

# Rapport annuel 2013-2014



Institut universitaire  
en santé mentale  
de Montréal

AFFILIÉ  
Université  
de Montréal 



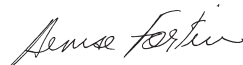
#### DÉCLARATION DE FIABILITÉ

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel d'activités relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel d'activités 2013-2014 de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

La directrice générale,



Denise Fortin

## Notre mission

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal voit au mieux-être des personnes, en offrant les meilleurs soins et services spécialisés et surspécialisés en santé mentale, en contribuant à repousser les limites de la maladie par la recherche et l'évaluation des modes d'intervention, en formant les intervenants par l'enseignement et en diffusant les savoirs, en collaboration avec ses partenaires.

## Notre vision

*À l'issue de sa récente démarche de planification stratégique, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal s'est doté d'une nouvelle vision reproduite ici.*

Chef de file dans le développement et la diffusion de pratiques de pointe, l'Institut partage avec ses partenaires et la communauté une vision clinique de l'organisation des services en santé mentale centrée sur la pleine citoyenneté et il est reconnu pour son leadership et son soutien dans la mise en place de modèles cliniques novateurs favorables à cette vision.

L'Institut offre un milieu de travail de choix, performant, mobilisant, sécuritaire et cohérent avec son projet clinique. Il est reconnu comme un centre d'excellence où les pratiques cliniques sont valorisées et soutenues par ses activités de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention et d'enseignement.

L'Institut est aussi à l'avant-plan de la sensibilisation des acteurs politiques et socio-économiques à l'action sociale et à la lutte à la stigmatisation.

# Les membres du conseil d'administration

au 31 mars 2014

Madame Agathe Champoux.....	Population
Madame Anne Côté.....	Agence de la santé et des services sociaux
Madame Caroline Émond.....	Cooptée
Monsieur Pierre Paquet.....	Population
Monsieur Luc Valiquette.....	Conseil multidisciplinaire
Madame Lina Beaulé.....	Agence de la santé et des services sociaux
Monsieur Daniel Beaugard.....	Conseil des infirmières et infirmiers
Monsieur Daniel Bourbonnais.....	Université de Montréal
Madame Lise Chagnon.....	Cooptée
Madame Carole Clermont.....	Cooptée
Madame Francine Décary.....	Cooptée
Madame Francine Dubé.....	Cooptée
Madame Nicole Dupont.....	Cooptée
Monsieur Stéphane Guay.....	Université de Montréal
Madame Jo-Anne Hudon Duchesne.....	Comité des usagers
Monsieur Jacques Côté.....	Comité des usagers
Madame Denise Fortin.....	Directrice générale
Docteure Angela Geloso.....	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Monsieur Pierre Miron.....	Fondation
Poste vacant.....	Personnel non clinique

# Les membres du comité de direction

au 31 mars 2014

Madame Denise Fortin.....	Directrice générale
Madame Roxanne Bergeron.....	Directrice du soutien à l'intégration sociale (par intérim)
Monsieur Adam Mongodin.....	Adjoint à la direction générale, qualité et gestion des risques
Madame Linda Fortier.....	Codirectrice des services cliniques
Monsieur Jean Lepage.....	Adjoint à la direction générale, communications
Docteure Sonia Lupien.....	Directrice de la recherche
Docteur J. André Luyet.....	Directeur des affaires médicales et cliniques
Docteur Jean-Pierre Melun.....	Directeur adjoint des affaires médicales et cliniques et codirecteur des services cliniques
Docteur Jean-Louis Brunier.....	Coordonnateur des services médicaux
Madame Céline Morin.....	Directrice générale adjointe et directrice des services administratifs
Madame Caroline Lafond.....	Directrice de l'enseignement (par intérim)
Madame Caroline Ouellet.....	Directrice des ressources humaines
Madame Lucie Thibault.....	Codirectrice du développement des pratiques professionnelles et directrice des soins infirmiers
Monsieur Frédéric Doutrelepoint.....	Codirecteur du développement des pratiques professionnelles et directeur des services multidisciplinaires

# Rapport de la présidente et de la directrice générale

**S'il est un élément qui a marqué l'année qui vient de s'écouler, c'est la reconnaissance.**

**En effet, Agrément Canada accordait à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal un statut d'établissement agréé avec mention d'honneur. En accordant ainsi sa plus haute distinction, cet organisme d'évaluation indépendant reconnaît l'excellence de nos soins et services et confirme que nous avons surpassé leurs exigences les plus rigoureuses. Ce qui nous rend encore plus fières toutefois, c'est que nous devons cette distinction à du personnel, des gestionnaires, des chercheurs, des médecins et dentistes dévoués et professionnels. Ils méritent donc toute notre reconnaissance.**

Confirmer notre rôle à l'égard des services spécialisés et surspécialisés et jouer notre rôle de soutien à l'égard de nos partenaires

En désignant notre établissement institut universitaire en santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux confirmait, à l'automne 2011, le rôle que nous devons jouer, notamment à l'égard du développement des soins et services spécialisés et surspécialisés en santé mentale et du soutien que nous devons accorder au réseau de la santé aux plans régional et provincial. Guidés par les orientations de notre planification stratégique 2013-2016, c'est dans cet esprit que nous avons proposé au réseau montréalais la mise en place de projets novateurs de collaboration. Pour dégager les ressources nécessaires à la réalisation de tels projets, qui s'inscrivent dans notre mission de soins spécialisés et surspécialisés, nous avons poursuivi notre travail visant à diriger certains de nos usagers vers des ressources d'hébergement adaptées à leur condition, notamment en CHSLD. Il s'agit de personnes dont la condition psychiatrique est stabilisée, qui sont déjà suivies par des omnipraticiens, mais qui ne peuvent vivre en appartement ou en ressource d'hébergement, notamment à cause de leur condition de santé (maladie physique due à l'âge).

Les partenaires de l'Est, les CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel, Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'île, de même que les hôpitaux Maisonneuve-Rosemont, Santa Cabrini, Rivière-des-Prairies et notre Institut ont formalisé leurs liens. Des travaux sont ainsi menés afin de coordonner les services en santé mentale, améliorer l'accès, la fluidité et la continuité.

Nous avons d'ailleurs présenté un projet de services intégrés, qui a obtenu l'appui des centres de santé et de services sociaux de notre territoire. Ce projet vise l'établissement d'une collaboration plus soutenue entre les services de 1<sup>re</sup> ligne en CSSS et l'urgence de notre établissement.

#### **Les orientations stratégiques**

Pour réaliser sa vision, l'institut a défini cinq orientations pour les trois prochaines années, soit :

- Associer les partenaires dans la construction d'un Institut reconnu pour son leadership et son modèle de collaboration novateur.
- Transformer nos services et nos pratiques cliniques et organisationnelles en harmonie avec notre vision clinique de pleine citoyenneté et en partenariat avec le patient et ses proches ainsi que les acteurs clé du réseau et de la communauté.
- Rayonner comme pôle universitaire où les fonctions de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'interventions, d'enseignement et de promotion de la santé agissent en synergie entre elles et avec celle des soins et services.
- Créer un environnement de travail où chacun est mobilisé par le projet clinique et engagé dans sa mise en œuvre.
- Consolider une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de nos pratiques cliniques et de gestion.

Nous avons aussi proposé un projet de services hiérarchisés en psychiatrie légale. Ce projet a fait l'objet de travaux réalisés avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, l'Institut Douglas, de même qu'avec nos partenaires des services de première ligne du réseau de la santé et les organismes communautaires concernés. À terme, une unité de soins spécialisée en psychiatrie légale, associée à une équipe mobile, devrait être développée au sein de notre établissement.

C'est dans ce même esprit de collaboration avec le réseau montréalais de la santé et des services sociaux que nous avons conclu une entente temporaire de collaboration avec le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (Hôpital Fleury). Cette entente, qui a nécessité la mobilisation de nos équipes de l'urgence et du Module évaluation-liaison, de même que l'ensemble de nos programmes spécifiques, a permis d'accueillir une partie de la clientèle référée par les médecins du CSSS ou provenant des transports ambulanciers.

Notre statut d'institut universitaire compte sur un réseau de partenaires formé de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, l'Hôpital Rivière-des-Prairies, le CHU Sainte-Justine et l'Institut de cardiologie de Montréal. Dans la dernière année, d'importants travaux ont été menés afin de développer des pratiques de pointe, conformément aux conditions d'obtention du statut d'Institut. Les pratiques de pointe visent, entre autres, une offre de services surspécialisés, mettant en œuvre une expertise pointue et innovante pour traiter des problèmes complexes. Elles conjuguent les axes cliniques, la recherche, l'enseignement et l'évaluation et témoignent de l'excellence d'un institut. Cinq pratiques de pointe, basées sur la collabora-

tion avec les partenaires de l'Institut, ont ainsi été sélectionnées. Les pratiques de pointe retenues sont :

- Le service de prévention de la transmission inter-générationnelle de la psychopathologie ;
- Le centre d'innovation, de traitement et d'expertise en troubles psychotiques (CITÉ) ;
- L'intervention précoce et le continuum de services intégrés pour les personnes de 15 ans et plus avec un trouble de personnalité limite ;
- La trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants de 8 à 12 ans ;
- Le développement du volet pédopsychiatrique de la clinique Cormier-Lafontaine (traitement de la comorbidité des problèmes de dépendance et de santé mentale).

Nous avons resserré nos liens avec les deux autres instituts en santé mentale, l'Institut Douglas et l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, de même qu'avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

À l'échelle internationale, nous avons aussi poursuivi nos activités de partenariat, notamment par le biais de notre participation au Mouvement international citoyenneté et santé mentale. Cet organisme, dont nous hébergeons le siège social, voit à la promotion de la pleine citoyenneté des personnes qui font appel à nos services. Il associe actuellement des représentants de la France, de la Belgique, des États-Unis, du Bénin, du Canada, de l'Italie, de la Suisse et de la Mauritanie. Toujours au plan international, nous avons contribué aux travaux visant la révision de la Classification internationale des maladies par l'Organisation mondiale de la santé.

Ces activités de partenariat nous ont ainsi permis de jouer pleinement notre rôle d'institut universitaire en santé mentale.

### La santé mentale... sans négliger la santé globale

Socialement, le diabète et l'obésité atteignent des proportions que l'Organisation mondiale de la santé n'hésite pas à qualifier d'épidémie de cause non infectieuse du 21<sup>e</sup> siècle. Notre clientèle présente davantage de risque d'être confrontée à de pareilles problématiques. Voilà pourquoi la clinique des troubles métaboliques, récemment instaurée, réunit et harmonise les ressources disponibles à l'Institut : internistes, nutritionnistes, kinésiologues, physiothérapeutes, infirmières et psychologues. La programmation de services de la clinique permet de prévenir le diabète et les maladies cardiovasculaires chez les patients et d'améliorer leur qualité de vie.

#### L'ENSEIGNEMENT

Les médecins et le personnel de l'établissement ont contribué à la formation de 670 étudiants qui ont réalisé 171 193 heures de stage.

Aussi, trois résidents en psychiatrie ont réalisé un stage de quatre semaines au Bénin. Ils étaient accompagnés de deux psychiatres de l'Institut, ainsi que d'une agente de planification, de programmation et de recherche. L'objectif de cette mission était de renforcer la collaboration avec l'Association Saint-Camille-de-Lellis, une organisation caritative qui œuvre à la lutte contre l'exclusion des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Les membres de la délégation ont ainsi eu l'occasion de cerner les initiatives humanitaires et de participation citoyenne sur place, d'acquiescer une vision globale des problèmes de santé mentale considérant les dimensions économiques, culturelles et politico-sociales et d'apprendre à définir les meilleures pratiques dans différents milieux cliniques.

#### L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET MODES D'INTERVENTION

L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale a poursuivi son développement en produisant deux rapports d'envergure sur l'état des pratiques exemplaires en matière d'aménagements physiques dans les unités de soins psychiatriques et d'urgence ainsi que dans les ressources résidentielles. Ayant pour objectif de soutenir la prise de décision fondée sur les données probantes, les résultats de ces travaux ont été présentés à l'établissement ainsi qu'à des organismes externes. L'unité a par ailleurs été saisie de questions dont certaines ont fait l'objet d'une note informative.

#### UNE NOTE EXCEPTIONNELLE POUR LE CENTRE DE RECHERCHE

À l'issue de la plus récente visite des évaluateurs du Fonds de recherche du Québec — Santé, notre centre de recherche s'est vu attribuer une note exceptionnelle pour ses performances scientifiques et une note excellente pour sa gestion. Depuis l'arrivée de Sonia Lupien à la tête du centre de recherche en 2007, une importante restructuration a été entreprise. Les efforts et le travail de tous ont été dignement récompensés par ces résultats exceptionnels; un véritable tour de force qui a porté ses fruits. Les évaluateurs ont entre autres été impressionnés par le Projet Signature, le développement d'applications mobiles, la synergie avec l'Université de Montréal, le recrutement de chercheurs (18 en 1 an) et la collaboration avec le milieu clinique. Voilà des résultats prometteurs qui bénéficieront au développement de la recherche pour les personnes qui présentent un problème de santé mentale.

#### NOTRE INSTITUT... EN SANTÉ

Notre établissement s'est inscrit dans la démarche visant la reconnaissance «Entreprise en santé», une démarche centrée sur les meilleures pratiques en matière de gestion des ressources humaines que nous avons rebaptisée «Notre Institut en santé». En janvier et février dernier, nous sollicitons la collaboration du personnel dans le cadre d'une collecte de données. Ces résultats serviront d'assises au Comité santé mieux-être pour l'élaboration de son plan d'action visant l'amélioration du bien-être au travail selon les quatre sphères suivantes : habitudes de vie, environnement de

travail, conciliation vie personnelle et professionnelle et pratiques de gestion.

## La Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Diverses activités ont permis à la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, cette année encore, de soutenir la mission de l'Institut.

Fidèle à sa tradition, l'Omnium de golf a été un franc succès et a permis de recueillir 107 147 \$. L'événement revêtait cette année un caractère particulier puisqu'il s'agissait de sa dixième édition et la Fondation en a profité pour honorer monsieur François Castonguay pour son dévouement envers la cause des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. L'événement a aussi été l'occasion de remettre la Bourse Mylan à deux employés de l'Institut qui se sont démarqués dans leur travail, soit Claude Dion et Manon Leduc.

La Fondation a profité de l'événement national «Mardi je donne», auquel participent des centaines d'organismes à travers le Canada, pour organiser une guignolée et associer les employés de l'Institut et ses bénévoles, en les invitant à offrir un cadeau personnalisé à 80 personnes qui bénéficient des services de l'équipe de suivi intensif. Les témoignages éloquentes reçus de la part des personnes ainsi rejointes ont convaincu la Fondation de faire de cet événement une tradition.

Récemment mise sur pied, la Fondation Casse-Tête s'est donné comme mission de soutenir différents organismes ou établissements qui œuvrent à l'amélioration de la qualité de vie de personnes atteintes de problèmes de santé mentale. C'est notre fondation qui en a été la première bénéficiaire en recevant la somme de 10 000 \$ pour soutenir l'intégration sociale des patients de l'Institut.

Enfin, le 26 mars dernier, la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal s'associait à Bell et à d'autres organismes œuvrant en santé mentale pour accueillir Clara Hughes, ambassadrice nationale de Bell Cause pour la cause, qui marquait son arrivée dans la métropole au 13<sup>e</sup> jour d'un long périple à vélo à travers le Canada.

Nous sommes donc très reconnaissantes aux donateurs pour leurs dons et contributions, de même qu'aux membres du conseil d'administration et à l'équipe de la Fondation. Toutes ces personnes jouent un rôle essentiel et contribuent à la réalisation de notre mission.

### DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Notre établissement a, depuis quelques années, entrepris diverses initiatives visant le développement durable. De nombreuses actions ont d'ailleurs été couronnées de succès : pratiques environnementales récompensées par la Certification BOMA BEST, amélioration de l'efficacité énergétique se méritant

le Prix Énergia, projet finaliste des Prix de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

Notre jardin communautaire, inauguré en cours d'année, s'inscrit dans cette orientation. En plus d'offrir un endroit supplémentaire où cultiver en ville, ce nouveau jardin vise l'ouverture sur la communauté, la réinsertion sociale et une meilleure accessibilité aux fruits et légumes frais pour les personnes du quartier. Avec ce magnifique projet, nous avons voulu créer un lieu où tous les citoyens, qu'ils aient ou non un problème de santé mentale, puissent se côtoyer et collaborer autour d'un objectif commun. Nous avons donc été très fiers que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux en reconnaisse le bien-fondé par le biais de l'Opération Bons coups de l'AQESSS.

## La gestion

Au plan financier, notre établissement a encore une fois atteint l'équilibre budgétaire. Il est d'ailleurs important de souligner la vigilance des gestionnaires quant au respect du budget qui leur est alloué et la collaboration du personnel et des médecins à cet égard.

Toutefois, avec des infrastructures dont certaines sont centenaires, l'aménagement et l'entretien de nos installations posent des défis importants. Pour relever ces défis, nous devons compter sur l'appui de l'Agence de la Santé et des Services sociaux et la contribution du ministère.

## 140 ans...

### Le chemin parcouru

L'année qui vient de s'écouler a marqué le 140<sup>e</sup> anniversaire de notre établissement. C'est en effet en 1873 que la Communauté des sœurs de la Providence fondait cette grande institution devenue institut universitaire en santé mentale. Aujourd'hui, nous poursuivons notre quête de l'excellence à l'égard des soins, de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation. Ce chemin parcouru, nous le devons à tous ceux qui, depuis 140 ans, se succèdent et qui ont à cœur d'offrir ce qu'ils ont de mieux pour les personnes qui présentent un problème de santé mentale.

