



Institut
Philippe-Pinel
de Montréal

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

Rapport annuel de gestion

2017-2018

Table des matières

1. Message des autorités.....	5
2. Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents	6
3. Présentation de l'établissement et faits saillants	7
Mission	7
Vision.....	7
Valeurs	8
Caractéristiques de la population	8
Principales données de santé	9
À L'INTERNE.....	9
À L'EXTERNE.....	10
Services offerts à l'interne	10
Admission, réadmission et expertise	10
Évaluation et traitement pour adolescents.....	10
Expertise	10
Réadaptation	10
Soins psychiatriques pour femmes ayant une sentence fédérale	11
Traitement.....	11
Troubles sévères et persistants.....	11
Services offerts en externe.....	11
Clinique Réseau jeunesse	11
Programme pour adolescent auteur de transgression sexuelle	12
Programme d'évaluation et de traitement pour adultes présentant une déviance sexuelle.....	12
Clinique d'évaluation du risque de violence.....	12
Programme réseau	12
Urgence psychosociale (UPS).....	12
Programme transition-réadaptation	12
Organigramme	13
Membre de la direction.....	13
Conseil d'administration	14
Comités et conseils	14
Comité des usagers.....	14
Conseil des infirmières et infirmiers.....	15

Conseil multidisciplinaire	16
Comité de gestion des risques	16
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	25
Comité de gouvernance et d'éthique	26
Comité de vigilance et de la qualité	26
Comité d'éthique de la recherche	28
Comité d'éthique hospitalière	29
Comité scientifique	30
Comité des ressources humaines	31
Comité de vérification	31
Faits saillants.....	33
Direction générale adjointe – Bilan des réalisations	33
Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires – Bilan des réalisations.....	37
Direction des services professionnels – Bilan des réalisations	40
Direction de la recherche et de l'enseignement – Bilan des réalisations.....	51
Direction des services techniques – Bilan des réalisations	57
5. Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	58
6. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	60
Agrément.....	60
Sécurité et qualité des soins et des services	60
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers	60
Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner	61
Personnes mises sous garde	61
7. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	65
8. Ressources humaines	65
Gestion et contrôle des effectifs	65
Autres indicateurs	66
Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs	68
9. Ressources financières	69
Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme.....	69
Équilibre budgétaire	69
Contrats de services.....	70
10. État du suivi des réserves, commentaires et observations	71
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie du CA.....	74

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

Notre présidente-directrice générale, supportée par le président de notre conseil d'administration, est très fière de vous présenter le rapport annuel 2017-2018 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ce bilan fait état des grandes réalisations et des innombrables efforts déployés au cours de l'année.

Un contexte budgétaire difficile

Pour une année de plus, malgré un contexte budgétaire difficile, nous avons eu à relever le défi d'améliorer notre performance tout en respectant le budget alloué. Avec le constant soutien des membres du conseil d'administration et la pleine mobilisation de l'ensemble de l'organisation, nous avons procédé à des réorganisations administratives et des révisions de pratiques afin d'optimiser l'utilisation de nos ressources et ainsi maintenir notre offre de services, centrée sur le patient.

Devenir un partenaire de choix

Au cours de l'année, nous avons poursuivi nos démarches dans le but d'obtenir la reconnaissance nationale de notre expertise en psychiatrie légale. Nous avons continué notre travail et poursuivi les efforts de développement de nouvelles ententes de services avec différents partenaires.

Une autre cote élevée pour l'établissement et la PDG

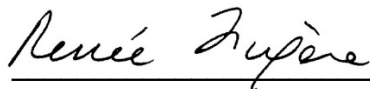
Pour l'année 2017-2018, par sa présidente-directrice générale et son personnel, l'Institut a une fois plus rencontré et même dépassé les attentes signifiées, encore plus que l'an dernier. Une autre année de dur labeur vient de passer et ces efforts collectifs ont porté leurs fruits.

Une contribution est essentielle

À la lecture du rapport, un fil conducteur se dégage : la volonté et la capacité des employés, gestionnaires et médecins de se dépasser pour le plus grand bénéfice de notre clientèle. Leur engagement profond envers la mission de l'Institut est une force qui nous caractérise.



André Brunelle
Président du conseil d'administration



Renée Fugère
Présidente-directrice générale

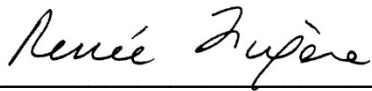
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2017-2018 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2018.



Renée Fugère
Présidente-directrice générale

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

Mission

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services de 3^e ligne en psychiatrie légale, et ce, pour l'ensemble de la province du Québec. La mission de l'Institut se compose de quatre volets qui ont en leur cœur le bien-être du patient, sa sécurité et celle du public, et ce, dans un souci constant de rigueur, d'amélioration de la qualité de ses services et de ses ressources :

- le traitement et l'évaluation de patients présentant un risque élevé de comportements violents;
- l'enseignement collégial et universitaire;
- la recherche fondamentale et clinique;
- la prévention de la violence.

Vision

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un établissement provincial mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui offre un environnement et des services de santé spécialisés à des patients qui présentent un risque élevé de comportements violents. Les partenaires de l'établissement sont, outre les divers établissements du Réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de la Sécurité publique, le ministère de la Justice, et le service correctionnel canadien, l'Institut se voit comme étant :

- ouvert sur la communauté (voisins, familles...) et ses partenaires (ressources, hôpitaux, ministères);
- leader national en évaluation et en gestion des comportements violents, appuyé par une gestion novatrice des ressources humaines en développant des approches de gestion susceptibles de créer un milieu de travail attirant et mobilisant compte tenu de la rareté de la main-d'œuvre;
- partenaire actif et engagé des gouvernements provinciaux et du gouvernement fédéral avec qui les relations sont fondées sur l'excellence des services offerts et la mise en oeuvre d'approches basées sur les données probantes;
- un milieu où la culture organisationnelle positive est basée sur des valeurs communes, c'est-à-dire partagées et intégrées par l'ensemble des personnes y travaillant afin d'offrir des soins et services sécuritaires de qualité et de développer un milieu de travail professionnel stimulant où l'on y œuvre en toute sécurité.

Valeurs

Afin d'assumer sa mission et d'assurer son leadership dans la gestion des comportements violents, l'Institut met en œuvre dans sa pratique quotidienne de gestion et de soins les valeurs suivantes :

- **Excellence** : l'excellence s'incarne par la compétence et le perfectionnement de ses ressources qui transposent leur savoir-faire et savoir-être dans l'exercice de leur fonction afin de dispenser des soins et des services de qualité à la fine pointe des connaissances.
- **Initiative** : l'initiative est favorisée en tant que moteur du changement et de l'amélioration de la qualité des soins et des services, mais aussi comme expression d'une autonomie constructive, créative et responsable en cohérence avec les orientations de l'Institut.
- **Respect** : le respect se vit au quotidien dans la relation avec les patients, les collègues et les partenaires et se traduit par la considération de l'autre dans sa globalité.
- **Collaboration** : la collaboration avec nos collègues et nos partenaires afin d'offrir des soins et des services de qualité issus de la synergie des savoirs et de la communication. La collaboration offre aussi un soutien au développement des compétences et à l'initiative.
- **Reconnaissance** : la reconnaissance de l'apport de chacun à la prestation de soins et de services de qualité, à la préservation d'un environnement sain et sécuritaire autant pour les patients que pour le personnel.
- **Équité** : l'équité s'exprime par une approche basée sur l'honnêteté et la confiance mutuelle en vue de reconnaître de façon positive la diversité, les particularités et les besoins de chacun.

Caractéristiques de la population

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal, établissement de 3^e ligne surspécialisé, reçoit des patients de partout au Québec :

- le réseau de la santé, les hôpitaux psychiatriques et généraux;
- les centres de réadaptation;
- la Cour supérieure, la Cour du Québec, les cours municipales, les centres de détention, les pénitenciers, les centres jeunesse;
- les maisons de transition, les foyers d'hébergement et autres.

Exceptionnellement, l'Institut accueille des patients hors Québec, référés par des établissements ne disposant pas de ressources surspécialisées et de l'encadrement sécuritaire nécessaire pour évaluer et traiter les cas très difficiles. Les patients admis à l'Institut sont transférés dans l'une des 14 unités offrant des programmes de soins et de traitements spécifiques à leur condition.

Principales données de santé

Statistiques comparatives des mouvements hospitaliers

À L'INTERNE

Nombre d'admissions	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Traitement	158	128	152
Évaluation	466	492	533
Total	624	620	685

Nombre de congés définitifs	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Traitement	184	159	193
Évaluation	447	462	492
Total	631	621	685

Pourcentage d'occupation des lits	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Pourcentage	89,5 %	97,8 %	87,8 % (% des lits dressés)

Durée du séjour moyen en jours	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Traitement	521,4	547,7	504,8
Évaluation	30,8	39,9	32

Nombre d'expertises	2015-2016	2016-2017	2017-2018
IPPM	577	585	630
Centre de détention	171	228	263
En externe (CPLM et postcure)	364	422	441
Total	1112	1235	1334

Délit principal à l'admission	Traitement			Évaluation		
	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Aucun délit	49	42	28	3	8	1
Contre la personne	94	74	96	353	348	380
Contre la propriété	7	8	17	55	67	57
Sexuel	3	2	5	29	43	40
Drogues	2	0	1	7	5	12
Autres délits	3	2	5	19	21	43

À L'EXTERNE

	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Ouvertures de dossiers	578	613	632
Fermetures de dossiers	548	550	847
Nombre de dossiers actifs au 31 mars 2017	792	858	746
Nombre de patients distincts	1367	1440	1489

Nombre d'expertises et d'évaluations psychiatriques	2015-2016	2016-2017	2017-2018
	364+281 = 645	422+219 = 641	441+233 = 674

Nombre d'ouvertures de dossiers selon la provenance	2015-2016	2016-2017	2017-2018
IPPM	20	12	21
Réseau MSSS	216	258	233
Cour	227	255	309
Clinique médicale	58	31	27

Services offerts à l'interne

ADMISSION, RÉADMISSION ET EXPERTISE

Les patients admis dans ce programme présentent une maladie mentale aiguë, souvent avec comorbidité, nécessitant une hospitalisation en milieu sécuritaire. Le programme consiste à évaluer et offrir un traitement de courte durée pour une clientèle mixte en phase aiguë et présentant une dangerosité. On y offre également un service d'expertise pour les femmes.

ÉVALUATION ET TRAITEMENT POUR ADOLESCENTS

Ce programme s'adresse à une clientèle âgée de 14 à 18 ans, ayant des problèmes psychiatriques sévères associés à des comportements violents, y compris la délinquance sexuelle. Lorsque le traitement à l'Institut est indiqué, l'adolescent placé sous la Loi de la protection de la jeunesse peut bénéficier de soins spécialisés pendant un an et plus. Par contre, dans le cas où l'adolescent est placé sous la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents, il ne peut être traité à l'Institut sans son consentement et pendant une période n'excédant pas deux ans. Ce programme est rattaché à la Clinique Réseau jeunesse de l'Institut.

EXPERTISE

Ce programme accueille des hommes référés par les tribunaux avec une demande d'expertise psychiatrique médico-légale afin de déterminer, selon le cas, l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle et présente-t-elle et la dangerosité. Dans ce programme l'emphase est mise sur la liaison avec les tribunaux, les avocats, les agences de probation et les hôpitaux du Québec.

RÉADAPTATION

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

Le programme est axé sur le rétablissement, une notion qui fait appel non seulement au concept de réadaptation, mais également à celui de la compétence du patient.

SOINS PSYCHIATRIQUES POUR FEMMES AYANT UNE SENTENCE FÉDÉRALE

L'unité de santé mentale pour femmes accueille, sur une base volontaire, des détenues provenant des différents pénitenciers au Canada. Les trois mandats du programme sont l'évaluation des détenues à la demande des établissements, le traitement de crise pour les femmes avec des difficultés psychiatriques dépassant l'encadrement thérapeutique offert dans les pénitenciers, le traitement de personnes atteintes d'un trouble grave de la personnalité.

TRAITEMENT

Le programme s'adresse à des patients, hommes et femmes, qui présentent une dangerosité pour autrui, en raison de leur problème psychiatrique. Les patients sont majoritairement sous mandat judiciaire, soit une ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux, suite à un délit. Certains patients de ces unités proviennent d'autres hôpitaux du Québec, qui les transfèrent à l'Institut en raison d'une dangerosité trop difficile à encadrer dans l'hôpital d'origine. Les objectifs du programme sont l'évaluation de la dangerosité et du problème psychiatrique, la mise en place de traitements appropriés, l'élaboration d'un plan de réinsertion sociale et l'articulation avec les ressources familiales, hospitalières ou communautaires concernées.

TROUBLES SÉVÈRES ET PERSISTANTS

Ce programme est destiné à une clientèle d'hommes et de femmes institutionnalisée, chroniquement dangereuse et éprouvant des troubles psychiatriques sévères et persistants auxquels peuvent s'ajouter des diagnostics secondaires. Le programme est axé sur le rétablissement, une notion qui fait appel non seulement au concept de réadaptation, mais également à celui de la compétence du patient.

Services offerts en externe

Les Services externes de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal offrent des services d'évaluation, d'expertise pour les tribunaux et de traitements spécialisés à une clientèle présentant un profil de psychiatrie légale.

La clientèle provient principalement des tribunaux, des services de probation, des cliniques externes de psychiatrie, des Centres jeunesse et de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Les services sont offerts par une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, d'infirmiers cliniciens, de psychologues, de criminologues et de sexologues. Une agente de probation est aussi intégrée à l'équipe multidisciplinaire.

CLINIQUE RÉSEAU JEUNESSE

La Clinique Réseau jeunesse offre un service de consultations, d'expertises et d'interventions pour des filles et des garçons âgés de 12 à 18 ans présentant des problèmes de comportement complexes tels que trouble des conduites, impulsivité, irritabilité et agressivité. Les évaluations psychiatriques visent à proposer des orientations thérapeutiques favorisant le maintien du jeune dans son milieu de façon sécuritaire et harmonieuse.

PROGRAMME POUR ADOLESCENT AUTEUR DE TRANSGRESSION SEXUELLE

Ce programme offre des services de consultation, d'évaluation et de traitement aux adolescentes et adolescents ayant commis des abus sexuels ou présentant une fantasmagorie sexuelle déviante. Ces services sont offerts par une équipe multidisciplinaire composée d'un psychiatre, de psychologues et de criminologues.

PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT POUR ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉVIANCE SEXUELLE

Ce programme offre des services de consultation, d'évaluation et de traitements spécialisés en délinquance sexuelle pour une clientèle adulte, hommes ou femmes ayant commis des abus sexuels ou présentant une fantasmagorie sexuelle déviante.

CLINIQUE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE

La Clinique d'évaluation du risque de violence offre ses services aux différents départements de psychiatrie de la province pour une clientèle hospitalisée ou activement suivie en clinique externe. Elle offre un service de consultation, sur référence du psychiatre traitant (évaluations et recommandations) dans nos locaux externes (CPLM et postcure) ou par l'entremise de la télémédecine. Sa mission est de proposer des avenues thérapeutiques aux équipes de travail qui se trouvent dans une impasse clinique avec des patients présentant une psychopathologie associée à une problématique de passages à l'acte répétés.

PROGRAMME RÉSEAU

Le Programme Réseau offre des services qui se divisent en deux volets, soit celui d'expertise et celui de suivi clinique. Ce programme s'adresse aux cliniques externes de psychiatrie par le biais d'ententes de services temporaires ainsi qu'à la clientèle externe de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

URGENCE PSYCHOSOCIALE (UPS)

Les criminologues, mandatés par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, interviennent à la Cour du Québec chambre criminelle et pénale (C.Q.C.C.P.) et à la Cour municipale de Montréal dans le cadre du Tribunal de santé mentale auprès d'une clientèle adulte, accusée et détenue, chez qui on soupçonne un problème de santé mentale.

Il s'agit d'un service-conseil professionnel pour assister la Cour dans l'orientation clinique et légale des personnes accusées. Le criminologue émet des recommandations pour appuyer les orientations proposées. Il peut aussi être appelé pour agir à titre de témoin expert. L'intervention criminologique inclut une évaluation sommaire de l'état clinique, de la situation sociale et des besoins thérapeutiques, ainsi qu'une estimation du risque de récidive et de violence.

PROGRAMME TRANSITION-RÉADAPTATION

Ce programme offre des services de suivi par une équipe multidisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, criminologues et infirmières cliniciennes visant la réintégration dans la communauté des personnes ayant été hospitalisées à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces services sont offerts à une clientèle adulte atteinte de problèmes de santé mentale avec un potentiel d'agressivité et présentant un statut légal de nature diverse.

Conseil d'administration

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

- BRUNELLE, André – Président – Membre indépendant,
- DUBÉ, Francine – Vice-présidente – Membre indépendant
- FUGÈRE, Renée – Secrétaire – PDG

-
- BRETON, Richard – Comité des usagers
 - DASSYLVA, Dr Benoît – CMDP
 - DUCHAINE, Julie – CRSP
 - GALARNEAU, Josée – Membre indépendant
 - GENDRON, Jacques – Membre indépendant
 - HUDON, André – Membre indépendant
 - LADOUCEUR, Amélie – CII
 - LARUE, Caroline – Université affiliée
 - LUSSIER, Véronique – Membre indépendant
 - MANDEVILLE, Élisabeth – Conseil multidisciplinaire
 - MANSOUR, Dr Michael – DRMG
 - PLOUFFE-DESCHAMPS, Amélie – Membre indépendant
 - RÉGNIER, Serge – Membre indépendant
 - STIP, Dr Emmanuel – Université affiliée
 - TESSIER, Éric – Membre indépendant
 - TOURIGNY, Michèle – Membre indépendant

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

Au cours de l'année 2016-2017, il n'y a eu aucun manquement constaté par les instances disciplinaires en lien avec le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration. Il n'y a eu aucun cas traité, aucun manquement constaté, donc, aucune sanction imposée.

Vous trouverez en annexe le code d'éthique et de déontologie.

Comités et conseils

Voici la liste des conseils et des comités de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ainsi que leurs membres et leurs fonctions.

COMITÉ DES USAGERS

Le Comité des usagers (CU) met en place des mécanismes pour être plus près des préoccupations des patients et favorise un lien direct avec eux. Sa principale réalisation de l'année a visé la promotion des droits des patients. Sa seconde préoccupation a été de s'assurer que les patients puissent bénéficier de sorties tous les jours.

