

# 2022-2023 RAPPORT ANNUEL DE GESTION

---



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

## **ÉDITION**

Le rapport annuel de gestion 2022-2023 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel a été réalisé par la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

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

Il présente également les données officielles de reddition de comptes demandées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, notamment les données financières et le bilan de suivi de l'entente de gestion 2022-2023 conclue entre l'INPLPP et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

À moins d'une mention spécifique, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2023.

### **Note**

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

Le rapport annuel de gestion 2022-2023 sera rendu disponible sur le site Web de l'INPLPP dans la section des documents officiels.

©Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

# **Rapport annuel de gestion 2022-2023**

Institut national de  
psychiatrie légale  
Philippe-Pinel

# Table des matières

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Message des autorités                                                                                     | 6  |
| 2. Déclaration de fiabilité des données des contrôles afférents                                              | 7  |
| 3. Présentation de l'établissement et faits saillants                                                        | 8  |
| 3.1 L'établissement                                                                                          | 8  |
| • Mission ultraspécialisée et vocation universitaire                                                         | 8  |
| • Mission nationale                                                                                          | 8  |
| • Vision                                                                                                     | 9  |
| • Valeurs                                                                                                    | 9  |
| • Services internes                                                                                          | 10 |
| • Services externes                                                                                          | 10 |
| • Statistiques                                                                                               | 11 |
| • Organigramme d'encadrement en date du 31 mars 2023                                                         | 12 |
| 3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives                    | 15 |
| 3.2.1 Le conseil d'administration au 31 mars 2023                                                            | 15 |
| • Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration                        | 15 |
| 3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives                                               | 16 |
| 3.3 Les faits saillants                                                                                      | 23 |
| • Direction générale                                                                                         | 23 |
| • Direction générale adjointe                                                                                | 26 |
| • Direction des services professionnels                                                                      | 27 |
| • Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires                                         | 28 |
| • Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire                                               | 29 |
| • Direction des services techniques et du projet majeur                                                      | 32 |
| • Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques                           | 33 |
| 4. Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité                                             | 35 |
| 5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité                                             | 38 |
| • L'agrément                                                                                                 | 38 |
| • La sécurité et la qualité des soins et des services                                                        | 38 |
| • La nature des trois principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance | 39 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| • La nature des trois principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance                                                                                                                                                                | 39 |
| • Les actions entreprises par le comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement                                                                                                                                                            | 40 |
| • Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSSS)                                                                                                                                       | 40 |
| • Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes : Coroner, Protecteur du citoyen, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, autres instances | 41 |
| • Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission                                                                                                                                                                                                      | 42 |
| • L'examen des plaintes et la promotion des droits                                                                                                                                                                                                                          | 42 |
| 6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie                                                                                                                                                                                                          | 43 |
| 7. Ressources humaines                                                                                                                                                                                                                                                      | 44 |
| • La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public                                                                                                                                                                                                       | 45 |
| 8. Ressources financières                                                                                                                                                                                                                                                   | 46 |
| • L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme                                                                                                                                                                                                     | 46 |
| • L'équilibre budgétaire                                                                                                                                                                                                                                                    | 47 |
| • Les contrats de services                                                                                                                                                                                                                                                  | 47 |
| 9. Ressources informationnelles                                                                                                                                                                                                                                             | 48 |
| 10. État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant                                                                                                                                                                                | 49 |
| 11. Divulgence des actes répréhensibles                                                                                                                                                                                                                                     | 50 |
| Annexe                                                                                                                                                                                                                                                                      | 51 |

# 1 Message des autorités

## Soigner pour protéger

C'est avec grande fierté que nous déposons le bilan de nos actions pour l'année 2022-2023 qui témoigne certainement de l'engagement de notre personnel face à notre mission unique. Grâce à son soutien, nous avons pu continuer à assurer des soins de qualité à notre clientèle malgré une année marquée par deux pics épidémiologiques liés à la COVID-19, une importante pénurie de main-d'œuvre et une offre de services fragilisée durant la période des vacances estivales.

En effet, l'Institut a durement été frappé par la pandémie de COVID-19 entre juin et septembre 2022 ainsi qu'entre novembre 2022 et janvier 2023 alors qu'environ 390 employés ont dû être retirés de leur lieu de travail après avoir contracté la maladie. La gestion de la crise est rapidement devenue une priorité et a exigé une grande planification stratégique de la part des comités et directions impliqués. Au moment où nous écrivons ces quelques lignes, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a annoncé la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale au regard à la pandémie de COVID-19, et nous sommes ravis d'énoncer que nous sommes passés à travers cette période difficile de façon remarquable, et ce, grâce à diverses activités de prévention et actions mises en place en début de crise afin de minimiser la propagation du virus. Ce succès représente indéniablement la somme des efforts quotidiens de chaque employé, professionnel, médecin, gestionnaire et patient de l'Institut ayant su faire face à une situation qui aurait pu mettre à risque la santé et la sécurité de notre clientèle vulnérable.