## ÉVÉNEMENTS PUBLICS (colloques et journées scientifiques)

- Le **30 avril 2013**, Robert Drake, conférencier de renommée internationale, donnait une conférence sur les meilleures pratiques à l'égard des jeunes adultes qui présentent à la fois des problèmes de toxicomanie et de santé mentale.
- Le **8 mai 2013**, Len Bowers, a donné une conférence sur les progrès de la recherche quant au recours à l'isolement et aux contentions. M. Bowers, infirmier de profession, est chercheur-gestionnaire à l'Institute of Psychiatry de Londres.
- Le **9 mai 2013**, Alain Lesage, Jean-François Pelletier, Henri Dorvil, Laurie Kirouac, Gilles Dupuis, Catherine Dion et Alexandre Hamel, ont exposé en quoi le stigma peut nuire, encore de nos jours, à l'accès aux soins et services, au retour au travail et à l'intégration sociale. En soirée, une conférence grand public était donnée sur le thème « Stigma et médias : aide ou nuisance? ».
- Le **30 mai 2013**, Réjean Charbonneau, membre de l'Atelier d'histoire de la Longue-Pointe et directeur archivistique de l'Atelier d'histoire d'Hochelaga-Maisonneuve, a donné une conférence sur l'histoire de la Longue-Pointe.
- Le **4 juin**, s'est tenu le Forum qualité 2013, qui vise à faire connaître les projets qualité qui sont réalisés à l'Institut. Ce Forum a offert un lieu de partage et d'échanges sur les pratiques qui contribuent à améliorer la qualité des soins et services offerts à la clientèle.
- Le **4 septembre 2013**, s'est tenue une formation sur le DSM-5. Plus de 200 personnes y ont participé. La formation leur a permis de s'approprier ce nouvel outil de travail et de découvrir les changements qu'il propose.
- Le **10 octobre 2013**, s'est tenu, à l'intention du grand public et des professionnels de la santé, le deuxième « Rendez-vous de la santé mentale », dans le cadre de la Journée mondiale de la santé mentale. De nombreuses activités sur la question des préjugés et de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec un problème de santé mentale ont été présentées. En soirée, L'asile de la pureté et autres textes, de Claude Gauvreau, ont été mis en scène par Lorraine Pinal. Interprété par Alexis Martin, des usagers, des proches et des intervenants en santé mentale, l'événement théâtral était accompagné par Louise Bessette, pianiste qui a interprété La valse de l'asile, de Walter Boudreau. L'Institut a profité de cette semaine thématique pour souligner son 140<sup>e</sup> anniversaire avec une exposition historique.
- Le **13 décembre 2013** se tenait la journée « En-

semble face à la dépression ». Cette journée a notamment permis de faire le point sur les traitements disponibles, les défis de l'adhésion au traitement et les modèles collaboratifs de prise en charge.

- Le **28 janvier 2014**, se tenait le premier symposium annuel de la Communauté de pratique en épidémiologie psychosociale. Ce symposium a permis de discuter des problèmes méthodologiques et des enjeux liés au recrutement de participants ayant un profil spécifique et de présenter les solutions adoptées par des chercheurs en épidémiologie psychosociale.
- Le **30 janvier 2014**, une conférence sur l'approche collaborative entre chercheurs, cliniciens et patients-partenaires a porté sur des projets de recherche qui ont accompagné la mise en place de pratiques cliniques visant la diminution de l'utilisation de mesures d'isolement avec ou sans contention.
- Une seconde conférence sur l'approche collaborative s'est tenue le **21 février 2014** sur le thème « La zoothérapie à l'Institut, pourquoi pas? » Depuis 1990, l'Institut fait profiter ses usagers d'un service de zoothérapie. L'événement a permis de présenter les résultats et implications cliniques d'un projet de recherche sur la thérapie assistée par les animaux et le stress réalisé par l'équipe du Centre d'étude sur le stress humain.
- Le **28 mars 2014**, c'est sur le thème « Déjouer la résistance » que les médecins et professionnels étaient conviés à un colloque sur les approches pharmacologique et psychothérapeutique de la dépression résistante.

## CONFÉRENCES DE VULGARISATION SCIENTIFIQUE FERNAND-SEGUIN

- Le **2 mai 2013**, deux cents personnes ont assisté à la conférence de Sonia Lupien, directrice scientifique, et près de cent personnes y ont participé via la diffusion web (Livestream). Cette conférence, destinée aux parents et aux enseignants, portait sur les signes physiques et psychologiques qui révèlent un stress aigu et chronique chez l'enfant et l'adolescent, de même que sur les pistes d'intervention afin de diminuer la réponse de stress chez l'humain.
- Le **3 octobre 2013**, Marc Lavoie, chercheur, a donné une conférence sur le syndrome de Gilles de la Tourette. Lors de cette conférence, le conférencier a exposé le contexte historique et l'évolution des connaissances jusqu'à nos jours. Il a également abordé l'évolution des traitements faisant appel à la fois à la psychopharmacologie clinique, aux neurosciences cognitives et à la psychologie. 125 personnes ont assisté à la conférence et près de 700 l'ont suivie en diffusion web.

- Le **6 novembre 2013**, une conférence sur le sommeil a été donnée par Roger Godbout, chercheur à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Cette conférence a permis de faire le point sur l'organisation normale du sommeil et ses fonctions, sur les principaux troubles du sommeil et les différentes façons d'y remédier. Plus de 100 personnes y ont assisté.
- Le **13 mars 2014**, le grand public était invité à une conférence donnée par Baudouin Forgeot d'Arc, chercheur à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Le syndrome d'Asperger apparaît souvent comme un autisme léger. Pourtant, les personnes vivant avec ce syndrome doivent affronter bien des défis liés aux relations sociales ou au caractère imprévisible du monde qui les entoure.

#### PRIX ET DISTINCTIONS

- Le 15 mai 2013 dans le cadre de la remise des diplômes, Karine Grenier, infirmière à l'urgence, a reçu le **Prix du doyen de l'Université de Montréal** pour s'être distinguée par son rendement supérieur et la qualité soutenue de ses travaux.
- Dr Luc Nicole, psychiatre, chef médical du Programme Troubles psychotiques et directeur de l'Enseignement a reçu le **Prix Excellence du travail clinique au quotidien** au gala annuel de l'Association des médecins psychiatres du Québec. Ce prix, remis le 6 juin 2013, vise à faire connaître le travail de confrères dont le dévouement, l'investissement personnel et la rigueur au quotidien suscitent l'admiration.
- Les productions *Maison de fous* et *Foliewood* étaient primées le 6 juin 2013 par l'Association des médecins psychiatres du Québec. Les deux productions, pilotées par le Service des communications, recevaient le **Prix d'excellence médiatique**. Cette distinction souligne l'excellence de l'information transmise par un journaliste, un organisme, une maison d'édition ou un média au grand public en ce qui a trait à la santé et à la maladie mentale.
- Le 10 juin dernier 2013, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, attribuait au Service d'ergothérapie de l'Institut le **Prix partenaire 2013**. Remis à un milieu clinique pour sa collaboration exceptionnelle à la formation clinique des étudiants du Programme d'ergothérapie de l'Université de Montréal, ce prix reconnaît l'énergie et le dévouement accordés à l'accueil et l'accompagnement de stagiaires.
- Chantal Babin, diététiste et coordonnatrice professionnelle en nutrition clinique, a reçu, le 10 juin 2013, le **Prix d'excellence en enseignement** à titre de superviseure de formation professionnelle en nutrition. Ce prix, remis

par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à l'occasion de la Collation des grades, souligne l'excellence de son travail.

- Amélie Dumont, ergothérapeute à la Direction du soutien à l'intégration sociale a reçu le **prix de l'Association canadienne des ergothérapeutes** le 10 juin 2013. Ce prix, qui souligne l'excellence académique, est attribué chaque année à l'étudiant qui a obtenu les meilleurs résultats scolaires dans le groupe des finissants du programme d'ergothérapie.
- Le 14 juin 2013, lors du Congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, André Marchand, codirecteur du Centre d'étude sur le trauma de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, a eu l'honneur d'être le premier récipiendaire du tout nouveau **prix Réalisation de toute une vie** qui reconnaît une carrière d'excellence à titre de praticien scientifique en psychologie.
- Le 24 septembre 2013, Stéphane Potvin, chercheur, a reçu le **Prix Emmanuel Stip** du Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Ce prix récompense un chercheur qui s'est illustré par sa capacité à favoriser la recherche clinique. Stéphane Potvin connaît une carrière prolifique avec plus de 70 publications dans des revues de haut calibre; ses publications ont été citées plus de 1400 fois dans la littérature.
- En octobre 2013, l'Alliance canadienne pour la santé mentale a nommé Bernard Saulnier **porte-parole de sa campagne Visages de la maladie mentale**. Ce dernier est écrivain, chroniqueur, blogueur sur la santé mentale et patient-partenaire à l'Institut.
- Bravo à Andrée Letarte, psychologue clinicienne et chef clinico-administratif du programme des troubles anxieux et de l'humeur, et André Marchand, psychologue, professeur titulaire au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et codirecteur du Centre d'étude sur le trauma. En effet, leur ouvrage «**La peur d'avoir peur**» a atteint les **50 000 exemplaires vendus**.
- Le 27 novembre 2013, les docteurs Rosita Puntì, Angela Geloso, Isabelle Paquette et Crystalia Papamarkakis ont reçu la **confirmation de la réussite de leur examen de surspécialité en gérontopsychiatrie**. Il s'agit d'une première cohorte de psychiatres à passer cet examen de surspécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Le 5 décembre 2013, Isabelle Ouellet Morin s'est mérité la **bourse Desjardins de la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal**. Elle a été choisie pour l'excellence de son dossier en ce qui a trait

au prestige des fonds obtenus et aux publications réalisées, ainsi que pour sa motivation à effectuer un transfert des connaissances auprès du public avec des apparitions médias remarquées.

- Centraide du Grand Montréal a tenu à souligner, en décembre 2013, la participation hors du commun de l'Institut dans le cadre de sa campagne 2013 en lui décernant un **certificat «Mention spéciale»** qui reconnaît le taux de participation des employés.
- Olivier Turpin-Lavallée, pharmacien, a reçu, en décembre dernier, la **certification du Board of Pharmacy Specialities** dans le domaine de la psychiatrie. Il s'agit d'une certification américaine reconnue, décernée à la suite d'un examen, qui confirme un statut de spécialiste.
- Agrément Canada, a accordé le **statut de pratique exemplaire** au projet de série télé *Maisons de fous* et à la websérie *Foliewood*, réalisés par Alexandre Hamel. Ces productions, pilotées par le Service des communications de l'Institut, présentent le quotidien des résidents des résidences La Petite Patrie et Viau.
- L'excellent travail des ergothérapeutes Chantal Cloutier et Sophie Auger, des pharmaciennes Mélanie Caouette et Julie Charbonneau ainsi que de la neuro psychologue Julie Pelletier mérite d'être souligné pour la **création de la trousse BON TRIP - BAD TRIP**. La trousse, qui a pour but de sensibiliser et informer les personnes présentant un problème psychotique aux impacts de leur consommation de drogues ou d'alcool sur leur maladie et leurs médicaments, a été mise en vente le 25 février dernier.
- Félicitations à Jean-François Pelletier, Denise Fortin et leurs collègues dont l'article *The Global Model of Public Mental Health through the WHO Quality Rights Project* a été sélectionné par le comité éditorial du *Journal of Public Mental Health* comme **«Outstanding Paper of 2013»**.

# Les rapports des directions

## Direction des services cliniques

Les programmes et les services offrent au quotidien à plus de 300 personnes hospitalisées et plus de 4 000 personnes en ambulatoire, divers services cliniques spécialisés et surspécialisés permettant d'améliorer leur condition de santé. L'accessibilité aux services, la pertinence et la qualité de ceux-ci sont des défis quotidiens. Cette année, les équipes ont été particulièrement actives dans la révision des diverses programmations cliniques et dans le transfert des connaissances par diverses activités de soutien et formation.

La **Clinique Cormier-Lafontaine** a déposé la version révisée de sa programmation clinique, incluant notamment son offre de service en hospitalisation. Elle a aussi offert différentes activités de formation et de soutien permettant le développement des pratiques d'intervention en milieu hospitalier, pour la clientèle présentant des troubles concomitants.

Tout en poursuivant ses activités de formation et de supervision à des partenaires variés (1<sup>re</sup> ligne, Centre jeunesse, Centre Archambault), le programme des **Troubles relationnels et de la personnalité** a ajouté à sa programmation des volets de services (volet réinsertion sociale et ateliers psychoéducatifs) qui permettent aux personnes de développer des habiletés pour faire face à leurs difficultés et demeurer des citoyens actifs et socialement intégrés.

En tant que leader dans son domaine, le programme **Psychiatrie en déficience intellectuelle** s'est démarqué avec la rédaction des *Lignes directrices en regard de la vie sexuelle des personnes hospitalisées au programme*. Ces lignes directrices ont été actualisées à travers un programme de formation pour le personnel, des ateliers de sensibilisation pour les familles et les proches et des ateliers d'éducation sociosexuelle pour les usagers qui le requièrent.

Dans la poursuite de ses travaux sur la diminution des mesures d'isolement et contention, le programme **Évaluation et interventions brèves** a mobilisé les équipes de l'urgence et des soins intensifs dans la recherche de solutions de rechange. Différentes mesures modifiant les pratiques ont entre autres permis de réduire de près de 50 % le recours à l'isolement à l'unité des soins intensifs. Par ailleurs, divers projets d'intervention afin de prévenir l'hospitalisation ont été expérimentés au service des urgences. Ces activités sont à l'origine du projet de services intégrés *Intervention auprès d'une clientèle ciblée à l'urgence*, planifié en collaboration avec les partenaires de la 1<sup>re</sup> ligne et qui sera mis en œuvre en 2014-2015.

Le programme **Troubles anxieux et de l'humeur** a déployé de nombreuses activités en soutien à la 1<sup>re</sup> ligne. L'incidence des troubles anxieux et de l'humeur étant significative, il importe de soutenir la 1<sup>re</sup> ligne dans le développement d'une offre de service adaptée aux besoins de la clientèle, selon des approches de traitement reconnues. Trois grandes journées de formation ont été organisées par le programme et des activités de supervision ou de soutien

à la mise sur pied de groupes thérapeutiques sont offertes par des professionnels du programme, pour les professionnels du réseau de la santé.

Le programme **gérontopsiatrie** a révisé en profondeur son offre de service, incluant la transformation de l'unité 402. Les orientations retenues permettront d'agir davantage en prévention et en collaboration avec le réseau de soins primaires. La clinique externe offrira des modules de services spécialisés, déploiera une équipe mobile, de même qu'un service d'hospitalisation à domicile et d'intervention de crise dans le milieu. Par ailleurs, le programme a eu un rôle actif dans la planification du projet de réseau de services intégrés pour les personnes âgées, préparé avec les partenaires de la 1<sup>re</sup> ligne. Les orientations étant maintenant précisées, la prochaine année permettra la mise en œuvre de tous ces projets.

Le programme des **Troubles psychotiques** a fièrement lancé sa trousse d'animation *Bon trip, bad trip*. Cette trousse regroupe des outils et documents nécessaires à l'animation de séances de groupe destinées aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale (psychose) et de consommation de drogues et d'alcool. La présentation de cette trousse est le résultat d'efforts concertés de plusieurs professionnels.

Le service des unités de transition et d'orientation, malgré un contexte de décroissance de la clientèle et des effectifs, a multiplié ses liens avec les milieux d'hébergement privilégiés pour les personnes admises dans ces unités, afin d'améliorer les protocoles de transfert des personnes vers les milieux résidentiels (principalement CHSLD) et de consolider les liens de collaboration avec ces partenaires.

Dans le cadre des travaux avec nos partenaires, tous les programmes ont participé au Salon des meilleures pratiques, tenu en novembre 2013. Tous ont présenté leur candidature visant le développement de pratiques de pointe. Parmi les porteurs des quatre pratiques de pointe retenues, nous retrouvons les programmes des Troubles psychotiques, des troubles relationnels et de la personnalité, des troubles anxieux et de l'humeur et la Clinique Cormier-Lafontaine.

Finalement, la direction a présenté un projet de programme de psychiatrie légale qui a retenu l'attention de l'Agence et qui a été intégré dans les travaux régionaux, de même qu'elle s'est impliquée activement dans les travaux menés par l'Association pour la réadaptation psychosociale pour la production du cadre de *référence sur la lutte à la stigmatisation*.

Comme à chaque année, il est toujours difficile de nommer les réalisations des programmes et services puisque cela implique de choisir et de passer sous silence de nombreux projets tout aussi méritants. Soulignons cependant, le dynamisme, le professionnalisme et l'engagement pour la qualité des services des équipes cliniques et administratives, de même que des gestionnaires de la Direction des services cliniques qui permettent année après année, de faire mention des nombreuses réalisations qui contribuent au leadership clinique de l'Institut.

## Direction des services administratifs

---

Les objectifs de la Direction des services administratifs pour l'exercice 2013-2014 découlent de l'orientation stratégique de l'établissement «Consolider une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de nos pratiques cliniques et de gestion».

Chaque service a donc travaillé sur l'amélioration de sa performance, de la qualité de ses services et de la sécurité de ses pratiques.

### AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Afin d'aider les directions à effectuer aisément leur suivi financier, le service de gestion financière a développé et déployé un outil basé sur le besoin de chacune des directions. Le service de gestion financière se déplace périodiquement dans chacune des rencontres de directions afin d'effectuer le suivi et les projections financières. Il s'agit d'un processus efficace et rapide pour tout le monde.