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DES USAGERS :

Les dirigeants du CU :

- LEMAY, Fabien – Président et représentant de la postcure

Les permanents du Comité des usagers :

- Représentant de l'unité A-1 : Younes
- Représentant de l'unité A-2 : Mustapha
- Représentant de l'unité B-1 : [vacant]
- Représentant de l'unité B-2 : Jean-Benoît
- Représentant de l'unité D-1 : Nicolas
- Représentant de l'unité D-2 : Stephen
- Représentant de l'unité E-1 : Jean-François
- Représentant de l'unité E-2 : Kenley
- Représentant de l'unité F-1 : [vacant]
- Représentant de l'unité F-2 : Kaven
- Représentant de la Postcure : Fabien

Le comité des usagers est composé de onze (11) membres élus provenant des différentes unités internes et d'un usager des Services externes. Les usagers hospitalisés dans les unités du programme Admission-Réadmission-Expertise ne siègent pas au CU, en raison de leur bref séjour à ces unités de soins aigus. Cependant, les membres du comité des usagers s'assurent de leur représentativité.

Plusieurs membres du CU ont entrepris ou poursuivi leur processus de réinsertion sociale. En conséquence, certains d'entre eux ont quitté le comité et ont été remplacés par d'autres patients, en cours de mandat.

Les membres du comité ont tenu 18 réunions au cours de l'année 2017-2018.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Le mandat du CII est de formuler des recommandations au Conseil d'administration sur les trois domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal :

- L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés à l'Institut.
- Les règles des soins infirmiers applicables aux infirmières.
- La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

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

- L'organisation scientifique et technique de l'Institut.
- L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII) :

- ROUSSEAU, Louis-Charles – Président
- FORTIN-MARTEL, Maryssa – Vice-présidente
- PELLERIN, Daniel – Trésorier

- G. CORIÉLUS, Bernary – Secrétaire

Les personnes invitées aux réunions :

- TURCOTTE, Jean-Sébastien
- GROLEAU, Robert
- PARADIS-GAGNÉ, Étienne

Les membres du CII ont tenu 4 réunions au cours de l'année 2017-2018.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le Conseil multidisciplinaire (CM) a plusieurs mandats dont, plus spécifiquement de :

- constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
- faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement.

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE :

- MANDEVILLE, Élisabeth – Présidente
- GRÉGOIRE, Jacques – Vice-président et représentant du CM au comité de gestion des risques
- LESSARD, Sébastien – Trésorier
- FORTÉ, Lydia – Secrétaire
- KAHLAOUI, Karima – Responsable des communications
- PELLETIER, Martin – Représentant du CM au comité d'éthique hospitalière
- ORSINI, Antonella – Représentante de la Direction générale
- PIERRE, Gérald – Membre de l'exécutif
- RICARD, Josianne – Membre de l'exécutif
- POIRIER, Nathalie – Membre de l'exécutif

Les membres du Conseil multidisciplinaire ont tenu 9 réunions au cours de l'année 2017-2018.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques (CGR) a notamment pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à identifier, analyser et contrôler les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers, des employés, des visiteurs et des divers actifs de l'Institut.

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES :

- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale – Présidente du comité
- BÉDARD-CHARRETTE, Kim – Représentante du Département de psychiatrie et du CMDP
- ST-PIERRE, Rémi – Représentant de la Direction des services techniques
- CÔTÉ, Martine – Représentante des Services externes et de la DSP
- GRÉGOIRE, Jacques – Représentant du CM
- MALOIN, Julie – Représentante du Service des ressources humaines
- BORDELEAU, Kevin – Représentante du CII

- FORTIN, Robert – Représentant du Service de la sécurité
- PERRON, Linda – Représentante de la DGA
- GAGNON, Etienne – Adjoint à la DSI-SM – Gestionnaire de risques
- PLANTE, Lorraine – Représentante de la DSI-SM
- ROY, Martin – Représentant du CU
- SHUMILOV, Inna – Conseillère en prévention des infections
- PLOUFFE, Marc André – Représentant du Service de l'informatique

Les membres du Comité de gestion des risques ont tenu 7 réunions au cours de l'année 2017-2018.

UN PEU PLUS SUR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Au cours de l'année 2017-2018, le comité s'est assuré du suivi des recommandations découlant des analyses factuelles. Les analyses factuelles sont réalisées suite à une agression d'un ou de plusieurs employés par un patient lors d'une intervention. Ces analyses, menées par des formateurs Oméga expérimentés, ont permis de dégager certains facteurs qui semblent récurrents dans les situations analysées. À partir des recommandations formulées, des correctifs sont apportés, par exemple, l'uniformisation du vocabulaire pour les demandes au CPU, la révision de l'utilisation de certaines techniques pour maîtriser un patient et le rappel de l'importance de la planification d'une intervention et de la communication entre les intervenants lors de l'intervention.

De plus, le comité a assuré le suivi de la mise à jour du plan d'action concernant les erreurs de médicaments. Plusieurs activités ont été mises en place telles que des semaines thématiques, des kiosques d'information, des dépliants pour différents titres d'emplois étant donné la responsabilité partagée, des capsules cliniques, des communiqués organisationnels, des audits de qualité, des sondages et différents suivis individuels et collectifs.

Le comité s'est assuré de la mise à jour ainsi que le mécanisme de diffusion des mesures à prendre suite à un avis de canicule ou de chaleur accablante et extrême, afin de s'assurer du confort de la clientèle et prévenir les risques s'y rattachant.

Une problématique a été soulevée en cours d'année concernant les risques au niveau de la confidentialité au local de la photocopie où des documents pouvaient s'imprimer sans destinataires précis (fax). Le comité s'est assuré que des corrections soient apportées afin que seulement certaines personnes autorisées puissent avoir accès à ces documents.

Enfin, le comité suit de façon assidue le plan de sécurité des patients de l'Institut avec tous les éléments s'y rattachant. Entre autres, la diminution des mesures de contrôle, l'amélioration au niveau de l'hygiène des mains, la prévention et contrôle des infections ainsi que les vérifications sécuritaires du milieu de vie sont des points statutaires observés par le comité.

BILAN DES ACTIVITÉS

- Principales causes des incidents : Un incident est un événement qui n'occasionne aucune conséquence pour le patient. Parmi les causes d'incidents les plus fréquentes, notons des erreurs de médicament interceptées avant l'administration et les fugues.
- Principales causes des accidents : Un accident est un événement qui a des conséquences pour le patient. Les accidents peuvent être de gravités diverses. Les chutes, l'automutilation, les erreurs de médicaments, les blessures sportives et les agressions physiques sont les principales causes des accidents déclarés.

- Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents / accidents : Certains types d'incidents et d'accidents sont fonction de la clientèle hospitalisée (automutilations et agressions physiques, par exemple). Toutefois, pour agir sur les erreurs de médicaments, un plan d'action a été développé conjointement par le département clinique de pharmacie et la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires. Ce plan d'action fait présentement un objet d'application dans les différents niveaux des services de l'Institut.
- Actions prises afin de promouvoir la déclaration et la divulgation des incidents ou accidents : L'Institut a mis sur pied un processus de révision des procédures sécuritaires et l'ajout de la complétion du rapport AH-223 pour chaque manquement sécuritaire, formation donnée au chef de la sécurité sur la complétion des rapports AH-223 pour qu'il puisse agir comme multiplicateur auprès des agents d'intervention et des gardes. Les actions entreprises sont :
 - o Révision des politiques et procédures sécuritaires: la révision du cartable en entier a été fait et la date est septembre 2018 mais l'ajout des AH-223 a été fait en septembre 2017.
 - o La formation au chef de la sécurité a été faite par Conseillère en soins infirmiers, volet prévention et contrôle des infections en 2017
 - o La politique de déclaration des accidents et incidents (1235-52-24) est en train d'être révisée.
 - o De la formation (4 capsules) a été donnée aux gestionnaires en 2016-2017 pour la complétion et les enquêtes à faire pour le suivi des AH-223

LES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS ET D'ACCIDENTS

Incidents:

1. Erreurs liés à l'administration des médicaments : nombre 62; 12 % de l'ensemble des événements indésirables
2. Erreurs liés aux traitement : nombre 11; 2 % de l'ensemble des événements indésirables
3. Événements liés aux effets personnels des patients : nombre 9; 2 % de l'ensemble des événements indésirables
4. Erreurs liés aux dossiers : nombre 9; 2 % de l'ensemble des événements indésirables

Accidents:

1. Erreurs liés à l'administration des médicaments : nombre 139; 26 % de l'ensemble des événements indésirables
2. Chutes: nombre 49; 9 % de l'ensemble des événements indésirables
3. Désorganisation comportementale du patient avec blessure : nombre 29; 5 % de l'ensemble des événements indésirables

COMPILATION

Type événement	Circonstance	Incidents nombre	% par rapport à tous les incidents	% par rapport à tous les événements	Accidents nombre	% par rapport à tous les accidents	% par rapport à tous les événements
Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation	Physique	1			22		
	Physique, Psychologique/Verbal	0			3		
Total Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation		1			25		
Autres	Automutilation	0			23		
	Autre	13	9%	2%	15		
	Blessure d'origine connue	0			13		
	Blessure d'origine inconnue	0			4		
	Bris de confidentialité	2			0		
	Désorganisation comportementale(avec blessure)	0			29	7%	5%
	Erreur liée au dossier	9	6%	2%	2		
	Événement en lien avec une activité	2			7		
	Fugue/disparition (encadrement intensif)	3			20		
	Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	0			2		
	Lié à l'identification	0			1		
	Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	4			9		
	Obstruction respiratoire	1			5		
	Tentative de suicide/suicide	0			3		
	Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)	6			0		
Total Autres		40		7.4%	133	34%	25%
Chute	Autre	0			4		
	Bain/douche	0			2		
	Chaise/fauteuil	0			3		
	Civière	0			2		
	En circulant	1			13		
	Escalier	0			2		
	Lit	0			4		
	Lors d'activités	0			6		
	Trouvé par terre	0			13		
Total Chute		1			49	13%	9%
Diète	Allergie connue	0			2		
	Péremption	0			1		
Total Diète	Type/sorte/texture	1			0		
Total Diète		1			3		
Lié à l'équipement	Autre	1			0		
	Bris/Défectuosité	3			1		
	Utilisation non conforme	0			1		
Total Lié à l'équipement		4			2		
Lié au bâtiment	Bris/Défectuosité	3			0		
Total Lié au bâtiment		3			0		
Lié au matériel	Autre	1			0		
	Bris/Défectuosité	1			2		
	Disparition/Perte	2			1		
	Stérilité/bris d'aseptie	1			0		
	Utilisation non conforme	1			0		
Total Lié au matériel		6			3		
Lié aux effets personnels	Bris/Défectuosité	4			11		
	Dégât d'eau	1			0		
	Disparition/Perte	4			8		
Total Lié aux effets personnels		9	6%	2%	19		
Médication	Autre	9	6%	2%	8		
	Conservation/Entreposage	2			1		
	Disparition/Décompte	3			2		
	Disponibilité	2			2		
	Dose/débit	8			14		
	Heure/date administration	2			27		
	Identité de l'utilisateur	1			12		
	Non respect d'une procédure/protocole	20	14%	4%	30		
	Omission	6			32		
	Péremption	1			3		
	Trouvé	5			6		
	Type/sorte/texture	3			0		
Total Médication		62	42%	12%	139	35%	26%
Test Dix Laboratoire	Analytique	3			1		
	Autre	1			1		
	Erreur de saisie liée à l'ordonnance	1			1		
	Erreur liée à l'identification	0			1		
	Non respect d'une procédure	0			4		
	Post-Analytique	1			2		
Pré-analytique		2			0		

Total Test Dx Laboratoire		8	5%	1%	10		
Traitement	Autre	1			1		
	Disponibilité	1			0		
	Non respect d'une procédure/protocole	9	6%	2%	7		
	Omission	0			1		
Total Traitement		11	8%	2%	9		
Total général		146	100%	27%	392	100%	73%

LES INCIDENTS ET ACCIDENTS EN CHIFFRES

Tableau 1 : Nombre total de déclaration d'incidents et d'accidents pour les années financières 2013-2014, 2014-2015*, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Total	309	403	453	461	534
Par 1000 jours/présence	3,11	4,47	5,04	5,33	6,24

**Certaines données sont manquantes compte tenu de la modification du formulaire de déclaration AH-223 et de la date fermeture de l'application SISSS.*

Tableau 2 : Nombre de déclarations d'incidents et nombre de déclarations d'accidents pour les années financières 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018

2013-2014		2014-2015**		2015-2016		2016-2017		2017-2018	
Incident	Accident	Incident	Accident	Incident	Accident	Incident	Accident	Incident	Accident
64	244	44	359	73	380	72	389	148	386

***Le classement des incidents et des accidents a été changé par le MSSS à partir du 1 avril 2014.*

Tableau 3 : Nombre total de déclarations d'incidents et d'accidents par type d'évènement pour les années financières 2015-2016 *, 2016-2017 et 2017-2018**

Circonstance	2015-2016	2016-2017	Écart 2015-2016/ 2016-2017	2017-2018	Écart 2016-2017/ 2017-2018
Abus/Agression	35	29	-17%	25	-14%
Physique	35	28		22	-21%
Psychologique	0	1		3	
Accès non autorisé	1	3		0	
Automutilation	20	14	-30%	23	+64%
Blessure d'origine connue	26	16	-38%	13	-19%
Blessure d'origine inconnue	11	8		4	-50%
Bris de confidentialité	0	0		2	
Désorganisation	30	19	-37%	29	+47%
Erreur lié au dossier	0	0		11	
Événement en lien avec une activité	2	8		9	
Fugue/disparition	18	20		23	+15%
Intoxication suite à consommation de substance dangereuse	3	1		2	
Lié au consentement	0	0		1	
Lié aux mesures de contrôle	7	7		13	+86%
Obstruction respiratoire	3	4		6	+50%
Tentative de suicide/suicide	4	3		3	
Trouvé en possession d'objet dangereux	1	0		6	
Chute	71	74	+4%	50	-32%
Autre	0	1		4	
Bain/douche	1	3		2	
Chaise/fauteuil	4	5		3	
Civière	0	0		2	
En circulant	44	42		14	-67%
Escalier	0	0		2	

Lit	3	9		4	
Lors d'activités	5	5		6	
Lors d'un transfert	0	0		0	
Toilette	0	1		0	
Trouvé par terre	9	8		13	+37%
Quasi-chute	5	0		0	
Total diète	0	0		4	
Allergie connue	0	0		2	
Péromption	0	0		1	
Utilisation non conforme	0	0		1	
Lié à l'équipement	2	4	+50%	6	+50%
Bris/Défectuosité	0	1		4	
Disparition/Perte	0	1		0	
Utilisation non conforme	0	0		1	
Autre	2	2		1	
Lié au matériel	3	6	+50%	9	+50%
Bris/Défectuosité	1	3		3	
Disparition/Perte	1	0		3	
Stérilité / bris d'asepsie	0	0		1	
Utilisation non conforme	0	0		1	
Autre	1	3		1	
Lié aux effets personnels	10	10		26	+60%
Autre	0	1			
Bris/Défectuosité	4	1		14	+400%
Dégat d'eau	0	0		1	
Disparition/Perte	6	8		11	
Médication	184	218	+18%	200	-8%
Autre	9	9		17	
Allergie connue	2	0		0	
Conservation/Entreposage	0	2		3	
Disparition/Décompte	38	5	-87%	5	
Disponibilité	7	4		4	
Dose/débit	24	25		22	
Heure/date administration	18	24	+33%	29	+21%
Identité de l'utilisateur	12	13		13	
Non-respect d'une procédure	19	41	+115%	49	+20%
Omission	46	66	+43%	38	-42%
Péremption	0	0		4	
Trouvé	5	21	+320%	11	-47%
Type/sorte/texte	1	5		3	
Voie d'administration	3	3		2	
Tests diagnostiques	9	3		18	+500%
Analytique	0	0		4	
Autre	0	0		2	
Erreur de saisie liée à l'ordonnance	0	0		2	
Erreur liée à l'identification	0	0		1	

Non-respect d'une procédure	0	0		4	
Post-Analytique	0	0		3	
Pré-analytique	0	0		2	
Test Dx Laboratoire	8	3		0	
Tests Dx imagerie	1	0		0	
Traitement/intervention	5	6		20	+ 67%
Autre	0	0		2	
Disponibilité	0	0		1	
Non-respect d'une procédure/protocole	0	0		1	
Omission	0	0		1	
Total général	453	461	+1.8%	534	+6%

***Certaines données sont manquantes compte tenu de la modification du formulaire de déclaration AH-223

LES INFECTIONS EN CHIFFRES

TYPES D'ÉVÈNEMENTS		2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018*
Tinea pedis		93	76	70	26
Présente à l'admission		68	53	38	9
Développé lors de l'hospitalisation		25	23	32	17
Éclosions de Tinea pedis (4pts et plus)		0	1	1 (A2)	1 (B2)
Infection de la peau /plaie (cas)		N/D	N/D	1	N/D
Impétigo (éclosion)		2	0	0	0
Zona (cas)		0	0	1	0
Syndrome d'allure grippal (SAG) : cas		2	17	6	4
Éclosions de SAG		0	2	1	0
Jours d'isolement dû au SAG		N/D	28	29	15
Gastro-entérite d'allure virale**	Nombre de cas	122	18	380	68
	Éclosions	4	0	2	1
	Jours d'isolement	311	50	104	161
Conjonctivite		0	N/D	0	0
C. difficile		0	0	0	0

****Considérant l'absence prolongée non remplacée de la conseillère en PCI certaines données de l'année financière 2017-2018 peuvent être approximatives

*****Cas correspondants à la définition de la gastro-entérite d'allure virale de la Direction de la santé publique

Gastroentérite d'allure virale :

- 1 éclosion majeure d'une durée totale de 13 jours nécessitant une fermeture de toutes les unités de l'IPPM sauf A2 et D2 est survenue le 16 juillet 2017. 49 cas affectés correspondant à la définition de gastro-entérite d'allure virale. La consommation d'un dessert aux framboises congelées contaminées par norovirus a été identifiée comme la cause la plus probable par la Division de l'inspection des aliments de la ville de Montréal. L'éclosion a été déclarée à la DRSP de Montréal selon les modalités prévues. Afin de limiter la propagation des éclosions, les usagers et le personnel des unités en cause ont été rencontrés et les mesures recommandées dans les Lignes directrices de gestion des éclosions ont été appliquées en collaboration avec le service d'hygiène et salubrité.

RECOMMANDATIONS

Aucune recommandation spécifique n'est formulée par le CGR en matière de prévention des incidents et accident. Toutefois, le comité recommande que le CA appuie la mise en œuvre des plans d'action développés pour la diminution des erreurs de médicaments ainsi que l'amélioration de l'hygiène des mains.

PERSPECTIVES D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE FINANCIÈRE

Le comité de gestion des risques est dédié à l'étude de tous les risques présents à l'hôpital qu'ils soient cliniques ou matériel. Il entend poursuivre la surveillance de ces divers risques tout en intégrant une systématisation de l'analyse du risque avec ses partenaires des différentes directions. Pour ce faire, il met en application la politique de gestion intégrée des risques et de la qualité.

CONCLUSION

Le CGR est un comité dynamique composé de membres d'horizons variés, dédiés et curieux permettant ainsi des discussions riches apportant un éclairage unique sur des situations complexes. L'attitude proactive des membres permet la recherche de solutions durables pour lesquelles un suivi rigoureux permet l'amélioration des soins et des services offerts aux patients ainsi que la sécurité générale des employés et visiteurs.

