



2020-2023

# Plan d'action stratégique

« Le patient en tête de nos actions »



Institut national  
de psychiatrie légale  
**Philippe-Pinel**  
APPLIÉ À  
Université  
de Montréal

Table des matières

**Contexte .....3**

**Le patient en tête de nos actions .....3**

**Notre mission .....5**

**Notre vision .....5**

**Plan d’action stratégique 2020-2023 – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP) .....6**

**Annexe.....15**

## Contexte

Le plan d'action stratégique 2020-2023 se veut une extension de l'exercice précédent (2016-2020). Au cours du dernier cycle stratégique, l'INPL-PP s'est vu conférer une mission nationale convoitée depuis plusieurs années. Cette reconnaissance du Ministère est le résultat d'un travail s'échelonnant sur plusieurs années. Le MSSS a effectivement entamé avec notre organisation, en 2017, une démarche importante de consolidation de notre offre de service afin de venir confirmer notre statut national par le biais de l'approbation du plan clinique et académique du MSSS.

Dans le précédent plan stratégique, plusieurs réalisations majeures, outre la mission nationale, ont marqué notre évolution comme organisation :

- ✓ Mise en place une structure de gouvernance pour le projet de transformation avec les différentes parties prenantes, dont les différentes catégories d'employés, des représentants des familles et des patients;
- ✓ Amélioration de l'accessibilité à nos services par la diminution du nombre d'usagers NSA<sup>1</sup>;
- ✓ Le processus d'embauche d'un pair aidant en réponse à la volonté de l'Institut de viser une réhabilitation humaine et axée sur l'expérience des pairs;
- ✓ Amélioration de l'image de marque de l'Institut par une révision complète du site Internet de l'Organisation et la présence plus importante sur les médias sociaux et dans les médias traditionnels;
- ✓ Début des travaux de planification d'un projet d'infrastructure important pour l'offre de service clinique et académique;
- ✓ Dépôt d'un plan de création et de financement d'un Centre de formation et d'innovation en santé mentale et sécurité;
- ✓ Mise en place de différents outils de communication pour l'État d'avancement des projets majeurs afin d'améliorer des processus de gouvernance;
- ✓ Amélioration de la planification de la main-d'œuvre en réussissant à ne recourir à aucun quart de travail en temps supplémentaires obligatoires aux étés 2018 et 2019.

---

<sup>1</sup> Clientèle en attente d'une ressource plus légère, ne nécessitant plus notre niveau de soin

## LE PATIENT EN TÊTE DE NOS ACTIONS

Le patient en tête de nos décisions et de nos actions est l'élément stratégique majeur et transversal qui a guidé notre réflexion. Il doit absolument se concrétiser dans la mise en œuvre de toutes actions. Ceci correspond à la primauté de l'individu au cœur de notre philosophie de soins.

Afin de respecter la transversalité de cette composante *sine qua none*, toutes les actions stratégiques, tactiques et opérationnelles tiendront compte des besoins de nos patients. Pour nos patients, cela signifie qu'ils seront au centre des décisions sur leur processus de soins, qu'ils participeront à l'amélioration de leur milieu de vie et qu'ils recevront des soins de qualité. Cela sous-entend aussi qu'eux, ou leurs proches, seront des partenaires de choix dans le cadre des projets, des décisions ou du rayonnement de l'établissement.

Le patient a donc une place de choix dans toutes les sphères de l'organisation.



Plan d'action stratégique 2020-2023 – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Alors que les quatre (4) dernières années ont permis d'obtenir les approbations nécessaires pour planifier l'Institut de demain, les trois (3) prochaines permettront l'actualisation de ces plans et la réalisation de nos aspirations.

La mission nationale conférée à l'INPL-PP a confirmé son expertise unique et complémentaire aux autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Aujourd'hui, les efforts sont axés sur le développement international et le développement de partenariat avec les réseaux de la SSS, de la sécurité publique et de la justice ainsi qu'un soutien au MSSS.

Finalement, le présent plan stratégique s'inscrit dans le cadre de celui élaboré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est pourquoi il reprend les quatre (4) orientations suivantes :

1. Améliorer l'accès aux professionnels et aux services
2. Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie
3. Prendre soin du personnel du réseau
4. Moderniser le réseau de la santé

Dans le contexte du déploiement de la mission nationale de l'Institut et du plan clinique et académique, le présent plan d'action stratégique est aussi composé de deux (2) orientations spécifiques à notre établissement, c'est-à-dire :

1. Mettre en œuvre le plan clinique, administratif et académique approuvé par le MSSS
2. Favoriser l'émergence d'opportunités de partenariats au sein des divers réseaux de l'organisation dans le contexte de l'actualisation de la mission nationale de l'Institut

Ce plan d'action n'est pas qu'un simple document officiel pour notre organisation. Il s'inscrit dans une démarche de consultation ayant débuté en février 2020. Le Conseil d'administration, les comités consultatifs, les syndicats, nos médecins, nos gestionnaires et nos employés ont tous été rencontrés dans le cadre de ces travaux. Le tout a grandement influencé les objectifs et les moyens réfléchis pour atteindre les résultats escomptés. Notre démarche stratégique se veut donc rassembleuse et dynamique.

## NOTRE MISSION

L'Institut national de psychiatrie légale est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services surspécialisés en psychiatrie légale. ***La mission de l'Institut se positionne aux confins du réseau de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique et de la justice.*** Elle se compose de quatre volets qui ont en leur cœur le bien-être du patient et du personnel, leur sécurité et celle du public, le tout dans un souci constant de rigueur et d'amélioration de la qualité des services et de ses ressources. La mission consiste donc à :

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

## NOTRE VISION

**Exercer le leadership national en matière de psychiatrie légale en changeant directement des vies ou par le biais de nos recherches, notre expertise et de notre enseignement.**

Être l'Institut national de psychiatrie légale :