Le module d'échange de données électroniques a été implanté aux services d'approvisionnement et de gestion financière. Ce module permet la communication électronique entre notre base de données et celle de nos fournisseurs, la transmission de nos commandes directement dans leurs systèmes, la réception d'un statut de la commande et enfin, la réception d'une facture électronique dans notre système de gestion financière. Un premier fournisseur pilote a été implanté avec succès et il est prévu d'effectuer le déploiement avec tous les fournisseurs participant au cours de la prochaine année.

Différents mécanismes de suivi visant l'augmentation de notre taux de participation aux regroupements d'achats ont été mis en place, ces actions ont permis d'accroître notre taux de participation qui est passé de 77,9% à 82,6% en cours d'année.

Afin d'assurer une gestion conforme à la *Loi sur les contrats des organismes publics*, nous avons fait une révision complète de notre politique d'approvisionnement. Un processus d'information et de diffusion des règles est prévu à la politique; déjà les gestionnaires de notre direction ont assisté à une présentation à cet effet.

Nous avons simplifié la procédure de contrôle des stationnements en initiant le concept de permis obligatoire pour tous les véhicules. Des permis quotidiens sont désormais obligatoires lors de l'utilisation de véhicules de courtoisie ou occasionnels. De plus, nous avons créé une fiche d'information destinée aux organisateurs d'événements afin que l'utilisation de nos stationnements soit plus efficace.

Les services alimentaires ont procédé à une revue de ses processus afin d'assurer l'intégration des pratiques en liaison froide. Ce vaste projet a généré un plan de réduction des effectifs qui, à terme, permettra à l'organisation d'atteindre la cible de performance fixée par l'Agence lors de la planification financière de 2013-2014.

Parallèlement, l'équipe des services alimentaires a implanté les collations individualisées pour la clientèle, a modifié la gestion des plateaux distribués et la gestion des surplus de production. Toutes ces mesures ont contribué à éliminer le gaspillage de denrées alimentaires.

Nous avons procédé à la fermeture du casse-croute et avons allongé les heures d'ouverture de la cafétéria en introduisant le service de petit-déjeuner. L'offre alimentaire de la cafétéria a été bonifiée en conformité avec notre politique alimentaire.

L'équipe de la nutrition clinique a pour sa part actualisé la gestion de ses activités professionnelles par l'implantation du système d'information «eGap». Cette équipe participe également à la clinique interdisciplinaire du syndrome métabolique.

Le processus de suivi des projets immobiliers continue d'être amélioré, un formulaire d'évaluation globale des projets a été élaboré en cours d'année et certains indicateurs ont été sélectionnés afin de cibler les zones d'amélioration dans le suivi des projets.

La mise en place du nouveau processus entourant les déménagements est actualisée. Dorénavant seuls les effets personnels sont déménagés, le mobilier demeure dans chacun des locaux. Afin de faciliter ce nouveau mode de fonctionnement, le service des approvisionnements a procédé à l'élaboration d'un cadre de référence pour le mobilier de bureau. Ainsi nous nous assurons que lors de tout déménagement chaque utilisateur bénéficie d'un mobilier adapté à son type de travail.

Au niveau des ressources informationnelles, nous avons mis en place différents outils afin de standardiser l'analyse et le suivi des projets. Le suivi périodique des projets en systèmes d'information est maintenant produit et analysé par la direction. Une description du rôle des analystes a été produite et des mécanismes de communication claire ont été mis en place.

L'implantation de l'outil de suivi des demandes «GLPI» nous permet de mieux cerner nos activités et de mettre en place des mesures d'amélioration plus rapidement. L'utilisation de cet outil est de plus en plus intégrée par les utilisateurs. Dans les six derniers mois, 70% des demandes étaient faites au moyen de cet outil. Par ailleurs, nous pouvons également noter que le nombre de demandes qualifiées en très haute priorité a diminué pendant les six dernières périodes au profit des demandes de priorité moyenne. La prise en charge est mieux structurée et les suivis permettent donc de diminuer la volumétrie de demandes urgentes.

## **AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ DE NOS PRATIQUES**

La vétusté du pavillon Bédard a forcé l'organisation à faire un plan de relocalisation des occupants du premier étage de ce pavillon. Afin d'assurer un environnement sain, une partie des services a été installée au pavillon Lahaise, des aménagements ont dû être effectués pour permettre la fonctionnalité des activités des services. Nous avons également installé un complexe modulaire communiquant directement avec le pavillon Bédard et des services ont été localisés dans ce complexe.

Nous pouvons maintenant compter sur un programme d'entretien préventif complet qui touche les bâtiments, les infrastructures informatiques et les équipements médicaux. Cet outil nous permet un meilleur suivi de l'ensemble de nos infrastructures mobilières et immobilières, et assure une prestation sécuritaire des services.

Le service de sécurité a revu les routes de surveillance préventive. C'est par le biais d'un nouveau système d'information que nous avons mis en place 160 points de contrôle nous permettant une gestion et un suivi des différents événements. Ainsi notre couverture a été augmentée de 130 points de contrôle. Le service a également revu le programme de sécurité incendie; l'ensemble des plans d'évacuation des installations externes a ainsi été mis à jour.

Le service hygiène-salubrité a mis en place des appareils de dilution mécanisés afin d'optimiser l'utilisation des produits chimiques et d'assurer un contrôle sur l'accès à ces produits. Ce projet a permis de réduire la consommation d'ammonium quaternaire de plus de 50 % et d'instaurer une pratique beaucoup plus sécuritaire.

Une mise aux normes du circuit interne de circulation à la buanderie a permis de définir clairement les zones propres et souillées et d'éviter le croisement de la lingerie et literie propres et souillées. Un succès quant au volet prévention et contrôle des infections lié à la fonction linge.

Une revue complète de la disponibilité des distributeurs à savon a été faite, un processus de remplissage et d'audit a également été élaboré. C'est plus de 150 nouveaux distributeurs qui ont été installés afin d'assurer un environnement qui assure la prévention et le contrôle des infections.

## **STRUCTURE DE LA DIRECTION**

Afin de permettre le rapprochement de la direction avec chacun des secteurs d'activité la structure de la direction a été modifiée en cours d'année. La mise en place de cette nouvelle structure sera complétée au cours du prochain exercice.

## Direction des ressources humaines

---

La Direction des ressources humaines a revu ses modes d'interventions, afin d'accentuer et de structurer sa présence auprès des équipes et gestionnaires et les soutenir durant les périodes de turbulences. En collaboration étroite avec certains chefs de programmes et de services, nous avons œuvré à mettre en place des comités opérationnels de projets sur lesquels siégeaient des employés, des membres des exécutifs syndicaux, FIQ et CSN, le chargé de projet ainsi que des représentants choisis de notre direction. Ce travail de collaboration novateur a permis de révéler l'intérêt de tous au succès de ces transformations et de constater la grande synergie de tous les acteurs impliqués. La communication de proximité est l'un des éléments clés d'un changement réussi, que l'information soit facile ou non à dire ou à entendre. Ces groupes de travail s'assuraient donc de transmettre et recevoir une information de première main pour mieux comprendre les défis et les enjeux du projet, les succès comme les ajustements à effectuer. Ils étaient également le lieu de véritables échanges concernant les préoccupations et les rumeurs. Des actions ont donc été rapidement mises en place pour y répondre. Merci aux équipes du Programme de déficience intellectuelle, des Unités de transition et orientation et aux partenaires pour avoir osé collaborer de cette manière. Les usagers et les équipes sont les premiers bénéficiaires de ces succès.

La démarche de certification élite Notre Institut en santé a été lancée cette année! L'Institut est un milieu de vie professionnelle dans lequel les membres du personnel consacrent plusieurs heures au bénéfice de la clientèle; il convient donc d'en faire un lieu où il fait bon s'accomplir. C'est l'engagement que prend le comité de direction envers son personnel. En confiant la responsabilité de cette démarche d'envergure au comité santé mieux-être, composé d'une vingtaine d'employés de tout horizon, il s'assure ainsi du succès de la démarche. L'implantation d'une culture de santé globale s'effectue en plusieurs étapes. La première de ces étapes a été la réalisation, en février dernier, d'un sondage permettant de dresser un portrait des principaux risques à la santé physique et psychologique des employés. Divisée en quatre sphères distinctes, l'analyse des résultats démontre l'importance première des pratiques de gestion sur la santé globale de tous, notamment la communication, le soutien, l'accompagnement, etc. La conciliation travail-vie personnelle et l'environnement de travail sont également des enjeux importants sans oublier les habitudes de vie. C'est donc un rendez-vous, en octobre prochain, pour le lancement du plan d'action mettant en lumière les principales actions à réaliser pour faire de cette démarche un succès à l'égard de la santé et du mieux-être.

## Direction des services professionnels

---

### MISE EN PLACE D'OUTILS POUR FAVORISER LA PERFORMANCE AU QUOTIDIEN

La Direction des services professionnels a amorcé la création d'un tableau de bord pour la direction. Les gestionnaires ont bénéficié d'une formation sur la création d'objectifs et d'indicateurs de performance. Des indicateurs de performance ont été identifiés afin de mesurer la qualité et l'efficacité des services et d'apprécier les résultats des services offerts. Ces indicateurs sont des outils d'aide à la décision indéniables pour les gestionnaires.

### REVUE DE PROCESSUS ET MODERNISATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

**Service des archives médicales :** Un projet de revue de processus cumulé à un projet d'organisation du travail a permis l'amélioration de certains processus au service des archives.

**Département de pharmacie :** Plusieurs nouveaux outils et procédés ont été mis en place au département de pharmacie et dans les unités de soins afin de permettre une amélioration de la qualité du circuit du médicament

**Services diagnostiques :** L'année est clôturée par le rehaussement de la salle de graphie et par conséquent par l'actualisation de plusieurs nouveaux processus de travail. L'implantation des nouveaux glucomètres pilotée par le service des laboratoires est un franc succès.

## Direction du soutien à l'intégration sociale

---

En novembre dernier, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal mandatait la Direction du soutien à l'intégration sociale afin d'assurer le développement d'une nouvelle ressource résidentielle transitoire. Il s'agit là d'une reconnaissance de notre expertise en matière d'hébergement transitoire. Le mandat des ressources transitoires est d'offrir des services d'évaluation-orientation pour des personnes hospitalisées dans les unités psychiatriques de divers centres hospitaliers de Montréal. Ces personnes sont prêtes à recevoir leur congé, mais ne peuvent vivre de façon autonome.

D'autre part, nous avons implanté, cette année, les ententes nationales de l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) et les ententes du Regroupement des ressources résidentielles adultes du Québec (RESSAQ).

L'année 2013 aura été marquée par l'implantation de deux comités locaux de concertation : un avec le RESSAQ et l'autre avec l'ARIHQ, et ce, tel que prévu à la suite de la signature des premières ententes collectives entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes représentatifs des ressources intermédiaires et des ressources de type familial. Ces comités locaux ont pour mandat de maintenir des relations harmonieuses entre l'établissement, les ressources et leur association. De plus, la signature d'ententes particulières entre l'établissement et les ressources intermédiaires a été complétée. La signature d'ententes particulières avec les ressources de type familial sera finalisée au cours des prochains mois.

## Direction de l'enseignement

---

La Direction de l'enseignement a pour mission de contribuer à l'avancement, au partage et à la diffusion des connaissances. Ainsi, le Centre d'enseignement D<sup>r</sup> Frédéric-Grünberg offre de nombreuses activités d'éducation, d'enseignement, de conférences, de visioconférences et de colloques.

La Direction de l'enseignement, en étroite collaboration avec les autres directions de l'Institut, a conçu, diffusé et actualisé un Programme de formation continue offert aux intervenants du réseau de la santé. Ce programme varié, de haut niveau tant au plan pédagogique que clinique, a permis de faire rayonner l'expertise des cliniciens et chercheurs de notre établissement, de contribuer au développement des compétences de différents intervenants et ultimement d'améliorer la qualité des soins et services offerts à la population souffrant de troubles mentaux. Le programme a reçu un très bon accueil et plus de 200 personnes se sont inscrites à l'une des huit formations en 2013-2014. Notons la mobilisation du personnel clinique toujours prêt à s'impliquer dans les activités d'enseignement et de transfert des connaissances.

Notre direction a également actualisé un stage accrédité par l'Université de Montréal en milieu non agréé à l'automne 2013 pour des étudiants en psychiatrie au Bénin. Ce sont trois résidents, deux patrons psychiatres et une agente de programmation, de planification et de recherche de la Direction de l'enseignement qui ont passé un mois dans une organisation caritative dispensant des soins aux Béninois souffrant de maladie mentale, l'Association Saint-Camille de Leillis. Ce stage riche au plan pédagogique pour les six participants a aussi contribué à créer des liens avec les intervenants sur place et à constituer les bases d'une collaboration à plus long terme. En 2014, l'expérience sera répétée et cette fois des infirmières de notre établissement se joindront au groupe.

Cette année, nous avons reçu 670 stagiaires qui ont réalisé 171 193 heures de stage.

## Direction du développement des pratiques professionnelles

---

### NOTRE CONTRIBUTION AU DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU INFIRMIER UN PARTENAIRE DE SOINS

Notre direction s'est avérée une alliée importante au cours de la dernière année en participant activement au développement du Réseau infirmier un partenaire de soins, avec la collaboration du Réseau universitaire intégré de santé, du Bureau facultaire de l'expertise patient-partenaire de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ce projet vise le développement d'une innovation clinique interactive par le biais d'un portail d'échanges des savoirs (web 2.0). Cet espace novateur, pour un meilleur continuum de soins et de services pour les patients, a entre autres pour objectifs d'améliorer la planification du congé et le suivi des patients pour leur retour dans la communauté.

Une conseillère clinique de notre direction agit à titre d'utilisatrice des connaissances pour le projet, accompagnée d'une équipe interdisciplinaire de connaissances ou leaders du milieu clinique de l'Institut. Cette équipe, qui regroupe des professionnels et un patient-partenaire, travaille au développement de l'espace d'apprentissage et de consultation pour stimuler le partage des meilleures pratiques cliniques et savoirs explicites, tacites et expérientiels entre infirmières, médecins, autres professionnels, chercheurs, décideurs et patients des établissements de santé du Québec et au sein du RUIS.

### ORGANISATION DE LA JOURNÉE DE FORMATION SUR LE DSM-V

Dans le contexte de sa mission d'amélioration des pratiques professionnelles et de diffusion des savoirs, notre direction a organisé une journée de formation sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM-V* qui fut, dans un premier temps, offerte à tous les médecins et professionnels de l'Institut. Cette formation fut par la suite offerte à nos partenaires de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes en santé mentale. Les inscriptions s'étant avérées nettement plus nombreuses que ce qui était anticipé, la journée destinée aux partenaires a été reprise pour permettre de répondre à la demande. Les objectifs visés par cette journée étaient de comprendre l'introduction du DSM-V dans une perspective historique et critique, de se familiariser avec les principaux changements au regard du diagnostic des troubles mentaux, ainsi que de comprendre la méthodologie sous-jacente à son élaboration et de connaître les délibérations qu'il suscite. Le nombre d'inscriptions a permis de mettre en relief la pertinence de l'organisation de l'événement. Les évaluations des participants au terme des trois journées ont démontré une appréciation très élevée de son contenu et de la qualité des présentations.

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

La révision du protocole d'application des mesures de contrôle a été complétée en respectant le cadre de référence du ministère. Les éléments à considérer, lors de l'application de ces mesures, ont été répertoriés sous forme de tableau rendant ainsi l'information facilement accessible. Deux contextes d'intervention seront applicables : planifiés en interdisciplinarité et non planifiés en situation d'urgence.

De plus, la révision du protocole d'application des mesures de contrôle s'inscrit dans la promotion de la pleine citoyenneté et le respect des droits. Dans ce contexte, ce protocole met l'accent sur la collaboration et le consentement de la personne. La promotion d'une démarche d'amélioration continue où les pratiques font constamment l'objet d'évaluation et de remise en question est mise en valeur.

À cet égard, l'analyse du tableau statistique annuel en regard du nombre d'utilisateurs différents pour lequel nous avons eu recours à une mesure de contrôle révèle une diminution graduelle, mais constante. L'utilisation des mesures de remplacement par les équipes traitantes est incontestablement intégrée dans la pratique. L'implantation du programme OMEGA, dans les unités de traitement intensif, a sans aucun doute contribué à cette baisse.

Les résultats de recherches menées par notre équipe de chercheurs nous ont servi de guide dans l'identification de cibles d'intervention. À titre d'exemple, l'évaluation de l'implantation du programme OMEGA confirme les effets positifs de ce programme sur le travail d'équipe et la confiance des intervenants dans leurs capacités de *coping*. L'étude du parcours d'un groupe de patients en déficience intellectuelle nous permet d'identifier des modes d'interventions qui ont un effet direct sur la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle. Ces modes d'intervention s'avèrent transférables dans d'autres programmes.

En conclusion, nous maintenons le cap sur la constante réduction de toutes mesures contraignantes, voire la cessation de celles-ci. Nous tenons à remercier tous les membres des équipes de soins qui agissent en ce sens au quotidien.

# La recherche

## Direction de la recherche

---

Notre centre de recherche a obtenu une subvention d'infrastructure de 4 millions de dollars du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST) pour la Banque Signature, qui rassemble des données médicales, psychosociales ainsi que du matériel biologique humain. Ce projet novateur, issu d'une collaboration entre la recherche et la clinique, vise d'abord et avant tout à faire progresser la recherche dans le domaine de la santé mentale. Cette subvention financera la mise sur pied des infrastructures qui permettront de déposer, prétraiter et analyser les diverses signatures de la maladie mentale, soit une unité de prétraitement et de biodépôt des biospécimens et des laboratoires d'analyses biologiques de ces biospécimens. Des installations de base avaient déjà été inaugurées en 2013 grâce à une subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation, octroyée à D<sup>r</sup> Lan Xiong. Cette subvention du MESRST viendra bonifier significativement ces installations. De plus, nous avons obtenu le renouvellement de notre statut de centre auprès du Fonds de la recherche du Québec-Santé pour les quatre prochaines années avec une note «exceptionnelle», la meilleure note possible, ce qui confirme l'excellence de notre centre.