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentiste et pharmaciens (CMDP) tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose. Il a plusieurs mandats, soit l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, la distribution appropriée des soins et services, l'évaluation et le maintien des compétences, l'organisation scientifique et technique du centre et enfin tous mandats complémentaires du comité exécutif.

LISTE DES MEMBRES DU CMDP :

Membres du comité exécutif :

- DASSYLVA, Benoit – Président (également invité à titre de représentant du CMDP au CA)
- PAIEMENT, Isabelle – Première vice-présidente
- DUCHAINE, Julie – Deuxième vice-présidente
- FILION, Michel – Secrétaire
- NANTEL, André P. – Trésorier
- BOUCHARD, Chantale – Membre
- BRAULT, Jocelyne – Membre

Membres d'office :

- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale
- CHAMBERLAND, Gilles – Directeur des services professionnels et des affaires médico-légales

Au cours de l'année 2017-2018, le comité exécutif du CMDP de l'IPPM s'est réuni à 10 reprises.

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

De façon générale, les responsabilités du comité de gouvernance et d'éthique (CGE) consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans l'Institut et par le conseil d'administration.

LISTE DES MEMBRES DU CGE :

- GENDRON, Jacques – Président du CGE
- BRUNELLE, André – Président du CA
- DUBÉ, Francine – Vice-présidente du CA
- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale, membre d'office
- MANDEVILLE, Élisabeth – Membre du CA
- TOURIGNY, Michèle – Membre du CA

Au cours de l'année 2017-2018, les membres du CGE se sont réunis à 5 reprises.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est chargé de veiller à l'intégration des préoccupations relatives aux plaintes et à leur suivi, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des services.

LISTE DES MEMBRES DU CVQ :

- DUBÉ, Francine – Présidente du CVQ, Administratrice indépendante
- ALAIN-NOËL, Gabrielle – Commissaire locale aux plaintes et à la qualité
- LUSSIER, Véronique – Administratrice indépendante au CA
- BRETON, Richard – Administrateur indépendant au CA
- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale

PERSONNES INVITÉES AUX RÉUNIONS :

- BRUNELLE, André – Administrateur indépendant et président du CA
- GAGNON, Étienne – Gestionnaire de risques
- HAINES, Martine – Adjointe à la direction générale

Les membres du CVQ ont tenu 4 réunions au cours de l'année 2017-2018.

ACTIONS RÉALISÉES OU EN COURS DE RÉALISATION ET RECOMMANDATIONS

Actions réalisées ou en cours	Recommandations au C. A.
Rapport annuel 2016-2017 – comité CVQ	Dépôt et approbation du rapport au C.A. : juin 2017.
Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen	Approbation du plan de travail pour le suivi des recommandations et rédaction de la politique sur les mesures de contrôle.
Suivi de l'enquête par le Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.	Satisfaction de la réalisation du plan d'amélioration des soins et services. Correspondance du 6 mars 2018 signifiant la fermeture du dossier.
Travaux de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Ont été déposés à chaque comité, et ce, sous forme de tableaux comparatifs par période : - le nombre et le type de dossiers reçus et traités; - le délai et les niveaux de traitement, - les motifs, - les actions et mesures correctives appliquées, - les recours auprès du Protecteur du citoyen et les suivis des recommandations.	Présentation et approbation du rapport annuel 2016-2017 incluant les priorités de la commissaire à sa 2 ^e année complète en fonction. L'appréciation des rapports sous la forme d'un tableau comparatif des dossiers de plaintes par période donnée. Nouvelles responsabilités de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services découlant de l'adoption du projet de loi 115 : plaintes et signalements relatifs aux cas de maltraitance (aînés et personnes majeures en situation de vulnérabilité).
Suivi concernant l'application des mesures de contrôle (art.8) vs le cadre de référence MSSS.	Préparation de la nouvelle politique sur les mesures de contrôle (article 8) à approuver par le C.A. en avril 2018.
Suivi du comité de gestion des risques. À chaque comité, les membres du CVQ ont reçu le procès-verbal des récentes réunions du comité de gestion des risques; les membres du comité ont eu réponse à leurs questions.	Dépôt et recommandation pour approbation du rapport annuel 2016-2017.
Nouvelle procédure d'analyse des rapports annuels des comités à déposer au C. A. ainsi que le format proposé.	Identification des comités relevant du mandat du CVQ.
Comité des usagers	Appréciation des activités réalisées et éléments d'insatisfaction qui ont fait l'objet de demandes du comité des usagers.
Correspondance	Réponse à Me Brunet de la Protection des malades, en lien avec sa demande d'intervention concernant la requête d'un usager.

CONCLUSION

Le comité est toujours actif dans la réalisation de son mandat; un suivi attentif des dossiers traités a été réalisé avec la collaboration exceptionnelle de tous les acteurs clés, les administrateurs membres, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et les gestionnaires de l'établissement.

Une mention spéciale de reconnaissance est adressée au représentant du comité des usagers, M. Richard Breton qui a terminé son mandat en mars 2018.

La poursuite de notre mandat se veut tout aussi rigoureuse afin d'assurer la qualité des soins et services à notre clientèle particulière.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le mandat du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Institut est de veiller à la dignité, à la sécurité, au bien-être des participants à un projet de recherche et de s'assurer du respect de leurs droits. Le CER doit également s'assurer que les projets de recherche se déroulent avec toute la rigueur requise et selon les plus hauts standards éthiques, juridiques et scientifiques. Il évalue et approuve tout projet de recherche réalisé par une personne affiliée à l'établissement ou qui se déroule à l'intérieur de son enceinte.

LISTE DES MEMBRES DU CER :

- ASSEMAT, Camille – Vice-présidente du CÉR, conseillère en éthique, membre substitut et représentante du public, membre substitut
- BERNARDI, Marie-Josée – Juriste, membre substitut
- DE CHAMPLAIN, Johane – Présidente du CÉR, membre régulier et conseillère en éthique, membre substitut
- DUMAIS, Alexandre – Membre scientifique, membre régulier
- GERMÉ, Katuschia – Représentante du public, membre substitut
- GOUGOUX, Gilles – Représentant du public, membre régulier
- GOULET, Marie-Hélène – Membre scientifique, membre substitut
- MÉREL, Françoise – Représentante du public, membre substitut
- MARTIN, Geneviève – Membre scientifique, membre substitut
- POIRIER, Yves – Conseiller en éthique, membre régulier et représentant du public, membre substitut
- POTVIN, Stéphane – Membre scientifique, membre substitut
- SKA, Bernadette – Membre scientifique, membre substitut et représentante du public, membre substitut
- ST-ONGE, Bernard – Membre scientifique, membre régulier
- VILLIER, Arnaud – Représentant du public, membre substitut

Les membres du CÉR ont tenu 4 réunions au cours de l'année 2017-2018.

ÉVALUATION DES PROJETS

Exercice 2017-2018		Nombre	
Nombre total de projets évalués :		8	
Nombres de projets impliquant des personnes majeurs :		8	
Nombres de projets impliquant des personnes mineures (art. 21 C.c.Q.) :		0	
Nombres de projets impliquant des personnes majeures inaptes (art. 21 C.c.Q.) :		0	
Exercice 2017-2018	Projets participants majeurs	Projets participants mineurs	Projets participants majeurs inaptes
Projets traités en comité plénier :	3	0	0
Projets traités en comité restreint :	4	0	0
Projets traités en mode délégué :	1		
Projets acceptés sans condition :	3	0	0
Projets acceptés conditionnellement :	5	0	0
Projets refusés :	0	0	0
Projets pour lesquels aucune décision n'a encore été rendue :	0	0	0
Demandes évaluées par le Comité dans le cadre d'un suivi continu passif	77 demandes évaluées dans le cadre d'un suivi continu passif		
Nombre de projets de recherche en cours :	50 projets		

COMITÉ D'ÉTHIQUE HOSPITALIÈRE

Tel que décrit au point 3.3.2 du Cadre conceptuel de l'éthique de l'Institut, adopté par le conseil d'administration (CA) le 21 février 2018, les mandats du comité d'éthique hospitalière sont les suivants :

- Soutient et guide les intervenants face aux différents problèmes éthiques auxquels ils sont confrontés en dégagant et en proposant des pistes de réflexion et de résolution des difficultés.
- Conseille et accompagne l'utilisateur, ses proches, les partenaires et les autorités lorsque des situations complexes impliquent des enjeux éthiques.
- Offre un forum et un soutien appropriés aux interrogations des personnes qui sont interpellées par des questions éthiques.
- Sensibilise et éduque le milieu à l'importance des considérations éthiques dans la prise de décision et l'administration des services.
- Soutient l'élaboration de politiques concernant la prestation de services aux usagers.
- Vise l'amélioration de la prise de décision tant sur le plan administratif, médical que clinique.
- Fait des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu.
- Transmet annuellement un rapport de ses activités au conseil d'administration.

Le CEH a également pour fonction d'assurer le suivi et la mise à jour du Code d'éthique suivant l'évolution des lois, règlements, Chartes et des besoins de l'Institut.

Le CEH peut enfin répondre aux questions soumises par le comité d'éthique de la recherche.

LISTE DES MEMBRES DU CEH :

- CHAMBERLAND, Gilles – Président et Directeur des services professionnels
- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale
- MILLAUD, Frédéric – Psychiatre désigné par le CMDP
- PELLETIER, Martin – Représentant du CM
- PLANTE, Lorraine – Secrétaire et représentante de la DSI-SM et du CII
- POIRIER, Yves – Représentant du CÉR
- PROULX, France – Vice-présidente et représentante du chef de département de psychiatrie
- ROY, Martin – Représentant du CU
- VAN THONG DO, Aimé – Représentant pour le volet spirituel
- VÉZINA, Louise – Représentante de la PDG et du personnel non-clinique

Les membres du CÉH ont tenu 3 réunions au cours de l'année 2017-2018.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Le comité scientifique, tel que précisé dans le Cadre réglementaire pour une éthique des activités de recherche menées sous la responsabilité de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, adopté par le conseil d'administration le 14 juin 2017, a le mandat d'évaluer l'acceptabilité, sur le plan scientifique, d'un projet de recherche relevant de sa compétence et de s'assurer de sa faisabilité dans l'établissement eu égard à l'environnement de recherche et aux orientations ou à la mission hospitalière de l'Institut.

LISTE DES MEMBRES DU CS :

- ALLAIRE, Jean-François – Statisticien, membre régulier
- CARPENTIER, Julie – Chercheur associé, criminologue, membre régulier
- DA SILVA, Joao – Vice-Président, chercheur régulier, psychologue, membre régulier
- DUMAIS, Alexandre – Membre du CMDP
- LÉGARÉ, Nancy – Membre régulier
- MELOCHE, Julie – Statisticienne, membre substitut
- NANTEL, André – Membre du CMDP
- PROULX, Jean – Président, chercheur régulier, membre régulier
- ROY, Renée – Membre du CMDP
- STAFFORD, Marie-Christine Stafford – Statisticienne, membre substitut
- TARDIF, Monique – Chercheur régulier, psychologue, membre substitut

Julie Carpentier et Alexandre Dumais font partie de notre Comité depuis le 21 février 2018. Lors de la réunion du 11 avril 2017, André Nantel a annoncé qu'il souhaitait démissionner de ses fonctions.

Le secrétariat du CS a été assuré par Madame Karine Harnois, agente administrative.

Les membres du CS ont tenu 6 réunions au cours de l'année 2017-2018, au cours desquelles 10 projets ont été soumis.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

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

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

LISTE DES MEMBRES DU CRH :

- BRUNELLE, André – Membre indépendant et président du CA
- DUCHAÎNE, Julie – Membre du CRSP
- LUSSIER, Véronique – Membre indépendant
- PLOUFFE-DESCHAMPS, Amélie – Membre indépendant
- RÉGNIER, Serge – Membre

PERSONNES INVITÉES AUX RÉUNIONS DU CRH :

- BELZILE, Yann – DGA
- HAINES, Martine – Coordinatrice des RH et adjointe à la DG

Les membres du CRH ont tenu 5 réunions au cours de l'année 2017-2018.

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Les responsabilités du CV consistent en (art. 181.0.0.3, LSSSS):

- S'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement est mis en place et en assurer le suivi.
- S'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement.
- Réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance.
- Examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration.
- Recommander au CA l'approbation des états financiers.
- Veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

LISTE DES MEMBRES DU CV :

- BRUNELLE, André – Président du CA et membre indépendant du CA
- GENDRON, Jacques – Membre indépendant du CA
- HUDON, André – Membre indépendant du CA
- RÉGNIER, Serge – Membre indépendant du CA
- TESSIER, Éric – Président du CV et membre indépendant du CA

Il demeure un poste à combler à ce comité.

PERSONNES INVITÉES AUX RÉUNIONS DU CV :

- BELZILE, Yann – DGA
- CÔTÉ, Annie – DST
- DENIS, Céline – Chef des ressources financières
- NADEAU, France – Coordinatrice des ressources financières, approvisionnements et services alimentaires
- PLOUFFE, Marc-André – Chef des RI

Les membres du CV ont tenu 5 réunions au cours de l'année 2017-2018.

Faits saillants

Encore une fois cette année, notre établissement et nos équipes ont rencontré autant de défis que d'occasions de démontrer dynamisme, engagement et persévérance. Malgré un contexte budgétaire difficile, dans un réseau en pleine mouvance, nous avons poursuivi nos efforts pour améliorer la qualité de nos soins et services dans un milieu sécuritaire, dans le respect des gens, et dans un souci constant d'amélioration continue.

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE – BILAN DES RÉALISATIONS

SERVICE DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Cette année encore, nous avons mis l'accent sur l'unification, la standardisation et la mise à jour des outils utilisés par l'institut. Nous avons également mis en place plusieurs plans d'action permettant entre autres la réduction de l'utilisation d'Internet et la mise en place des mesures encadrant les risques de perte de données sensibles. De plus, nous avons révisé plusieurs politiques et procédures en plus de créer de nouvelles directives.

Notre équipe multidisciplinaire a répondu à plus de 4600 billets et plus de 1854 tâches. Au total, plus de 6400 demandes ont nécessité une action d'un des huit membres de l'équipe des RI en plus de participer aux multiples comités et projets en cours.

Visioconférence

L'intérêt pour les services offerts en visioconférence est toujours présent. En 2017-2018, plusieurs événements organisés par l'Institut ou par des partenaires ont été offerts en visioconférence. Au total, 178 événements ont été coordonnés par le service des RI.

Sommaire des réservations par les diverses activités 2017-2018 :

- Administration - Rencontre administrative Institut Philippe-Pinel de Montréal : 42
- Recherche - Collecte de données et réunion de recherche : 6
- Téléconsultation avec patient Diagnostic et suivi d'évolution : 102
- Téléconsultation sans patient Diagnostic et suivi d'évolution : 1
- Téléformation - Activités de formation : 27

Projets 2017-2018

Messagerie électronique (#00025815) Le gouvernement du Québec a décidé qu'une seule solution informatique, Exchange Online, sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour le courrier électronique. <u>Objectif :</u> Le déploiement d'Exchange Online Projet terminé
Archivage des rapports des coordonnateurs d'activités (#00030813) La DSI-SM doit revoir son processus et les outils à utiliser pour améliorer la gestion des rapports des coordonnateurs d'activités. <u>Objectif :</u> Améliorer la gestion des rapports des coordonnateurs d'activités Projet terminé
Amélioration du système de caméras périmètre extérieur (#00026015) Afin d'assurer une meilleure visibilité du périmètre extérieur par le contrôle central nous installerons une nouvelle caméra dans le stationnement ainsi que deux nouvelles caméras au hall Bruno-Cormier. <u>Objectif :</u> Améliorer la sécurité des employés et des patients. Projet terminé
Ajout des demandes gestion de la paie au portail libre-service C2Atom (#00035773) Afin d'assurer une standardisation des demandes faites aux différents services nous ajoutons le service de la gestion de la paie au catalogue des Ressources humaines. <u>Objectif :</u> Standardisation. Faciliter et améliorer le suivi des demandes. Projet terminé
Ajout de la Direction des services technique au portail libre-service C2Atom (#00028953) Afin d'assurer une standardisation des demandes faites aux différents services, nous ajoutons le service des installations matérielles au catalogue de la DST. <u>Objectif :</u> Standardisation. Faciliter et améliorer le suivi des demandes. Projet terminé
Mise en place DCI Cristal-Net (#00014897) Le gouvernement du Québec a décidé qu'une seule solution informatique, Cristal-Net, sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour la mise en œuvre des dossiers cliniques informatisés (DCI). <u>Objectif :</u> Le déploiement du DCI Cristal-Net Projet en cours
Mise en place de l'IPO provincial (#00023070) Le gouvernement du Québec a décidé d'une seule solution informatique sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour la mise en œuvre de l'index patient organisationnel (IPO). <u>Objectif :</u> Permettre l'unification des systèmes d'information ainsi qu'une identification sans équivoque des usagers. Projet en cours

Mise en place d'un agent d'intégration provincial (#00026897)
Le gouvernement du Québec a décidé qu'une seule solution informatique sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour la mise en œuvre de l'agent d'intégration. <u>Objectif</u> : Permettre l'unification des systèmes d'information. Projet en cours
Mise en place ENA - Formation continue partagée provinciale (#00028258)
Le gouvernement du Québec a décidé qu'une seule solution informatique sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour la mise en œuvre d'un espace de formation continue partagée. <u>Objectif</u> : Permettre l'unification des systèmes d'information. Projet en cours
Migration SharePoint 2013 vers SharePoint 2016
Afin d'utiliser les dernières fonctionnalités de Microsoft SharePoint nous devons faire une mise à jour de l'outil, des sites et des données des utilisateurs. <u>Objectif</u> : Le déploiement SharePoint 2016 Projet en cours
Remplace de l'outil de gestion de la bande passante (#00021457)
Afin d'optimiser les investissements en TI, nous devons remplacer notre outil de gestion de bande passante pour nous arrimer avec la région de Montréal. <u>Objectif</u> : Déploiement de l'outil pour tous les utilisateurs de l'organisation Projet en cours

Conclusion

L'exercice 2017-2018 aura été marqué par plusieurs projets. Les nouvelles technologies mises en place et les nombreux utilisateurs impactés augmentent la complexité et les risques. Je profite donc de l'occasion pour les en remercier. Ils ont fait un excellent travail.

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Le service des ressources humaines a transformé son offre de service afin de diminuer sa vulnérabilité. Passant d'une offre de service de spécialistes, nous sommes maintenant un service de généralistes. Le processus s'est enclenché au printemps 2017 et s'est poursuivi à l'automne et à l'hiver 2018. Le 12 février, le nouveau service des ressources humaines commençait ses activités.