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

Plan d’action stratégique 2020-2023 – Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP)

| Objectifs                                                                                                          | Propri. | Indicateurs                                                                                   | Cibles 3 ans (2023)                                                                                                         | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENJEU 1 : Le bon service, au bon moment, offert par la bonne personne                                              |         |                                                                                               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ORIENTATION 1 : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services                                               |         |                                                                                               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1.1 Diminuer le temps d'attente avant d'avoir accès à des services de psychiatries légales                         | DSP     | Délai d'admission dans le cadre d'un transfert de mandat de la CETM                           | Cible : 4 semaines (28 jours)                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Mise en place des trajectoires cliniques</li><li>✓ Consolidation de l'équipe NSA</li></ul>                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                    |         | Délai d'admission via le programme d'hospitalisation transitoire, soutien au réseau           | Cible à déterminer selon la mesure de départ<br>Mesure de départ : À déterminer une fois la collecte manuelle mise en place |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                    |         | Nombre de patients en niveau de soins alternatifs (NSA) hors délai, en variable 8, 12, 14, 15 | Cible : 0 usager NSA hors délai<br>Mesure de départ : Indicateur en développement, disponible à partir de janvier 2021      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ENJEU 2 : Des citoyens en santé                                                                                    |         |                                                                                               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ORIENTATION 2 : Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie                                             |         |                                                                                               |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 2.1 Réduire la proportion de patients hospitalisés à l'Institut utilisant les produits tabagiques                  | DSI-SM  | Pourcentage des patients hospitalisés fumeurs                                                 | Cible : Diminution de 15%<br>Mesure de départ : 29,5% (portrait du 09-11-2020)                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rendre accessible des trousse de cessation tabagique pour les patients.</li><li>✓ Tenir des ateliers cliniques pour les patients concernant l'utilisation de produits tabagiques.</li><li>✓ Réaliser une campagne de sensibilisation auprès des patients.</li></ul>          |
| 2.2 Réduire la proportion d'employés utilisant les produits tabagiques                                             | DRHC    | Pourcentage d'employés fumeurs                                                                | Cible : Diminution de 15%<br>Mesure de départ : À déterminer suite au sondage des employés                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Réaliser une campagne de sensibilisation pour les employés.</li><li>✓ Rendre accessible des trousse de cessation tabagique pour les employés.</li><li>✓ Planifier et tenir des conférences offertes aux employés.</li><li>✓ Promotion de la saine habitude de vie.</li></ul> |
| 2.3 Augmenter le taux de vaccination contre l'influenza au sein des patients répondant aux critères de vaccination | DSI-SM  | Pourcentage patients répondant aux critères de vaccination, vaccinés                          | Selon le plan stratégique 2019-2023 du MSSS, la cible 2021-2022 est de 75% des patients                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Réaliser une campagne de sensibilisation pour les patients avec données scientifiques.</li><li>✓ Planifier et réaliser des séances d'informations aux patients.</li></ul>                                                                                                    |
| 2.4 Augmenter le taux de vaccination contre l'influenza au sein des employés répondant aux critères de vaccination | DRHC    | Pourcentage des employés répondant aux critères de vaccination, vaccinés                      | Cible : 50% des employés<br>Mesure de départ : 10,93% (campagne de vaccination 19-20)                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Réaliser une campagne de sensibilisation de vaccination pour les employés avec données scientifiques.</li><li>✓ Planifier et réaliser des séances d'informations pour les employés.</li></ul>                                                                                |

| Objectifs                                                                                                                   | Propri. | Indicateurs                                                                                                         | Cibles 3 ans (2023)                                                                                                            | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENJEU 3 : Le plein potentiel du personnel                                                                                   |         |                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ORIENTATION 3 : Prendre soin du personnel du réseau                                                                         |         |                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3.1 Améliorer la disponibilité du personnel                                                                                 | DRHC    | Ratio de présence au travail ciblé par le MSSS                                                                      | Selon le plan stratégique 2019-2023 du MSSS, la cible 2022-2023 est de 90,52 %<br>Mesure de départ : 87 % (taux 2019-2020)     | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Réaliser des plans d’action annuels en matière de planification de la main-d’œuvre et d’assurance salaire qui répondent aux réalités du milieu.</li><li>✓ Réaliser, quatre (4) fois par année, un état de situation portant sur la rétention du personnel global et par titre d’emploi et le présenter au conseil d’administration.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                             |         | Taux d’heures supplémentaires ciblé par le MSSS                                                                     | Selon le plan stratégique 2019-2023 du MSSS, la cible 2020 est de 4,00%<br>Mesure de départ : 5,6% (taux moyen 2019-2020)      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             |         | Taux de rétention du personnel global et par titre d’emploi                                                         | Cible : Maintien<br>Mesure de départ : 80% (taux 2019-2020)                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3.2 Améliorer nos processus de développement du personnel afin de favoriser le contexte de mobilisation                     | DRHC    | Nombre d’heures de formation du personnel                                                                           | Cible : Augmentation de 10%<br>Mesure de départ : 6 986 heures (excluant les heures des formateurs, nombre 19-20)              | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Démystifier et soutenir les employés et les gestionnaires dans le processus d’appréciation de la contribution.</li><li>✓ Multiplier les stratégies de formations afin d’offrir les moyens nécessaires pour augmenter la capacité des individus à se développer.</li><li>✓ Revoir la politique d’appréciation et les outils associés.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                             |         | Pourcentage annuel d’employés ayant été rencontrés pour une appréciation de leur contribution par leur gestionnaire | Cible : 50% des employés (incluant gestionnaires)<br>Mesure de départ : 24% employés (incluant gestionnaire, donnée 2019-2020) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             |         | Pourcentage annuel des cadres ayant été rencontrés pour une appréciation de leur contribution par leur gestionnaire | Cible : 100% des cadres<br>Mesure de départ : 62% des cadres (donnée 2019-2020)                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3.3 Améliorer l’approche clinique et le contexte thérapeutique afin d’offrir un milieu sécuritaire aux personnels cliniques | DSI-SM  | Nombre annuel d’accidents d’agressions envers un patient                                                            | Cible : Diminution de 15%<br>Mesure de départ : 15 (2019-2020)                                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Développement de pratiques interdisciplinaires appuyées sur des données probantes pour répondre aux besoins spécifiques de nos clientèles selon les trajectoires et la programmation.</li><li>✓ Définir les rôles et les responsabilités spécifiques ainsi que la complémentarité des membres de l’équipe clinique.</li><li>✓ Adaptation de l’environnement au regard des meilleures pratiques en psychiatrie légale, comprenant :<ul style="list-style-type: none"><li>• Implantation de l’outil d’évaluation DASA dans tout l’établissement</li></ul></li></ul> |
|                                                                                                                             |         | Nombre annuel d’accidents d’agressions envers un employé                                                            | Cible : Diminution de 15%<br>Mesure de départ : nouvelle collecte de données en cours                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