### LES AXES DE RECHERCHE

#### Neurobiologie et cognition

Grâce à la subvention d'infrastructure majeure du MESRST, il y aura la création d'un laboratoire d'évaluation de la douleur en santé mentale unique au Québec (dir. S. Potvin), qui sera associé au laboratoire de neurogénétique (dir. L. Xiong). Ces deux composantes seront installées au sein du centre signature. Par ailleurs, et afin de mettre en place les activités de l'axe et répondre à sa mission, un montant de 15 000 \$ par année lui est alloué. Une partie de ces sommes a permis d'organiser le «symposium international en neurosciences affectives en santé mentale» qui a permis d'attirer plus de 150 personnes. Depuis 2013, un programme de l'axe sert à offrir une formation complémentaire à un étudiant afin de lui permettre de développer un créneau pour sa carrière future. Cette année, É. Barbeau fera un stage dans un laboratoire américain afin d'apprendre à combiner deux techniques de neuroimagerie.

#### Traitement et réadaptation adaptés aux populations

L'axe doit promouvoir le transfert des connaissances vers les étudiants, le personnel clinique et le public général et cette promotion se fait à l'aide des centres d'études et des divers laboratoires de recherche. Pour répondre à cette mission, un montant de 15 000 \$ par année est alloué à l'axe (par l'entremise de son coordonnateur) et ce montant sert à organiser les activités scientifiques (journées thématiques, bourses de voyages, etc.) et de collaborations liées à l'axe. Pour faciliter le transfert des connaissances, l'axe a soutenu cette année, la création de deux capsules

vidéo de chercheurs de l'axe (<http://www.plusqu1souvenir.ca/portraits/>). De plus, l'axe paie un agent qui facilite le recrutement des participants aux différentes études des chercheurs en contactant des milieux cliniques et en faisant différentes formes de publicité.

#### Santé des populations et services

Le volet de recherche en santé des populations se concentre au sein de la «Communauté de pratique en épidémiologie psychosociale» (COPEP) et dans le domaine de la recherche en psychiatrie légale qui a été lancé en 2013, grâce à une subvention de l'Axe 3.

La COPEP constitue une alliance de cinq chercheurs en épidémiologie psychosociale. En plus de son Centre d'étude sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale, le Centre d'étude sur les mesures de contrôle en santé mentale et le Programme international de recherche action participative sur le rétablissement civique, une nouvelle Communauté de pratique en épidémiologie psychosociale a vu le jour. L'objectif est de favoriser le réseautage des chercheurs et étudiants du centre et de contribuer au développement d'approches et d'outils méthodologiques en épidémiologie psychosociale, et d'instituer des collaborations avec des chercheurs des autres axes et de l'extérieur du Centre et d'exploiter la Banque de données Signature.

### RAYONNEMENT

Pierrich Plusquellec s'est vu attribuer le prix de contribution exceptionnelle dans la catégorie Excellence de la recherche et des programmes de la Ligue pour le Bien-être de l'enfance du Canada (LBEC) en mars 2013. Roger Godbout, qui dirige le laboratoire et la Clinique du sommeil à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, a obtenu une subvention de 2 millions de dollars des IRSC avec une équipe pancanadienne de chercheurs. Il développe un programme d'interventions web (Bonnes nuits, jours meilleurs, Better Nights/Better Days) pour le traitement de l'insomnie comportementale chez les enfants afin, entre autres, de rejoindre les familles en régions éloignées.

Mise à disposition de stimuli par B. Forgeot-D'Arc, à l'exposition permanente sur le cerveau humain et les neurosciences cognitives de la Cité des sciences et de l'industrie à Paris. Sur le plan du transfert des connaissances, l'équipe de Pierrich Plusquellec a offert une journée de formation avec le Programme détresse et progresse auprès de 110 cliniciens et intervenants.

Une personne autiste membre du laboratoire du D<sup>r</sup> Laurent Mottron, Michelle Dawson, a reçu en juin 2013 un doctorat honoris causa de l'Université de Montréal pour ses travaux scientifiques et éthiques à l'encontre de la stigmatisation trop souvent présente en santé mentale. Il s'agit de la première initiative du genre pour le Bureau de l'expertise patient partenaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, visant à confirmer la possibilité de modifier les perceptions de

la population à l'égard des personnes porteuses d'un diagnostic en santé mentale.

Un autre bon coup est la création d'un réseau de recherche sur les interventions en toxicomanie à Montréal, impliquant notre centre de recherche (avec S. Potvin), l'Institut universitaire en dépendances de Montréal et le CHUM.

Pour ce qui est de l'Axe 3, à l'initiative d'un de nos chercheurs, Jean-François Pelletier, un Comité patient-partenaire de recherche, de soins et d'enseignement a été mis en place à l'Institut pour coordonner le déploiement de cette expertise unique et la promouvoir. Un article de Jean-François Pelletier, cosigné par madame Denise Fortin, directrice générale de l'Institut, s'est distingué, en étant considéré comme le meilleur article de l'année 2013 du Journal of Public Mental Health. Le but de cet article est de mettre à jour le modèle global de la santé mentale des populations à la lumière du projet «Droits de qualité» de l'Organisation Mondiale de la Santé.

## STATISTIQUES ANNUELLES

### Effectifs du CR-IUSMM

Chercheurs réguliers.....	49
Chercheurs-boursiers.....	16
Chercheurs associés.....	32
Chercheurs cliniciens.....	3
Personnel professionnel et administratif .....	61

### Étudiants

Stagiaires au postdoctorat.....	10
Troisième cycle (doctorat) .....	154
Deuxième cycle (maîtrise) .....	79

### Productivité scientifique

Articles parus dans des revues avec comité de pairs .....	144
Chapitres de livres.....	40

### Activités financières

Subventions de centre FRQ-S .....	784 470 \$
Subventions d'organismes avec comité de pairs .....	2 347 819 \$
Bourses d'organismes avec comité de pairs .....	1 286 463 \$
Subvention FRQS-volet recherche clinique .....	45 953 \$
Chaire de recherche en schizophrénie .....	45 206 \$
Institut universitaire en santé mentale de Montréal...	976 699 \$
Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal .....	405 000 \$
Compagnies pharmaceutiques.....	379 481 \$
Université de Montréal (FCI-Leader) .....	202 209 \$
Autres sources (non reconnus).....	267 325 \$

**Budget TOTAL .....** 6 740 625 \$

# Les statistiques

## Statistiques sur les services cliniques

Indicateur	2013-2014	Cible
DMS sur civière à l'urgence	27,4	12
Pourcentage de séjours de 48 h et plus sur civière à l'urgence	18,4%	%
Usagers en attente d'un premier service	98,2	nd
% Usagers en attente d'un premier service depuis plus de 60 jours	20,0%	Diminution
Délai moyen d'évaluation au MEL sans MEL-G	9,1	14 jours
Délai moyen d'évaluation au MEL	13,46	14 jours
Nombre moyen de clients services suivi variable	182,2	318
Nombre moyen de clients services SI-PACT	69,2	90
Inscriptions à l'urgence	4044	n/a
Admissions	1 119	n/a
Nombre de jours/présence	121 508	n/a
Nombre d'usagers suivis en clinique externe	6 949	n/a
DMS en hospitalisation de courte durée	44,6 jours	< 25
Taux de réadmission suivant un congé de l'établissement dans les 28 jours	15,8	nd
Nombre de demandes au centre de crise l'Appoint	2 373	n/a

## Statistiques sur l'enseignement

- 670 stagiaires, 171 000 heures / stages

## Statistiques sur la recherche

- 50 chercheurs réguliers
- 194 publications d'articles scientifiques en 2012-2013
- 257 étudiants de la maîtrise au postdoctorat

## Statistiques sur les ressources d'hébergement

**Mandat régional :** 2 165 places en ressources d'hébergement réparties comme suit:

Ressources	Nombre d'installations	Capacité d'accueil - nb d'usagers
Ressources d'établissement RE (appartements regroupés, résidences de groupe, hébergement transitoire)	15	216
Ressources autres RA	39	680
Ressources intermédiaires RI	57	855
Ressources de type familial RTF	59	414
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>2165</b>

## Statistiques sur les ressources humaines

CATÉGORIE	TOTAL
Personnel infirmier	420
Personnel cadre	111
Pharmaciens	12
Personnel syndicable non syndiqué	36
Personnel des services auxiliaires	818
Personnel administratif	272
Personnel professionnel	459
<b>TOTAL</b>	<b>2 128</b>

### Portrait des effectifs médicaux

Médecins omnipraticiens (actifs): 10

Médecins spécialistes:

- psychiatres (inclus au PEM): 46

- autres spécialistes (actifs): 3

# Les conseils

## Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Au cours de la dernière année, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), comité-conseil qui transmet ses recommandations au conseil d'administration de l'établissement, rassemblait 94 médecins, 3 dentistes et 14 pharmaciens. Il a tenu 64 réunions de l'exécutif et de ses différents comités et sous-comités et assemblées. La Loi confère au CMDP des fonctions et des devoirs que nous présenterons dans ses grandes lignes.

D'abord, le CMDP voit à l'appréciation et au contrôle de la qualité des actes de ses membres. L'évaluation de la qualité des actes se fait par le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique et les sous-comités spécifiques à chaque discipline, lesquels ont tenu 28 réunions au cours du dernier exercice.

Le CMDP voit également à l'évaluation et au maintien de la compétence de ses membres avec l'aide du comité d'examen des titres. Ce dernier s'est réuni à deux reprises afin d'étudier les dossiers de trois personnes qui ont adressé des demandes de nomination; des recommandations ont été acheminées au comité exécutif et au Conseil d'administration.

Le CMDP participe au traitement des plaintes à l'égard de ses membres. Cette année, il a maintenu son engagement grâce au travail de ses médecins examinateurs. Un comité de discipline s'est réuni pour étudier une plainte déposée à l'endroit d'un membre et le processus suit son cours.

Le CMDP fait des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans l'établissement. Cette année, le comité de pharmacologie et son sous-comité ont tenu 12 réunions. Les protocoles révisés ainsi que les nouvelles règles d'utilisation ont été transmises aux membres. Au cours de la prochaine année, l'arrimage entre le comité des ordonnances collectives et le comité de pharmacologie sera étudié.

De plus, le CMDP fait des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement. Il doit aussi donner des avis à la direction générale sur certains aspects administratifs, tels les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques répondent aux besoins de la population ou encore toute autre question que ce dernier porte à son attention. Comme la directrice générale, le directeur des affaires médicales et cliniques siège au comité exécutif; les échanges se font directement à cette table. Au cours de la dernière année, le comité exécutif a tenu 14 réunions.

### COMITÉ EXÉCUTIF

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

AU 31 MARS 2014

MEMBRES

Président..... D<sup>r</sup> Marc SASSEVILLE  
Vice-président..... D<sup>r</sup> Pierre-Marc COUTURE-TRUDEL  
Secrétaire..... D<sup>re</sup> Marie-Claude DESMARAIS  
Trésorier ..... D<sup>re</sup> Daniela DUMBRAVA  
Premier conseiller ..... D<sup>re</sup> Angela GELOSO  
Deuxième conseiller ..... D<sup>re</sup> Lyne DUMOULIN  
Directeur des affaires médicales  
et cliniques ..... D<sup>r</sup> J. André LUYET  
Directrice générale ..... M<sup>me</sup> Denise FORTIN

Le comité exécutif a recommandé au Conseil d'administration l'approbation des règlements du Département de psychiatrie qui furent révisés. La révision des règlements internes de médecine générale est en cours.

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a entériné la recommandation du comité de sélection à l'effet de nommer le docteur Jean-Pierre Melun au poste de directeur adjoint des affaires médicales et cliniques et codirecteur des services cliniques, ainsi que docteur Jean-Louis Brunier au poste de coordonnateur des soins physiques afin de compléter l'organigramme de la Direction des affaires médicales et cliniques de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Au niveau de la gouvernance, au cours de la dernière année, il a été clarifié qu'un seul membre du CMDP devait siéger au CA. Il a été décidé qu'il serait nommé par l'exécutif.

Également au cours de la dernière année, a été clarifié le processus de surveillance des rapports semestriels de suivi d'autorisation de soins et d'hébergement en collaboration avec les affaires juridiques, le comité de l'évaluation de l'acte et le médecin examinateur.

Enfin, a été abordée la question de l'harmonisation des statuts et des cotisations. Ce travail se terminera au début de la prochaine année.

Soulignons enfin que l'apport des médecins, dentistes et pharmaciens à l'Institut se fait en participant aux comités de l'établissement; durant l'année, plusieurs membres du comité exécutif du CMDP ont siégé à des comités relevant tant du Conseil d'administration que des associations professionnelles de ses membres, de l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal, de l'Université de Montréal et du MSSS et ce, en plus des comités propres au CMDP.

Le président,  
Marc Sasseville, M.D.

# Le conseil des infirmières et infirmiers

Le comité exécutif du CII s'est réuni à trois reprises et a tenu quatre rencontres de travail. Les membres du CII ont été invités à un dîner-causerie, le 23 janvier 2014, et à une assemblée générale ordinaire, le jeudi 27 mars 2014, qui s'est soldée par une réunion d'information, faute de quorum.

Des membres du CII sont présents dans ces comités :

- **Comité d'évaluation et application du protocole isolement-contention**  
- Josée Labbé
- **Entreprise en santé**  
- Patricia Deschênes
- **Comité des formulaires du dossier de l'utilisateur**  
- Diane Ngoyi
- **Banque signature**  
- Karine Coupet
- **Champions cliniques**  
- Denis Drolet  
- Hélène Houle
- **Comité Ordonnances collectives**  
- Hélène Comeau

## LE MANDAT DU CII

Fort des responsabilités que lui confie la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le CII a consacré ses activités dans les cinq volets suivants :

- l'application générale de la qualité des actes infirmiers ;
- les règles de soins infirmiers ;
- la distribution des soins infirmiers ;
- l'organisation scientifique et technique ;
- l'évaluation et le maintien des compétences infirmières.

### Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers :

- Présidente : M<sup>me</sup> Diane Ngoyi, chef d'unité
- Vice-présidente : M<sup>me</sup> Lyne Bouchard, conseillère clinique en soins infirmiers
- Secrétaire : M<sup>me</sup> Josée Labbé, infirmière clinicienne
- Conseillère : M<sup>me</sup> Marie-Ève Savard, infirmière
- Conseillère : M<sup>me</sup> Hélène Comeau, assistante infirmière chef
- Conseiller : M. Denis Garneau, infirmier
- M<sup>me</sup> Denise Fortin, directrice générale
- M<sup>me</sup> Lucie Thibault, directrice des soins infirmiers
- M. Daniel Beauregard, infirmier, membre du CII désigné au Conseil d'administration

### Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

- M<sup>me</sup> Geneviève Ouellette
- M<sup>me</sup> Karine Lamy

# Conseil multidisciplinaire

En cours d'année, le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire s'est réuni à six reprises.

Suite aux nombreuses démissions de l'année dernière, le comité exécutif a recruté plusieurs nouveaux membres et a élaboré un plan de communication pour relancer le CM à l'Institut.

## SOMMAIRE DES ACTIVITÉS

- Réalisation d'une tournée du Conseil multidisciplinaire. Cette tournée est présentement effectuée lors des réunions des différentes disciplines en collaboration avec les chefs de discipline.
- Dévoilement du nouveau guide de comités de pairs lors de l'assemblée générale annuelle.
- Refonte complète de la section du site intranet, avec la collaboration du service des communications.
- Réalisation d'un nouveau logo, en collaboration avec le service des communications
- Réalisation d'un nouveau dépliant présentant le Conseil multidisciplinaire en collaboration avec le service des communications.
- Soutien aux cinq comités de pairs.

## COMITÉS DE PAIRS :

### 1. Comité sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux aux UTI

#### *Membres :*

- Jessica Gauthier
- Laurence Millette
- Cynthia Stiverne
- Nadine Teasdale

#### *Membre agissant comme pair spécialisé :*

- Pâquerette Gendron, travailleuse sociale, chef de discipline travail social.

### 2. Comité sur l'utilisation des résidences privées

#### *Membres :*

- Tania Charpentier
- Stéphanie Bergeron
- Annie Christine Gauthier
- Édith Grégoire
- Élisabeth Landry
- Lucie Meunier
- Emmanuelle Minazzo
- Luc Paquin

#### *Membre agissant comme pair spécialisé :*

- Pâquerette Gendron, travailleuse sociale, chef de discipline travail social.

## MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF

Président : Mathieu Lespérance, éducateur spécialisé

Secrétaire : Louise Soucy, psychoéducatrice

Conseillère : Valérie Beauchamp, archiviste médical

Conseiller : Marc Sauvageau, éducateur spécialisé

Conseillère : Roxanne Major-Gariépy, travailleuse sociale

Conseiller : Pierre-Alexandre Richard, intervenant en soins spirituels

Conseillère : Yzabel Gagnon-Côté, travailleuse sociale

Directrice générale : Denise Fortin

Directeur des services multidisciplinaires :

Frédéric Doutrelepon

Membre du CM désigné au CA : Luc Valiquette, agent planification, programmation et recherche

### 3. Comité portant sur la révision de l'évaluation en orientation

#### *Membres :*

- Émilie Bégin
- Élisabeth Bélanger
- Ginette Comtois
- Johanne Grimard
- Martine Viallet

### 4. Comité de recherche intervention portant sur le processus de supervision des ressources d'hébergement en santé mentale de la DSIS

#### *Membres :*

- Chantal Dumont
- Karine Guilbeault
- Christiane Jalbert
- Brigitte Morneau
- Sylvie Peltier

#### *Membres agissant comme pairs spécialisés :*

- Jocelyn Bisson, conseiller clinique en réadaptation et recherche;
- Pâquerette Gendron, travailleuse sociale, chef de discipline travail social;
- Mathieu Lespérance, étudiant à la maîtrise en administration publique;
- Alexandre St-Germain, travailleur social, chef du service de la coordination des ressources de la DSIS.