Au cours de l'année 2017-2018, nous avons procédé à 133 embauches. Plus particulièrement, nous avons recruté 12 gardes/agent d'interventions, 24 commis surveillant d'unités, 31 infirmières (incluant infirmières cliniciennes et CEPI) et 10 sociothérapeutes.

Parmi ces embauches, 35 personnes ont quitté leur emploi dans la même année (démission, probation non concluante), soit un taux de rétention de 77%.

Nous avons accueilli 24 stagiaires en soins infirmiers et 7 stagiaires en éducation spécialisée. Au total, nous avons accueilli 31 stagiaires de niveau non universitaire.

SERVICE DES COMMUNICATIONS

Le Service des communications est composé d'une conseillère-cadre en communication et d'une technicienne en administration (à raison d'un équivalent de quatre jours par semaine; partagée avec le Service des ressources humaines).

Faits saillants 2017-2018

- Début de projet du tournage d'une série documentaire sur l'Institut (type « 24/7 »).
 - o 11 journées de tournage (sur 25 prévues) ont eu lieu entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2018 (coordination et présence en tout temps par la conseillère)
- Organisation et animation des rencontres des employés (planification stratégique, etc.)
 - o Février 2018 : assemblée générale à l'auditorium pour l'annonce d'un financement
- Organisation des activités de reconnaissance et de mobilisation, entre autres :
 - o Révision de la politique interne (mai-juin 2017).
 - o Mai 2017 : Fête de la reconnaissance des années de services et « Nos Bons Coups »
 - o Juin 2017 : Fête des retraités
 - o Décembre 2017 : Activité de mobilisation pour la période des fêtes
 - o Février 2018 : Activité de reconnaissance (entre pairs) « Je t'apprécie »
 - o Mars 2018 : Activité de mobilisation pour la période de Pâques
- Responsabilité des demandes d'accès à l'information.
 - o 13 demandes d'accès reçues et traitées entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.
- Coordination du programme « Établissement promoteur de santé » (ÉPS), entre autres :
 - o Projet majeur de rénovation de la salle d'entraînement (automne 2017-hiver 2018)
 - o Gestion des fonds et octroi de financement à différentes activités ÉPS

De plus, malgré les ressources limitées du Service des communications, l'Institut a obtenu une très bonne couverture médiatique. Grâce à l'implication des services et des directions, plus précisément du Directeur des services professionnels, l'Institut a près de 131 demandes de la part des médias (en plus de celles répondues directement par les porte-paroles contactés) et ainsi pu obtenir une couverture médiatique de 242 articles recensés (notons que la revue de presse se fait manuellement, avec le support des alertes automatisées (Google), la revue de presse n'est donc pas exhaustive) – ce qui représente une augmentation de plus de 62 %, par rapport à l'an passé.

Les défis et projets pour 2018-2019

- L'un des plus grands défis pour l'année 2018-2019 sera de continuer d'assurer les services de communications internes et externes, en plus de répondre aux nombreuses demandes diversifiées avec une équipe réduite et une demande sans cesse accrue.
- La finalisation du projet de tournage de la série documentaire « Pinel : au cœur de la maladie mentale » (filmée à l'unité E-2; diffusion prévue à l'automne 2018).
- Plusieurs projets de tournage d'envergure sont soumis au Service des communications. Il faudra prendre les décisions qui s'imposent et coordonner le tout.
- Début de l'organisation des festivités entourant les célébrations du 50^e anniversaire.
- Les projets sont nombreux au Service des communications. Entre autres, la révision des politiques internes, l'organisation de plusieurs activités de mobilisation et de reconnaissance, la gestion des différents mandats additionnels attribués aux communications, dont les demandes d'accès à l'information, les demandes de projets ÉPS ou les différentes demandes du MSSS.

Volet qualité des soins infirmiers et services multidisciplinaires

La Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires a travaillé à l'amélioration continue de la qualité et des services offerts à la clientèle. Nous avons finalisé le plan d'amélioration qualité découlant des recommandations du CMQ et de l'OIIQ. En effet, le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a jugé entièrement satisfaisants les travaux effectués au cours des vingt-quatre derniers mois. À ce propos en voici quelques découlant:

- Participation à l'élaboration du plan clinique et académique de l'IPPM pour le volet soins infirmiers (rehaussement des effectifs infirmiers)
- Animation d'une semaine thématique de formation portant sur la notion de consentement aux soins à l'intention des infirmières.
- Révision et uniformisation des procédures d'administration des médicaments.
- Activité de codéveloppement au sujet de la promotion des droits des usagers
- Développement des compétences infirmières dans l'animation d'activité de promotion de la santé. Création d'un groupe de travail accompagné par un conseiller en soins infirmiers dans l'appropriation et l'animation d'une activité portant sur les saines habitudes.
- Révision en profondeur de la politique sur l'application des mesures de contrôle
- Formation sur l'utilisation des mesures de contrôle en psychiatrie.
- Déploiement d'un outil « Mon plan proactif » permettant l'identification de remplacements ainsi qu'une procédure de retour post-événement à la suite de l'utilisation d'une mesure de contrôle afin de permettre de réduire les effets néfastes et d'éviter la récurrence.
- Élaboration d'une procédure de retour post-événement à la suite de l'utilisation d'une mesure de contrôle afin de permettre de réduire les effets néfastes et d'éviter la récurrence.
- Présentation des standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale présenté par Mme Martine Lafleur, conseillère à la pratique clinique à l'OIIQ.
- Intégration d'un nouveau segment à l'intérieur de la période d'orientation portant sur le travail en interdisciplinarité, le rôle attendu de chaque professionnel et titre d'emploi, les zones de chevauchement essentiellement dans l'intervention psycho-éducative et ce qui est délimité par le Code des professions, le champ d'exercices de l'infirmière et les procédures internes.

Découlant de la Planification stratégique 2016-2020

Nous avons travaillé en étroite collaboration avec la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire sous le leadership de la direction des services professionnels afin de revoir les trajectoires de soins et services ainsi que la programmation clinique.

Afin de favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale du personnel de notre direction, nous avons déployé la salle tactique de la DSI-SM. Elle est un outil qui structure la gestion de la performance en permettant de canaliser les énergies vers l'atteinte des résultats. Les progrès sont apparus rapidement pour les participants, ce qui a produit un effet mobilisateur. Cette salle force la direction à faire des choix parmi les projets, ce qui en limite le nombre et en favorise la réalisation dans les délais prévus.

Découlant du plan d'action santé mentale 2015-2020

Dans l'objectif de maintenir les conditions qui facilitent le plein exercice de la citoyenneté pour les personnes recevant des services en santé mentale dans notre établissement, la direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires s'assure de la réalisation des activités prévues au plan

d'action sur la primauté de la personne. Cette démarche vise notamment à améliorer l'expérience de soins et la qualité de vie des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage, tout en contribuant au rehaussement de la qualité de l'environnement de travail dans notre établissement. En effet voici quelques réalisations de la dernière année :

- Mise en place de groupes de travail (éducateurs spécialisés) pour l'actualisation de l'approche du rétablissement sur les unités de soins.
- Développement d'activité (spectacle de Noël) pour rejoindre les familles et démystifier l'Institut.
- Animation d'activité de sensibilisation sur la promotion des droits des usagers.
- Implication de patient partenaire dans divers projets.
- Implication des patients dans l'aménagement des modes de fonctionnement sur les unités de soins par les conseils d'unité.

Recherche clinique

La recherche clinique universitaire représente une opportunité d'innover puisqu'elle rend possible la conciliation de l'offre de services à la population et des activités de recherche liées aux soins infirmiers. Ainsi la Direction des soins infirmiers et services multidisciplinaires tient à souligner la tenue de deux projets de recherche dans le domaine de la psychiatrie légale.

- Le premier projet, présentement en cours, s'intitule : Familles victimes de violence perpétrée par un proche souffrant de troubles mentaux sévères : une recherche critique sur le phénomène.
- Le second projet, intitulé : Évaluation de l'utilisation de stratégies de pleine conscience et de yoga afin d'améliorer le bien-être des patients.

Collaborations cliniques

La direction des soins infirmiers est fière de sa participation auprès de partenaires du réseau de la santé et de l'enseignement universitaire. Nous voulons également continuer d'être aux premières loges pour répondre aux besoins de formation sur notre territoire, que ces besoins soient exprimés par nos partenaires ou par d'autres organismes.

Cette année nous avons entre autres collaboré aux projets suivants :

- Collaboration avec le département des sciences infirmières de l'UQTR dans la réalisation de vidéos de formation sur la prévention et la gestion de la violence
- Participation au **comité provincial pour l'élaboration des meilleures pratiques en prévention et gestion suicidaire en milieu hospitalier**
- Collaboration à l'organisation de la **journée de formation Intervention précoce lors des premiers épisodes psychotiques**, IUSMM, octobre 2017
- Développement de formations personnalisées pour les infirmières et intervenants de nos partenaires du réseau de la santé, de la sécurité publique et du service correctionnel canadien

L'esprit d'initiative qui anime le personnel et la volonté d'améliorer nos pratiques pour le bénéfice de notre clientèle s'est concrétisé au travers des projets porteurs de sens. C'est dans ce contexte que nous sommes fiers de vous présenter quelques-unes des réalisations de la dernière année:

- Projet pilote en vue de maximiser l'utilisation de la petite cour
- Développement de l'activité de promotion de la santé saines habitudes
- Activité pleine conscience pour les adolescents
- Promotion des bonnes pratiques via l'activité « Bon Coup Clinique »
- La boîte à légumes en tant qu'activité de généralisation des acquis

Innovation clinique

Lauréat du Grand prix Innovation clinique Banque Nationale 2017 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), qui vise à reconnaître les contributions cliniques infirmières novatrices.

Cet important prix a été décerné pour la mise en place du projet : « Atelier de réduction et de gestion du stress par la méditation pleine conscience ».

Projet initié par Samsith So, infirmier clinicien, Paul Pelletier, psychothérapeute et Etienne Paradis-Gagné, conseiller clinique en soins infirmiers.

La Sécurité

La sécurité constitue une dimension indispensable et incontournable dans un établissement de santé sécuritaire. Bien que les aspects sécuritaires associés au milieu puissent entraver la pleine expression du soin, nous affirmons que sans la sécurité, le soin est impossible à (dis)poser. Comme la sécurité est l'affaire de tous, on s'attend du personnel qu'il adopte des attitudes et des comportements orientés vers des pratiques sécuritaires tout en incorporant ceux-ci dans une approche visant le rétablissement des patients. C'est ainsi que pour soutenir cette vision de la sécurité nous avons réalisé plusieurs activités dont :

- Élaboration et formation sur les procédures de soins en chambre des patients (1.10 et 1.11)
- Semaine thématique sur les procédures sécuritaires
- Mise à jour des systèmes d'alarme d'urgence secteur des loisirs/ateliers
- Actualisation du plan de sécurité préventive

Contribution exceptionnelle

Nous souhaitons souligner la contribution de notre personnel à l'opération demandeurs d'asile. L'arrivée massive de demandeurs d'asile (plus de 9000) durant la période estivale 2017 aura représenté un défi pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Nous tenons à mentionner l'appréciation des compétences et de la qualité des services de notre personnel dans l'exécution de leurs mandats.

Mme Betty Pompée (psychothérapeute), Mme Esther Barreau (infirmière clinicienne) et M. Carol Maltais (chef de la Sécurité)

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS – BILAN DES RÉALISATIONS

SERVICES INTERNES

Collaboration avec le MSSS pour le suivi et l'implantation du plan NSA santé mentale. À ce jour, 8.6% de la clientèle de l'Institut est identifiée NSA comparativement à 13.5% l'an dernier et 20% l'année précédente.

En collaboration avec la Direction de l'enseignement et de la recherche, organisation de la visite du professeur Harry Kennedy dans le but d'offrir une formation de 3 jours sur l'outil DUNDRUM au personnel de l'IPPM, aux partenaires du réseau de la santé et des représentants du MSSS.

Participation active au sein du comité des travaux de hiérarchisation en psychiatrie légale pour les régions de Montréal et de la Montérégie. Ce projet, sous l'autorité de la Direction de la santé mentale du MSSS, trace les contours d'un système intégré permettant à la clientèle de psychiatrie légale d'obtenir des services appropriés en temps opportun. Le déploiement de l'offre de services hiérarchisée demeure à venir. Cet outil serait en soutien à l'identification des patients NSA, à la trajectoire de soins ainsi qu'au modèle de hiérarchisation des services en psychiatrie légale proposé par le MSSS.

Nous avons travaillé sur l'amélioration des processus pertinents ci-dessous afin de nous assurer que les patients reçoivent les services correspondant à leur niveau de soins :

- Comptabilisation des patients nécessitant un niveau de soins alternatifs (NSA)
- Production des évaluations du risque de violence hétérodirigée (HCR-20)
- Évaluation des besoins thérapeutiques et sécuritaires de nos patients avec l'outil DUNDRUM.
- Révision des trajectoires de soins et optimisation de la programmation (en cours).
- Développement d'un nouvel outil informatisé afin d'améliorer la comptabilisation des patients NSA hospitalisés à l'IPPM (RQSUCHv3). Cet outil permettra d'améliorer la collecte de données devant être déposées dans le Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centres hospitaliers (RQSUCH) exigé par le Ministère.
- Maintien des groupes Connect à l'intention des parents de la clientèle adolescente mettant l'accent sur le renforcement de composantes de base de l'attachement sécurisant. Ces groupes sont sous la supervision de la chercheuse Patti Ranahan au Département des sciences humaines appliquées de l'Université de Concordia ainsi que son équipe.
- Maintien du dossier santé Québec (DSQ) – participation aux forums pour le répondant DSQ, AVI et GAA.
- Maintien des normes de sécurité industrielles en lien avec le contrat du SCC et adaptation aux nouvelles exigences concernant l'attribution de cote de fiabilité (empreintes digitales électroniques).
- Coordination et participation hebdomadaires au comité de sorties qui relève de la DSP et qui a étudié au cours de la dernière année 271 demandes de sorties et de circulations dirigées. Ces demandes sont étudiées dans le cadre du processus de réinsertion sociale des patients. Ce comité tient compte des droits du cadre légal auquel le patient est soumis ainsi que les risques qu'il peut représenter pour lui-même et la société.
- Collaboration du DSP pour participer à plusieurs entrevues médiatiques touchant la psychiatrie.
- Présentation de nos services par plusieurs de nos professionnels sur différentes tribunes dans le réseau de la santé, entre autres, à l'International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS) qui s'est tenu en Croatie en juin 2017.

Soutien et services aux partenaires :

- 893 réalisations d'expertises portant sur l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle, les délinquants dangereux ou à contrôler et les présentenciels ont été effectuées à l'IPPM ainsi qu'au centre de détention Rivière-des-Prairies (dans le cadre d'une hospitalisation). Soulignons que nos expertises sont appréciées par l'ensemble des Cours du Québec, le taux de satisfaction des tribunaux se situe autour de 99 % selon les sondages effectués auprès des juges.
- 17 admissions en provenance d'un autre centre hospitalier via transfert de mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux, dont 1 interprovincial.
- 17 usagers ont été admis à contrat en provenance d'un autre centre hospitalier. À noter que l'infirmière de liaison affectée à ces dossiers fait maintenant partie de notre direction.
- Maintien des services de consultation et de suivi psychiatriques dans les centres de détention provinciaux.
- En 2017-2018, nous avons procédé à 685 admissions et 685 congés.
- Formation dispensée, par l'un de nos criminologues, à tous les psychologues, criminologues et quelques médecins sur la version 3 du HCR-20. De plus, 2 autres formations ont été données à 2 groupes de criminologues sur la rédaction de rapports courts HCR-20.
- Début du projet GAIA début septembre par les criminologues et les psychologues.
- Standardiser le format des rapports HCR-20 et augmentation de la production des rapports.
- Formation d'appoint sur le HCR-20 par l'un de nos criminologues à l'équipe mobile de psychiatrie légale à l'IUSMM.
- Conférence donnée, par l'un de nos criminologues, à la Journée Roland Saucier à Chicoutimi sur l'évaluation du risque de violence.
- Intégration de capsules de formation dans les réunions de Service de criminologie.
- Deux psychologues ont été formés pour le nouveau système de cotation du Rorschach, Californie.
- Présentation effectuée auprès des juges de la Chambre de la jeunesse du Québec sur l'ensemble des services offerts pour notre clientèle adolescente tant à l'interne qu'à l'externe.

Mention honorifique :

- Création du Journal partenaire Mozaïk destiné aux partenaires, aux familles et aux proches. Ce journal a vu le jour grâce à une collaboration entre le conseil multidisciplinaire et une équipe de professionnels dont la responsable est madame Karima Kahlaoui.

SERVICES EXTERNES

Pour le bilan de l'année financière 2017-2018, nous commenterons les données statistiques pour vous dresser un portrait des sept programmes des Services externes en lien avec les objectifs visés l'année dernière ainsi que les objectifs que nous nous fixons pour 2018-2019. Pour conclure, nous vous présenterons les défis et les enjeux pour l'année 2018-2019.

Nous invitons les lecteurs à lire le Bilan des Services externes 2017-2018 pour mieux comprendre le contexte et les enjeux reflétés dans ce bilan.

Programme Réseau

Pour ce programme, le nombre de demandes d'expertise provenant de la cour a augmenté de 15% pour une deuxième année consécutive. Cette année, au niveau du tableau clinique de la clientèle, la tendance se maintient quant à la complexité des comorbidités des pathologies, de la détérioration de l'état clinique, de la gravité des délits et le risque. Le nombre total d'expertises produites (326) a donc significativement augmenté comparativement à l'année dernière (282).

Concernant nos objectifs fixés l'année dernière, étant donné l'augmentation constante d'année en année des demandes faites au programme et la pression du système judiciaire quant à l'Arrêt Jordan, nous constatons une augmentation des délais d'attente, soit 54.57 jours en moyenne comparativement à 34.51 jours pour l'année dernière. Malgré la sensibilisation faite auprès des différents tribunaux cette année, nous avons toujours des difficultés à obtenir les documents essentiels à la réalisation des évaluations. Nous sommes donc à faire un suivi hebdomadaire avec nos partenaires du système de justice afin de trouver une solution.

Orientations et objectifs 2018-2019 : Notre objectif pour l'année prochaine est d'être en mesure de répondre à la demande croissante dans les meilleurs délais possible.

Notre direction poursuit sa participation au projet de hiérarchisation de la psychiatrie légale. Nous serons appelés dans la prochaine année à collaborer dans l'élaboration et dans l'opérationnalisation du modèle d'évaluation et d'intervention en psychiatrie légale qui sera décidée par le MSSS.

Programme Clinique d'évaluation du risque de violence (CERV)

Nous tenons à souligner que la CERV a reçu 22% de plus de demandes cette année. Des représentations auprès de la DSI-SM avaient fait l'année dernière pour éventuellement affecter une infirmière clinicienne à la réception et à la coordination des demandes afin de prendre la relève de la coordonnatrice qui a été affectée temporairement à cette tâche et aussi procéder à l'implantation de la complétion des grilles d'évaluation. Cette suggestion n'a pas été retenue.