| Objectifs                                                                                                                                | Propri.      | Indicateurs                                                                                                                  | Cibles 3 ans (2023)                                                                                                                         | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                          |              |                                                                                                                              |                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Implantation de l’outil le « coclico » dans tout l’établissement</li><li>✓ Augmentation de l’offre de formation et détermination d’une programmation annuelle incluant un programme d’accueil et d’intégration.</li></ul> Déterminer une offre de soutien pour les employés impliqués dans des interventions complexes.                                                                                                                                                                                                                               |
| 3.4 Améliorer nos processus de gestion en matière d’inclusion de la main-d’œuvre et de civilité au travail                               | DRHC         | Pourcentage d’employés formés en matière de civilité au travail                                                              | Cible : 75%<br>Mesure de départ : 0% (programme non débuté en date du 31 mars 2020)                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rédiger, faire porter et diffuser une déclaration sur l’inclusion et la civilité au travail.</li><li>✓ Mettre en place un comité composé de divers acteurs organisationnels afin de réfléchir la gestion de l’inclusion et de la civilité.</li><li>✓ Mettre en place des moyens de sensibilisation pour l’inclusion et la civilité au travail.</li><li>✓ Révision de certaines politiques internes.</li></ul>                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                          |              | Pourcentage d’employés provenant de groupes de minorités visibles ou personnes handicapées                                   | Cible : 20%<br>Mesure de départ : 15,2% (estimation, donnée plus précise à venir)                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ENJEU 4 : Une organisation moderne et mieux adaptée aux besoins des citoyens                                                             |              |                                                                                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ORIENTATION 4 : Moderniser le réseau et ses approches                                                                                    |              |                                                                                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4.1 Améliorer la satisfaction des patients à l’égard des soins et services et placer le patient et ses proches au centre de nos actions. | DSI-SM (DSP) | Degré de la satisfaction des patients à l’égard des services                                                                 | Cible à déterminer lorsque la donnée sera disponible<br>Mesure de départ : nouvel ajout à l’agrément au printemps 2021                      | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Déployer l’approche patients-partenaires.</li><li>✓ Valider la satisfaction de la clientèle.</li><li>✓ Mise en place et passation d’un sondage de satisfaction auprès des patients de l’Institut annuellement.</li><li>✓ Actualiser le poste permanent de pair aidant.</li><li>✓ Créer une banque de patients et de proches dans le but de les faire participer à divers projets et décisions.</li><li>✓ Faire participer le comité des usagers aux projets organisationnels.</li><li>✓ Mise en place du projet Bureau d’expérience patient</li></ul> |
|                                                                                                                                          |              | Nombre des consultations auprès du comité des usagers                                                                        | Cible à déterminer lorsque la donnée sera disponible<br>Mesure de départ : Indicateur en développement, disponible à partir de janvier 2021 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                          |              | Nombre de patients partenaires et de proches participants à des projets, comités ou démarches organisationnelles             | Cible : 25<br>Mesure de départ : 17                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4.2 Déployer des approches adaptées et intégrées aux besoins de nos patients                                                             | DSP          | Pourcentage de déploiement du projet de trajectoire programmation                                                            | Cible : 75% (phase de réalisation en cours)<br>Mesure de départ : à déterminer                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Mettre en place des activités d’accompagnement pour favoriser l’appropriation des outils par les intervenants cliniques.</li><li>✓ Rehaussement de l’offre de services professionnels.</li><li>✓ En collaboration avec la DRE, offrir la formation DUNDRUM à l’ensemble du personnel clinique de l’établissement.</li><li>✓ Mettre en place la plateforme iReAdapt.</li></ul>                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                          |              | Pourcentage de déploiement du nouveau modèle de plan de soins aux services externes (rétablissement/approche par les forces) | Cible : 100%<br>Mesure de départ : 10% (phase de démarrage en cours)                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Objectifs                                                                                                                                                                                                     | Propri.       | Indicateurs                                                                                | Cibles 3 ans (2023)                                                                      | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                               |               | Nombre de rapports HCR-20 produits (inclus externe et interne)                             | Cible : Augmentation de 25%<br>Mesure de départ : 135 (nombre total 19-20)               | ✓ Mise en place du PQPTM.<br>✓ Implantation du modèle de soins et de la trajectoire clinique.<br>✓ Arrimer le projet d’infrastructure avec le projet de transformation clinique et académique.<br>Analyser les trajectoires de services des patients en psychiatrie légale afin d’identifier des mesures de prévention de la judiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux.                                                                                                                              |
| 4.3 Soutenir des initiatives visant à développer un système thérapeutique inclusif et respectueux des besoins spécifiques des patients qui permettraient de répondre aux principes de sécurisation culturelle | DSP et DSI-SM | Pourcentage des intervenants formés sur la sécurité culturelle et l'alliance thérapeutique | Cible : 75% des intervenants formés<br>Mesure de départ : 0% (programme non débuté)      | ✓ Développer des programmes de formation qui permettront d'offrir des soins et des services répondant aux principes de sécurisation culturelle.<br>✓ Mettre en place des projets visant le développement et le renforcement de l'alliance thérapeutique.<br>✓ Mise en place du bureau de l'expérience patient.<br>✓ Actualiser le poste permanent de pair aidant.                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                               |               | Nombre de projets développés par le bureau d'expérience patient                            | Cible : 1 projet par année<br>Mesure de départ : 0 (Bureau non actualisé)                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4.4 Favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau dans les délais prescrits par le MSSS.                                                                                       | DGA           | Pourcentage d’avancement du plan transitoire locale.                                       | Cible : 100% de réalisation<br>Mesure de départ : 0% (donnée en date du 31 mars 2020)    | ✓ Mise en place du plan transitoire locale (PTL).<br>✓ Mise en place d’une structure de gouvernance pour le projet DSN.<br>✓ Actualiser les attentes et les livrables du MSSS à l’égard du projet DSN.<br>✓ Élaborer les outils de suivi au sein de la salle de pilotage stratégique.                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                               |               | Pourcentage de réalisation des attentes et livrables du MSSS à l’égard du projet DSN       | Cible : 100% de réalisation<br>Mesure de départ : 0% (donnée en date du 31 mars 2020)    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4.5 Rehausser et harmoniser la qualité et la sécurité des soins et services, comprenant la révision des rôles et responsabilités des types d’emploi selon le Code des professions.                            | DSI-SM        | Adoption du cadre de pratique interdisciplinaire par le CODIR                              | Cible : Cadre de pratique interdisciplinaire adopté par le CODIR                         | ✓ Mener avec une vision concertée les travaux pour clarifier les rôles et responsabilités permettant l’appropriation des trajectoires et des programmes.<br>✓ Développer un cadre de pratique interdisciplinaire dans un contexte de collaboration et de complémentarité des rôles pour une utilisation optimale de chacun.<br>✓ Élaborer des outils clairs précisant les rôles et responsabilités du personnel clinique afin de valoriser l’apport de chaque profession dans une offre de service interdisciplinaire. |
|                                                                                                                                                                                                               |               | Pourcentage des employés concernés sensibilisés au cadre de pratique                       | Cible : 100%<br>Mesure de départ : Non applicable, car le cadre n’est pas encore élaboré |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Objectifs                                                                                                                            | Propri. | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cibles 3 ans (2023)                                                                                                                | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                      |         | Degré de satisfaction des professionnels de la santé de l’Institut à l’égard du cadre de pratique                                                                                                                                                                                                  | Cible : À définir une fois le cadre implanté                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rehausser la pratique des soins infirmiers : développer un leadership infirmier fort, tant stratégiquement qu’opérationnellement.</li><li>✓ De concert avec la DSP, mettre en place un modèle de soins axés sur la collaboration interprofessionnelle dans la prestation de soins.</li><li>✓ Assurer la mise en œuvre et le maintien d’un protocole pour l’application des mesures de contrôle dans tout l’établissement d’ici décembre 2020.</li><li>✓ Suivre l’état d’avancement du projet « Mise en place de la politique sur les mesures de contrôle » dans la salle de pilotage.</li></ul>                                                                                                        |
| 4.6 Rehausser les pratiques et processus administratifs organisationnels en matière de performance.                                  | DGA     | Révision des quatre processus : <ul style="list-style-type: none"><li>✓ reddition de compte en lien avec l’Entente de gestion d’imputabilité.</li><li>✓ processus budgétaire</li><li>✓ mode de gouvernance pour la réalisation du plan stratégique 2020-2023</li><li>✓ salle de pilotage</li></ul> | Cible : 4<br>Mesure de départ : 0                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Améliorer les processus de reddition de compte en lien avec l’Entente de gestion d’imputabilité.</li><li>✓ Améliorer le processus budgétaire en développant les outils d’analyses et en favorisant l’imputabilité des directions.</li><li>✓ Mettre en place et actualiser le mode de gouvernance pour la réalisation du plan stratégique 2020-2023.</li><li>✓ Revoir le processus du fonctionnement de la salle de pilotage.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4.7 Élaborer le processus de gestion des risques et assurer son intégration à la gestion de la qualité et à l’amélioration continue. | PDG     | Ratio du nombre d’accidents répétitifs et de niveau de gravité plus grand que E2, suivis au comité de gestion des risques, par rapport au nombre total d’accidents répétitifs et de niveau de gravité plus grand que E2 déclarés.                                                                  | Cible : 100%<br>Mesure de départ : 0                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Mettre en place d’une structure de gouvernance pour le suivi et l’actualisation de la gestion des risques (comprenant la création de sous-groupes de travail pour l’élaboration des processus d’identification et de résolution des risques).</li><li>✓ Refonte de la politique et des procédures de la gestion des risques.</li><li>✓ Élaborer et mettre en place des processus d’appropriation de la gestion des risques et de la déclaration des accidents.</li><li>✓ Mettre en place un processus d’amélioration continue de la qualité intégrée avec la démarche d’Agrément.</li><li>✓ Mettre en place des indicateurs sur la gestion des risques et de la qualité dans l’organisation.</li></ul> |
|                                                                                                                                      |         | Taux d’incidents et d’accidents déclarés par jours présence                                                                                                                                                                                                                                        | Cible : 0,0148 (taux Douglas 2018-2019)<br>Mesure de départ : 0.0066 (donnée 2019-2020)                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                      |         | Taux de conformité aux critères d’agréments                                                                                                                                                                                                                                                        | Cible : 100% de conformité<br>Mesure de départ : 94% (donnée estimée comprenant agrément 2018 + autoévaluation de l’agrément 2020) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Objectifs                                                                                                           |                                                                            | Propri. | Indicateurs                                                                                                                                           | Cibles 3 ans (2023)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                     |                                                                            |         | Ratio du nombre d'événements sentinelles ayant mené à un plan d'action suivi au comité de gestion des risques et au comité de vigilance et de qualité | Cible : 100%<br>Mesure de départ : 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ENJEU 5 : Une mission nationale à actualiser                                                                        |                                                                            |         |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| ORIENTATION 5 : METTRE EN ŒUVRE LE PLAN CLINIQUE, ADMINISTRATIF ET ACADÉMIQUE APPROUVÉ PAR LE MSSS                  |                                                                            |         |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.1 Développer le rôle-conseil de l'Institut en matière de psychiatrie légale auprès du MSSS et des établissements. | 5.1.1 En lien avec la mission clinique de l'Institut                       | DSP     | Nombre distinct de services cliniques rendus par l'Institut via les modalités de télésanté                                                            | Cible : Maintien<br>Mesure de départ : 106 partenaires desservis (estimation basée sur le nombre de connexions faites à partir d'IRIS. Sous-estime une partie des consultations, car certains ne se font pas via IRIS)<br><br>225 demandes de télé-santé (estimation à partir du portail libre-service (C2) pour l'année 2019-2020) | ✓ Soutenir les établissements par le biais des services de consultation et d'expertise via la télésanté.<br>✓ Coordonner la surspécialité de psychiatrie légale en collaboration avec l'Université de Montréal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                     | 5.1.2 En lien avec la mission de recherche et d'enseignement de l'Institut | DRE     | Nombre de nouveaux projets ou développements de l'Institut basés sur les données probantes produites par l'UETMIS                                     | Cible : 1 par année<br>Mesure de départ : 1                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ✓ Développer et consolider la collaboration entre l'UETMIS de l'Institut et le MSSS pour favoriser l'intégration des données probantes dans la prise de décision.<br>✓ Intégrer l'UETMIS à l'ensemble des activités de l'Institut, d'ici 3 ans.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                     |                                                                            |         | Nombre de documents produits par l'UETMIS de l'Institut, consultés et rendus disponibles par le MSSS                                                  | Cible : 1 par année<br>Mesure de départ : 0                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5.2 Coordonner la mise en place des principes de hiérarchisation des services et soutenir le Réseau.                |                                                                            | DSP     | Pourcentage d'avancement du projet hiérarchisation                                                                                                    | Cible : 75%<br>Mesure de départ : 20% (en phase de planification)                                                                                                                                                                                                                                                                   | ✓ Implanter le modèle de hiérarchisation des services pour Montréal.<br>✓ Maintenir, ou au besoin mettre en place, en collaboration avec les autres établissements publics de la région ou des autres régions du bassin desservi, des corridors d'accès permettant à sa population d'avoir accès aux services de nature spécialisée ou surspécialisée.<br>✓ Mettre en place un système informatisé de suivi de la trajectoire des patients en psychiatrie légale sur l'Île de Montréal et proposer un plan avec des conditions au MSSS, dans le cadre du projet de hiérarchisation en psychiatrie légale. |