#### *Des membres du Conseil multidisciplinaire sont présents dans ces comités :*

- Comité d'évaluation et application du protocole isolement-contention
  - Louise Soucy, psychoéducatrice
- Entreprise en santé
  - Mathieu Lespérance, éducateur spécialisé

- Comité des formulaires du dossier de l'utilisateur
  - *Valérie Beauchamp, archiviste médicale*
- Banque signature
  - *Josée Gagnier, neuropsychologue*
- Champions cliniques
  - *Jacques Bellavance, neuropsychologue*
  - *Émilie Bordeleau, thérapeute en réadaptation physique*
  - *Sylvie Boulianne coordonnatrice technique en inbalothérapie et anesthésie*
  - *Marie-Hélène Brunet, ergothérapeute*
- Comité développement des pratiques de pointe
  - *Mathieu Lespérance, éducateur spécialisé*
  - *Roxanne Major-Gariépy, travailleuse sociale*
  - *Jacques Bellavance, neuropsychologue*

## MANDAT DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le Conseil multidisciplinaire (CM) regroupe 467 membres provenant de 32 disciplines offrant des soins et services cliniques aux usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Sous réserve des responsabilités confiées au Conseil des médecins dentistes et pharmaciens, ainsi qu'au Conseil des infirmières et infirmiers et conformément aux règlements de l'établissement, le CM est responsable envers le Conseil d'administration :

- 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 de ses membres;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le Conseil d'administration.

De plus, conformément aux règlements de l'établissement, le CM est responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'Institut ;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ;
- toute autre question que le directeur général porte à son attention.

# La gestion des risques et de la qualité

## L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET MODES D'INTERVENTION

L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale a poursuivi son développement en produisant deux rapports d'envergure sur l'état des pratiques exemplaires en matière d'aménagements physiques dans les unités de soins psychiatriques et d'urgence ainsi que dans les ressources résidentielles. L'Institut universitaire en santé mentale de Québec et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal ont d'ailleurs participé à ces projets.

Ayant pour objectif de soutenir la prise de décision fondée sur les données probantes, les résultats de ces travaux ont été présentés à l'établissement ainsi qu'à des organismes externes. Des représentations ont d'ailleurs été faites auprès de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux pour la sensibiliser au besoin de se doter d'un guide sur les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques adapté au contexte québécois.

Le comité d'orientation a par ailleurs été saisi d'une douzaine de questions qui émanent de différents services. Les questions entourant la mise en œuvre d'un milieu sans fumée et l'utilisation de la cigarette électronique, comme méthode de substitution, ont été retenus pour faire l'objet d'une note informative.

## L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE

Notre établissement s'est investi dans la réalisation de plusieurs projets d'optimisation, notamment en matière de fiabilisation des données clinico-administratives. La méthode d'analyse cartographique a continué d'être utilisée pour faciliter une compréhension commune et partagée de la complexité des contributions dans la production des soins et services de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes en santé mentale.

Ainsi, plusieurs activités de revue de processus ont amené une meilleure compréhension des enjeux et des changements à

apporter, entre autres aux services alimentaires, aux services juridiques, dans les accompagnements à la cour, au suivi systématique en ambulatoire, à la clinique métabolique, ainsi qu'aux soins intensifs. Une première cohorte de 25 personnes a été formée à l'utilisation des outils méthodologiques Lean, niveau ceinture verte.

## LA VISITE D'AGRÉMENT CANADA

En cours d'année, l'établissement s'est préparé à la visite d'Agrément Canada qui a eu lieu en décembre 2013.

Un comité de coordination de la démarche d'agrément a fait le suivi de la réalisation de l'ensemble des activités liées à la réussite de la démarche et a mis en place des processus novateurs de suivi et de diffusion des Pratiques organisationnelles requises (POR) au sein de l'Institut. Tout au long de l'année, la préparation à la visite d'agrément aura permis d'évaluer l'efficacité des processus et des outils de soins, et de mettre en œuvre certains projets d'amélioration de la qualité.

Les différents outils d'évaluation d'Agrément Canada ont été complétés, incluant les autoévaluations sur les normes, les outils d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance ainsi que les sondages Pulse et Culture de sécurité.

Initialement agréé, l'Institut a eu l'occasion de pouvoir transmettre les preuves de mise en conformité de 12 points pour lui permettre d'obtenir le statut final d'agréé avec mention d'honneur. Cette reconnaissance, qui est valable jusqu'en 2017, témoigne de l'engagement et de la mobilisation de tout le personnel médical, clinique et de soutien au respect de normes d'excellence de qualité rigoureuses et reconnues.

L'ensemble de la démarche de mise en conformité a permis de réviser plusieurs politiques, protocoles et procédures, comme le consentement aux soins, le programme des chutes, le programme de prévention des infections. Elle aura également per-

mis d'élaborer et de réaliser un rigoureux processus d'audit en appui à l'amélioration des pratiques.

### **LA PROMOTION DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ – LA DÉCLARATION D'INCIDENT/ACCIDENT**

Le groupe de travail en gestion des risques et de la qualité accompagne les directions et les gestionnaires dans l'actualisation de la gestion des risques et de la déclaration des incidents/accidents.

Comme chaque année, le groupe de travail a organisé des activités de sensibilisation à l'occasion de la Semaine nationale de la sécurité des patients, du 28 octobre au 2 novembre, sur le thème Questionnez-Écoutez-Parlez. À cet effet, le dépliant *Ma santé et ma sécurité: C'est mon affaire!* a été remis aux usagers et aux familles pour les sensibiliser au thème et les encourager à participer à la sécurité des soins et des services.

Le premier Forum Qualité de l'Institut s'est tenu en juin 2013 et a accueilli 110 visiteurs, membres du personnel et partenaires de l'Institut. L'événement visait à faire connaître 20 projets qualité, à favoriser les échanges et à présenter plus en détail cinq pratiques améliorant de manière significative la qualité des soins et des services.

Plusieurs formations ont été offertes régulièrement au personnel. L'équipe de gestion des risques et de la qualité a participé aux séances d'orientation générale du nouveau personnel pour présenter l'approche de l'établissement en lien avec la gestion intégrée de la qualité et la gestion des risques. Au total, 12 journées d'orientation ont rejoint 168 nouveaux employés. L'équipe a continué à offrir des formations sur la déclaration des incidents/accidents (AH-223). Au total, ce sont 7 sessions de formation de 3 heures qui ont rejoint 102 employés.

Le soutien aux gestionnaires s'est poursuivi pour l'accompagnement à l'analyse des événements sentinelles, le suivi des mesures de prévention de la récurrence ainsi que pour la cartographie des activités à risque élevé dans les ressources d'établissement. Un accompagnement a été mis en place pour l'actualisation des pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada à la Direction du soutien à l'intégration sociale, particulièrement en matière d'évaluation et de prévention du risque suicidaire.

Enfin, des travaux préparatoires ont été effectués dans le cadre du changement annoncé du format de déclaration AH-223 qui touchera le logiciel de capture des informations et la formation au nouveau formulaire.

### **LA SATISFACTION**

Les résultats du sondage de satisfaction ont été communiqués lors du Forum Qualité de juin 2013. Le comité de travail sur la satisfaction de la clientèle a par la suite poursuivi ses travaux en ventilant les données tirées du sondage de satisfaction auprès des gestionnaires ainsi qu'en les présentant au Comité des usagers. Au chapitre des besoins d'information exprimés par la

clientèle, l'Institut a initié une refonte de son guide d'accueil en intégrant de nouvelles données relatives au fonctionnement général de ses services.

Par ailleurs, une démarche d'évaluation de la satisfaction a été entreprise lors du processus de transfert des unités de transition et d'orientation vers un nouveau milieu d'accueil par le biais de sondages auprès des patients et de leurs proches ainsi que par des entrevues effectuées auprès des responsables des milieux d'accueil.

### **LA GESTION DES RISQUES**

Pour exercer son mandat, le comité de gestion des risques a tenu neuf rencontres. 2820 déclarations ont été effectuées au cours de l'année 2013-2014 comparativement à 2418 (total ajusté) pour 2012-2013. Si la proportion des différents types d'événements reste sensiblement la même que par le passé, la proportion de déclarations avec conséquences tend à diminuer. Les chutes et les événements liés à la médication demeurent deux enjeux importants sur lesquels des démarches spécifiques ont été entamées afin d'en prévenir la répétition.

Les principaux travaux du groupe de travail en gestion des risques et de la qualité ont porté sur :

- les travaux d'actualisation et de suivi de mise en conformité à certaines pratiques organisationnelles requises, les activités de formation et de sensibilisation sur le facteur humain en gestion des risques ;
- des travaux d'analyse des données effectués en prévision de la publication des rapports du ministère de la Santé et des Services sociaux sur le registre provincial d'incidents et accidents ;
- la cartographie des activités à risques élevés dans les ressources d'hébergement ;
- l'audit des pratiques de pratiques d'estimation et de prévention du risque suicidaire ;
- la participation au colloque du Réseau pour l'amélioration continue de la qualité *Le patient au cœur de la qualité et de la gestion intégrée des risques* ;
- la sécurisation d'espaces identifiés à la suite de recommandations du Bureau du coroner sur les approches de prévention des actes suicidaires ;
- la formation sur la gestion des risques ;
- la poursuite de la table d'échange entre les gestionnaires de risques des établissements partenaires dont les patients sont hébergés dans les ressources gérées par l'Institut ;
- les activités de sensibilisation et d'information à l'intention des usagers et des employés dans le cadre de la Semaine nationale de la sécurité des patients en novembre 2013.

# Rapport financier

## Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton  
S.E.N.C.R.L.  
Bureau 2000  
Tour de la Banque Nationale  
600, rue De La Gauchetière Ouest  
Montréal (Québec) H3B 4L8

Aux membres du conseil d'administration de  
l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Téléphone : 514 878-2691  
Télécopieur : 514 878-2127  
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 17 juin 2014 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal .

### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

### Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément

aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion sans réserve indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

Montréal  
Le 4 août 2014

---

<sup>1</sup> CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

État des résultats  
Tous les fonds  
exercice terminé le 31/03/2014

	Exercice courant				Exercice précédent	
	Budget	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations		Total
		Activités principales	Activités accessoires			
<b>Revenus</b>						
Subventions Agence et MSSS	163,064,289 \$	162,907,930 \$	18,666 \$	4,821,277 \$	167,747,873 \$	
Subventions Gouvernement du Canada			2,121,216 \$	10,248 \$	2,131,464 \$	
Contributions des usagers	13,448,186 \$	13,046,073 \$			13,046,073 \$	
Ventes de services et recouvrements	2,796,008 \$	3,032,315 \$			3,032,315 \$	
Donations		260,345 \$		8,333 \$	268,678 \$	
Revenus de placement	165,000 \$	141,156 \$		42,862 \$	184,018 \$	
Revenus de type commercial	5,300,000 \$		1,168,219 \$		1,168,219 \$	
Autres revenus	432,090 \$	651,321 \$	2,346,966 \$		2,998,287 \$	
<b>Total</b>	<b>185,205,573 \$</b>	<b>180,039,140 \$</b>	<b>5,655,067 \$</b>	<b>4,882,720 \$</b>	<b>190,576,927 \$</b>	
<b>Charges</b>						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	113,182,411 \$	113,618,264 \$	2,777,202 \$		116,395,466 \$	
Médicaments	1,175,000 \$	995,923 \$			995,923 \$	
Fournitures médicales et chirurgicales	274,913 \$	280,022 \$			280,022 \$	
Denrées alimentaires	2,722,801 \$	2,645,014 \$			2,645,014 \$	
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	43,506,680 \$	44,977,349 \$			44,977,349 \$	
Frais financiers	1,300,000 \$			1,392,375 \$	1,392,375 \$	
Entr., réparations et dépenses non cap. relatives aux immo.	1,918,348 \$	1,902,608 \$	21,647 \$	22,370 \$	1,946,625 \$	
Créances douteuses		43,138 \$			43,138 \$	
Loyer	2,635,779 \$	2,677,117 \$			2,677,117 \$	
Amortissement des immobilisations	3,500,000 \$			3,927,257 \$	3,927,257 \$	
Perte sur disposition d'immobilisations				778 \$	778 \$	
Autres charges	14,393,957 \$	12,884,456 \$	2,695,516 \$	124,212 \$	15,704,184 \$	
<b>Total</b>	<b>184,609,889 \$</b>	<b>180,023,891 \$</b>	<b>5,494,365 \$</b>	<b>5,466,992 \$</b>	<b>190,985,248 \$</b>	
<b>Surplus de l'exercice</b>	<b>595,684 \$</b>	<b>15,249 \$</b>	<b>160,702 \$</b>	<b>(584,272) \$</b>	<b>(408,321) \$</b>	

État des surplus (déficits) cumulés  
Tous les fonds  
exercice terminé le 31/03/2014

	Exercice courant		
	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Total
Suplus (déficits) cumulés au début déjà établis Modif. comptables sans retraitement années ant.	410,556 \$	3,511,750 \$	3,922,306 \$
		11,397,293 \$	11,397,293 \$
Surplus (déficits) cumulés au début redressés	410,556 \$	14,909,043 \$	15,319,599 \$
Surplus (déficit) de l'exercice	175,951 \$	(584,272) \$	(408,321) \$
Autres variations: Transferts interfonds	(30,300) \$	30,300 \$	
Surplus (déficits) cumulés à la fin	<u>556,207 \$</u>	<u>14,355,071 \$</u>	<u>14,911,278 \$</u>
Constitués des éléments suivants: Solde non affecté			<u>14,911,278 \$</u>

État de la situation financière  
Tous les fonds  
exercice terminé le 31/03/2014

	Exercice courant			Exercice précédent
	Fonds		Total	
	Fonds d'exploitation	d'immobilisations		
<b>Actifs financiers</b>				
Encaisse	11,564,937 \$		11,564,937 \$	9,026,728 \$
Placements temporaires	2,500,000 \$		2,500,000 \$	7,500,000 \$
Débiteurs - Agence et MSSS	1,241,305 \$	6,603,598 \$	7,844,903 \$	8,530,516 \$
Autres débiteurs	1,912,983 \$	108,778 \$	2,021,761 \$	1,072,487 \$
Créances interfonds	(1,144,392) \$	1,144,392 \$		
Subv. à recevoir (perçue d'avance) - Réf. comptable	14,423,463 \$	(20,856,991) \$	(6,433,528) \$	(5,326,253) \$
Frais reportés liés aux dettes		151,188 \$	151,188 \$	125,985 \$
Autres éléments d'actif	603,237 \$	4,555,498 \$	5,158,735 \$	3,913,251 \$
<b>Total des actifs financiers</b>	<b>31,101,533 \$</b>	<b>(8,293,537) \$</b>	<b>22,807,996 \$</b>	<b>24,842,714 \$</b>
<b>Passifs</b>				
Emprunts temporaires		3,211,959 \$	3,211,959 \$	9,248,796 \$
Autres créditeurs et autres charges à payer	12,631,993 \$		12,631,993 \$	13,977,182 \$
Avances de fonds de l'Agence - Env. décentralisées		2,260,798 \$	2,260,798 \$	3,314,907 \$
Intérêts courus à payer		438,511 \$	438,511 \$	330,515 \$
Revenus reportés	3,195,911 \$	572,522 \$	3,768,433 \$	14,386,000 \$
Dettes à long terme		43,933,127 \$	43,933,127 \$	35,809,720 \$
Passifs environnementaux		6,165,087 \$	6,165,087 \$	6,044,209 \$
Passif au titre des avantages sociaux futurs	15,310,817 \$		15,310,817 \$	14,999,058 \$
Autres éléments	436,260 \$		436,260 \$	425,517 \$
<b>Total des passifs</b>	<b>31,574,981 \$</b>	<b>56,582,004 \$</b>	<b>88,156,985 \$</b>	<b>98,535,904 \$</b>
<b>Actifs financiers nets (dette nette)</b>	<b>(473,448) \$</b>	<b>(64,875,541) \$</b>	<b>(65,348,989) \$</b>	<b>(73,693,190) \$</b>
<b>Actifs non financiers</b>				
Immobilisations		79,230,612 \$	79,230,612 \$	76,607,467 \$
Stocks de fournitures	694,661 \$		694,661 \$	745,657 \$
Frais payés d'avance	334,994 \$		334,994 \$	262,372 \$
<b>Total des actifs non financiers</b>	<b>1,029,655 \$</b>	<b>79,230,612 \$</b>	<b>80,260,267 \$</b>	<b>77,615,496 \$</b>
<b>Surplus (déficits) cumulés</b>	<b>556,207 \$</b>	<b>14,355,071 \$</b>	<b>14,911,278 \$</b>	<b>3,922,306 \$</b>

État de la variation des actifs financiers nets (Dette nette)  
Tous les fonds  
exercice terminé le 31/03/2014