Orientations et objectifs 2018-2019 : Nous poursuivons nos représentations auprès de nos instances afin d'affecter une ressource professionnelle pour dégager la coordonnatrice des Services externes de la réception des demandes et de l'organisation des services, et pour aussi poursuivre l'implantation de la complétion systématiquement de grilles d'évaluation aux patients. Rappelons que ce projet a été accepté et a été suspendu faute de ressources. Nous voulons ainsi créer une banque de données de cette clientèle, le tout s'inscrivant dans un projet de recherche en psychiatrie dans le but de systématiser les processus d'évaluation du risque de violence. Cette offre de service est au coeur de notre mission et dans la vision de la hiérarchisation de la psychiatrie légale. De plus, des offres complémentaires de formation en lien avec la gestion de la violence et des stages pour différents professionnels pourraient être développées en collaboration avec la Direction de l'enseignement et de la recherche.

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

Le nombre d'ouvertures de dossier a diminué cette année (78) ainsi que de dossiers actifs (102) comparativement à l'année dernière. Nous tenons à souligner que M. Jean Proulx, directeur du département de criminologie à l'Université de Montréal, a joint l'équipe à titre de psychologue. Cet apport est important pour l'organisation et le programme de par les connaissances et l'implication de M. Proulx dans l'élaboration de différents projets de recherche.

Orientations et objectifs 2018-2019 : Nous poursuivons nos travaux cette année à réduire nos délais d'attente pour ce programme. Comme l'accessibilité des soins est un enjeu majeur présentement dans le réseau de la santé, nous poursuivons nos efforts concernant cet enjeu.

La coordonnatrice des Services externes qui participait activement à l'organisation du Congrès international francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS) ayant lieu tous les quatre ans au Québec prendra sa retraite en juin 2019. Celle-ci a entrepris des démarches pour assurer une continuité de l'implication de l'IPPM dans cette organisation. Ainsi, le Centre de recherche et d'enseignement a été interpellé et des démarches sont entreprises pour évaluer la possibilité de poser notre candidature pour l'organisation du prochain CIFAS en 2021, et ce idéalement en collaboration avec le RIMAS. Le tout afin d'assurer à l'Institut un rayonnement international, mais aussi des redevances financières pour

permettre aux professionnels de l'IPPM de bénéficier des formations spécifiques en matière de problématiques sexuelles.

Programme Urgence Psychosociale-Justice

Cette année, nous avons répertorié 673 évaluations à la Cour du Québec. À la Cour municipale (PAJ-SM, Tribunal de santé mentale) 38 évaluations par les criminologues ont été effectuées, soit une diminution de plus 65 %.

Orientations et objectifs 2018-2019 : Nous allons poursuivre notre collaboration afin d'améliorer de l'organisation des services de liaison et des suivis au PAJ-SM ainsi que pour le projet de la mise en place d'un modèle inspiré du PASJ-SM à la Cour du Québec de Montréal. Une réflexion s'impose concernant l'attribution de ressources en lien avec la diminution des demandes faites à l'équipe de criminologues.

Programme Transition-Réadaptation

Une diminution progressive, au fil des périodes financières, du nombre de dossiers actifs cette année est constatée et représente les efforts constants des professionnels dans les démarches de proximisation de la clientèle ne nécessitant plus notre requis de soins. Cette année, 48 % des patients en processus de proximisation (23 sur 48 patients) sont retournés à leur hôpital de proximité comparativement à 67 % l'année dernière (32 sur 48 patients). Pour différentes raisons organisationnelles, par exemple des problèmes d'effectifs médicaux, nous avons constaté que le délai s'est allongé entre le moment de référencement et la prise en charge de nos patients par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. À ce jour, les travaux sont alors ralentis et des démarches sont en cours avec le ministère.

Pour ce qui est du nombre d'hospitalisations des patients suivis en externe, nous remarquons une diminution (65 hospitalisations pour 57 patients distincts). Comparativement à l'année dernière, moins de patients ont été hospitalisés plusieurs fois.

Suite à l'instauration, en 2014-2015, d'un indicateur concernant la présentation du Plan de service individualisé au patient, nous avons relevé que 154 des 238 patients ont été sollicités à participer à l'élaboration leur plan de soins avec les intervenants comparativement à 144 pour l'année dernière. Nous souhaitons que les patients soient activement interpellés et s'approprient leur plan de soins dans une démarche d'empowerment et de pleine citoyenneté qui est directement en phase avec le Plan d'action en santé mentale.

Nous tenons à souligner l'effort soutenu de l'ensemble de l'équipe à ce programme, (criminologues, psychologues, psychiatres et infirmiers), dans les services rendus à la clientèle. Ils jouent un rôle pivot dans la prise en charge des patients et sont au coeur de la réalisation du processus de proximisation.

Orientations et objectifs 2018-2019 : Nous prévoyons, encore cette année, déployer beaucoup d'efforts en lien avec le projet de hiérarchisation des services de psychiatrie légale sur l'île de Montréal. Nous demeurons à l'affût des conclusions de ces travaux et des impacts possibles sur ce programme. Nous devons amorcer une réflexion sur l'avenir de ce programme dans la perspective d'offrir des services de réadaptation surspécialisés en psychiatrie légale pour une clientèle ambulatoire.

Programme pour adolescents auteurs de transgression sexuelle

Cette année, le nombre de demandes (-9%) a diminué. Le manque d'effectifs médicaux et de professionnels explique la fluctuation du temps d'attente, mais aussi la priorisation des patients ayant une ordonnance d'expertise médico-légale faisant en sorte que les patients en attente de consultation ont un délai de prise en charge allongé.

De plus, suite à un départ en maladie prolongée de la psychologue affectée à temps complet au programme, une mobilisation importante a été constatée de certains membres de l'équipe pour assurer la continuité des soins. Le remplacement de cette dernière a été comblé par l'affectation de trois personnes à temps partiel, ce qui a demandé des efforts soutenus de l'équipe à l'intégration de ces nouvelles ressources tout en étant en mesure de diminuer les délais d'attente pour la clientèle.

Le projet de recherche Gaïa de Mme Monique Tardif, psychologue, a suivi son cours. Ainsi, un groupe de contrôle a été complété. Le groupe clinique est maintenant en cours. Rappelons que ce projet se poursuivra sur les quatre prochaines années et mettra en place des interventions thérapeutiques s'adressant au système familial et non seulement à l'individu.

Orientations et objectifs 2018-2019 : Nous poursuivrons nos efforts afin de diminuer les délais d'attente. De plus, nous tenterons de renouveler au courant de l'année, le groupe Connect. Nous nous efforcerons aussi de participer activement au projet de recherche Gaïa. De plus, comme une professionnelle en place sera affectée à temps partiel au projet de recherche, une nouvelle ressource sera affectée au programme afin de combler les journées présences perdues. Les coûts associés à cette affectation seront assumés par le projet de recherche.

Programme Clinique Réseau jeunesse

Le nombre de demandes (157) et le nombre d'ouvertures de dossiers (131) s'est maintenu comparativement à l'année dernière. L'équipe de la CRJ a su maintenir son offre de service et son délai d'attente à 30 jours en moyenne. Nous tenons à souligner le retour de Dr Martin Gignac au programme.

Orientations et objectifs 2018-2019 : Suite au départ à la retraite de l'infirmier clinicien de la CRJ, nous avons renouvelé son affectation tout en ayant réaménagé ses tâches de travail. L'infirmier nouvellement en poste aura comme défis de revoir les outils cliniques du programme et d'assumer un leadership auprès des partenaires. Nous poursuivrons la tenue de formation médicale continue instaurée en cours d'année en pédopsychiatrie avec l'unité d'évaluation et de traitement pour adolescents (F-2) et au Programme pour adolescents auteurs de transgression sexuelle.

Défis et enjeux 2018-2019 pour l'ensemble des Services externes

Nous poursuivrons nos efforts pour atteindre les différents objectifs fixés l'année dernière, plus particulièrement :

- Exercer un leadership dans la planification des soins et des services de par notre participation aux travaux à la hiérarchisation de la psychiatrie légale ;
- Améliorer l'accessibilité des soins et des services en lien avec notre mission en diminuant les délais d'attente ;
- Augmenter le degré de satisfaction des patients envers la qualité des soins et des services ;
- Augmenter l'implication des patients dans le processus de rétablissement en poursuivant nos travaux, entre autres, en faisant participer le patient à l'élaboration de son plan de services individualisés ;
- Mettre en place différents partenariats cliniques dans lesquels notre leadership en psychiatrie légale est au premier plan, par exemple avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

(CRDITED) qui œuvre auprès d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle et des comportements violents.

Au courant de l'année, nous poursuivrons nos travaux visant à l'arrêt de l'utilisation d'OACIS et de l'implantation de Cristal-Net dans notre établissement. Des travaux de migration des données et une révision des processus de travail pour l'ensemble du personnel de l'hôpital sont à planifier. Cette implantation est prévue pour l'automne 2018.

Conclusion

Les objectifs fixés pour l'ensemble des programmations sont centrés autour des orientations stratégiques émises dans le Plan stratégique 2015-2020 de l'IPPM, soit :

- La hiérarchisation des soins et des services;
- La mobilisation de l'organisation vers une culture d'amélioration continue et de performance;
- La volonté de devenir un partenaire de choix pour nos demandeurs.

Depuis quelques années, des indicateurs de performance sont en place tels que : des études statistiques, des évaluations de la satisfaction de nos partenaires, des outils de suivi (proximisation) et l'utilisation de grilles d'évaluation pré et post-intervention. Ces indicateurs ont suscité plusieurs constats menant à des optimisations telles que la bonification des méthodes évaluatives de la clientèle, des évaluations en fin d'activité afin de bonifier les groupes thérapeutiques ainsi que l'instauration de nouvelles activités thérapeutiques. Nous peaufinerons nos objectifs dès la diffusion du plan opérationnel des visées du Plan stratégique pour être en phase avec ceux-ci.

DÉPARTEMENT DE LA PHARMACIE

Le département clinique de pharmacie a pour mission de dispenser à tous les patients de l'établissement des soins et services pharmaceutiques fiables et de qualité qui assurent un traitement rationnel des maladies.

L'implication quotidienne des pharmaciens au sein de l'équipe médicale est un élément essentiel à la réalisation de la mission du département. Cette implication se traduit par l'implication au sein des équipes interdisciplinaires, l'offre d'un service de consultations, la diffusion de l'information pharmaceutique aux membres du personnel clinique et par une collaboration étroite et constante avec les médecins de l'établissement.

En plus des soins et services pharmaceutiques, le travail des pharmaciens se décline également selon les trois autres axes de la pratique de la pharmacie, soient la gestion, la recherche et l'enseignement, dans la limite des ressources disponibles.

Actions réalisées ou en cours de réalisation pour l'année 2017-2018

- Ébauche du plan clinique et académique pour le département de pharmacie
- Gestion des ruptures de stocks (plus de 150 ruptures de stocks en 2017-2018)
- Présentation sur les coûts des médicaments au département de psychiatrie
- Évaluation des besoins de remplacement de l'ensacheuse de la pharmacie centrale
 - o Multiples problèmes techniques en 2017-2018
 - o 20 appels de service
 - o 5 pannes de plus de 4 heures (nécessitant le déploiement du plan d'urgence)
- Participation au tournage du documentaire-télé concernant l'établissement
- Mise en place et instauration du tableau opérationnel au sein du département

- Révision de l'offre de soins pharmaceutiques (en cours)
- Révision et implantation de nouveaux indicateurs de qualité et de performance (en cours)
- Projet de numérisation et gestion des ordonnances en collaboration avec le service de l'informatique (en cours)
- Formation continue :
 - o Nancy Légaré a assisté au Pschy Congress à la Nouvelle-Orléans en septembre 2017
 - o Nancy Légaré a participé au Colloque Troubles mentaux sévères et comportements violents: de la neurobiologie à la pharmacothérapie, tenu à l'IPPM en octobre 2017
 - o Marie Dubreucq a assisté au Colloque Troubles mentaux sévères et comportements violents: de la neurobiologie à la pharmacothérapie, tenu à l'IPPM en octobre 2017
 - o Marie Dubreucq a participé au regroupement des pharmaciens experts en psychiatrie de l'Association des pharmaciens des établissements de santé (4 réunions)
 - o Julie Duchaine a participé au Colloque de gestion de l'Association des pharmaciens des établissements de santé en octobre 2017
- Participation aux comités à l'intérieur de l'établissement :
 - o Comité de pharmacologie
 - o Comité exécutif du CMDP
 - o Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique
 - o Comité de prévention des infections
 - o Comité scientifique de la recherche
 - o Comité de formation
 - o Conseil d'administration
- Participation aux comités à l'extérieur de l'établissement :
 - o Comité régional sur les services pharmaceutiques
 - o Regroupement des chefs de département de pharmacie
 - o Groupe d'achats des médicaments (Sigma Santé).

Indicateurs de qualité et de performance 2017-2018

Dans sa politique de gestion, le département de pharmacie a ciblé des indicateurs de processus et de résultats servant à mesurer la qualité des activités et le rendement du département. Voici ceux relevés cette année.

- Nombre d'interventions pharmaceutiques : 1970
- Nombre d'appels de garde : 3
- Bilans comparatifs des médicaments à l'admission complétés : 99%
- Nombre d'appréciations annuelles de la contribution complétées : 4

Plusieurs autres indicateurs sont en développement ou leur méthode de comptabilisation a changé au cours de l'année, ce qui fait en sorte que seules des données partielles sont disponibles pour l'instant. Ceux-ci ne sont donc pas présentés dans ce rapport.

Conclusion

Pour le département clinique de pharmacie, l'exercice 2017-2018 a été principalement marqué par une diminution partielle des activités cliniques, en raison des congés des pharmaciennes cliniciennes. Pour l'année 2017-2018, seule la moitié des unités de soins de l'établissement ont bénéficié des services réguliers d'une pharmacienne.

Quant à l'équipe technique, dont un poste a été aboli au cours des dernières années, la petitesse de celle-ci la rend fragile à toute modification d'effectifs. Or, en raison des périodes de vacances et des absences ponctuelles, l'année 2017-2018 a été très difficile et a entraîné des arrêts de travail de deux assistantes techniques, partiellement non remplacées en raison de l'imprévisibilité de la durée de ces

congrés, de la quasi-absence de liste de rappel et de la difficulté à embaucher de nouveaux employés pour une « durée indéterminée ».

Nos indicateurs de qualité et de performance montrent un nombre d'interventions pharmaceutiques à la baisse par rapport à l'exercice 2016-2017, conséquent avec les absences prolongées des pharmaciennes cliniciennes. Les indicateurs montrent également une diminution du recours au pharmacien de garde et un excellent taux de rédaction des bilans comparatifs des médicaments à l'admission. En ce qui a trait au nombre d'appréciations annuelles complétées, le taux est actuellement de 57% et devra être amélioré au cours de la prochaine année.

Finalement, nous tenons à remercier tous les membres du département de pharmacie pour leurs efforts soutenus au cours de l'année 2017-2018 ainsi que les services et départements qui ont collaboré avec nous dans le but commun de maximiser la qualité et la sécurité des soins et services destinés aux patients.

DÉPARTEMENT DE LA PSYCHIATRIE

Effectifs médicaux

Encore une fois, cette année, il nous a été impossible de combler les postes disponibles, et ce, malgré des efforts de recrutement considérables.

La Dre Niassah Navidzadeh, arrivée en août dernier, nous a récemment annoncé qu'elle quitterait ses fonctions. Nous en sommes actuellement à finaliser le recrutement d'une candidate pour assurer ce remplacement. Il est à prévoir qu'une demande de dérogation doit être faite faute de pouvoir recruter un candidat avec profil universitaire.

Nous avons eu le bonheur d'accueillir dans nos rangs la Dre Gabrielle Provost qui a pris en charge l'unité B1 au départ du Dr André Nantel qui a concentré ses activités à l'externe, prévoyant prendre sa retraite sous peu.

Le docteur Paul-André Lafleur nous a informés de son désir de prolonger d'une année son congé de service, ce qui lui a été accordé.

Les 2 résidentes inscrites au programme de surspécialité pour l'année académique 2017-2018 ont réaffirmé leur souhait de débiter leur pratique à l'IPPM à compter d'octobre 2018 (Dre Catherine Chartrand au D2 en remplacement de la Dre Gabrielle Cyr et Dre Marie-Michèle Boulanger eu C1 en remplacement du Dr Lafleur). La Dre Myriam LeBlanc, quant à elle, termine sous peu son fellowship au CAMH et sera prête à entrer en fonction aux services externes et à la détention de Bordeaux dès septembre.

Les démarches sont toujours en cours pour l'embauche de la Dre Marion Pastor via l'ARM. Elle pourra, suite à son embauche, venir soutenir la clinique des agresseurs sexuels adultes et prêter main-forte aux médecins en charge de produire les expertises de délinquants dangereux ou à contrôler dont la demande est sans cesse croissante.

Plusieurs retraites m'ont par ailleurs été annoncées pour 2020. Heureusement, de jeunes collègues se sont montrés fort intéressés à venir joindre nos rangs à cette période, après avoir complété un fellowship ou la surspécialité en psychiatrie légale.

Malheureusement, actuellement seuls 20 médecins psychiatres rendent des services cliniques sur une possibilité de 26.

Clinique

La situation est stable au plan clinique, la plupart des médecins ayant accepté d'augmenter leurs responsabilités dans la prestation de soins afin de contrer la pénurie. La couverture à Bordeaux demeure à 1 journée semaine et il est proposé d'offrir des services cliniques de consultation urgente en externe pour la période estivale (entre le départ de la Dre Cyr et l'arrivée de la Dre LeBlanc).

Dans les unités d'admission et d'expertise, la couverture est toujours assurée par 3 collègues qui se répartissent les patients à raison de 12 lits chacun (plutôt que 9 lits/médecins tel que prévu au plan d'effectifs). Bien qu'un essoufflement se fasse sentir et que les vacances soient plus difficiles à remplacer, chacun met l'épaule à la roue et malgré une forte augmentation des demandes d'expertises l'automne dernier, nous avons réussi à éviter la rupture de services.

Les transferts en 2e ligne demeurent ardu, mais l'infirmière de liaison travaille de concert avec les équipes traitantes afin de minimiser la création de nouveaux NSA et s'assurer que les patients soient admis dans un établissement offrant une prestation appropriée à leur requis de soins et de sécurité. L'arrivée de l'équipe NSA (sous l'égide de la DSP) permettra de soutenir les équipes et l'infirmière de liaison dans cette tâche.

Nous tenons encore une fois cette année à saluer le travail des nombreux professionnels qui oeuvrent au sein de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, incluant madame Carolyn Stemkowski, infirmière de liaison, et l'ensemble des pharmaciens et pharmaciennes de l'Institut dont l'apport est indéniable.