L'année 2023 représente la fin d'une période importante de trois ans définie par cette pandémie, mais aussi par notre Plan d'action stratégique 2020-2023. Bien que certains plans d'action aient connu des ralentissements durant ces trois dernières années, de nombreux projets structurants ont été déployés et concrétisés. Notamment, l'implantation de la cogestion médico-clinique-administrative et le renforcement de la gouvernance de proximité aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel de l'établissement, le repositionnement du leadership clinique au

cœur de l'organisation, bien appuyé par un leadership administratif cohérent, ainsi que le rehaussement de la structure d'encadrement supérieur pour soutenir l'actualisation de notre mandat national représentent quelques exemples des avancées de cette année.

Enfin, nous sommes fiers de souligner que l'Institut jouit d'une crédibilité et d'une notoriété bien établies et reconnues par les instances gouvernementales. La confiance qu'elles nous accordent se reflète entre autres dans le rehaussement de notre budget annuel, la pérennisation de plusieurs postes grâce à de nombreux financements, et la volonté de moderniser nos infrastructures en investissant 231 millions de dollars dans notre projet majeur de construction, d'agrandissement et de réaménagement. La reconnaissance de notre savoir-faire est sans contredit un levier de motivation pour nos équipes qui s'engagent à répondre aux attentes grandissantes de nos partenaires, et ce, au bénéfice de notre clientèle et de la population québécoise.

Nous profitons donc de cette tribune pour remercier tous ces collaborateurs. Votre soutien et votre contribution nous sont précieux et nous permettent de poursuivre un travail commun vers l'amélioration des soins et services en santé mentale, justice et sécurité publique.

Bonne lecture!



  
Manon Boily

Présidente-directrice générale



André Brunelle  
Président du conseil d'administration

## 2

# Déclaration de fiabilité des données des contrôles afférents

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance, les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.



Manon Boily  
Présidente-directrice générale

# 3 Présentation de l'établissement et faits saillants

## 3.1 L'établissement

L'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel est un hôpital universitaire affilié à l'Université de Montréal offrant des services surspécialisés en psychiatrie légale.

### Mission ultraspécialisée et vocation universitaire

L'Institut voit notamment à :

- L'évaluation en vue d'une désignation de délinquants dangereux ou à contrôler;
- L'évaluation, la garde et le traitement des accusés reconnus non criminellement responsables, dont ceux déclarés à haut risque;
- L'évaluation, la garde et le traitement des accusés déclarés inaptes à subir leur procès ou non criminellement responsables et soumis à une décision de détention stricte en raison du risque très élevé qu'ils représentent pour la sécurité publique;
- L'évaluation, la garde et le traitement des accusés adultes ou adolescents soumis à une ordonnance d'évaluation ou de traitement de leur état mental et qui présentent un risque très élevé pour la sécurité publique ou un tableau clinique très complexe (comorbidités, itinérance, délinquance sexuelle, etc.);
- L'enseignement et l'offre de milieux de stages en psychiatrie légale (surspécialité en psychiatrie);
- La production de recherches en psychiatrie, justice et sécurité publique;

- La gestion de la violence;
- Le développement d'activités de transfert de connaissances pour partager le savoir et soutenir l'évolution des pratiques.

La mission de l'Institut se situe au carrefour du réseau de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique et de la justice. Elle se compose de quatre volets qui ont en leur cœur le bien-être du patient et du personnel ainsi que leur sécurité et celle du public, le tout dans un souci constant de rigueur et d'amélioration de la qualité des services et des ressources.

Sa mission consiste donc à :

- Évaluer et traiter les patients présentant un risque élevé de comportements violents;
- Enseigner au niveau collégial et universitaire;
- Effectuer de la recherche fondamentale et clinique;
- Prévenir la violence

### Mission nationale

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

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

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

# Vision

La vision de l'Institut se veut celle d'un établissement :

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

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



# Valeurs

# Services internes

## » Programme d'admission et de réadmission

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

## » Programme d'expertises

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

## » Programme de traitement

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

## » Programme de rétablissement

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



## » Programme de traitement et d'évaluation des femmes délinquantes

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

## » Programme d'évaluation/traitement interne des adolescents

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

# Services externes

» Programme de psychiatrie légale réseau-expertise

» Programme d'évaluation/traitement des comportements sexuels déviants adultes

» Programme d'évaluation/traitement des comportements sexuels déviants adolescents

» Programme réseau-jeunesse

» Urgence psychosociale-Justice

» Programme transition/réadaptation

» Programme d'évaluation de patients à risque de violence (Clinique d'évaluation du risque de violence – CERV)

## Statistiques

**391**  
patients  
admis

**1619**  
expertises  
effectuées

à l'interne et en externe

**Congés  
définitifs**

146 patients en évaluation  
246 patients en traitement

29,8 patients en évaluation  
348,5 patients en traitement

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

Le taux d'occupation pour 2022-2023 se situe à **82,6%\***.

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

Le taux d'occupation **réel** pour 2022-2023 se situe à **91.7%\*\***.