	Budget	Exercice courant		Exercice précédent	
		Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations		Total
Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établis	(73,693,190) \$	(597,473) \$	(73,095,717) \$	(73,693,190) \$	(71,546,423) \$
Modif. comptables sans retraitement années ant.			11,397,293 \$	11,397,293 \$	
Actifs financiers nets (dette nette) au début redressé	(73,693,190) \$	(597,473) \$	(61,698,424) \$	(62,295,897) \$	(71,546,423) \$
Surplus (déficit) de l'exercice	595,684 \$	175,951 \$	(584,272) \$	(408,321) \$	1,963,850 \$
<b>Variations dues aux immobilisations</b>					
Acquisitions	(8,000,000) \$		(6,558,311) \$	(6,558,311) \$	(7,434,695) \$
Amortissement de l'exercice	3,500,000 \$		3,927,257 \$	3,927,257 \$	3,311,968 \$
(Gain)/perte sur dispositions			778 \$	778 \$	
Produits sur dispositions			7,131 \$	7,131 \$	
<b>Total des variations dues aux immobilisations</b>	<b>(4,500,000) \$</b>		<b>(2,623,145) \$</b>	<b>(2,623,145) \$</b>	<b>(4,122,727) \$</b>
<b>Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance</b>					
Acquisition de stocks de fournitures	(6,675,355) \$	(6,051,858) \$		(6,051,858) \$	(7,189,113) \$
Acquisition de frais payés d'avance	(205,000) \$	(334,994) \$		(334,994) \$	(262,371) \$
Utilisation de stocks de fournitures	6,720,117 \$	6,102,854 \$		6,102,854 \$	7,242,620 \$
Utilisation de frais payés d'avance	204,084 \$	262,372 \$		262,372 \$	220,974 \$
<b>Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance</b>	<b>43,846 \$</b>	<b>(21,626) \$</b>		<b>(21,626) \$</b>	<b>12,110 \$</b>
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		(30,300) \$	30,300 \$		
Augmentation (Diminution) des actifs financiers nets (dette nette)	(3,860,470) \$	124,025 \$	(3,177,117) \$	(3,053,092) \$	(2,146,767) \$
<b>Actifs financiers nets (dette nette) à la fin</b>	<b>(77,553,660) \$</b>	<b>(473,448) \$</b>	<b>(64,875,541) \$</b>	<b>(65,348,989) \$</b>	<b>(73,693,190) \$</b>

État des flux de trésorerie  
Tous les fonds  
exercice terminé le 31/03/2014

	<u>Exercice courant</u>	<u>Exercice précédent</u>
Activités de fonctionnement		
Surplus (déficit)	(408,321) \$	1,963,850 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses	43,138 \$	70,652 \$
Stocks et frais payés d'avance	(21,626) \$	12,110 \$
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	778 \$	
Amortissement des immobilisations	3,927,257 \$	3,311,968 \$
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	30,865 \$	24,062 \$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	<u>3,980,412 \$</u>	<u>3,418,792 \$</u>
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	(2,620,479) \$	7,793,471 \$
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	<u>951,612 \$</u>	<u>13,176,113 \$</u>
Activités d'investissement en Immobilisations		
Immobilisations:		
Acquisitions	(6,558,311) \$	(7,434,695) \$
Produits de disposition	7,131 \$	
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement en immo.	<u>(6,551,180) \$</u>	<u>(7,434,695) \$</u>
Activités d'investissement		
Variation d'autres éléments:		
Subvention à recevoir - Réf. comptable	1,107,275 \$	(12,062,278) \$
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement	<u>1,107,275 \$</u>	<u>(12,062,278) \$</u>
Activités de financement		
Variation des dettes:		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	13,038,625 \$	6,505,137 \$
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(1,891,613) \$	(1,633,984) \$
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	(3,023,605) \$	(1,466,688) \$
Capitalisation de l'escompte et de la prime	(56,068) \$	(32,525) \$
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	9,683,902 \$	10,136,746 \$
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	(2,682,114) \$	(7,333) \$
Empunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immo.	(13,038,625) \$	(6,472,611) \$
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	<u>2,030,502 \$</u>	<u>7,028,742 \$</u>
Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie	<u>(2,461,791) \$</u>	<u>707,882 \$</u>
Trésorerie et équivalents de trésorerie au début	16,526,728 \$	15,818,846 \$
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin	<u>14,064,937 \$</u>	<u>16,526,728 \$</u>
Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent:		
Encaisse	11,564,937 \$	9,026,728 \$
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	2,500,000 \$	7,500,000 \$
Total	<u>14,064,937 \$</u>	<u>16,526,728 \$</u>

## Autres informations (non auditées)

### Dépenses selon les catégories distinctes

	2014	2013
RI/RTF	27.6%	26.1%
HOSPITALISATION	20.5%	22.0%
SERVICES PROF. ET PHARMACIE-HOSPITALISATION	4.4%	4.2%
AMBULATOIRES	8.2%	7.5%
RESSOURCES D'ÉTABLISSEMENT (RE)	7.4%	7.3%
SOUTIEN À L'HÉBERGEMENT ET À LA COMMUNAUTÉ	1.1%	1.4%
PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE	3.5%	3.4%
ADMINISTRATION CLINIQUE	4.2%	4.1%
ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES	8.4%	8.7%
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES SERVICES AUXILIAIRES	14.5%	15.0%
AUTRES	0.1%	0.1%

### Principaux projets d'investissements

Total des projets d'investissements 2013-2014 **6,572,000 \$**

#### Principaux projets d'investissements

Projets divers de maintien d'actifs (Entrée électrique, restauration des balcons, Aménagement du pavillon Lahaise, travaux sur la façade du Jeanne-Leber)	3,714,000 \$
Autres projets de rénovation fonctionnelle (Relocalisation du 1er étage Bédard, réaménagement du 401)	1,277,000 \$
Équipements	1,121,000 \$

### Le financement des fondations

	Activités avec les usagers	Recherche	Aménagements spéciaux	Total
Fondation Gamelin	30,000 \$			30,000 \$
Fondation IUSMM	295,344 \$	346,000 \$	59,162 \$	700,506 \$
	<b>325,344 \$</b>	<b>346,000 \$</b>	<b>59,162 \$</b>	<b>730,506 \$</b>

# Comité des usagers

---

## LE MANDAT DU COMITÉ

La Loi sur les services de santé et les services sociaux confie au comité des usagers le rôle important de voir au respect et à la défense des droits des usagers. Dans notre établissement, le comité des usagers voit notamment à l'assistance et à l'accompagnement au quotidien des usagers qui reçoivent des soins et des services, et ce, tant à l'institut que dans les différents points de service de l'établissement. Il voit également à promouvoir l'amélioration de la qualité des services et des conditions de vie de la clientèle.

## SOMMAIRE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES

### 1. Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Rencontres d'information et consultations diverses
- Production du bulletin d'information  
« Pour voir plus loin »
- Diffusion du mandat via notre dépliant
- Production du calendrier annuel
- Diffusion de nombreux documents des ressources communautaires et organismes administratifs
- Tableau d'affichage
- Organisation des ateliers informatifs du comité des usagers

### 2. Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, défendre ses droits et ses intérêts en tant qu'usager

- Assistance lors de la présentation de diverses requêtes (garde en établissement, autorisation de traitement ou d'hébergement, régime de protection, procédures judiciaires diverses)
- Collaborations, rencontres et échanges avec les médecins, les intervenants, les gestionnaires et les équipes de soins et de services dans les divers points de service

### 3. Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte

- Assistance et accompagnement des usagers dans toute démarche auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'auprès des diverses instances de l'hôpital et de divers organismes communautaires
- Assistance auprès de diverses instances (Curateur public, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, ministère du Revenu, Régie de l'assurance-maladie, Régie du logement, etc.)
- Service de références selon la problématique de l'usager

### 4. Promouvoir l'amélioration de la qualité des services et évaluer la satisfaction des usagers

- Organiser un sondage de satisfaction des usagers
- Transmettre les résultats du sondage ou toute autre problématique en lien avec la qualité des services aux intervenants concernés

## LES MEMBRES DU COMITÉ

Mesdames Carmen Baril, conseillère  
Patricia Clavet, présidente  
Jo-Ann Hudon-Duchesnes, conseillère  
Maria Teresa Justino, conseillère

Messieurs Marc-André Brouillard-Bergeron, conseiller  
Jacques Côté, conseiller  
Philippe Crevier, conseiller  
Sabino Grassy, conseiller  
Richard Breton, vice-président

# Rapport des plaintes

# Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers

## Introduction

Conformément à l'article 76.11 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers comprend le bilan des activités de la commissaire et intègre le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision.

Il décrit les motifs de plaintes reçues et indique pour chaque type de plaintes :

1. le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
2. les délais d'examen des plaintes;
3. les suites qui ont été données après leur examen;
4. le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen.

Il doit également faire état des mesures recommandées par la commissaire et indiquer les mesures prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

Le présent rapport s'inscrit dans la responsabilité légale de l'Institut et vise à dresser un bilan de l'état de l'application de la procédure d'examen des plaintes adressées à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Ce document se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre fait état de l'application du régime d'examen des plaintes pour l'Institut. Le second chapitre donne le bilan des activités de la commissaire et des dossiers de plaintes conclues au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014 ainsi que les dossiers transmis en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Le troisième chapitre contient l'information et l'analyse de l'ensemble des motifs de plaintes traités par la commissaire. Le chapitre 4 contient l'information sur les motifs de plaintes traités par le médecin examinateur et finalement le chapitre 5 contient le rapport du comité de révision.

À la fin de ce rapport sont présentées les recommandations pour l'année 2014-2015.

À cet effet, en conclusion du dernier rapport annuel sur les plaintes des usagers, deux recommandations générales découlant de l'ensemble des dossiers traités avaient été formulées en vue d'améliorer la qualité des services dispensés ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits.

## **Recommandations pour l'année 2013-2014**

- Que l'établissement s'assure que soit révisé le protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles.

Un protocole d'application des mesures de contrôle est un document de référence qui s'adresse à tous les intervenants qui dispensent des soins aux personnes nécessitant, par mesure de sécurité, l'évaluation et l'application de mesures de contrôle. Tous ces intervenants doivent bien le connaître et sont tenus de s'y conformer. De même, les personnes visées par l'utilisation d'une mesure de contrôle, leur représentant et leur famille doivent être informés du contenu du protocole de l'établissement.

La version finale du protocole sera déposée au CA de juin 2014.

- Que soient revues les politiques et procédures qui encadrent toute situation lors de laquelle l'usager quitte l'établissement, que ce soit lors du congé définitif, d'un transfert inter établissement, d'un départ sans autorisation médicale ou lors d'une évasion ou fugue. Trop souvent cette année, l'ambiguïté de ces politiques et procédures a nui à leur compréhension par les intervenants, qui ont omis d'aviser les proches lorsqu'un usager quittait l'établissement.

En cours de révision

## Chapitre 1

# Application du régime d'examen des plaintes à L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers a pour objet d'établir la procédure à suivre pour la mise en œuvre des fonctions reliées à l'examen des plaintes. Il définit également le rôle des différents acteurs du régime d'examen des plaintes au sein de l'établissement :

### *Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services*

Nommée par le conseil d'administration de l'établissement, et relevant de ce dernier, conformément à l'article 30 de la Loi. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

### *Médecin examinateur*

Désigné par le conseil d'administration sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) conformément aux articles 42 et 44 de la Loi, en plus de ses fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers, le médecin examinateur procède à l'examen de toute plainte qui concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, formulée par toute autre personne qu'un usager ou son représentant.

### *Médecin examinateur substitut*

Désigné par le conseil d'administration sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le médecin examinateur substitut entre en fonction lors d'une absence du médecin examinateur ou afin d'éviter tout conflit d'intérêts pouvant survenir pour ce dernier.

### *Comité de révision*

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration. Le président est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration et les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans l'établissement selon l'article 51 de la Loi. Afin d'éviter tout conflit d'intérêts pouvant survenir pour l'un ou pour les médecins, dentistes ou pharmaciens membres du comité de révision, ou pour éviter tout retard indu, le conseil d'administration désigne de la même manière deux autres membres sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Le comité est mis en place par le conseil d'administration pour réviser le traitement de la plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident, lorsque le plaignant n'est pas satisfait du traitement de la plainte par le médecin examinateur et fait appel à cet effet.

*Tableau 1 – Fonctions*

<b>Traitement des plaintes</b>	
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	Madame Louise Paulhus
Médecin examinateur	Docteur Guy Leblanc
Médecins examinateurs substitut	Docteure Lyne Dumoulin Docteur Michel Léveillé Docteur Robert-Yves Vaucher
<b>Comité de révision</b>	
Présidente	Madame Agathe Champoux
Représentants du CMDP	Docteure Joanne Cyr Docteur Olivier Lipp
Représentant du CMDP (substitut)	Docteure Jocelyne Cournoyer Docteur Félix-Antoine Bérubé

## **Définition des niveaux de traitement et des types d'action**

En cours de traitement, la plainte ou un de ses motifs peut recevoir différents niveaux de traitement. Voici une définition des différents niveaux de traitement que l'on peut retrouver.

### *Rejeté sur examen sommaire*

- Il s'agit de motifs de plaintes qui sont rejetés sur examen sommaire parce qu'ils s'avèrent frivoles, vexatoires ou faits de mauvaise foi.

### *Abandonné*

- Lors du désistement de l'utilisateur ou de son représentant.
- Lorsque le problème est réglé avant la fin de l'examen.

### *Traitement refusé ou interrompu*

- S'il y a absence de consentement de l'utilisateur ou de son représentant.
- Lorsque le motif est hors compétence, par exemple si la plainte devait être formulée à la SAAQ ou à une instance politique.
- Lorsque le plaignant refuse de collaborer et que sa collaboration est nécessaire à l'examen de la plainte.

### *Traitement complété sans mesures identifiées*

- Même si aucune mesure n'est identifiée, différentes actions sont posées:
  - Information  
Type d'action qui consiste à transmettre les informations pertinentes ou à apporter les clarifications nécessaires à la compréhension d'une situation.
  - Assistance  
Type d'action qui nécessite des démarches en vue de répondre à une demande. Ce type d'action peut être posé en vue de :
    - Établir ou rétablir les liens entre l'utilisateur et les intervenants;
    - Conduire un processus de conciliation;
    - Aider la personne dans la formulation de sa plainte;
    - Obtenir un soin ou un service;
    - Orienter l'utilisateur vers la ressource externe la mieux adaptée pour lui venir en aide.
  - Conseil  
Suggestion donnée à toute personne qui consulte sur un problème ou un dossier en particulier.

### *Traitement complété avec mesures identifiées*

- Il s'agit de mesures identifiées par les instances concernées afin de résoudre les problèmes identifiés; d'identifier les opportunités d'amélioration de la qualité des services; de faire respecter les droits des usagers; d'éviter que certaines situations se reproduisent ou autres.

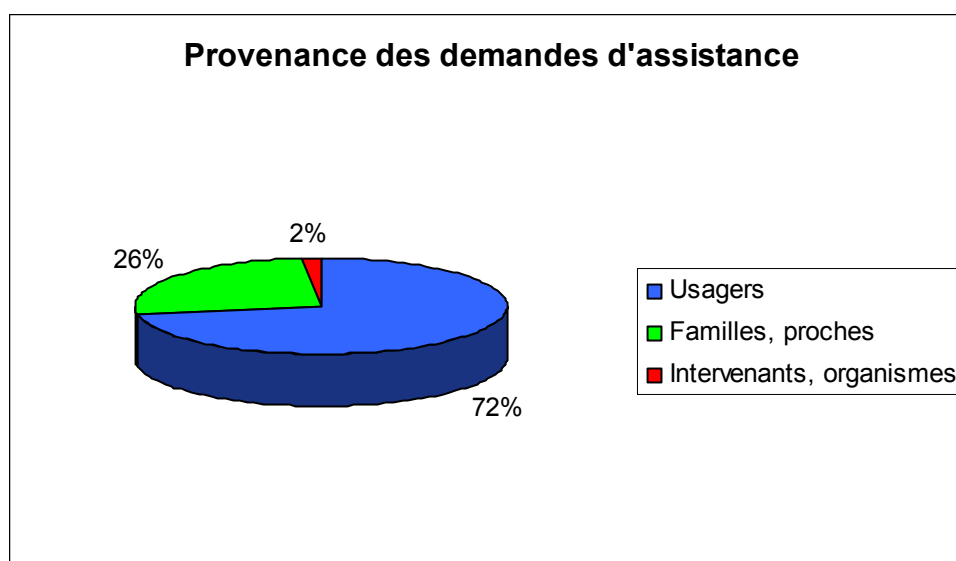
Le traitement peut aussi être complété avec des recommandations de mesures. Les recommandations peuvent répondre à des besoins sur un plan individuel ou sur un plan systémique. La formulation d'une recommandation peut concerner une ou plusieurs mesures. Il s'agit de recommandations qui peuvent être acheminées aux autorités de l'instance visée ou de l'instance concernée par la demande.

## Chapitre 2

### Bilan des activités de la commissaire et dossiers de plaintes conclues en 2013-2014

#### Demandes d'assistance

Plusieurs usagers et leurs proches consultent la commissaire dans le but d'obtenir des informations ou des orientations afin de recevoir des soins et services ou encore pour dénouer certaines problématiques avec des intervenants. Cette assistance, qui nécessite l'écoute et le soutien du service des plaintes, permet d'orienter l'utilisateur, de l'informer sur ses droits et les mécanismes de recours. Elle permet également d'informer l'utilisateur sur la procédure d'examen des plaintes ou encore sur la façon d'obtenir le service. Au cours de la dernière année, nous avons traité 195 demandes d'assistance.