Enfin, il nous importe à nouveau de souligner l'apport précieux de notre interniste, le docteur Robert Langlois, et de nos omnipraticiens, les docteurs Nathalie Boulanger et Michael Mansour. Le recrutement d'effectifs supplémentaires n'a cependant pas pu s'actualiser et demeure une priorité.

Enseignement et rayonnement

Nos psychiatres demeurent actifs pour superviser les résidents et externes qui complètent un stage à l'Institut.

Quant au programme de surspécialité en psychiatrie légale, 2 candidates termineront leur formation en juillet prochain. La docteure Jocelyne Brault demeure la responsable du bloc de cours de psychiatrie légale (fonctions qu'elle occupe depuis 2009) au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Elle peut, comme par les années antérieures, compter sur l'appui de bon nombre de professeurs de notre département pour dispenser les cours aux résidents. Elle assume de plus, depuis plus de 4 ans, la tâche d'adjointe au chef du Département de psychiatrie et de directrice du Programme de surspécialité en psychiatrie légale. Son apport est très précieux.

Le docteur Michel Fillion poursuit son implication comme responsable de l'externat. Le poste de responsable de la résidence deviendra cependant vacant au départ de la Dre Cyr. Un remplaçant devra être nommé sous peu.

Sur le plan du rayonnement, nos psychiatres ont, encore une fois, multiplié les participations à différents colloques et congrès régionaux, nationaux et internationaux. Outre ces implications, nos membres continuent de participer régulièrement aux réunions scientifiques, aux divers séminaires et clubs de lecture de notre département.

Enfin, l'arrivée de la Dre Anne Crocker a amené un nouveau souffle au sein de la DRE, son apport ainsi que celui de son équipe a permis de dynamiser les échanges et la collaboration.

Administration

Cette année, nous avons été appelés à collaborer à divers projets organisationnels interdirection notamment à la rédaction du Plan clinique et académique, puis au projet trajectoire et programmation (en tant que responsable). De nombreux intervenants ont été partie prenante de ces travaux, dans un souci commun de mieux cerner et nous centrer sur les besoins de notre clientèle. Une transformation en profondeur s'amorcera sous peu, au fil de laquelle les médecins devront assumer un leadership clinique fort, dans le meilleur intérêt de notre clientèle trop souvent lourdement stigmatisée.

SERVICE DE PASTORALE

Le Service de pastorale a comme mandat le soutien et l'accompagnement à la vie spirituelle et religieuse de l'ensemble des patients à Pinel ainsi qu'à leurs proches.

Actions réalisées ou en cours de réalisation

- Messes de fin de semaine 2 fois par mois pour les catholiques et les chrétiens dans la petite chapelle.
- Sacrements de communion et de réconciliation donnés sur les unités à ceux et celles qui en demandent.
- Célébrations spirituelles (Sweat Lodge) pour les autochtones du F1 sur la Terre Sacrée, une fois à chaque mois, du mois d'avril au mois de novembre.
- Smudges aux autochtones du F1 en particulier et des autres unités qui en demandent.
- Accompagnement spirituel au bureau ou à l'unité, à la demande des patients ou des membres des équipes soignantes.
- Tournées dans toutes les unités visiter et rencontrer des patients, peu n'importe leur religion et dénomination religieuse, pour les saluer, les écouter, leur parler et les soutenir si c'est le cas.

Tableau des activités

MOIS	ACCOMPAGNEMENT à l'unité	Rencontre à l'unité	Rencontre en activité	Sweat Lodge Terre sacrée	Smudge Chapelle
Avril 2017	8	118	59	3	8
Mai 2017	9	53	50	2	6
Juin 2017	13	131	61	3	11
Juillet 17	14	81	25	5	7
Août 2017	15	125	59	7	19
Sept.2017	8	93	28	4	2
Oct.20 17	7	103	33	5	10
Nov. 2017	7	89	47	6	24
Déc. 2017	6	124	52		3
Janv. 2018	6	108	53		10
Février 18	19	284	27		7
Mars 2018	3	6	10	0	0
TOTAL 2017-2018	115	1116	516	35	107

Conclusion

Le Service de pastorale de l'Institut reste un lieu important pour tous les patients. Bien des fois sous-estimé, il continue d'offrir aux patients l'occasion d'explorer et d'approfondir leur spiritualité, et aux membres du personnel des renseignements religieux et culturels qui peuvent les aider à mieux comprendre et évaluer certaines demandes et comportements de leurs patients.

Notre intervention pastorale s'exerce sous plusieurs formes et s'avère bien reçue des patients et des membres du personnel, car elle se veut au service du mieux-être de la personne dans sa globalité.

L'approche que nous privilégions cherche toujours à s'harmoniser avec le plan de soin des patients des unités, tenant ainsi compte de leur réalité et des ressources du milieu. C'est pourquoi la multidisciplinarité et le travail d'équipe sont au centre de nos actions. Notre satisfaction réside dans les effets que nos efforts produisent chez ceux et celles avec qui et pour qui nous travaillons quotidiennement.

Nous espérons que ce rapport dresse un portrait fidèle du Service de pastorale et du travail que nous sommes heureux d'accomplir à l'Institut.

DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT – BILAN DES RÉALISATIONS

L'année 2017-2018 a été marquée de changements notables à la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire (DRE), tant sur le plan de l'espace physique et des ressources humaines que du nombre et de la qualité des activités académiques. D'abord, parmi les changements à la DRE, en plus l'arrivée en poste d'Anne Crocker Ph.D psychologie au début 2017, une nouvelle adjointe administrative s'est jointe à l'équipe. De plus, il y a eu le départ à la retraite de M. Normand Beaudet du Centre de Documentation après 40 ans de services à l'IPPM. Nous avons poursuivi le développement de la DRE avec des liens plus forts et actifs avec le département de psychiatrie de l'Université de Montréal sur le plan de la recherche. De nouveaux chercheurs réguliers et associés ont été recrutés dans la dernière année. Des partenariats avec d'autres institutions du même genre que l'IPPM ont commencé à se développer, notamment avec une entente d'échanges avec le Mental Health Law and Policy Institute de l'Université Simon Fraser. L'équipe de recherche de Mme Crocker a reçu une subvention des IRSC de 1,6 M\$ pour une étude pancanadienne sur huit provinces en psychiatrie légale. Un observatoire en justice et santé mentale est en cours de développement grâce à un soutien du Ministère de la Justice du Québec. L'IPPM a offert de nombreuses activités de formation et de transfert des connaissances au personnel de l'IPPM, du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'au réseau de la justice et de la sécurité publique tout au long de l'année. De plus, nous avons accueilli un nombre croissant de stagiaires de toutes les disciplines. La DRE travaille activement à poursuivre les collaborations avec la pratique clinique de l'IPPM et un partenariat significatif a été établi autour de la formation et de l'implantation du DUNDRUM, la rédaction du plan clinique et académique ainsi que le projet de cartographie et de transformation des services de l'IPPM. L'année a aussi été marquée par la poursuite de changements sur le plan des espaces dédiés à la recherche et à l'enseignement, dont la transformation du Centre de documentation, l'installation d'équipement audiovisuel de pointe dans la salle de conférence de la recherche (CR-70) et l'implantation du Wi-Fi rendu possible grâce aux frais indirects de la recherche. Tous s'entendent pour dire que l'année 2017-2018 a été riche en développements et dynamisme renouvelé que nous comptons poursuivre au cours des prochaines années pour un déploiement de la mission nationale

CENTRE DE RECHERCHE.

Sur le plan de la recherche, l'année 2017-2018 a été marquée par l'amorce des travaux de révision de la mission et des orientations du Centre de recherche, en favorisant une approche interdisciplinaire et interuniversitaire aux questions psycho légales de l'heure. Des efforts ont été consacrés à l'accroissement du réseau de partenaires et de collaborateurs de la recherche qui œuvrent en santé mentale, justice et sécurité dans le but de consolider la reconnaissance du leadership de l'IPPM dans le champ de la psychiatrie légale tant au Québec qu'ailleurs. En ce sens, le recrutement de chercheurs œuvrant dans de multiples disciplines en lien avec la mission unique de l'Institut et provenant de divers milieux universitaires, l'obtention de subventions importantes par les chercheurs du Centre pour soutenir des programmes de recherche innovants dans le champ de la psychiatrie légale, la diffusion des résultats de recherche, le développement de nouveaux partenariats et l'implication de la DRE au sein de l'International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS) témoignent des démarches entreprises pour soutenir la nouvelle vision du Centre de recherche. La dernière année a également été marquée par l'intégration de l'équipe de recherche d'Anne Crocker à titre de chercheure régulière à l'Institut ainsi que par une mise à niveau de la gestion financière de tous les comptes de la recherche.

Le centre de recherche en chiffres :

- 12 chercheurs réguliers
- 15 chercheurs associés
- De multiples subventions (*pour connaître les détails, demander le bilan directement à la DRE*)

Publications des chercheurs réguliers

	Chercheurs réguliers	Chercheurs associés
Articles :		
Publiés	39	68
Sous presse/acceptés	24	17
Soumis	37	12
Livres :		
Publiés	-	4
Sous presse	1	3
Chapitres de livres :		
Publiés	8	17
Sous presse/acceptés	7	8
Affiches	11	7
Présentations	47	84
Présentations dans les médias	25	4

International Association Of Forensic Mental Health Services

Durant l'année 2017-2018, l'implication du Centre de recherche auprès de l'International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS) s'est poursuivie. L'IAFMHS est une association internationale sans but lucratif dont le mandat principal est d'organiser une conférence annuelle pour promouvoir la diffusion des dernières recherches sur les questions juridiques, administratives et éthiques de l'heure en santé mentale judiciaire. Lors de la conférence annuelle de l'association, qui s'est tenue à Split en Croatie en juin 2017, madame Anne Crocker, a été élue par acclamation comme prochaine présidente de l'IAFMHS. Elle entrera en fonction en 2019 pour un mandat de deux ans. De plus, la candidature de Montréal a été retenue pour la tenue de la conférence de l'IAFMHS en 2019. Cette conférence sera organisée par l'Institut en collaboration avec l'association. La participation active de l'Institut aux activités de l'IAFMHS lui assure un rayonnement au plan international dans le champ de la psychiatrie légale.

Défis et enjeux

Enfin, parmi les défis et les enjeux rencontrés durant l'année 2017-2018, notons le financement de l'infrastructure de recherche afin de poursuivre le développement du Centre de recherche et de ses plateaux technologiques. La poursuite du recrutement de nouveaux chercheurs est à mentionner également afin d'assurer la pérennité de la mission de recherche de l'Institut et la rétention d'une relève qui innovera dans le champ de la recherche en santé mentale, justice et sécurité au bénéfice des patients. La compétition grandissante pour accéder à des fonds de recherche d'organismes subventionnaires fait également partie des enjeux avec lesquels les chercheurs du Centre de recherche doivent continuellement composer.

La Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire siège à la Table Nationale des Directeurs de la Recherche permettant ainsi le maillage avec les orientations provinciales en ce qui a trait à la recherche et permettant de développer des collaborations avec les autres organisations en

santé et services sociaux du Québec. Elle siège au sous-comité des contrats d'affiliation, ainsi que le sous-comité sur la mise en œuvre du logiciel NAGANO pour le suivi éthique des projets de recherche. Elle siège également au Comité Conseil de la recherche de la faculté de Médecine ainsi que le Comité de la Recherche et des Études Supérieures du Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal, assurant ainsi la bonne représentation des enjeux de la recherche et de l'enseignement à l'IPPM et assurant une communication avec les autres milieux de recherche en santé mentale de la faculté de médecine.

DIVISION DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET DU TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Durant l'année 2017-2018, des travaux ont débuté sur la mise sur pied d'un Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité (C-For (SMJS)) à l'Institut. Le développement de l'infrastructure et des orientations de ce Centre sont en cours de développement. Le Centre vise une meilleure structuration et centralisation de la formation à l'Institut via la DRE, une plus forte intégration des soins et de l'enseignement, ainsi que le développement d'activités de transfert de connaissances pertinentes pour améliorer les soins et les services offerts aux personnes ayant des troubles mentaux. De plus, une mise à niveau de l'organisation des stages cliniques, de l'accréditation des activités de formation et des comptes de l'enseignement a été effectuée durant la dernière année.

Comité de l'enseignement

Le comité de l'enseignement a tenu cinq réunions au cours de l'année 2017-2018. Le comité est composé de 14 membres de l'IPPM afin de s'assurer de la représentation de l'ensemble des disciplines appelées à participer et à élaborer des activités d'enseignement, de supervision de stages et de transfert de connaissances. Le comité se compose des 14 personnes suivantes : PDG : Dre Renée Fugère; DRE : Anne Crocker (Directrice de la DRE), Normand Beaudet, Sonia Landry, Marie-Lou Robillard, Jeanne Vachon; DSI : Étienne Paradis-Gagné; département de psychiatrie : Dre Kim Bédard-Charette, Dre Jocelyne Brault, Dre Gabrielle Cyr; département de pharmacie : Nancy Légaré; DSP : Melissa McDonald, Antonella Orsini; Service des ressources humaines : Julie Malouin.

Les stages

En 2017-2018, 98 stagiaires cliniques dans diverses disciplines dont les sciences infirmières, la psychoéducation, la psychologie, la criminologie et la psychiatrie ont été reçus et supervisés à l'IPPM. Vingt stagiaires de plus que l'année précédente ont été accueillis à l'Institut. Une nouveauté cette année, l'IPPM a accueilli une première stagiaire au service des ressources humaines. Les deux résidentes accueillies dans le programme de surspécialité en psychiatrie légale termineront leur résidence en juin 2018. Ces dernières poursuivront à l'Institut comme psychiatres à l'automne. Une nouvelle candidate a été sélectionnée pour le programme de surspécialité et débutera sa résidence en juillet 2018. L'année 2017-2018 est une année record sur le plan du nombre d'externes en médecine accueillis à l'Institut (26) et ce, grâce au fait que l'Institut accueille maintenant des externes dont le stage est d'une durée de moins d'un mois. L'intérêt des externes pour l'Institut comme milieu de stage est en grande partie dû aux efforts de valorisation des stages auprès des étudiants en psychiatrie dans divers forums par les psychiatres de l'Institut, dont Dre Kim Bédard-Charette, Dre Anne-Marie Bouchard, Dre Jocelyne Brault et Dr Michel Filion.

Journée d'orientation pré-stage

Une demi-journée d'orientation pré-stage a été organisée pour les stagiaires afin de les accueillir et de faciliter leur intégration dans notre milieu de soins spécialisés. Lors de cette demi-journée d'accueil, les responsables de stages en criminologie, en psychologie, en soins infirmiers et en psychoéducation de même que la technicienne administrative à la DRE reçoivent les stagiaires. La journée débute par le visionnement du film « Pinel », suivi de la présentation de la mission et des valeurs de l'Institut, de sa

clientèle, de ses services, de ses équipes multidisciplinaires ainsi que de son expertise. Les services offerts au niveau de l'enseignement, de la recherche, du Centre de documentation, des activités scientifiques et des formations sont également présentés aux stagiaires. Diverses informations d'ordre général sont aussi fournies. La journée d'orientation se termine par une visite de l'Institut.

Activité de reconnaissance des superviseurs de stage et d'internat

Une activité de reconnaissance de l'ensemble des superviseurs de stage a eu lieu le 7 juin 2017 sous forme de 5 à 7. Cette activité a été l'occasion de souligner le rôle essentiel des superviseurs de stage dans la réalisation de la mission d'enseignement de l'Institut. L'engagement et l'implication soutenue des superviseurs ont été soulignés. Un cadeau a été offert aux responsables et superviseurs de stage en guise de reconnaissance.

Activités du département de psychiatrie

L'année 2017-2018 a également été marquée par l'implication active et soutenue des psychiatres de l'Institut sur le plan de l'enseignement. Notons d'abord les diverses fonctions reliées à l'enseignement assumées par les psychiatres, dont Dre Jocelyne Brault, à titre de directrice du programme de surspécialité en psychiatrie légale ainsi que Dr Michel Fillion, coordonnateur à l'externat. Dre Gabrielle Cyr, quant à elle, est coordonnatrice à la résidence en psychiatrie et Dre Anne-Marie Bouchard, directrice du programme de résidence en psychiatrie à l'Université de Montréal. Les psychiatres de l'Institut, avec le soutien de la DRE, organisent de nombreuses activités d'enseignement en psychiatrie légale, dont les séminaires d'expertise, les séminaires des cas difficiles, le journal club et les rencontres de formation médicale continue. Dr Benoît Dassylva est le responsable des séminaires d'expertise. Dix séminaires ont eu lieu au courant de la dernière année. Ce séminaire est axé sur les activités reliées à la psychiatrie légale, criminelle ou civile. On y présente des cas cliniques comportant un intérêt au plan médico-légal : cas complexes au plan sémiologique, illustrant une nouvelle jurisprudence ou permettant une discussion sur des concepts médico-légaux. Des présentations plus théoriques sur des sujets plus pointus, de nouvelles jurisprudences ou de nouveaux outils d'évaluation sont aussi au programme. Dre Chantale Bouchard est la responsable des séminaires des cas difficiles. Onze séminaires ont été organisés durant la dernière année. Cette activité a comme but le partage de cas complexes présentant diverses difficultés pour l'équipe traitante ainsi que le patient, incluant : le diagnostic, le traitement et la gestion du risque de violence. Une discussion instructive et un partage d'expertise ont lieu durant ces séminaires. Enfin, Dr Michel Fillion, responsable du journal club, a tenu des rencontres à 8 reprises durant l'année 2017-2018. Les médecins et résidents y présentent à tour de rôle un article scientifique pertinent à la pratique. Le présentateur en fait une critique et par la suite les échanges portent sur la méthode de recherche, la validité de l'article et les nouvelles informations qui y sont contenues. Cette activité permet à la fois de développer un sens critique face à la littérature scientifique et aussi de se tenir à jour en ce qui concerne les dernières connaissances. Enfin, Dr Louis Morissette, responsable de la formation médicale continue, a organisé 5 rencontres dans la dernière année sur des thèmes variés, dont l'expertise, la psychose ainsi que le rôle et les fonctions du coroner, parmi d'autres.

Les conférences du mercredi et autres présentations scientifiques

Durant l'année 2017-2018, la programmation de conférences scientifiques axée sur des thèmes reliés aux enjeux cliniques et à l'intervention s'est poursuivie. Les conférences ont été offertes au personnel de l'Institut ainsi qu'aux partenaires et autres établissements du réseau de la santé, de la sécurité et de la justice. Au total, plus de 380 membres du personnel de l'Institut ont participé aux conférences et plus de 165 sites se retrouvant à l'extérieur de l'Institut ont pu bénéficier des conférences par le biais de la visioconférence. Neuf conférences scientifiques ont été organisées au courant de l'année. Les conférences ont porté sur les thèmes d'actualité suivants : le traitement des troubles de la personnalité, la réhabilitation psychosociale, le trauma, la pédophilie, l'isolement et les contentions, la violence au féminin, la légalisation du cannabis et la remédiation cognitive. Une nouveauté cette année, nous avons

reçu des experts provenant de la France, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique parmi nos conférenciers.

