en place de projets d'envergure liés aux applications cliniques et administratives, à l'infrastructure et à la sécurité de nos systèmes d'information.

Performance organisationnelle

Le secteur performance est responsable du développement et du déploiement des tableaux de bord stratégiques, tactiques et opérationnels dans l'établissement. Il assure le suivi et la coordination des indicateurs de planification stratégique, des tableaux de bord organisationnels et des éléments de l'entente de gestion. Il veille donc au :

- Déploiement d'un tableau de bord stratégique présenté aux membres du conseil d'administration et du comité de direction pour le suivi des indicateurs clés;
- Déploiement de plusieurs tableaux de bord tactiques dans les différentes directions afin d'améliorer l'efficacité opérationnelle (plus d'une centaine d'indicateurs de performance);
- Coordination de l'ensemble des éléments de reddition de comptes avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les partenaires.

Principales réalisations

Infrastructure et sécurité informatique :

- Mise en place de nouveaux outils de sécurité permettant de rehausser de façon considérable la sécurité sur les appareils mis à la disposition du personnel ainsi que sur les équipements réseau.

Ressources matérielles :

- Acquisition importante d'équipements tels que des ordinateurs portables, téléphones de bureau, cellulaires et divers accessoires.
- Mise à niveau de plusieurs salles multifonctionnelles, dont une salle qui pourra accueillir plusieurs dizaines de personnes dans le cadre d'événements d'envergure.

Autres statistiques importantes

- Près de 15 000 demandes de soutien diverses, ce qui représente une augmentation de 20% de demandes par rapport à l'année précédente.
- 1586 activités reliées au secteur de la télésanté (téléconsultation et télécomparution, support audiovisuel), soit un secteur en croissance depuis le début de la pandémie de COVID-19.

9

Divulgation des actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible divulgué dans l'établissement au cours de l'année 2023-2024.



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 circonstances¹.

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

4. Champ d'application

Tout membre du conseil d'administration est 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.

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

_____	_____	
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

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