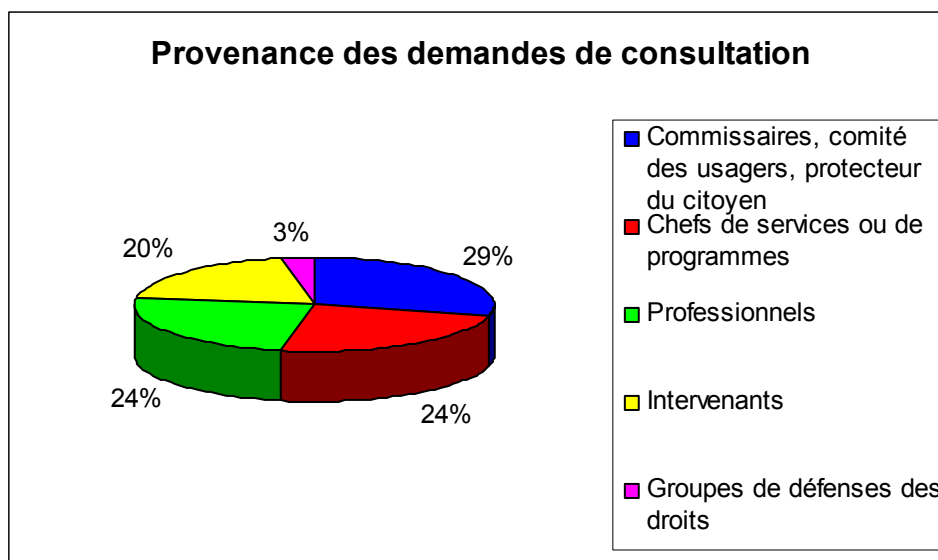
Les demandes d'assistance sont variées, mais portent plus particulièrement sur :

- Droits particuliers (103 demandes)
  - Droit de porter plainte et droit de recours;
  - Choix du professionnel, choix de l'hébergement;
  - Accès au dossier de l'utilisateur, accessibilité, attestation, assistance;
  - Consentement.

- Soins et services dispensés (56 demandes)
  - Décision clinique, décisions et interventions liées à un processus judiciaire, mise sous garde, respect de l'ordonnance, évaluation et jugement professionnels;
  - Traitement et intervention, plan d'intervention, approche thérapeutique;
  - Compétence technique et professionnelle;
  - Organisation des soins et services propres à l'établissement et réseau.
  
- Relations interpersonnelles (13 demandes)
  - Communication, attitude, manque d'empathie;
  - Manque de respect à l'égard de la personne;
  - Abus par un usager ou par un tiers non-intervenant/verbal.
  
- Organisation du milieu et ressources matérielles (10 demandes)
  - Sécurité et protection de la personne et des biens personnels, pertes, vol;
  - Règles et procédures du milieu;
  - Alimentation.
  
- Aspect financier (9 demandes)
  - Frais d'hébergement, facturation;
  - Processus de réclamation.
  
- Accessibilité (4 demandes)
  - Informations sur l'accessibilité;
  - Difficulté d'accès aux services formellement requis;

## Demandes de consultation

Ce sont des demandes d'avis portant notamment sur l'application du régime d'examen des plaintes, les droits des usagers et l'amélioration de la qualité des services. Ces demandes proviennent des familles, des proches, des intervenants au sein de l'établissement, de groupes de défense des droits, du Curateur public, du Protecteur du citoyen ou d'autres établissements.



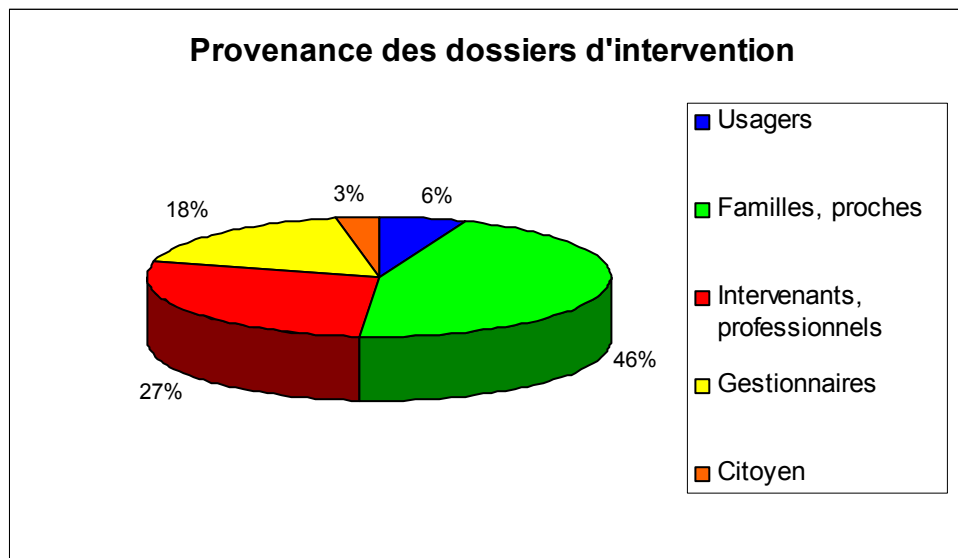
Au cours de la dernière année, 136 demandes pour un total de 138 motifs de consultations ont été traitées. Ces motifs concernaient plus particulièrement :

- Droits particuliers (66 demandes)
  - Droits de porter plainte, droits et recours;
  - Accès au dossier de l'utilisateur, régime de protection, choix de l'établissement et du professionnel;
  - Consentement.
  
- Soins et services dispensés (29 demandes)
  - Décision clinique et intervention liée à un processus judiciaire, décision de placer la personne en isolement;
  - Traitement, intervention, services donnés soit l'action faite;
  - Continuité des services.
  
- Organisation du milieu et ressources matérielles (26 demandes)
  - Règles et procédures du milieu;
  - Sécurité et protection de la personne et de ses biens;
  - Hygiène et salubrité;
  - Guichet automatique.

- Accessibilité (7 demandes)
  - Accessibilité aux services, délais, refus de services.
  
- Relations interpersonnelles (6 demandes)
  - Abus par un intervenant, un professionnel ou un médecin;
  - Respect, manque à l'égard de la personne, manque de politesse.
  
- Aspect financier (4 demandes)
  - Processus de réclamation;
  - Frais d'hébergement.

## Dossiers d'intervention

La commissaire doit intervenir de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'elle a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés, c'est-à-dire des motifs *a priori* fondés, vraisemblables. Ces faits peuvent être portés à la connaissance de la commissaire par différentes sources, identifiées ou anonymes, incluant les employés. Ce pouvoir d'initiative lui permet d'intervenir, par exemple pour traiter une situation donnée avant qu'elle ne se solde par le dépôt d'une plainte ou lorsque, en raison du contexte, un usager est privé de la possibilité d'initier une procédure de plainte.



Au cours de l'année 2013-2014, 33 dossiers pour un total de 34 motifs d'intervention ont été traités. Les dossiers d'intervention concernaient plus particulièrement:

- Soins et services dispensés (13 interventions)
  - Traitements, interventions (action faite) et décisions cliniques;
  - Organisation des soins et services (systémiques);
  - Continuité des services.
  
- Droits particuliers (8 interventions)
  - Accès au dossier;
  - Choix de l'établissement;
  - Droits de recours;
  - Représentation.

- Relations interpersonnelles (6 interventions)
  - Abus d'autorité, physique, verbal, par un tiers, par un intervenant, par un professionnel ou un médecin;
  - Manque de politesse.
  
- Organisation du milieu et ressources matérielles (3 interventions)
  - Sécurité et protection;
  - Équipement et matériel.
  
- Aspect financier (2 interventions)
  - Facturation de soins et services;
  - Processus de réclamation.
  
- Accessibilité (2 interventions)
  - Accessibilité aux services.

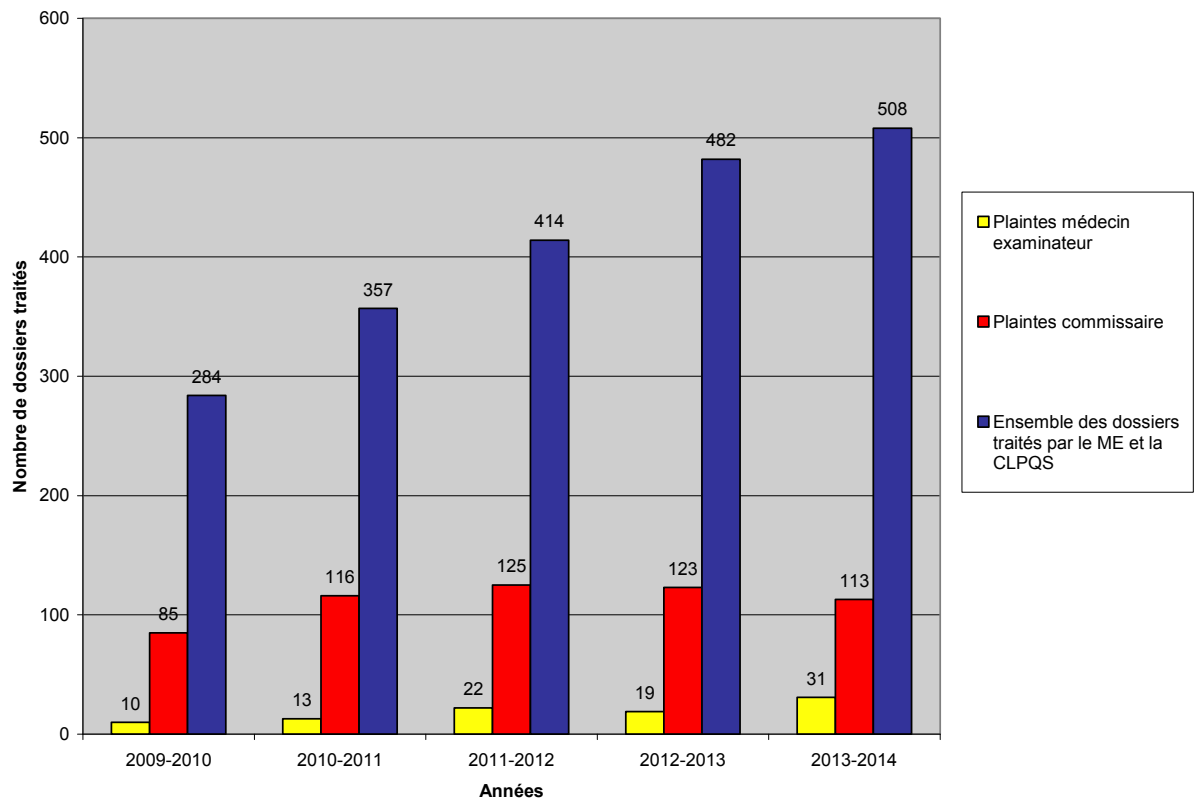
## **Bilan des dossiers traités**

## 1. Bilan des dossiers traités

### *Portrait global*

Au cours de la dernière année, nous observons une augmentation du nombre de dossiers traités ainsi qu'une diminution du nombre de dossiers de plaintes pour la commissaire par contre pour le médecin examinateur nous observons une augmentation de 63%.

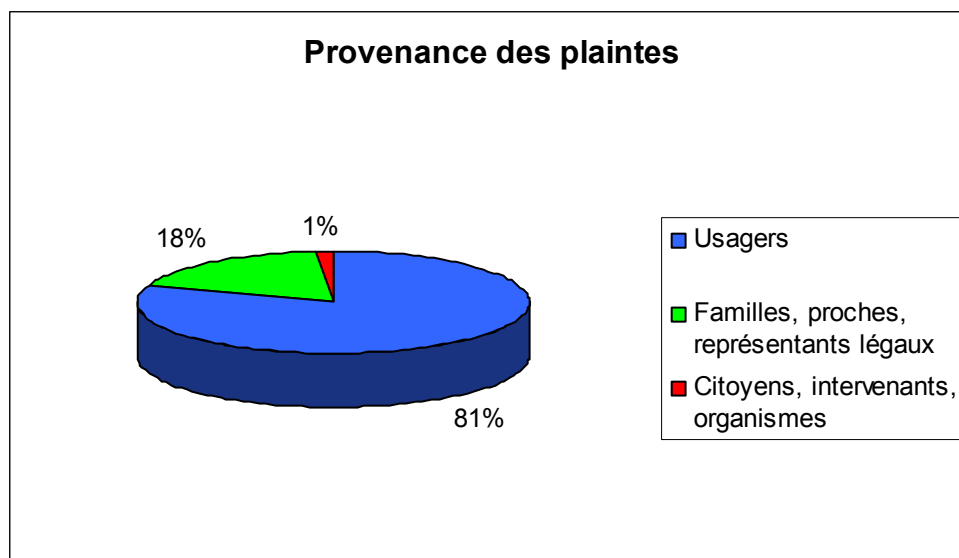
- En 2009-2010, l'Institut a conclu un total de **95** dossiers de plaintes, 129 demandes d'assistance, 48 demandes de consultation et 12 dossiers d'intervention totalisant 284 dossiers traités.
- En 2010-2011, l'Institut a conclu un total de **129** dossiers de plaintes, 161 demandes d'assistance, 55 demandes de consultation et 12 dossiers d'intervention totalisant 357 dossiers traités.
- En 2011-2012, l'Institut a conclu un total de **147** dossiers de plaintes, 175 demandes d'assistance, 78 demandes de consultation et 14 dossiers d'intervention totalisant 414 dossiers traités
- En 2012-2013, l'Institut a conclu un total de **142** dossiers de plaintes, 193 demandes d'assistance, 123 demandes de consultation et 24 dossiers d'intervention pour un total de 482 dossiers traités.
- En 2013-2014, l'Institut a conclu un total de **144** dossiers de plaintes, 195 demandes d'assistance, 136 demandes de consultation et 33 dossiers d'intervention pour un total de 508 dossiers traités



**Tableau comparatif des cinq dernières années.**

Ce tableau représente les plaintes traitées par le médecin examinateur et la commissaire. La colonne en bleu représente l'ensemble des dossiers traités. On observe une augmentation de 79% du nombre de dossiers traités depuis 5 ans.

Pour l'année 2013-2014, une augmentation des dossiers de plaintes est observée pour le médecin examinateur. En ce qui concerne la commissaire on note une diminution des plaintes.



**Ce graphique représente les auteurs des plaintes pour la commissaire et le médecin examinateur.**

Selon la LSSSS pour qu'une plainte soit recevable par la commissaire, elle doit être déposée par l'utilisateur ou son représentant légal. Ainsi, la majorité des plaintes sont logées par l'utilisateur lui-même. Cependant, il arrive parfois qu'une plainte soit déposée par un tiers comme par exemple un membre de la famille de l'utilisateur, un professionnel, un intervenant, un citoyen, etc. Ceci peut donner lieu à une demande d'assistance ou l'ouverture d'un dossier d'intervention. S'il s'agit d'une plainte à l'égard d'un médecin, un dentiste ou un pharmacien, la LSSSS prévoit que le médecin examinateur doit non seulement procéder à l'examen de la plainte formulée par un utilisateur, mais également à celle formulée par toute autre personne que l'utilisateur ou son représentant.

### **Bilan des dossiers de plaintes conclues par la commissaire et par le médecin examinateur au cours de l'année 2013-2014**

	Plaintes reçues au cours de l'exercice	Plaintes conclues au cours de l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au second palier
Commissaire	113	113	0	0
Médecin examinateur	31	29	2	2
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>142</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

## Délais de traitement des dossiers de plaintes conclues

Délai de traitement	Commissaire		Médecin examinateur		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 3 jours	55	49%	0	0%	55	39%
De 4 à 15 jours	31	27%	9	31%	40	28%
De 16 à 30 jours	12	11%	8	28%	20	14%
De 31 à 45 jours	10	9%	7	24%	17	12%
46 jours et plus	5	4%	5	17%	10	7%
Total	113	100%	29	100%	142	100%

Ce tableau porte sur les délais de traitement. Il indique que, pour la commissaire, 96% des dossiers de plaintes ont été traités à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours.

Pour ce qui concerne les plaintes traitées par le médecin examinateur, 83% des dossiers de plaintes ont été traités à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours.

Les délais excédant les 45 jours s'expliquent par une difficulté à planifier une rencontre entre les différentes personnes impliquées ou lorsqu'un dossier soulève des questions d'ordre disciplinaire.

## Dossiers transmis en deuxième instance au Protecteur du citoyen

Aucun dossier de plainte n'a été transmis au Protecteur du citoyen.

Par ailleurs, cette instance a sollicité notre collaboration à quelques occasions pour obtenir de l'information ou des précisions.

## 2. Motifs de plaintes conclues

Une même plainte peut porter sur plusieurs motifs de plaintes, ce qui explique que le nombre de motifs de plaintes est plus élevé que le nombre de plaintes reçues.

### Tableau comparatif des 5 dernières années

#### Commissaire et médecin examinateur

Motifs de plainte *	2013-2014		2012-2013	2011-2012	2010-2011	2009-2010
	Nombre de motifs	%	%	%	%	%
Accessibilité	4	2%	7%	4%	8%	7%
Soins et services dispensés	69	42%	42%	39%	40%	19%
Relations interpersonnelles	34	21%	16%	26%	22%	28%
Organisation du milieu et ressources matérielles	34	21%	20%	10%	18%	13%
Aspect financier	3	2%	6%	5%	5%	5%
Droits particuliers et autres motifs	19	12%	9%	16%	7%	28%
<hr/>						
Nombre total de dossiers de plaintes	144		142	147	129	95
Nombre total de motifs de plaintes	163		161	164	139	130

\* Les données incluent les plaintes traitées par le médecin examinateur.

Les motifs de plaintes les plus fréquemment exprimés concernent les soins et services dispensés (42%), l'organisation du milieu et ressources matérielles (21%) et les relations interpersonnelles (21%).

## Chapitre 3

### Plaintes traitées par la commissaire

Ensemble des motifs de plaintes	Nombre	%
Rejeté sur examen sommaire	2	2%
Traitement non complété : abandonné ou interrompu par l'utilisateur, hors compétence, problème réglé avant la fin de l'examen	12	9%
Traitement complété sans mesures	90	71%
Traitement complété avec mesures	23	18%
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

### Les motifs de plaintes

#### 3.1 Accessibilité

Cette catégorie vise à identifier les problèmes structurels reliés principalement à l'accessibilité des services. Elle permet également de faire état des difficultés concernant les modalités, les mécanismes d'accès ou les conditions qui doivent être présentes pour mettre en application le droit aux services. Ce droit aux services suppose qu'un usager ait accès au bon service au moment opportun et que les services requis par son état soient dispensés aussi longtemps que nécessaire.