Organisation de colloques, de formations et autres activités académiques

De nombreuses activités de formation ont eu lieu au courant de l'année 2017-2018 dans le cadre du Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité (C-For (SMJS)). En collaboration avec le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, l'Institut de psychiatrie légale du CHUV de Lausanne, l'Institut de psychologie de la faculté des Sciences sociales et politiques de l'UNIL, et l'Université de Poitiers, l'IPPM a participé à l'organisation du 3e Congrès francophone « Psychiatrie et Violence ». Ce colloque a eu lieu à l'Université de Lausanne du 19 au 21 avril 2017. Le congrès avait comme thème « Soigner, évaluer, protéger, respecter dans un cadre légal en évolution ». Il visait à offrir un lieu de réflexion et d'élaboration autour de la prise en charge des comportements violents dans la pratique clinique. Différents thèmes ont été abordés dans le cadre du congrès, dont principalement celui des droits des patients et leur évolution actuelle, celui des violences intrafamiliales, et l'évaluation du risque de violence.

Parmi les activités du C-FOR (SMJS), une importante semaine de formation sur l'outil DUNDRUM a eu lieu en mai 2017. En étroite collaboration avec la Direction des services professionnels (DSP), la DRE a accueilli l'auteur de l'outil DUNDRUM, Dr Harry G. Kennedy. Ce dernier a offert trois jours de formation à l'outil DUNDRUM les 16, 17 et 18 mai, dont une formation pour formateurs à l'outil. Près de 80 personnes ont été formées à l'outil DUNDRUM. Parmi celles-ci se retrouvait du personnel clinique, administratif et de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et de divers établissements de la région de Montréal et de la Montérégie. Des visites de l'Institut Philippe-Pinel, de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas ont eu lieu et ont permis aux représentants de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal de développer une meilleure compréhension du niveau de soins et de sécurité offert à chacun des instituts, particulièrement en lien avec la continuité des services dans la trajectoire de soins des patients en psychiatrie légale. Une présentation sur l'outil DUNDRUM a également été offerte aux divers gestionnaires cliniques des services de santé mentale de la région de Montréal et aux représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Enfin, un échange a eu lieu avec le Dr Kennedy sur l'élaboration de protocoles de recherche en lien avec le DUNDRUM. Cette semaine de formation a été rendue possible grâce au soutien financier de la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Toujours dans le cadre des activités reliées à l'outil DUNDRUM, notons qu'une version préliminaire de la traduction en français de l'outil a été produite pour la semaine de formation au DUNDRUM. La traduction de l'outil a été possible grâce au soutien de l'équipe VISEV (Vulnérabilité, Intégration sociale et Violence) dirigé par Anne Crocker. Les travaux se poursuivent afin de finaliser la traduction en français de l'outil.

Suite à la semaine de formation en mai, une formation d'appoint a été offerte à l'Institut en octobre 2017 et l'outil a été présenté au département de psychiatrie en novembre dernier.

Depuis, la DRE a travaillé en étroite collaboration avec la DSP pour offrir un appui au projet de cartographie des patients de l'Institut à l'aide du DUNDRUM, notamment sur le plan du soutien offert aux cliniciens et du développement de la base de données. De plus, la DRE a travaillé activement au projet de proposition de trajectoires cliniques et de programmation qui vise à assurer que les patients reçoivent les soins nécessaires selon leurs besoins thérapeutiques.

La DRE a également organisé un colloque intitulé « Troubles mentaux sévères et comportements violents : de la neurobiologie à la pharmacothérapie » le 26 octobre 2017. Ce colloque a attiré plus de

180 personnes sur place à l'Institut ainsi que 8 sites distants par visioconférence comprenant plus de 130 participants. Au total, 317 personnes ont assisté au colloque.

En collaboration avec la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, une série d'ateliers sur la réduction du stress par le yoga et la pleine conscience destiné aux professionnels de la santé a eu lieu au printemps 2017. Quatorze personnes ont participé à l'activité. En décembre 2017, une nouvelle formule a été offerte. Une journée unique de formation sous forme d'introduction à la méditation pleine conscience pour les professionnels de la santé a eu lieu le 1er décembre. Trente personnes se sont inscrites à cette formation d'un jour.

Une nouveauté a été offerte en janvier 2017, soit une formation d'introduction aux méthodes de recherche. Madame Marie-Hélène Goulet, infirmière et stagiaire postdoctorale à la Faculté de Droit de l'Université McGill a présenté sur les méthodes qualitatives alors que madame Marichelle Leclair, candidate à la maîtrise en épidémiologie à l'Université McGill a présenté sur les méthodes quantitatives. Cette formation ayant été fort appréciée, elle sera reprise au courant de l'année prochaine.

Notons aussi qu'une formation à l'outil HCR-20 a été offerte à deux reprises au personnel de l'Institut à l'automne 2017 ainsi qu'une formation axée sur la rédaction des rapports portant sur la HCR-20, et ce, à deux reprises également.

De plus, la Direction de la recherche et de l'enseignement a offert au personnel de l'Institut l'accès à de nombreux webinaires et conférences sur des thèmes d'actualité en santé mentale, justice et sécurité. Enfin, en collaboration avec les autres Directions de l'Institut, des formations spécialisées ont été offertes aux partenaires du réseau de la santé et de la sécurité de l'Institut.

Transformation du Centre de documentation Jacques –Talbot

Le Centre de documentation a continué de se transformer et d'évoluer au courant de l'année 2017-2018. Le travail d'évaluation et d'élitage de la collection amorcé en 2016-2017 s'est poursuivi activement en lien avec l'objectif de transformer le Centre de documentation en un Centre d'information de pointe où les cliniciens, intervenants, administrateurs, étudiants et chercheurs pourront consulter les ressources informationnelles et suivre des formations diverses concernant les moyens d'accéder aux informations scientifiques et documentaires. L'agent d'information, monsieur Normand Beaudet, a pris sa retraite après près de 40 ans de loyaux services à l'Institut. La fin de l'année 2017-2018 a été marquée par l'arrivée de sa relève, madame Hongyue Pan. Cette dernière sera appelée à participer au rayonnement scientifique des membres de l'Institut ainsi qu'à la promotion des activités scientifiques de la DRE et des membres de l'Institut.

Les importants travaux de réaménagement du Centre de documentation se sont poursuivis au courant de la dernière année. Des espaces de travail, de consultation et de rencontre plus modernes sont en développement afin de faciliter l'accès aux ressources informationnelles ainsi que l'échange et la collaboration entre l'agente d'information et les usagers du Centre de documentation (membres du personnel de l'Institut, médecins, chercheurs, étudiants).

Au courant de la dernière année, il y a eu 175 emprunts au Centre de documentation ainsi qu'environ 130 prêts entre bibliothèques; près de 1200 recherches documentaires ont été effectuées dans la base de données du Centre de documentation. Il est à noter que les activités du Centre de documentation étaient plus au ralenti entre les mois de janvier et mars 2018, le temps de recruter la nouvelle agente d'information. De plus, la directrice de la DRE, Anne Crocker est membre du comité de l'enseignement du RUIS de l'Université de Montréal et du sous-comité des ressources documentaires, qui permet de faire valoir les besoins et intérêts de l'IPPM. Le Centre de documentation de l'IPPM, par le biais de l'agent d'information, a joué un rôle clé dans la mise sur pied de l'Observatoire en santé mentale et justice.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES – BILAN DES RÉALISATIONS

La direction des services techniques a réalisé et débuté plusieurs projets d'envergure depuis avril 2017.

Voici les projets qui ont été réalisés ou débutés au cours de l'année 2017-2018 :

- Modernisation du réseau électrique secondaire
- Mise aux normes des entrées d'eau
- Remplacement des fenêtres et réparation maçonnerie Pavillon H
- Projet d'économie d'énergie
- Divers travaux aux ateliers et aux loisirs (salle d'entraînement)
- Mise à jour du système de protection incendie – phase 2
- Réfection des ascenseurs – phase 3
- Remplacement de la toiture du secteur des loisirs
- Réfection chaufferie et réseau de chauffage
- Sortie de secours aux services financiers
- Réfection des systèmes de ventilation phase 1
- Réaménagements divers sur unités de vie
- Réfection majeure de l'unité H2
- Sécurisation des façades bloc Hôpital
- Rehaussement des systèmes de sécurité
- Réfection des cuisinettes d'unités
- Sécurisation des plafonds
- Sécurisation des chambres des patients

Au niveau du secteur de l'entretien ménager, certaines modifications ont été apportées afin d'optimiser nos pratiques et d'atteindre des standards de qualité. Plusieurs changements concernant les techniques de travail ont permis d'offrir un service de meilleure qualité tout en répondant aux normes d'hygiène et de salubrité exigées par le MSSS. De nouvelles routes de travail, de nouveaux équipements, de nouveaux produits, de nouvelles façons de faire ainsi que quelques formations offertes aux employés ont facilité la mise en application de meilleures pratiques et par le fait même, d'accroître la performance du service. Une demande au MSSS a été autorisée pour augmenter de plus de 47% nos effectifs afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle ainsi qu'aux normes ministérielles minimales exigées. La nouvelle structure se met tranquillement en place conjointement avec le service des ressources humaines et la Direction des soins infirmiers.

Les défis de la direction des services techniques sont nombreux. La vétusté de notre bâtiment s'avère être le plus gros défi de la direction, notre infrastructure vieille de plus de 45 ans nécessite beaucoup d'entretien et de réparations. Plusieurs projets d'envergure sont à prévoir et à planifier pour la prochaine année. Plusieurs financements sont attendus pour l'année 18-19 parallèlement à l'acceptation du plan clinique et académique déposé au MSSS en juillet dernier.

5. RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Attentes	Description	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable
Comité stratégique de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN)	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et le comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec, Santé et Services sociaux, Québec 2006 ».	R
Organisation et harmonisation des soins et des services en santé mentale à Montréal	Collaborer activement aux travaux régionaux portant sur l'organisation et l'harmonisation des soins et des services en santé mentale et en psychiatrie légale à Montréal. À ce titre, mettre en place les actions locales et régionales définies dans les travaux ministériels, réaliser le suivi et la reddition de comptes prévus au regard de ces actions et atteindre les objectifs fixés selon les échéanciers établis.	R
Listes des besoins ou correctifs devant être réalisés dans les 5 prochaines années	L'établissement a pour objectif de finaliser l'inspection technique de son parc immobilier. À la suite de l'inspection des bâtiments, il doit élaborer la liste des correctifs devant être réalisés dans les cinq prochaines années pour chacune des installations concernées et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R

Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	L'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R
Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux	Poursuivre l'implantation du processus de gestion des risques en sécurité civile en arrimage avec la gestion intégrée des risques de l'établissement. À cet effet, l'établissement doit : · maintenir en fonction un responsable du processus ayant complété le programme de formation; · compléter la phase d'établissement du contexte du processus; · compléter la phase d'appréciation des risques du processus.	Réalisé à 100 % mais difficulté à annexé un doc Word comprenant les réponses aux questions Q-1 à Q-4 dans le fichier déjà compressé dans GESTRED.
Révision des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements recevront à l'automne 2017 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le C. A. et ensuite transmis exceptionnellement par courriel au coordonnateur à l'accès aux services en langue anglaise.	NA - reporté par le MSSS
État de situation sur le degré de maturité d'une salle de pilotage stratégique	Un bilan faisant état du déploiement de la salle de pilotage stratégique de l'établissement est demandé. Ce bilan vise à documenter la maturité de la salle de pilotage déployée selon les différentes dimensions abordées, soit la planification, le déploiement, le contrôle/suivi et la réponse-action. Aussi, des questions d'ordre général sont prévues.	R

Chapitre IV : Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du Plan stratégique du MSSS 2015-2020

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat* 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>	<i>Résultat** 2017-2018</i>	<i>Engagement 2018-2019</i>
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	6.94	5.45	6.67	5.35
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5.68	5.45	4.30	4.38
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0.38	0.33	0.28	0.08
Nous constatons que les heures supplémentaires et le recours à la main d'œuvre indépendante sont sous les seuils engagés. Un dépassement du ratio cumulatif de l'assurance salaire est toutefois observable. Nous avons mis en place une série de mesure dans un plan d'action et nous avons constaté une baisse dès la période 12 (6.81; P11=6.90) et la période 13 (6.67).				

6. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Agrément

Les travaux d'amélioration continue en lien avec les anciennes normes d'agrément Canada se sont poursuivis le temps que l'on sache quel était finalement l'organisme choisi ainsi que les normes établies en cette période de changements concernant le cycle d'agrément. Les directions et services devaient entre autres réviser certaines politiques et procédures, augmenter le nombre d'appréciations de la contribution effectué dans l'organisation ainsi que revoir certaines procédures de soins.

Sécurité et qualité des soins et des services

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

Mesures planifiées					
	Patients distincts (P.D.) / Nd interventions				
Année de référence	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
MUE	436 P.D.	425 P.D.	359 P.D.	402 P.D.	475 P.D.
Contrôle ambulatoire	99 P.D.	70 P.D.	75 P.D.	96 P.D.	127 P.D.
Chaise fixe	44 P.D.	42 P.D.	51 P.D.	60 P.D.	76 P.D.
Mesure d'urgence appréhendée	226 P.D./ 1396 Int.	222 P.D./ 1128 Int.	171 P.D./ 442 Int.	123 P.D./ 332 Int.	16 P.D. / 21 Int.
Mesures non-planifiées					
	Patients distincts (P.D.) / Nd interventions				
Année de référence	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Mesure d'urgence	123 P.D./ 370 Int.	160 P.D./ 502 Int.	266 P.D./ 1666 Int.	408 P.D./ 4037 Int.	464 P.D. / 4381 Int.

Contention au lit x 4 membres	132 P.D./ 871 Int.	111P.D./ 362 Int.	117 P.D./ 493 Int.	101 P.D./ 432 Int.	137 P.D. / 538 Int.
--------------------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

Au cours des cinq dernières années, nous observons une fluctuation des mesures de contrôle planifiées (Mesure Ultime Encadrement, contrôle ambulatoire et mesure d'urgence appréhendée) dans l'établissement. Nous constatons également que ces mesures sont en hausse pour une deuxième année consécutive. La priorité ministérielle « Dossier NSA » pour rediriger les patients en niveau de soins alternatif vers les ressources appropriées à leurs besoins apporte une fluidité dans la trajectoire de service hiérarchisée. Conséquemment notre organisation se recentre sur sa mission première en accueillant une clientèle nécessitant un encadrement clinique et sécuritaire maximum.

Nous avons révisé en profondeur notre politique d'application des mesures de contrôle en tenant compte des caractéristiques de notre clientèle. Cette politique s'appuie sur les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques de 2015, et a pour objectif l'utilisation judicieuse et en dernier recours de ces mesures tout en réaffirmant l'importance de privilégier les mesures de remplacement.

LES CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Nous n'avons aucune recommandation faite par le coroner.

PERSONNES MISES SOUS GARDE

	Nom de l'installation 1	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	7	7
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	7	7
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	7	7
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	7	7
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	7	7
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	18	18
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	17	17
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	13	13
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	18	18

Faits saillants 2017-2018

Nombre des dossiers traités durant l'année 2017-2018

Le bureau de la Commissaire a traité 408 dossiers au cours de cette période qui se répartissent comme suit :

- 269 plaintes
- 74 plaintes médicales
- 10 interventions
- 21 assistances
- 34 consultations
- Le nombre total de dossiers reçus pour l'année 2017-2018 est légèrement plus élevé que le nombre total de dossiers reçus en 2016-2017 (augmentation de 5 %)

Le nombre de plaintes reçues pour l'année 2017-2018 est quasi identique au nombre de plaintes reçues en 2016-2017.

Le traitement de 14 % des motifs de plaintes soumis a été complété avec mesure identifiée par la Commissaire.

84 % des dossiers de plaintes traitées pendant l'année 2017-2018 l'ont été à l'intérieur du délai légal.

Des 523 motifs de plainte reçus par la Commissaire :

- 164 portaient sur la qualité des soins et services dispensés
- 219 portaient sur l'organisation du milieu et des ressources matérielles
- 86 portaient sur les relations interpersonnelles

L'année 2017-2018 est la deuxième année complète durant laquelle la Commissaire actuelle a occupé ces fonctions.

La Commissaire est responsable envers le conseil d'administration de l'établissement du respect et de la promotion des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle agit de façon indépendante des structures administratives. Son rôle consiste notamment à faire l'analyse des plaintes formulées par les usagers et à présenter des conclusions sur les situations rapportées. Elle peut émettre des recommandations, proposer des modifications aux pratiques ou encore, rappeler l'importance du respect des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement, et ce, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts par l'établissement.

Bilan des activités de la Commissaire

Lors de l'année 2017-2018, la Commissaire a participé aux activités internes et externes suivantes :

Activités internes

- Membre du comité de vigilance et de la qualité
- Participation à plusieurs « conférences du mercredi » organisées par la Direction de la recherche et de l'enseignement de l'IPPM
- Rédaction d'un article sur le droit de porter plainte dans Mozaïk, un journal partenaire destiné aux usagers, aux familles et aux proches

- Participation aux activités des fêtes organisées pour les usagers

Activités externes

- Maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke en cours (rédaction de l'essai final)
- Membre du Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec : participation aux rencontres et membre du comité exécutif
- Participation au colloque du Barreau du Québec sur la protection des personnes vulnérables
- Participation au colloque annuel des Programmes en droit et politiques de la santé sur la couverture publique des services de santé au Québec
- Participation à la journée-conférence organisée par le Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec sur la maltraitance chez les aînés et les personnes majeures vulnérables

Bilan des dossiers traités au cours de l'année

La Commissaire a reçu 408 dossiers.

Types de dossiers	Nombre de dossiers
Plaintes	269
Plaintes médicales	74
Interventions	10
Assistances	21
Consultations	34
TOTAL	408

Les dossiers sont traités dans un délai moyen de 28 jours.

Lorsqu'il est approuvé, le bilan annuel complet de la Commissaire est mis en ligne sur le site internet de l'Institut (pinel.qc.ca). Les coordonnées de la Commissaire s'y retrouvent également.