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

Nous pouvons expliquer la baisse du nombre d'hospitalisations par rapport aux hospitalisations prépandémiques par le fait que tous nos usagers ont d'abord été évalués en milieu carcéral, et que ces évaluations ont mené à l'hospitalisation d'usagers présentant un état de santé mentale précaire. Ce processus fut implanté dès le début de la pandémie. Ces usagers nécessitent toutefois des soins prenant plus de ressources et de temps, en plus d'une période d'isolement préventif en lien avec la pandémie de COVID-19. Les hospitalisations allongées ont impacté à la baisse le roulement des lits et, par le fait même, le nombre d'admissions possibles à l'Institut. De plus, le processus de congé vers d'autres ressources présente les mêmes réalités que l'année dernière; bien que nous constatons une recrudescence du nombre d'admissions en expertise depuis les allègements des mesures sanitaires en lien avec la COVID-19, peu d'usagers hospitalisés dans notre établissement de santé obtiennent congé étant donné la rareté des ressources résidentielles adaptées à leur condition, ce qui crée un manque de fluidité dans le réseau et conduit à des retards.

## Provenance de la clientèle

**79,5% - Prisons provinciales**

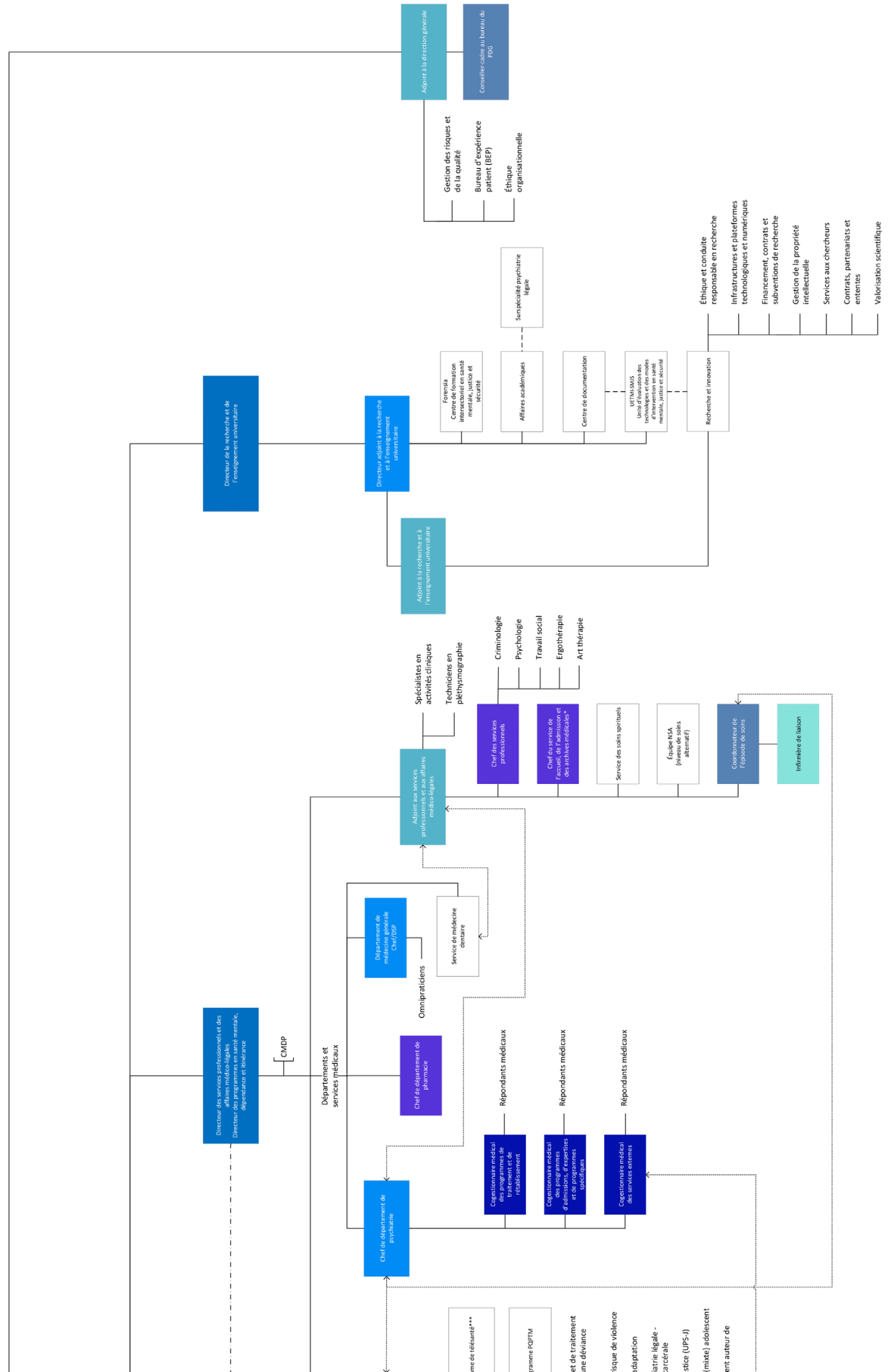
**6,4% - Centres hospitaliers**

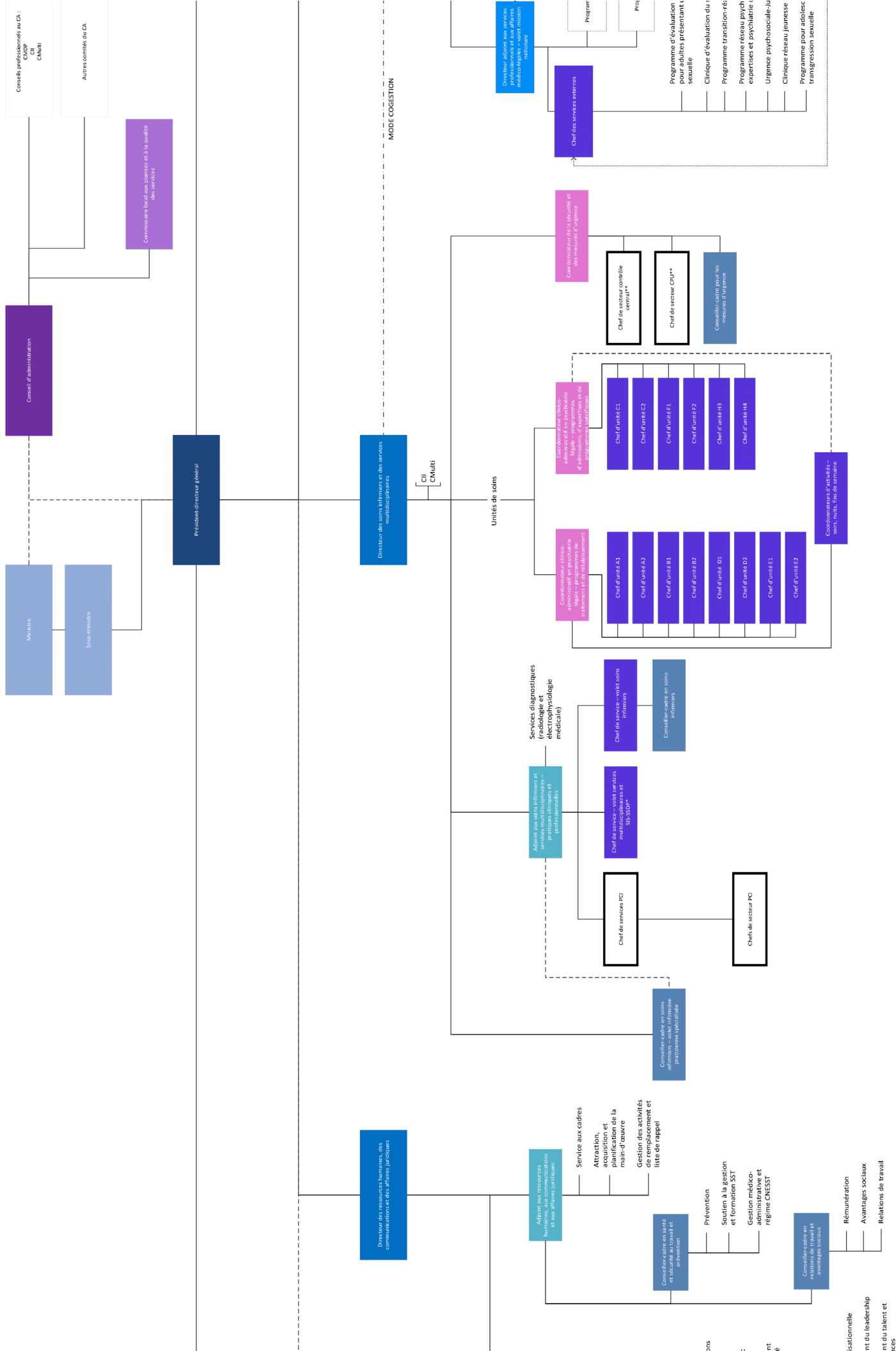
**5,4% - Pénitenciers fédéraux**

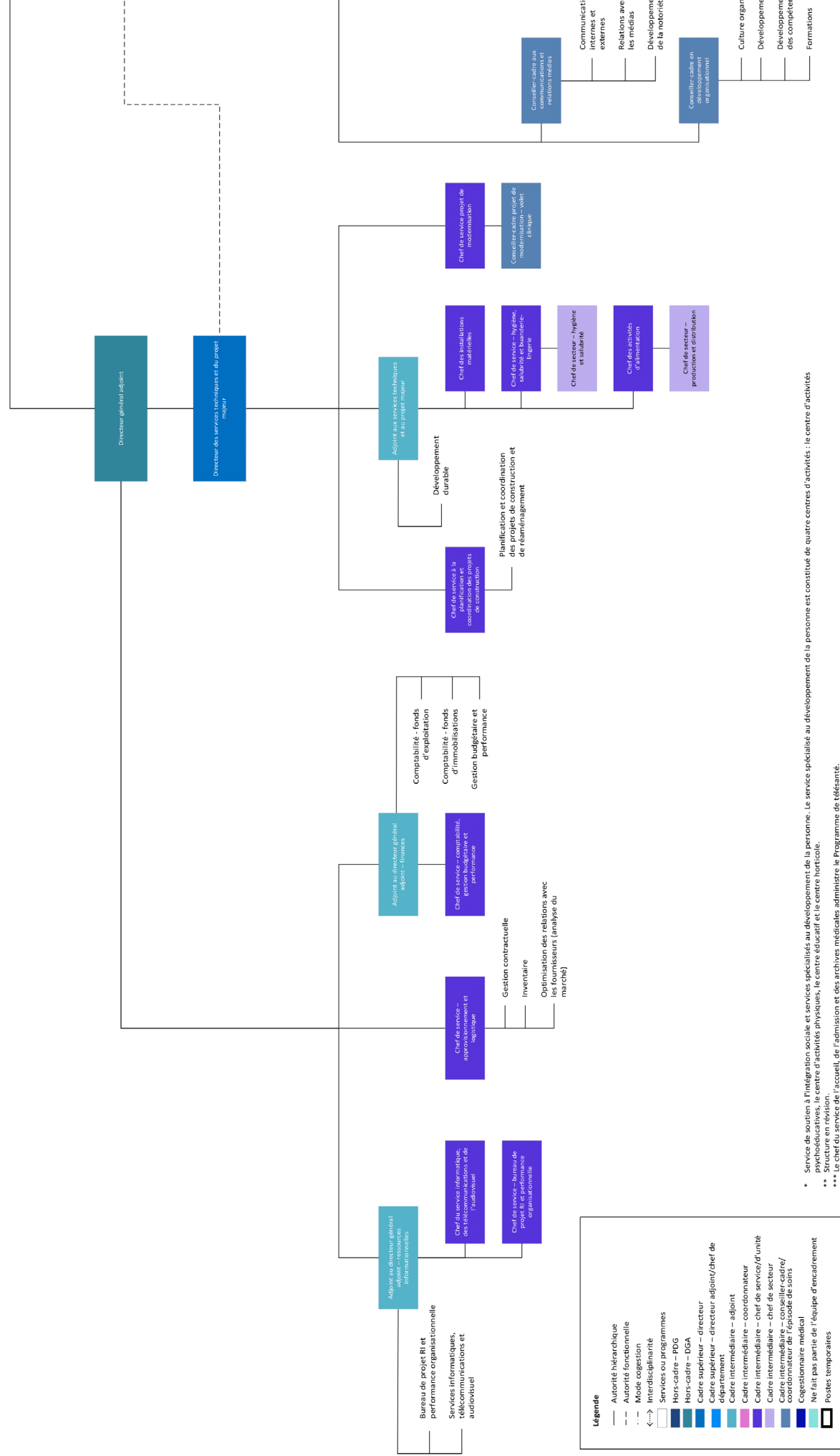
**4,9% - Ressources d'hébergement**

**2,1% - Domiciles**

**Autres**







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

### 3.2.1 Le conseil d'administration au 31 mars 2023

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

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

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

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

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

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