| Objectifs                                                                                                                     | Propri. | Indicateurs                                                                                       | Cibles 3 ans (2023)                                                                   | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                               |         |                                                                                                   |                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Participer à la concertation et à la coordination interministérielle requise en psychiatrie légale, notamment quant aux mécanismes d’éclairage à la cour à mettre en place, aux critères d’admission en unité d’hospitalisation lors de demandes d’évaluation et de traitement des accusés ainsi qu’en matière de services de santé mentale à offrir en établissement de détention sous la responsabilité des services correctionnels du Québec.</li><li>✓ Collaborer à l’élaboration de normes applicables au statut d’hôpital désigné à l’arrêté ministériel au sens de l’article 672.1 du Code criminel, notamment en matière de sécurité, de ressources humaines et de programmes spécialisés.</li><li>✓ Soutenir les hôpitaux désignés dans la mise en œuvre d’une offre de services ambulatoires en psychiatrie légale, notamment dans l’identification de services de soutien à la remise en liberté des accusés soumis à une ordonnance d’évaluation de leur état mental ou à une ordonnance de traitement afin d’éviter une hospitalisation si celle-ci n’est pas nécessaire.</li></ul> |
| 5.3 Développer et actualiser l’offre de service du centre de formation et d’innovation en santé mentale, justice et sécurité. | DRE     | Nombre de formations DUNDRUM offertes par l’Institut annuellement                                 | Cible : 3X/an<br>Mesure de départ : 1                                                 | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Mettre en place le « Centre de formation et d’innovation en santé mentale, justice et sécurité ».</li><li>✓ Structurer et mettre en place une offre de programmation annuelle de base.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                               |         | Nombre de formations autres offertes par l’Institut annuellement (programmation annuelle de base) | Cible : 5X/an<br>Mesure de départ : 3                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                               |         | Nombre de personnels cliniques formés DUNDRUM, par année, provenant de l’interne                  | Cible : 30 personnes/an<br>Mesure de départ : 25                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                               |         | Nombre de personnels cliniques formés DUNDRUM, par année, provenant de l’externe                  | Cible : 60 personnes/ année<br>Mesure de départ : 7                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5.4 Développer et actualiser la vision et la mission d’excellence du Centre de recherche en santé mentale judiciaire.         | DRE     | Nombre de chercheurs réguliers                                                                    | Cible : 4 nouveaux chercheurs réguliers<br>Mesure de départ : 15 chercheurs réguliers | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Définir le « branding » corporatif du centre de recherche.</li><li>✓ Identification d’une méthode de financement et dépôt des demandes de financement.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| Objectifs                                                                                                                    | Propri. | Indicateurs                                                                                    | Cibles 3 ans (2023)                                                                                                             | Moyens (ceci est revu dans le cadre de la planification annuelle)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                              |         | Subventions de recherche octroyées (\$) aux chercheurs réguliers (nombre de subventions ou \$) | Cible : Augmentation de 10% (en \$) des nouvelles subventions de recherche<br>Mesure de départ : Méthode d’évaluation à définir | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Poursuivre la recherche de financement récurrent de l’«Observatoire en santé mentale, justice et sécurité».</li><li>✓ Proposer un plan de développement de la recherche.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                              |         | Pourcentage d’avancement de l’élaboration du plan de développement du CRSMJ.                   | Cible à définir<br>Mesure de départ : 0%                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                              |         | Nombre de publications annuelles émanant des ETMI de l’UETMIS                                  | Cible : 1 par année<br>Mesure de départ : 0                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 5.5 Moderniser les infrastructures de l’organisation afin de permettre l’actualisation de la mission clinique et académique. | DST     | Pourcentage de l’indice de vétusté 2015-2020 corrigé                                           | Cible : 75 % corrigé<br>Mesure de départ : 8%                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Mettre en place les projets identifiés de la liste des besoins afin de diminuer l’indice de vétusté.</li><li>✓ S’assurer de l’adhésion organisationnelle et du bon fonctionnement du projet de modernisation de l’Institut, par le suivi du cadre de gouvernance en place, par le respect des échéanciers et par la réalisation des livrables.</li><li>✓ Actualiser les attentes et les livrables du MSSS et de la SQI à l’égard du projet majeur de transformation.</li><li>✓ Arrimer le projet d’infrastructure avec le projet de transformation clinique et académique.</li></ul> |
|                                                                                                                              |         | Pourcentage de l’indice de vétusté 2021-2026 corrigé                                           | Cible : 30 % corrigé<br>Mesure de départ : 0%                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                              |         | Pourcentage d’avancement du projet majeur                                                      | Cible : 16% d’avancement (phase de démarrage complétée et début de la phase de planification)<br>Mesure de départ : 8%          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