#### Principaux motifs (4 motifs)

- Refus de services;
- Délais services.

Un usager explique avoir mis fin depuis plusieurs mois à son suivi à l'hôpital de jour. Il demande à être rencontré par un psychiatre tout de suite car des instances judiciaires lui exigent un suivi psychiatrique. Sa demande est activée mais un délai est à prévoir.

Une dame se questionne sur l'accessibilité aux services car elle s'est présentée à l'urgence pour voir un psychiatre et me dit ne jamais avoir été rencontrée par ce dernier. Lors de son évaluation au triage par une infirmière, son état ne nécessitait pas une intervention en urgence, elle fut référée au module d'évaluation liaison. Madame avait accepté.

Monsieur exige de son programme une thérapie en individuel. Cette thérapie n'est pas dans l'offre de service de ce programme. Une liaison a été faite avec son CLSC qui donne ce service.

## 3.2 Soins et services dispensés

Les soins et services dispensés touchent l'application de connaissances, du savoir-faire et des normes de pratique à la situation de l'utilisateur.

Il s'agit des actes posés par les professionnels. La notion de services adéquats signifie que les services doivent être rendus en conformité avec les normes généralement reconnues dans les milieux professionnels et scientifiques.

La continuité s'inscrit également dans cette catégorie. La continuité est l'absence d'interruption dans les services requis et le maintien d'une cohésion, d'une cohérence entre les séquences successives de services, ce qui suppose la circulation des informations pertinentes, la mise en œuvre d'approches concertées tel le mécanisme de coordination multidisciplinaire ou inter établissement, par exemple.

### Principaux motifs (42 motifs)

- Traitement et intervention;
- Décision et intervention liées à un processus judiciaire, décision de placer en isolement;
- Continuité du suivi;
- Habiletés techniques et professionnelles (capacité de base à faire le travail), respect du Code des professions;
- Organisation des soins et services propres à l'établissement.

Plusieurs usagers sous garde en établissement ou sous ordonnance de traitement se plaignent des décisions et interventions liées à ces processus légaux. Des interventions d'information, de clarification et de désamorçage ont été requises.

Madame me dit avoir été gardée en chambre d'isolement, contentionnée pendant quatre jours sans manger et sans aller à la toilette. Vérification des notes au dossier et consultation de la description des tournées de surveillance. Discussion avec madame sur ce que j'ai constaté versus ses affirmations. Madame me dit avoir exagérée.

Des proches affirment que les congés définitifs sont donnés trop rapidement. Ils expliquent se sentir abandonnés. Des interventions d'intercession-liaison avec les équipes traitantes et les proches ont permis le retour à la maison moins inquiétant.

Une dame dit avoir des difficultés à obtenir un permis de stationnement "famille". Madame avait posté un chèque sans préciser le destinataire à l'Institut. Liaison faite avec le service des transports qui régularise la situation. À noter que le permis "famille" est gratuit.

### 3.3 Relations interpersonnelles

L'aspect interpersonnel renvoie aux caractéristiques socio psychologique de la relation praticien client.

La notion de relation interpersonnelle rejoint le savoir-être des professionnels et des intervenants. Il s'agit d'une relation d'aide, d'assistance ou de soutien, conformément à l'éthique du milieu, dans le respect et la dignité, des valeurs, des droits et libertés, des attentes et des aspirations légitimes de l'utilisateur.

#### Principaux motifs (30 motifs)

- Abus d'autorité, physique ou verbal;
- Communication, attitude, manque d'empathie ou manque d'information;
- Respect, manque à l'égard de la personne.

Des faits portés à ma connaissance concernant une ressource d'hébergement m'ont donné des motifs raisonnables de croire que les droits d'un groupe d'utilisateurs n'étaient pas respectés soit plus précisément une possibilité d'abus. Cette plainte a conduit à une enquête administrative de la part de la direction du soutien à l'intégration sociale.

L'enquête a démontré entre autres que l'attitude de la responsable avait pour conséquences de créer un climat d'insécurité, voire négatif au sein du milieu de vie. Une vision négative de la clientèle, des règles de vie rigides, l'imposition de tâches particulières, du non respect du droit à l'individualité des utilisateurs et à leur dignité ont été constatées. L'enquête a conduit à la fin de l'entente entre la ressource et notre Institut.

La représentante légale d'une utilisatrice dénonce l'application d'une serviette sur son visage dans le but d'immobiliser sa tête. La jeune femme a eu peur d'étouffer.

\* Certaines de ces plaintes ont nécessité des mesures correctives, d'autres ont trouvé réponse dans une meilleure communication, avec la reformulation et un complément d'information.

### 3.4 Organisation du milieu et ressources matérielles

Il s'agit de l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur la qualité des services. Cet environnement fait référence aux notions d'intimité, mixité des clientèles, hygiène et salubrité, propreté des lieux, organisation spatiale, sécurité et protection.

Cela fait également référence aux règles et procédures du milieu de vie.

#### Principaux motifs (32 motifs)

- Sécurité et protection des biens personnels, perte ou vol;
- Absence de guichet automatique et fermeture des loirs;
- Alimentation, goûts et la quantité des aliments;
- Règles et procédures du milieu;
- Compatibilité des clientèles à l'égard des âges.

Plusieurs usagers se plaignent de la perte d'effets personnels pendant leur hospitalisation. Chacune des plaintes est étudiée afin d'établir s'il y a eu négligence de l'établissement.

Un usager vivant dans une ressource d'hébergement, se plaint que sa ressource n'offre pas le Wi Fi gratuitement. Par contre la ressource met à la disposition des résidents un ordinateur libre service.

L'absence de guichet automatique entraîne un véritable casse-tête pour les usagers et les intervenants pendant l'hospitalisation. Pour toutes sortes de raisons, plusieurs usagers ne peuvent se rendre seul à l'extérieur de l'Institut pour retirer de l'argent ou pour faire leurs paiements.

Cette année encore plusieurs plaintes sont déposées à l'égard du service alimentaire. Les usagers se sont plaints du mauvais goût des plats et des portions trop petites aux repas et aux collations.

Monsieur demande une baisse de son coût du loyer. L'association où il demeure lui a répondu qu'à l'égard du prix des appartements, c'est l'Office municipal d'habitation qui en détermine le montant.

Un usager se plaint qu'à son unité d'hospitalisation on retrouve des personnes de tous âges et que cela amène certains conflits.

### 3.5 Aspect financier

Il s'agit notamment de contribution financière des usagers à certains services administratifs selon les normes prévues par la loi ou encore de prestations qui leur sont allouées. Ces motifs de plaintes font entre autres référence aux items suivants : compte d'hôpital, frais d'hébergement, aide matérielle et financière.

#### Principaux motifs (3 motifs)

- Facturation des soins et services.
- Allocation de ressources matérielles et financières, prestations reçues par les usagers ;

Monsieur demeure en appartement supervisé. Il est contre les frais de repas qui lui sont demandés car il ne prendrait pas tous ses repas à la cuisine commune. Après réflexion, monsieur me rappelle pour m'aviser qu'il a calculé son budget et qu'il économise plus en partageant les coûts de repas avec les autres locataires.

Un usager demande que l'établissement paie un deuxième examen de la vue car il n'est pas d'accord avec l'ophtalmologiste d'ici qui lui dit ne pas avoir besoin de lunettes.

Un usager réclame plus d'argent personnel. Explications données à monsieur que le montant qu'il reçoit chaque mois n'est pas déterminé par l'Institut. Que le montant est déterminé par la Régie de l'assurance maladie du Québec parce qu'il est en hébergement ici.

### 3.6 Droits particuliers et autres motifs

Les droits particuliers réfèrent à l'obligation d'informer adéquatement les usagers sur:

- ❖ Leur état de santé et de bien-être; les traitements et options possibles;
- ❖ Les services et leurs modes d'accès; leurs droits et recours et leurs obligations;
- ❖ La participation de l'utilisateur à toutes décisions affectant son état de santé et de bien-être;
- ❖ Le plan d'intervention, le plan de services individualisés; le consentement aux soins; le droit de porter plainte.

#### Principaux motifs (16 motifs)

- Accès au dossier de l'utilisateur, perdu, confidentialité;
- Droit à l'information sur l'état de santé, droit de communiquer;
- Consentement libre et éclairé aux services;
- Choix de l'établissement.

Monsieur a été transféré de notre Institut vers un autre centre hospitalier mais les documents juridiques concernant sa comparution au Palais de justice n'ont pas suivi son transfert et monsieur en a besoin.

Madame dit que son intervenante a fait un bris de confidentialité en expliquant au milieu du corridor à un autre intervenant, son état de santé à leur retour d'un rendez-vous médical.

La sœur d'un usager vivant en résidence se plaint de ne pas avoir été contactée lorsqu'il a été conduit à l'urgence de St-Luc. Explications données à madame que son frère n'autorise pas la ressource à communiquer avec cette dernière. Madame demeure mécontente.

Des parents réclament des informations sur l'état de santé de leur fils et le personnel refuse en répondant ne pas être autorisé à leur parler. Les parents avaient été chercher une ordonnance d'examen psychiatrique.

Madame dit être gardée contre son gré. Après vérification, madame a été reconduite ici par les policiers et est présentement en garde en établissement. Explications données sur la garde en établissement et sur ses droits de contester cette décision.

Un résident d'une ressource résidentielle dit subir des pressions pour qu'il accepte de déménager dans une ressource ayant moins de services. Une rencontre a été organisée avec le résident, sa famille et les intervenants impliqués, afin de bien évaluer les besoins de monsieur et de permettre un échange d'informations.

\*Bien que certaines de ces situations ne nécessitent pas de mesure corrective, des interventions d'information, de clarification, de conciliation et de sensibilisations ont été requises.

# **Plaintes traitées par le Médecin examinateur**

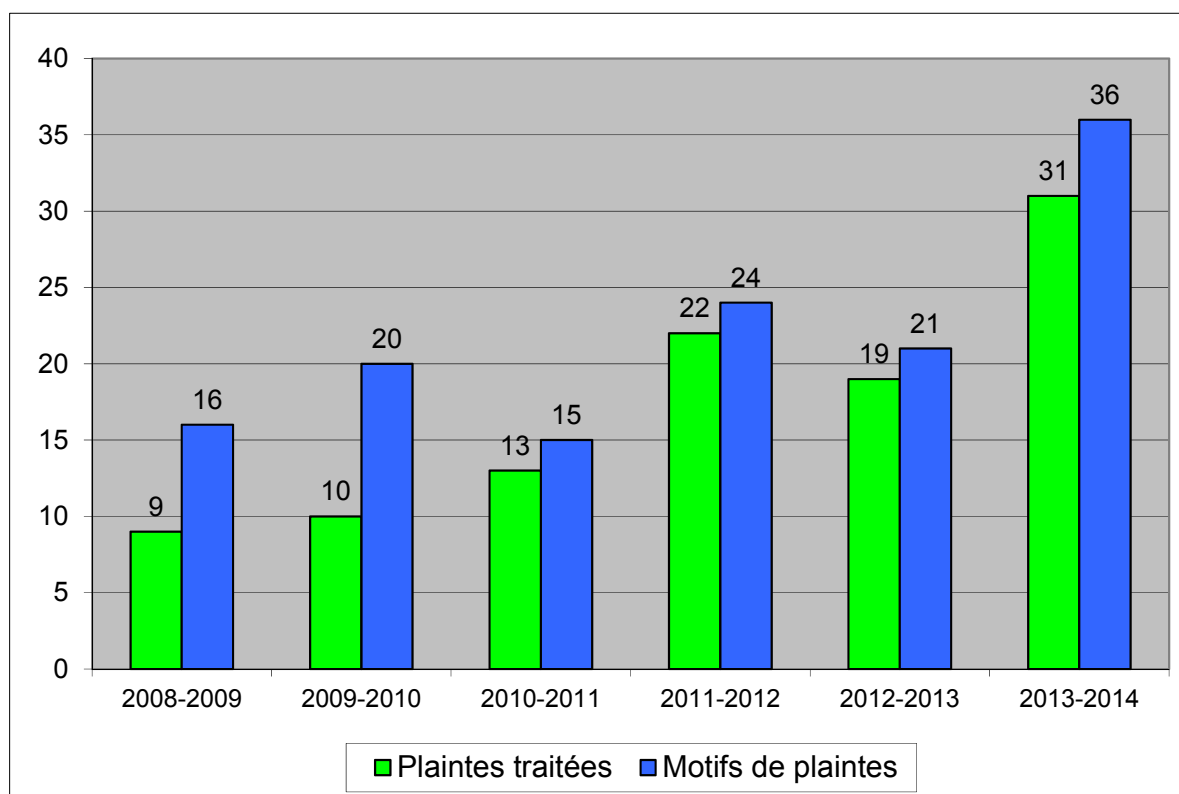
## Chapitre 4

### Plaintes traitées par le médecin examinateur

Au cours de l'année 2013-2014, le médecin examinateur a reçu 31 plaintes. 29 plaintes ont été traitées et conclues et 2 sont en cours de traitement au 31 mars dernier.

21 des 29 dossiers de plaintes ont été conclus à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la Loi. Le délai moyen a été de 32 jours. Un dossier a été orienté au Comité de discipline, présentement en traitement. Le graphique suivant indique le nombre de dossiers de plaintes et de motifs de plaintes traités par le médecin examinateur au cours des 6 dernières années.

#### Plaintes traitées par le médecin examinateur



## Provenance des plaintes

Provenance	Troubles anxieux et de l'humeur	Troubles psychotiques	Urgences évaluation intervention brève
Nombre de plainte	8	13	10

## Motifs de plaintes examinés pour les 31 dossiers

Motifs de plaintes	Nombre	%
Organisation du milieu et ressources matérielles	2	5.5%
Droits particuliers	3	8.5%
Relations interpersonnelles	4	11%
Soins et services dispensés	27	75%
Total	36	100%

## Niveau de traitement des plaintes pour les 29 dossiers conclus

Ensemble des motifs de plaintes	Nombre	%
Rejeté sur examen sommaire	8	27.5%
Problème réglé avant la fin de l'examen / Désistement	3	10%
Traitement complété sans mesure	17	58.5%
Traitement complété avec mesure	1	4%
Total	29	100%

## Principaux motifs

- Soins et services dispensés (27 motifs):
  - Habilités techniques et professionnelles;
  - Évaluation et jugement professionnel;
  - Capacité de base à faire le travail soit le respect du code des professions concernées.
  
- Relations interpersonnelles (4 motifs):
  - Abus d'autorité;
  - Manque de compréhension et d'empathie.
  
- Droits particuliers (3 motifs):
  - Refus d'accès à son dossier;
  - Obtention d'un formulaire;
  - Choix de l'établissement.
  
- Organisation du milieu et ressources matérielles (2 motifs):
  - Diagnostic;

Monsieur se plaint que son psychiatre participe à un complot afin de le faire reconnaître comme pédophile.

Plainte à l'égard de deux psychiatres qui ont fournis de fausses évaluations psychiatriques afin de la garder ici.

Plainte déposée à l'égard d'un psychiatre qui refuse de modifier de quelque manière que ce soit les pratiques médicales entourant les ECT.

Les parents d'une usagère se plaignent du psychiatre avec lequel le contact humain est difficile et qu'il est très peu ouvert à l'égard des proches.

Une usagère se plaint que le psychiatre remplaçant de son psychiatre traitant, ne l'a pas prise au sérieux et qu'il était méprisant à son endroit.

Monsieur se plaint car il a interprété que le rapport d'évaluation du psychiatre prendrait 4 mois à être acheminé à son médecin de famille.

Monsieur est le père d'un ancien usager de notre Institut. Depuis quelques années, les services offerts à monsieur ont été transférés à la première ligne. Le père veut que son fils soit traité ici.

Monsieur dit avoir été hospitalisé avec des criminels, des alcooliques et des prostituées. Selon lui, le psychiatre s'est trompé car il est un cas léger et il était hospitalisé avec des cas chroniques.

## Chapitre 5

### Rapport du Comité de révision

Pour l'année 2013-2014, deux dossiers traités par le Médecin Examineur ont été acheminés en deuxième instance au comité de révision.

Le premier dossier concernait les soins et services dispensés/décision clinique/autres. Nous avons demandé un complément d'examen au médecin examinateur pour une conciliation entre les parties. Ce dossier a été traité dans un délai de 32 jours.

Le deuxième dossier concernait les soins et services dispensés (décision clinique/choix de médication). Ce dossier a été traité dans un délai de 26 jours.

---

## Recommandations

### Recommandations pour l'année 2014- 2015

- Que l'on s'assure que les équipes et les intervenants connaissent et respectent les droits des familles et des proches et qu'ils soutiennent leur participation lorsque cela est requis.
- Que l'on intensifie les travaux du comité sur l'amélioration des interventions auprès des patients utilisateurs de services présentant un comportement agressif (par des morsures ou des crachats) afin d'assurer leur sécurité et celles des intervenants.

En terminant, je tiens à vous remercier pour votre collaboration tout au long de cette année.

*Louise Paulhus*  
*Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services*

# Code d'éthique

En cours d'année, nous n'avons reçu aucun signalement en regard du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

### CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

#### DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des orientations générales de l'établissement;
3. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
9. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;
10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

### DEVOIRS SPÉCIFIQUES

#### 1. Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
5. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;
6. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;
7. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;
8. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

### 2. L'identification de situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;
2. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

3. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;
4. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
5. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :
  - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés,
  - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
6. Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
7. Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

8. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

### **3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes**

1. Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
2. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
3. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
4. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

### **4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat**

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

### RÉGIME DE SANCTIONS

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;
4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;
6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

### ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

1. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
2. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*

## RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

### LA PUBLICITÉ DU CODE

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;
2. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;
3. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
  - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchués de charge.

*Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000*