Recommandations de la commissaire

Les éléments suivants ont ainsi fait l'objet de recommandations (le suivi se trouve entre parenthèses à la suite de chacune des recommandations) :

- Évaluation et détermination, par la Direction des services techniques et la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, des besoins réels des unités de soins en matière de services d'hygiène et de salubrité et de recensement des normes (comparables) en cette matière, afin de s'assurer que l'offre du service d'hygiène et de salubrité répond à des standards de qualité à l'IPPM (réalisée) ;
- Prise en charge du lavage des rideaux de douche pour l'unité de soins F-2 par le service d'hygiène et de salubrité, afin que l'unité de soins soit en mesure de demander un lavage des rideaux au service d'hygiène et salubrité, chaque fois que jugé nécessaire (réalisée) ;
- Évaluation, par le service des activités d'alimentation, de la faisabilité de diverses pistes de solution afin d'assurer que les fruits reçus par les usagers sur les unités ne soient pas abîmés (réalisée) ;
- Révision de la politique « Contrôle des effets personnels des patients » de l'IPPM et des processus en découlant (en cours) ;
- Rencontre formelle à tenir par le gestionnaire de l'unité avec une infirmière ayant prescrit une mesure d'urgence alors que le contexte de risque de lésion n'apparaissait pas aux notes

évolutives, afin de lui faire un rappel quant aux notions légales relatives aux mesures de contrôle d'urgence qui doivent s'effectuer uniquement dans la mesure prévue à la LSSSS, transmission de ses attentes quant au respect de celles-ci et prise des mesures disciplinaires appropriées (réalisée) ;

- Rencontre formelle à tenir par le gestionnaire de l'unité avec un intervenant ayant effectué une intervention qui contrevenait à l'article 118.1 de la LSSSS afin de lui faire un rappel quant aux notions légales en lien avec le recours à une mesure de contrôle et à la clarté des notes qui sont de mise en conséquence (réalisée) ;
- Rencontre formelle à tenir avec le gestionnaire de l'unité avec un infirmier, afin de faire un retour avec lui sur une intervention réalisée (injection au besoin (PRN) sans consentement versus utilisée comme mesure de contrôle) et de lui transmettre clairement ses attentes quant au respect du cadre légal et de la documentation en conséquence au dossier lors de telles situations (réalisée) ;
- Réévaluation, par la Direction des services techniques et la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, des options d'aménagements physiques qui feraient en sorte que les conversations téléphoniques des usagers sur les unités de soins soient plus confidentielles (en cours) ;
- Élaboration, par la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, d'une politique qui dégagera des critères objectifs sur lesquels devront reposer l'ensemble des décisions et qui encadrera donc le transport des usagers à l'extérieur de l'IPPM de façon claire et uniforme (en cours) ;
- Révision du processus de réception des commandes de cantine, par la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires et par la Direction générale adjointe responsable du service des finances, afin d'établir que les usagers signent la feuille de cantine à la réception de leur commande, et ce, pour s'assurer que les articles ont bel et bien été livrés et débiter le montant des commandes dans le compte des usagers qu'à la réception de la feuille de cantine signée par ceux-ci, et ce, afin d'éviter des retraits erronés dans les comptes des usagers ne correspondant pas, dans les faits, au montant des commandes reçues (en cours) ;
- Rencontre formelle à tenir avec le gestionnaire de l'unité avec un infirmier ayant prescrit une mesure de contrôle d'urgence afin de revenir sur l'obligation légale de motiver le maintien d'une mesure de contrôle selon l'article 118.1 LSSSS et de mettre fin à la mesure dès que celle-ci n'est plus indiquée (documentation au dossier en conséquence) (réalisée).

7. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

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

8. RESSOURCES HUMAINES

Gestion et contrôle des effectifs

Les cibles 2017-2018 proviennent des engagements pris en vertu de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Au 31 mars 2018, seul l'indicateur de l'assurance salaire a été légèrement dépassé. Toutefois, il est important de constater que le tout très bien en comparaison avec le reste du Réseau de la Santé.

Afin de respecter la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs (LGCE), il était prévu que nous réduisions de 1 % notre nombre d'heures total pour la période 2017-2018, et ce, en comparaison de la période 2014-2015. Il est à noter que pour l'Institut, c'est un projet de transformation à venir qui explique certaines hausses des effectifs, et ce, dans une perspective de rétention de personnel pour mettre en œuvre notre restructuration.

Ainsi, en ce qui a trait au personnel d'encadrement et au personnel administratif, des baisses respectives de 23 % et 5,3 % des heures travaillées démontrent le travail de l'organisation pour respecter le taux d'encadrement ciblé ainsi que le taux administratif demandé. Nous respectons de plus la LGCE.

Pour les autres catégories d'emploi, des investissements expliquent le dépassement de la cible. Ainsi, la structure de l'entretien ménager a été bonifiée de 50 % dès janvier 2018. Cette structure augmentée s'est graduellement mise en place au cours des derniers mois de la période visée (2017-2018) et s'est terminée en 2018-2019.

Il en va de même pour les professionnels et le personnel infirmier. En prévision d'une restructuration à venir et expliquée dans notre Plan clinique et académique (version finale déposée au MSSS en août 2017), il fallait débiter rapidement l'embauche graduelle et la rétention de ces groupes d'emplois et ce, même dans l'attente des approbations finales du MSSS. Il est difficile d'embaucher du personnel infirmier et un minimum d'heures devait leur être assuré pour assurer la rétention.

AUTRES INDICATEURS

Indicateurs	Engagements 2017-2018	Réel 2017-2018	Cible 2020 Établissement	Objectifs du plan stratégique 2015- 2020
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	5,45	6,67	5,19	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,45	4,3	4,98	
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main- d'œuvre indépendante	0,45	0,28	0,41	

Certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ont pu avoir des impacts additionnels imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs alloués par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

RATIO D'HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE

Une analyse approfondie de l'ensemble des dossiers étant en assurance-salaire a été effectuée afin d'identifier les axes d'intervention. Différentes actions, tant administratives que préventives, ont été mises en place et ont permis de diminuer le pourcentage observé en début d'année.

Dès janvier 2018, il était possible de prévoir le dépassement de la cible. Un plan d'action a été élaboré par la nouvelle responsable du service de santé afin de reprendre le contrôle des coûts et de la disponibilité de la main-d'œuvre. Les principaux éléments de ce plan sont la redéfinition du rôle du gestionnaire intermédiaire ainsi que son implication dans le suivi du dossier ainsi que le partage des indicateurs SST dans l'organisation pour sensibiliser tous les niveaux de l'organisation.

De plus, la nouvelle structure RH permet la participation de plusieurs acteurs dans la gestion des dossiers, ce qui permet une prise en charge plus grande tant d'un niveau stratégique, opérationnel et administratif. Nous croyons que cela pourra avoir un impact positif à court, moyen et long termes.

TAUX D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Temps supplémentaire et temps supplémentaire obligatoire

L'année 2017-2018 a été teintée par un très bon contrôle du temps supplémentaire obligatoire. Seuls 2 quarts de travail en TSO ont été nécessaires au cours de l'été. De plus, pendant toute l'année, le temps supplémentaire a été bien géré, ce qui en résulte à un taux en deçà de la cible prévue.

UTILISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

La main-d'œuvre indépendante est utilisée à l'IPPM car plusieurs corps de métier ne font pas partie de la main-d'œuvre régulière de l'Institut. De plus, des travaux majeurs sont présentement en cours pour rajeunir les ressources immobilières et garantir des économies d'énergie futures à l'organisation. Nous

avons été en mesure toutefois de maintenir un taux de MOI en deçà de la cible fixée de par une gestion optimale des projets en cours de réalisation.

ACTES RÉPRÉHENSIBLES

En novembre 2017, l'Institut a élaboré une procédure de déclaration d'actes répréhensibles. La Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard d'organismes publics demandait que les organisations publiques se dotent d'une telle politique. Toutefois, aucune plainte n'a été déposée en ce sens depuis la mise en place.

PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

12797577 - Institut Philippe-Pinel de Montréal		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2017-04-02 au 2018-03-31		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	104 715	1 251	105 966	58	73
	2015-16	103 508	92	103 600	57	69
	2016-17	94 104	1 554	95 657	52	69
	2017-18	80 078	1 542	81 620	44	61
	Variation	(23,5 %)	23,3 %	(23,0 %)	(23,4 %)	(16,4 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	101 865	21	101 886	56	78
	2015-16	98 136	10	98 145	54	75
	2016-17	99 457	125	99 583	55	75
	2017-18	105 468	204	105 673	58	84
	Variation	3,5 %	896,3 %	3,7 %	3,3 %	7,7 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	156 878	10 608	167 486	78	122
	2015-16	173 444	7 280	180 724	86	121
	2016-17	171 405	9 854	181 259	85	133
	2017-18	199 860	6 333	206 193	99	150
	Variation	27,4 %	(40,3 %)	23,1 %	28,1 %	23,0 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	524 757	18 969	543 726	275	422
	2015-16	508 999	20 187	529 186	267	400
	2016-17	492 158	17 660	509 818	258	391
	2017-18	496 821	13 067	509 889	260	394
	Variation	(5,3 %)	(31,1 %)	(6,2 %)	(5,3 %)	(6,6 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	370 298	21 142	391 440	186	239
	2015-16	359 405	13 547	372 953	180	233
	2016-17	371 057	25 188	396 245	186	239
	2017-18	362 890	20 437	383 327	182	250
	Variation	(2,0 %)	(3,3 %)	(2,1 %)	(1,9 %)	4,6 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15					
	2015-16					
	2016-17	656	0	656	0	1
	2017-18					
	Variation					
Total du personnel	2014-15	1 258 512	51 991	1 310 503	652	914
	2015-16	1 243 492	41 116	1 284 608	644	881
	2016-17	1 228 837	54 381	1 283 218	636	883
	2017-18	1 245 117	41 584	1 286 701	644	916
	Variation	(1,1 %)	(20,0 %)	(1,8 %)	(1,2 %)	0,2 %

9. RESSOURCES FINANCIÈRES

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Répartition des charges brutes par programmes

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent	
	Dépenses	%	Dépenses	%
Programmes-services				
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	12 667 \$	0,02 %	- \$	0 %
Santé mentale	40 046 579 \$	70,88 %	39 390 725 \$	69,44 %
Santé physique	739 203 \$	1,31 %	619 361 \$	1,09 %
Programmes soutien				0 %
Administration	3 952 356 \$	6,99 %	4 377 218 \$	7,72 %
Soutien aux services	5 427 437 \$	9,61 %	5 415 333 \$	9,55 %
Gestion des bâtiments et équipements	6 325 178 \$	11,19 %	6 921 951 \$	12,20 %
Total	56 503 420 \$	100 %	56 724 588 \$	100 %

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel (AS-471), publié sur le site internet de l'Institut (pinel.qc.ca), pour plus d'information sur les ressources financières.

Équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice.

L'établissement ne s'est pas conformé à cette obligation puisqu'il présente un déficit global de 3 152 \$. Le résultat du fonds d'exploitation est en équilibre tandis que celui du fonds d'immobilisation est en déficit de 3 152 \$. Ce déficit s'explique par l'amortissement des travaux d'aménagement du stationnement financés par l'utilisation des affectations de surplus cumulés provenant des activités de stationnement.

Contrats de services

Voici le tableau des contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018.

Fournisseur	Description du contrat	Début	Fin	Préavis	Fin initiale	Signature	Valeur réelle globale
1634 - LOGIBEC INC.	support et entretien logiciels GRM-GRF Logibec (droits d'utilisation) (FPA7321-1370)	2017-04-01	2018-03-31	2018-01-01	2018-03-31	2017-03-10	61 945,50
1634 - LOGIBEC INC.	renouvellement support annuel - licence radimage (FPA6830-1370)	2017-04-01	2018-03-31	2018-01-01	2018-03-31	2017-03-10	29 850,60
1652 - CGSI@SOLUTIONS TI INC.	entente de soutien progiciels Gespharx8 (droits d'utilisation) (FPA7323-1370)	2017-04-01	2018-03-31	2018-01-01	2018-03-31	2018-03-10	26 515,00
1856 - TRANE CANADA ULC	Travaux d'inspection interne du refroidisseur de la centrifugeuse # 2 Trane CVHEO (L98M07431)	2018-02-08	2019-02-07	2019-01-07	2019-02-07	2018-02-08	50 995,00
1856 - TRANE CANADA ULC	Travaux d'inspection interne du refroidisseur de la centrifugeuse # 1 marque Trane CVHE065JA (L97C02099)	2018-02-16	2018-03-31	2018-03-28	2018-03-31	2018-02-16	50 995,00
2642 - ENTRETIEN ST-LOUIS INC.	Contrat de déneigement (AO 2016-7800-02) 2ième année de 3	2017-04-01	2018-03-31	2018-02-28	2018-03-31	2017-12-07	38 762,00
3886 - LOGICIELS EX-L-TEC INC	droits annuels APPX (droits d'utilisation) (FPA7323-1370)	2017-04-01	2018-03-31	2018-01-01	2018-03-31	2017-03-14	25 514,83
3970 - MEDISOLUTION (2009) INC	traitement de la paie	2017-04-01	2018-03-31	2018-01-01	2018-03-31	2017-03-26	62 696,40
3970 - MEDISOLUTION (2009) INC	entretien des logiciels et progiciels - médiosolution (droits d'utilisation) 7323-1370	2017-04-01	2018-03-31	2018-02-02	2018-03-31	2017-04-01	69 087,00
5411 - SSP TELECOM INC	entretien du système téléphonique	2017-04-01	2019-03-31	2019-01-01	2019-03-31	2017-03-18	61 999,92
6515 - INFOR (CANADA), LTD.	support annuel logiciels Infor (droits) (FPA7500-1370)	2017-04-01	2018-03-31	2018-01-01	2018-03-31	2017-03-10	42 072,24
7288 - ENTREPRISES DE CONSTRUCTION DAWCO INC.	protection incendie phase deux: projet 2016-02	2017-04-01	2018-03-31	2018-02-28	2018-03-31	2017-03-29	749 272,99
7289 - J. RAYMOND COUVREUR ET FILS	toiture secteur loisirs: projet 2016-04	2017-05-01	2018-02-28	2017-05-15	2017-06-15	2017-03-29	412 174,92
7297 - MARIANNE VAN GENNIP, CPA INC.	services professionnels: accompagnement et formation fin d'exercice financier 2016-2017	2017-04-07	2017-06-30	2017-06-01	2017-06-30	2017-04-07	29 761,38
7323 - ÉNERGÈRE INC.	Consultants étude efficacité énergétique	2017-06-20	2018-06-30	2018-04-01	2018-06-30	2017-06-20	5 823 806,78
7328 - NINTEX USA INC.	Acquisition, support et assurance pour logiciel Nintex Workflow et Nintex Forms	2017-07-31	2018-07-30	2018-05-01	2018-07-30	2017-07-12	27 375,00
7335 - BANEXCO ENTREPRENEUR GÉNÉRAL	Projet 2016-06: Travaux mise aux normes d'une issue	2017-08-07	2017-12-31	2017-08-31	2017-12-31	2017-08-01	50 124,60

10. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Voici les données financières relatives au suivi des réserves ainsi que les commentaires et observations, le tout, tel présenté au conseil d'administration le 13 juin 2018.

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
Institut Philippe-Pinel de Montréal	1279-7577	140-00 /
exercice terminé le 31 mars 2018		
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT		

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	Etat de la problématique au 31 mars 2018		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
La direction devrait s'assurer que le coût et l'amortissement cumulé relatifs aux immobilisations qui ne sont plus utilisées ou en possession de l'établissement en raison de leur perte ou de leur abandon soient éliminés.	2014-2015	O	La direction a débuté sa revue des comptes d'immobilisations. Le travail se poursuivra au cours du prochain exercice.		PR	
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
L'institut n'a pas de documents probants fiable afin de supporter l'unité de mesure "le mètre carré" (mesures intérieures nettes) pour le centre d'activités # 7644.	2016-2017	R	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
L'institut devrait s'assurer de bien réviser les fichiers de compilation des unités de mesure en vue de l'inclusion dans le AS-471 afin d'éviter les erreurs de calculs.	2016-2017	O	La situation a été réglée au cours de l'exercice.	R		
Pour le centre d'activités #7532 - Archives, les unités de mesure (l'admission, la visite et l'usager) pour le point #2 du groupe C (communication à l'extérieur de l'installation des feuilles sommaires, des résumés de dossiers ou des AH280 et consultation externe à la demande du médecin responsable du patient) ne sont pas compilées par l'infirmière de liaison.	2017-2018	R	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			
Pour le centre d'activités #6561 - Services psychosociaux à domicile, l'unité de mesure "l'usager" n'est pas compilée de façon exhaustive.	2017-2018	R	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
A la fin de l'exercice terminé le 31 mars 2018, la Fondation a un solde à rembourser à l'établissement au montant de 113 203 \$.	2017-2018	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			
Des cas de non conformité quant au délai prévu de publication sur le système électronique d'appel d'offres pour les contrats conclus ont été soulevés.	2017-2018	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			
Les résultats de l'exercice terminé le 31 mars 2018 de l'établissement se soldent par un excédent des charges sur les revenus de 3 152 \$. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin de l'exercice financier.	2017-2018	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice			
Rapport à la gouvernance						
La direction devrait documenter une procédure de gestion des changements couvrant notamment les applications GRF, GRM et Virtuo.	2015-2016	C	La situation a été réglée au cours de l'exercice.	R		
La direction devrait s'assurer que les tâches de création de comptes, d'approbation des privilèges d'accès, d'assignation de ces derniers et de révision périodique des privilèges d'accès accordés aux comptes utilisateurs soient effectuées par deux personnes distinctes.	2016-2017	C	Les accès sont maintenant créés par les gens des TI. La situation sera évaluée au cours du prochain exercice pour les autres problématiques de séparations des tâches.		PR	
La direction devrait activer l'option d'authentification centrale à l'aide du LDAP afin d'améliorer les paramètres des mots de passe. Pour les applications où il n'est pas possible de lier le compte de l'utilisateur et son mot de passe au LDAP, la direction devrait considérer d'autres mesures (complexité des mots de passe, expiration, augmenter le nombre de mots de passe dans l'historique,...)	2016-2017	C	La situation a été réglée pour les applications GRM et GRF. La situation sera évaluée au cours du prochain exercice pour GPRH.		PR	
La direction devrait désactiver ou renommer le compte «Administrateur» afin de réduire le	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR

exercice terminé le 31 mars 2018

risque d'accès non autorisé aux systèmes et établir des mesures de surveillance de l'utilisation de ce compte.						
La direction devrait revoir l'attribution des tâches dans le processus d'approvisionnement ou encore mettre en place un contrôle compensatoire. Une même personne peut passer une commande et faire la réception à un certain moment durant la semaine.	2016-2017	C	La situation a été réglée au cours de l'exercice.	R		
La direction devrait formaliser la documentation afin de pouvoir consigner les transactions avec les principaux dirigeants et leurs proches parents, par exemple, au moyen de déclarations écrites.	2017-2018	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			
La direction devrait tester et documenter que 90 % et plus de ses dépenses taxables sont engagées dans le cadre de ses activités de nature hospitalière, et ce, sur une base annuelle.	2017-2018	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			
Pour la compilation des unités de mesure, la direction devrait s'assurer que la révision des rapports périodiques d'un centre d'activités soit faite par une personne différente que celle qui a préparé les rapports et que tous les rapports soient signés par la personne qui les révise.	2017-2018	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			
La direction devrait s'assurer qu'il y ait des preuves formelles d'approbations de tous les niveaux requis selon la politique d'approvisionnement afin de pouvoir consigner cette information et s'assurer du respect de cette politique.	2017-2018	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CA

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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