| ENJEU 6 : Être un partenaire de choix                                                                                                                                                    |                                                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIENTATION 6 : Favoriser l’émergence d’opportunités de partenariats au sein des divers réseaux de l’organisation dans le cadre de l’actualisation de la mission nationale de l’institut |                                                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 6.1 Développer et promouvoir la notoriété et la place de l’Institut au cœur des réseaux de la santé, de la justice et de la sécurité publique afin de faire rayonner notre rôle unique.  |                                                                            | PDG | À définir une fois le plan de communication 2020-2023 élaboré                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Cible sera fixée à partir du nouveau plan de communication 2020-2023<br>Mesure de départ : À déterminer une fois les indicateurs identifiés | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Mettre à jour la mission de l’Institut afin qu’elle traduise davantage la réalité actuelle</li><li>✓ Élaborer un portefeuille de projets pour la fondation de l’Institut</li><li>✓ Promouvoir le rôle de l’Institut dans le réseau de la santé et le milieu judiciaire</li><li>✓ Élaborer un plan de communication soutenant la mission nationale et les activités du plan clinique et académique de l’Institut.<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Augmenter la visibilité des porte-paroles dans les médias</li><li>✓ Mettre de l’avant notre savoir-faire dans les médias traditionnels et sur les réseaux sociaux</li></ul></li><li>✓ Vulgariser, aux patients et aux proches, la mission de l’organisation et les enjeux en psychiatrie légale</li></ul> |
| 6.2 Mettre en place différents partenariats dans lesquels notre leadership en psychiatrie légale est au premier plan.                                                                    | 6.2.1 En lien avec la mission de recherche et d’enseignement de l’Institut | DRE | Nombre total et nombre de nouvelles ententes avec des partenaires académiques <ul style="list-style-type: none"><li>• Ententes signées avec d’autres regroupements de recherche</li><li>• Avoir signé le contrat d’affiliation avec l’Université de Montréal</li></ul> Une entente particulière avec au moins un autre établissement universitaire, voire un contrat d’affiliation avec une autre université | Cible : 1 nouveau partenaire par année<br>Mesure de départ : 1                                                                              | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identifier et développer les opportunités possibles pour déployer notre expertise au service de milieux non conventionnels (services de sécurité privés, milieux communautaires, etc.)</li><li>✓ Explorer le développement de partenariats de mobilisation des connaissances dans les milieux de pratiques hors-académiques</li><li>✓ Développer des ententes avec les milieux académiques, les regroupements de recherches et des partenaires non conventionnels, incluant hors Québec.</li><li>✓ Élaborer un portefeuille de projets pour la fondation de l’Institut</li></ul>                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                          | 6.2.2 En lien avec la mission de soins et de services de l’Institut        | PDG | Ratio du nombre de nouveaux partenariats hors académique conclus (nouveaux partenariats conclus/ nouveaux partenariats potentiels visés)                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cible : À définir selon le nombre de partenariats potentiels visés<br>Mesure de départ : 0                                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identifier et développer des opportunités de partenariats afin de soutenir nos différentes fonctions administratives et cliniques et de recherche et d’enseignement.</li><li>✓ Saisir des opportunités afin de développer des opportunités de partenariats en cohérence avec notre mission.</li><li>✓ Renégocier et conclure une nouvelle entente d’une durée de 15 ans avec les Services correctionnels canadiens, d’ici un an.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                            |     | Pourcentage d’avancement des négociations avec le SCC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cible : 100%<br>Mesure de départ : 0%                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                            |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |



# Annexe

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

## **Mode de gouvernance pour la réalisation du plan d'action stratégique 2020-2023**

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE ..... 2

2. MODALITÉS DE GESTION DU PLAN D’ACTION STRATÉGIQUE 2020-2023 ..... 2

2.1 MODALITÉS DE SUIVI DE LA PLANIFICATION ANNUELLE ET DU TABLEAU DE BORD DE GESTION STRATÉGIQUE..... 4

2.2 RESPONSABLES DU PROCESSUS DE SUIVI ET DE RÉALISATION DU PLAN D’ACTION STRATÉGIQUE 2020-2023 ..... 4

2.3 RESPONSABLE DE L’ATTEINTE DES OBJECTIFS ET DES CIBLES DU PLAN D’ACTION STRATÉGIQUE 2020-2023 ..... 4

3. GRANDS JALONS ..... 5

3.1 DÉFINITION ET IMPLICATION DES JALONS..... 7

4. GESTION DE LA QUALITÉ ..... 8

ANNEXE 1 – EXEMPLE DU BILAN PRÉSENTÉ ..... 9

## 1. CONTEXTE

Le plan stratégique 2020-2023 de l’Institut est maintenant complété et en ce sens, l’Institut se dote d’un mode de gouvernance pour le suivi de la réalisation de ce plan. Ce mode de gouvernance permettra de planifier, structurer et optimiser les processus de réalisation, de suivi, de reddition de comptes et de communication liés au plan d’action stratégique 2020-2023.

## 2. MODALITÉS DE GESTION DU PLAN D’ACTION STRATÉGIQUE 2020-2023

L’état d’avancement des 23 objectifs contenus dans le plan d’action stratégique 2020-2023 sera suivi à l’aide d’une planification annuelle et d'un tableau de bord de gestion stratégique. La planification annuelle permettra de préciser les moyens et les cibles à atteindre durant l’année en cours tandis que le tableau de bord de gestion stratégique permettra de suivre l’état d’avancement des objectifs et des indicateurs identifiés. À la fin de chaque année, un bilan sera fait afin de planifier l’année suivante.

PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2020-2023



TABLEAU DE BORD DE GESTION STRATÉGIQUE



Le **plan d'action stratégique 2020-2023** comprend :

- 6 enjeux/orientations
- 23 objectifs déclinés en propriétaire, indicateurs, cibles 2023, et exemple de moyens

Chacun des 23 objectifs fera l'objet d'une **planification annuelle** dans lequel les moyens, les livrables et les cibles à atteindre pour l'année en cours seront précisés.

L'état d'avancement des 23 objectifs sera suivi à l'aide d'un **tableau de bord de gestion stratégique**. Cet état d'avancement sera représenté par un code de couleur (vert, en contrôle; jaune, à surveiller; rouge, en difficulté; mauve, non débuté ou en suspens et bleu, réalisé). Le tableau de bord de gestion stratégique permettra également de suivre l'évolution des indicateurs identifiés dans le plan d'action stratégique 2020-2023 à l'aide de représentations visuelles des indicateurs.

La planification annuelle et le tableau de bord de gestion stratégique seront mis à jour à raison de 4X/an (excepté 2020-2021). Ces **jalons** sont les suivants :

- 15 septembre (CODIR spécial, début de l'année, présentation au CA)
- 15 décembre
- 31 mars (CODIR spécial, ajustement si requis afin d'atteindre les cibles en juin)
- 15 juin (Lac-à-l'épaule pour faire le bilan de l'année et planifier année suivante, présentation au CA)

PLANIFICATION ANNUELLE 2020-2021

PLANIFICATION ANNUELLE 2021-2022

PLANIFICATION ANNUELLE 2022-2023

## 2.1 MODALITÉS DE SUIVI DE LA PLANIFICATION ANNUELLE ET DU TABLEAU DE BORD DE GESTION STRATÉGIQUE

Le suivi du tableau de bord de gestion stratégique est confié au comité de direction, alors que la responsabilité de l'élaboration et de la mise en œuvre des objectifs est confiée aux propriétaires des objectifs, correspondant aux directions concernées de l'Institut.

Le suivi du plan d'action stratégique sera assuré par le comité de direction. Son rôle est d'assurer la cohérence, le suivi et l'arbitrage des ressources requises. Le comité de direction est composé de la PDG, DGA, DSP, Directrice des services techniques et du projet majeur, Directrice de la recherche et de l'enseignement, Directrice des ressources humaines et des communications, Directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires et de la chef du Département de psychiatrie.