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

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

« Absence de désignation »  
Désignation  
*Comité des usagers*

M<sup>me</sup> Caroline Larue  
**Administratrice**  
Nomination  
*Université affiliée*

M. Grégoire Leclair  
**Administrateur**  
Nomination  
*Université affiliée*

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

M<sup>me</sup> Rachel Lamer  
**Administratrice**  
Membre indépendant  
*Gestion des risques, finances  
et comptabilité*

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

M<sup>me</sup> Caroline Bourbonnais  
**Administratrice**  
Membre indépendant  
*Gouvernance ou éthique*

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

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

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

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

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

Au cours de l'année 2022-2023, il n'y a eu aucun manquement constaté par les instances disciplinaires en lien avec le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.

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

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

## 3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

### » Comité de direction au 31 mars 2023

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

## Les comités relevant du conseil d'administration

### » Comité de gouvernance et d'éthique

#### Mandat et responsabilité

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

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

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

#### Principales réalisations

Le comité de gouvernance et d'éthique constate avec satisfaction que les processus de gouvernance ainsi que les principaux processus de gestion ont atteint, au terme de plusieurs années de développement, un maturité qui doit être soulignée.

Malgré certains mouvements en son sein, le conseil continue de respecter de hauts standards de pratique, et les discussions et débats s'exercent dans l'écoute et le respect. On note également l'ouverture et la transparence de la direction envers l'apport et la contribution de l'expertise rassemblée au sein du conseil.

La représentation des usagers au conseil demeure problématique, malgré les efforts consentis jusqu'à présent. Cette représentation est essentielle, et le travail se poursuit afin de trouver une voie de passage pour assurer que cette place soit comblée et que cette voix soit entendue.

Enfin, le comité de gouvernance et d'éthique constate la pertinence d'avoir soutenu la mise en œuvre du Comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire de l'Institut, qui crée un forum d'échange fructueux entre les chercheurs et les cliniciens de l'Institut, d'une part, et l'ensemble de nos partenaires nationaux dans le domaine de la psychiatrie légale. Il devient évident, à la mesure des résultats préliminaires de cette initiative, que cette démarche sera riche en résultats, tant au plan du partage des connaissances que de la collaboration des praticiens.

## » Comité de vérification

### Mandat et responsabilité

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

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

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

### Principales réalisations

Malgré les changements importants sur sa composition survenus en cours d'année, le comité de vérification a pleinement rempli son mandat, tel que stipulé par la loi. Au cours de la dernière année, le comité de vérification s'est principalement penché sur le suivi des résultats financiers, les défis budgétaires, la gestion contractuelle, la sécurité des technologies de l'information et le plan de conservation des immobilisations de l'Institut. De plus, il a porté une attention particulière dans le suivi du projet majeur de modernisation immobilière aux étapes de dossier d'opportunité (DO) et dossier d'affaires (DA).