Ce comité est composé de :

- Manon Boily, PDG
- Yann Belzile, DGA
- Dre Kim Bédard-Charette, Psychiatre légiste, DSP, DSMDI
- Annie Côté, Directrice des services techniques et du projet majeur
- Anne Crocker, Directrice de la recherche et de l'enseignement
- Martine Haines, Directrice des ressources humaines et des communications
- Audrey Bouchard, Directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires
- Dre Jocelyne Brault, Chef du Département de psychiatrie

## 2.2 RESPONSABLES DU PROCESSUS DE SUIVI ET DE RÉALISATION DU PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2020-2023

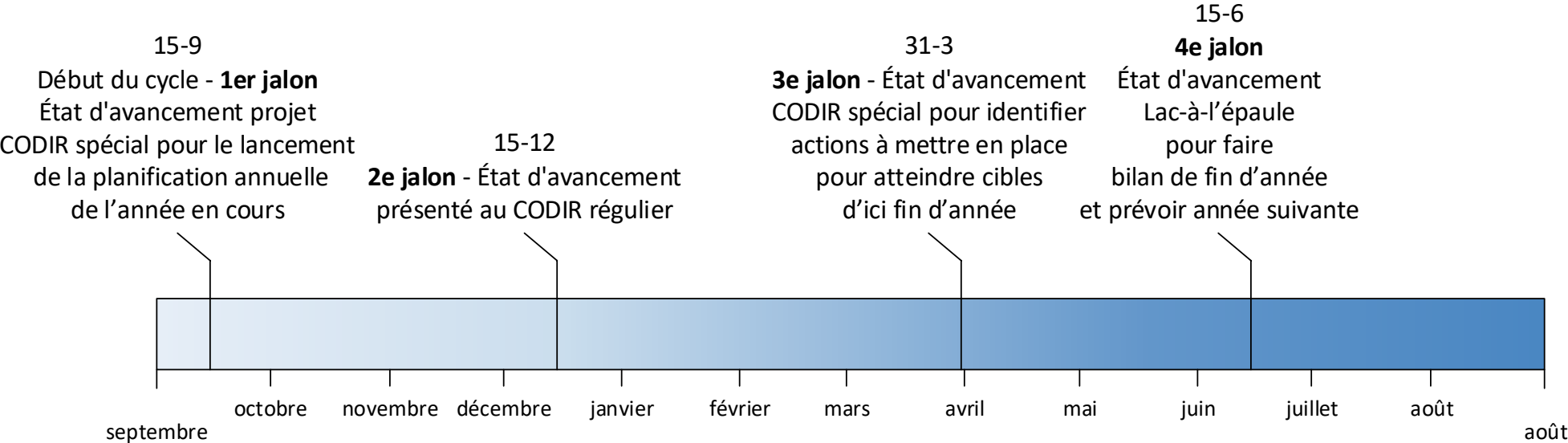
Le Directeur générale adjoint ainsi que l'agente de planification, programme et recherche seront responsable de préparer les outils en lien avec le tableau de bord de gestion stratégique du plan d'action stratégique 2020-2023, élaborer les synthèses et les bilans pour la reddition de compte et soutenir le processus d'actualisation du plan d'action stratégique 2020-2023.

## 2.3 RESPONSABLE DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS ET DES CIBLES DU PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2020-2023

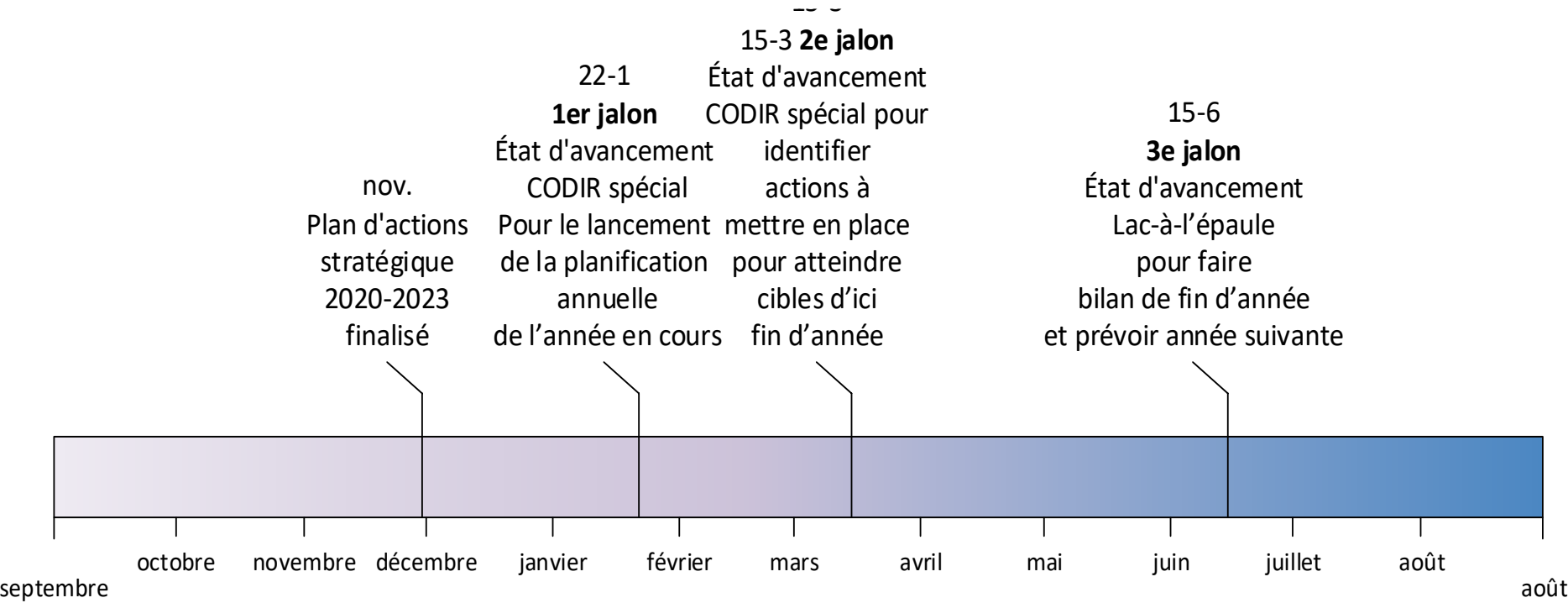
Conformément à l'entente de gestion d'imputabilité, la Présidente-directrice générale est responsable et imputable de l'atteinte des objectifs et des cibles du plan d'action stratégique 2020-2023.

### 3. GRANDS JALONS

En contexte régulier, le suivi et l’actualisation du tableau de bord de gestion stratégique et de la planification annuelle sont divisés en quatre grands jalons. La ligne de temps ci-dessous présente les grands jalons de suivi pour l’an-2 et 3 du plan d’action stratégique 2020-2023.