## » Comité de vigilance et de la qualité

### Mandat et responsabilité

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

À cette fin, le comité de vigilance et de la qualité doit notamment :

1. Recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur l'accessibilité aux services, sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. Établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations;
3. Faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
4. Assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il a faites;
5. Favoriser la collaboration et la concertation des intervenants concernés par le paragraphe 1;
6. Veiller à ce que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. Exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat.

## Principales réalisations

Encore cette année, le dossier des plaintes soumises à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a requis des suivis particuliers. Le nombre de plaintes déposées et les ressources limitées affectées au traitement de ces dernières ont nécessité la mise en oeuvre d'un plan de rattrapage. L'embauche d'une commissaire adjointe devrait permettre de réduire les délais de traitement. Un travail a aussi été effectué en collaboration avec la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires afin de revoir la culture organisationnelle concernant ce dossier.

En 2022-2023, l'équipe de direction a également travaillé à améliorer les processus, revoir les politiques et mettre en place les recommandations faites par différentes instances internes et externes, et ce, dans un souci d'offrir un meilleur service à la clientèle de l'Institut.

Enfin, il faut souligner les efforts déployés au cours de la dernière année pour améliorer la reddition de comptes et présenter des indicateurs plus pertinents en ce qui a trait au suivi des risques. Bien que le travail demeure important, l'amélioration de cette démarche est certainement remarquable.

## » Comité des ressources humaines et communications

### Mandat et responsabilité

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

- La structure organisationnelle;
- La planification de la main-d'œuvre et le plan de relève;
- Le développement organisationnel;
- La conformité aux lois et règles visant les ressources humaines applicables à l'INPLPP, incluant les règles en matière de nomination des hors-cadre et des cadres supérieurs, les règles entourant l'octroi des permis d'exercice pour les professionnels, et les règles en matière de rémunération du personnel d'encadrement et du personnel salarié;
- L'identification et le suivi de tous les indicateurs qui permettent le mieux-être et la qualité de vie au travail, incluant les activités de reconnaissance;

- L'état des lieux sur la prévention et la sécurité au travail;
- L'état des lieux sur le contenu et les stratégies de communication;
- Toutes autres problématiques significatives touchant la gestion des ressources humaines et des communications de l'Institut.

## Principales réalisations

La revue régulière des indicateurs RH permet d'apprécier une gestion efficace des ressources humaines dans un contexte de fin de pandémie. La révision du plan d'organisation de l'INPLPP (volet encadrement supérieur et cogestion médico-clinico-administrative) constitue une avancée majeure pour l'atteinte des objectifs stratégiques de l'Institut. Plusieurs dossiers qui ont été retardés à cause de la pandémie de COVID-19 redeviennent actifs et nécessiteront la mise en place de plans d'action réalistes et efficaces qui seront suivis par le CRHC, comme le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023, le Plan d'action à l'égard des personnes handicapées et l'évaluation du rendement, entre autres.

## Les comités obligatoires

### » Comité de gestion des risques

#### Mandat et responsabilité

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

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

### » Comité de révision

#### Mandat et responsabilité

Conformément à l'art. 52 de la LSSSS, sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux.

### » Comité des usagers

#### Mandat et responsabilité

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

1. Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
2. Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'INPLPP;
3. Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'INPLPP ou de toute autorité compétente;

4. Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément à la LSSSS ou en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (chapitre P-31.1).

## Les conseils

### » Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

#### Mandat et responsabilité

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (art. 213, LSSSS) tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont celui-ci dispose. Conformément à l'art. 214 de la LSSSS, le CMDP est responsable envers le conseil d'administration :

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

### » Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

#### Mandat et responsabilité

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

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

4. Les règles de soins médicaux et d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières et infirmiers;
5. La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières et infirmiers.

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

1. L'organisation scientifique et technique de l'Institut;
2. L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières et infirmiers.

## » Conseil multidisciplinaire (CM)

### **Mandat et responsabilité**

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

1. De constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble des membres;
2. De formuler des recommandations portant sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes dispensés par l'établissement;
3. De donner son avis sur l'organisation scientifique et technique de l'établissement, sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ainsi que sur toute autre question que la présidente-directrice générale pourrait porter à son attention;
4. D'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

## **Les comités d'éthique et de recherche**

### » Comité d'éthique hospitalière

#### **Mandat et responsabilité**

Comme décrit à l'article 3.3.2 du cadre conceptuel de l'éthique de l'Institut, les mandats du comité d'éthique hospitalière (CEH) sont les suivants :

1. Soutenir et guider les intervenants face aux différents problèmes éthiques auxquels ils sont confrontés en dégageant et en proposant des pistes de réflexion et de résolution des difficultés;
2. Conseiller et accompagner l'utilisateur, ses proches, les partenaires et les autorités lorsque des situations complexes impliquent des enjeux éthiques;
3. Offrir un forum et un soutien appropriés aux interrogations des personnes qui sont interpellées par des questions éthiques;
4. Sensibiliser et éduquer le milieu à l'importance des considérations éthiques dans la prise de décision et l'administration des services;
5. Soutenir l'élaboration de politiques concernant la prestation de services aux usagers;
6. Viser l'amélioration de la prise de décision sur le plan administratif, médical et clinique;
7. Faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu;
8. Transmettre annuellement un rapport de ses activités au conseil d'administration.

Le CEH a également pour fonction d'assurer le suivi et la mise à jour du code d'éthique suivant l'évolution des lois, règlements, chartes et besoins de l'Institut. Enfin, le CEH peut répondre aux questions soumises par le comité d'éthique de la recherche.

## » Comité d'éthique de la recherche

### Mandat et responsabilité

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

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

Dans le cadre d'une entente interétablissements avec le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, l'Institut délègue l'évaluation et le suivi des projets de recherche sous sa responsabilité au comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

## » Comité scientifique

### Mandat et responsabilité

Le comité scientifique a le mandat :

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

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



### 3.3 Les faits saillants



#### » Gestion de la pandémie de COVID-19

Cette année encore, notre établissement a dû composer avec les aléas de la pandémie. La 6<sup>e</sup> vague de COVID-19, survenue au Québec entre la mi-mars et la fin du mois de mai 2022, a eu peu d'impact sur notre clientèle alors qu'aucun patient n'a testé positif à la COVID-19 durant cette période. Or, l'Institut a durement été frappé par une 7<sup>e</sup> vague de COVID-19 qui s'est étendue de juin à septembre 2022, et par une période de haute endémicité, soit entre les mois de novembre 2022 et janvier 2023. Durant ces deux pics épidémiologiques vécus à l'interne, 96 patients et 389 employés ont contracté la COVID-19. Il est à noter qu'en plus du phénomène de pénurie de main-d'œuvre, notre offre de services a davantage été fragilisée à l'été 2022 étant donné la période des vacances estivales et l'absence de professionnels et d'employés en raison de la COVID-19. Dès lors, la gestion de la pandémie à ce moment-là a représenté un défi important pour notre établissement.

Pour faire face aux enjeux liés à cette pandémie, notre gouvernance d'urgence pour la gestion de la crise a été maintenue jusqu'à ce que des allègements des mesures sanitaires en place soient permis par le gouvernement du Québec. Celle-ci était caractérisée par :

- Un comité exécutif – prévention et contrôle des infections (PCI);
- Un comité de direction spécial – gestion de crise COVID-19;
- Une cellule de crise COVID-19;
- Un comité d'urgences infectieuses.

Aussi, nos modalités de communication mises en place en 2021-2022 ont été maintenues :

- Registre des rencontres, des décisions et des actions mises en place par l'exécutif PCI;
- Reddition de comptes à la santé publique;
- Rencontre hebdomadaire des gestionnaires avec la PDG de l'établissement.

Pour minimiser la propagation du virus à l'interne, nous avons misé sur des activités de prévention. Ainsi, malgré la diminution du taux de vaccination, nous avons

continué notre campagne de promotion et avons invité les personnes à risque à recevoir leur dose de rappel du vaccin contre la COVID-19. De plus, plusieurs activités ont été mises en place afin de rappeler l'importance du lavage des mains dans la gestion et la prévention des infections nosocomiales (ex. : kiosque interactif, distribution de dépliants sur le lavage des mains, etc.). Tel que demandé annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut a tenu sa campagne de sensibilisation à l'hygiène des mains du 14 au 18 novembre 2022. Nous avons également procédé à l'élaboration et à la mise à jour des politiques et des procédures « Un préalable aux bonnes pratiques de prévention et de contrôle des infections nosocomiales », et notre équipe de vaccination et de dépistage continue d'œuvrer jusqu'à ce jour. Enfin, étant donné les assouplissements annoncés récemment par le gouvernement, un plan de reprise des activités a été déployé à l'interne dès le 31 mars 2023.

Ceci étant dit, d'autres maladies infectieuses autres que la COVID-19 ont pu être observées au sein de notre établissement depuis le mois de septembre 2022 (ex. : gastroentérite, zona, etc.). Ce constat nous a permis de retravailler et d'améliorer nos protocoles concernant ces maladies.

Encore cette année, nous sommes fiers de la mobilisation de l'équipe de direction, des gestionnaires, des médecins, des professionnels, des employés, des patients et de leurs proches qui, chacun à leur manière, ont su contribuer à une gestion rigoureuse des impacts de la pandémie sur notre établissement et la communauté québécoise.

#### » Plan d'action stratégique 2020-2023

Le Plan d'action stratégique (PAS) 2020-2023 de l'Institut, adopté par le conseil d'administration le 9 décembre 2020, tire à sa fin. En effet, la gouvernance annuelle et la structure de suivi de ce plan comprennent quatre grands jalons qui se terminent le 15 juin de chaque année. Notre PAS comprend six grandes orientations dont quatre sont directement dérivées de la planification stratégique du MSSS (version initiale, non amendée). Ces orientations sont ensuite déclinées

en 23 objectifs et deux sous-objectifs, tous faisant l'objet de plans d'action annuels.

Notre gouvernance prévoit des modalités de reddition de comptes au conseil d'administration, au comité de gouvernance et d'éthique et au comité de direction de l'Institut. Ce plan nous permet d'établir et de suivre les actions jugées prioritaires qui devront être déployées tout au long des années 2020-2023 afin d'atteindre nos objectifs signifiés par la MSSS, tant au niveau des services offerts aux patients qu'au regard de notre mandat national, de nos ressources humaines, matérielles, technologiques et financières.