À partir de mars 2020, les activités de l’Institut, y compris celles entourant le plan d’action stratégique 2020-2023, ont été affectées et ralenties par la pandémie. Ce faisant, les jalons proposés pour l’an-1 du plan d’action stratégique ont dû être revus et adaptés au contexte actuel. Exceptionnellement en 2020-2021, il y aura seulement 3 jalons de suivi pour l’état d’avancement du tableau de bord de gestion stratégique et de la planification annuelle, répartis selon la ligne de temps suivante :



3.1 DÉFINITION ET IMPLICATION DES JALONS

Pour le suivi du plan d’action stratégique 2020-2023, le tableau de bord de gestion stratégique ainsi que la planification annuelle sont complétés à raison de quatre fois par année. Ces moments correspondent aux jalons et visent à :

- Préciser l’état d’avancement des objectifs (à venir ou en suspens, en contrôle, à surveiller, en difficulté et terminé).
- Indiquer le pourcentage de réalisation des objectifs selon leurs cibles annuelles (Non débuté, 0%; Démarrage ≤ 15%; En planification, entre 16% et 25%; En cours de réalisation, entre 26% et 75%; En phase de clôture, entre 76% et 99%; Terminé, 100%).
- Indiquer le résultat obtenu pour les indicateurs identifiés et prendre connaissance de l’écart du résultat par rapport à la cible annuelle fixée.
- Faire un retour sur les objectifs à surveiller et en difficultés.

La mise à jour de ces informations est sous la responsabilité des propriétaires des projets. Ces informations devront être mises à jour pour chaque jalon identifié dans les lignes du temps. L’état d’avancement des jalons sera présenté lors de CODIR. Les jalons de septembre, mars et juin feront l’objet de CODIR spéciaux considérant leurs particularités.

Le 15 juin marque la fin de l’année en cours et le début de la planification de l’année subséquente. À ce jalon, un bilan et une présentation du degré de réalisation et de l’atteinte des cibles des objectifs seront réalisés. La consolidation du bilan, incluant les bons coups, les points à améliorer et les difficultés encourues au cours de l’année seront discutés dans le cadre d’un Lac-à-l’épaule qui visera également à planifier l’année suivante. Finalement, le bilan annuel sera présenté au comité d’administration (CA).

En résumé, vous trouverez ci-dessous une synthèse des grands jalons selon l’année de réalisation du plan d’action stratégique 2020-2023

| JALONS                                                                                                                                                                                                                                                  | ÉCHÉANCIER |           |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                         | 2020-2021  | 2021-2022 | 2022-2023 |
|                                                                                                                                                                                                                                                         | AN-1       | AN-2      | AN-3      |
| - Début du cycle<br>- 1 <sup>er</sup> jalon pour la mise à jour de l’état d’avancement<br>- Présentation au CA                                                                                                                                          | 22 janv.   | 15 sept.  | 15 sept.  |
| - 2 <sup>e</sup> jalon pour la mise à jour de l’état d’avancement                                                                                                                                                                                       | S.O.       | 15 déc.   | 15 déc.   |
| - 3 <sup>e</sup> jalon pour la mise à jour de l’état d’avancement<br>- CODIR : Tour de roue du degré de réalisation des objectifs en cours et identification des actions à mettre en place pour l’atteinte des cibles annuelles d’ici la fin de l’année | 31 mars    | 31 mars   | 31 mars   |
| - 4 <sup>e</sup> jalon pour la mise à jour de l’état d’avancement<br>- Lac-à-l’épaule : Bilan et revue de l’année et planification de l’année à venir<br>- Présentation du bilan au CA                                                                  | 15 juin    | 15 juin   | 15 juin   |

## 4. GESTION DE LA QUALITÉ

Pour chacun des objectifs identifiés dans le plan d'action stratégique 2020-2023, les propriétaires seront responsables de la qualité :

- des livrables et, si requis du suivi et des correctifs
- des indicateurs de processus et de performance
- de l'état d'avancement des objectifs

En clôture de la planification annuelle, les propriétaires discuteront, dans le cadre du lac-à-l'épaule de juin, des leçons apprises afin d'améliorer les projets futurs. Le compte rendu de ces discussions sera archivé pour fins de consultation.

La gestion de la documentation consiste à assurer et à maintenir un suivi régulier des gabarits développés en gestion de projets. Les documents seront numérotés et datés, selon un modèle proposé.

La gestion de la documentation permet de :

- assurer l'identification, le classement et la conservation de la documentation approuvée selon une structure établie;
- assurer l'accessibilité et le contrôle des différentes versions produites des documents;
- harmoniser l'accès à la documentation par tous les membres de l'équipe;
- garantir l'accessibilité à la version la plus récente de chacun des documents;
- contrôler l'accès et la diffusion des documents en cours de modification.



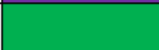
## Bilan AN-1

### Plan d'action stratégique 2020-2023

#### Plan de la présentation

- Contexte 2020-2021
- Réalisations 2020-2021
- État d'avancement des objectifs du plan d'action stratégique et des cibles annuelles
- Commentaires généraux
- Commentaires spécifiques
- Planification annuelle 2021-2022

| Légende du statut de l'état d'avancement                                            |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | 1. Réalisé                     |
|  | 2. En contrôle                 |
|  | 3. À surveiller risque moyen   |
|  | 4. En difficulté, risque élevé |
|  | 5. À venir ou en suspens       |

| ÉTAT D'AVANCEMENT DES OBJECTIFS                                        |                                                                                                                              |               |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientations                                                           | OBJECTIFS                                                                                                                    | Propriétaires | État d'avancement                                                                     |
| ORIENTATION 1 : Améliorer l'accès aux professionnels et aux services   | 1.1 Diminuer le temps d'attente avant d'avoir accès à des services de psychiatries légales.                                  | DSP           |    |
|                                                                        | 2.1 Réduire la proportion de patients utilisant les produits tabagiques.                                                     | DSI-SM        |   |
| ORIENTATION 2 : Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie | 2.2 Réduire la proportion d'employés utilisant les produits tabagiques.                                                      | DRHC          |  |
|                                                                        | 2.3 Augmenter le taux de vaccination contre l'influenza au sein des patients répondant aux critères de vaccination.          | DSI-SM        |  |
|                                                                        | 2.4 Augmenter le taux de vaccination contre l'influenza au sein des employés répondant aux critères de vaccination.          | DRHC          |  |
|                                                                        | 3.1 Améliorer la disponibilité du personnel.                                                                                 | DRHC          |  |
| ORIENTATION 3 : Prendre soin du personnel du réseau                    | 3.2 Améliorer nos processus de développement du personnel afin de favoriser le contexte de mobilisation.                     | DRHC          |  |
|                                                                        | 3.3 Améliorer l'approche clinique et le contexte thérapeutique afin d'offrir un milieu sécuritaire aux personnels cliniques. | DSI-SM        |  |