Au cours de cette dernière année du Plan d'action stratégique 2020-2023, plusieurs projets se sont concrétisés, et ce, malgré quelques ralentissements connus dans la progression de certaines actions étant donné la pénurie de main-d'œuvre :

- Octroi par le MSSS d'un financement additionnel récurrent de 465 000\$ pour l'actualisation de notre plan de mitigation à l'égard des évaluations des délinquants dangereux ou à contrôler, soumis en novembre 2022 (ajout aux 175 000\$ déjà octroyés à l'INPLPP);
- Demande de financement déposée en février 2023 pour la création d'un centre de données intersectorielles en santé mentale forensique;
- Relance de notre comité pour la diversité et l'inclusion à l'INPLPP;
- Structure de gouvernance établie pour le « Projet majeur de transformation clinique »;
- Déploiement de la cogestion médico-clinico-administrative;
- Mise en place des prérequis en vue du lancement du projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale prévu en avril 2023;
- Modernisation des politiques et procédures de notre Centre de recherche;
- Atteinte d'un équilibre budgétaire.

Nous tenons à remercier le personnel qui s'est impliqué avec engagement et dévouement dans tous ces projets, et ce, au bénéfice du rétablissement de notre clientèle et en soutien à ses proches.

En prévision de notre prochain Plan d'action stratégique 2023-2027, cinq thèmes prioritaires sont en discussion :

1. Intégrer le savoir expérientiel à nos pratiques;
2. Moderniser l'offre de services aux patients et aux proches, notamment via le « Projet majeur de transformation clinique »;
3. Consolider notre projet majeur de modernisation de nos infrastructures au niveau des technologies de l'information et des installations physiques;
4. Se positionner comme employeur de choix;
5. Déployer notre mission nationale (notoriété, consolidation du rôle expert-conseil, recherche et enseignement).

## » Refonte du plan d'organisation

En mars 2021, une réflexion stratégique pour la modernisation de la gouvernance clinique et administrative a été amorcée au sein de l'équipe de direction de l'Institut. Des travaux à cet effet ont repris de manière soutenue au printemps 2022 en vue d'une révision, voire d'une refonte de notre plan d'organisation pour les années 2022-2025. Des travaux de réflexion, des consultations internes, des validations auprès du MSSS et des groupes de discussion avec les gestionnaires de l'établissement ont eu lieu afin d'être en mesure de transmettre au ministre notre nouveau plan d'organisation pour approbation.

De plus, notre volonté d'apporter un changement de culture organisationnelle et une révision pérenne de la gouvernance à l'Institut nous a menés à entamer des travaux pour moderniser la gouvernance clinique et administrative de l'INPLPP. L'objectif de cette démarche était de doter l'établissement d'une gouvernance centrée sur notre mission ainsi que notre clientèle et reposant sur des pratiques contemporaines de gestion, le tout dans le but d'améliorer notre performance à tous les niveaux de l'organisation.

Le 14 juin 2022, le conseil d'administration de l'Institut a adopté les orientations pour cette modernisation de la gouvernance. Parmi les sept orientations retenues, notons l'implantation de la cogestion médico-clinico-administrative, à tous les niveaux – stratégique, tactique et opérationnel – de l'organisation, bien appuyée par les meilleures pratiques dans ce domaine. La cogestion

médico-clinico-administrative se traduit par une gestion décentralisée, de proximité, participative et transparente. Elle mise sur des tandems de gestion complémentaires et compétents, formés de membres de la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM) et de la direction des services professionnels (DSP).

Aussi, la structure d'encadrement supérieur a été revue afin de mieux soutenir le déploiement de notre mission nationale. À cet effet, un poste de directeur adjoint aux services professionnels et aux affaires médico-légales – volet mission nationale et un poste de directeur adjoint à la recherche et à l'enseignement universitaire ont été créés, ce qui a grandement contribué aux avancées liées à ce mandat. Nommons, entre autres, près de 80 activités de formation et de transfert des connaissances auprès de plus de 3 800 personnes provenant de différents réseaux de partenaires, en plus d'avoir rejoint 469 membres du personnel de l'Institut par le biais de 11 conférences scientifiques. De plus, l'INPLPP a pleinement rempli son rôle d'expert-conseil, particulièrement auprès du MSSS dans le cadre du projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale.

## » Évaluation des délinquants dangereux ou à contrôler

Les évaluations de délinquants dangereux ou à contrôler (EDD-C) se réalisent en vertu des articles de la Partie XXIV du Code criminel et visent à obtenir l'opinion d'experts concernant la pertinence d'émettre un statut « dangereux » ou « à contrôler » à un délinquant suivant la déclaration de sa culpabilité, ce qui implique l'ajout de mesures de contrôle social visant à protéger la population. Ce type d'évaluations est demandé lorsque le tribunal est convaincu que l'infraction commise constitue des sévices graves à la personne et que le délinquant qui l'a commise représente un danger pour la vie, la sécurité ou le bien-être physique ou mental d'autrui.

En 2011, le MSSS a pris un engagement auprès du Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) en vue de réaliser jusqu'à 45 EDD-C annuellement par l'entremise d'établissements de santé et de services sociaux. L'Institut a été mandaté pour effectuer la coordination et la répartition de ces EDD-C. Or, à l'automne 2022,

la liste d'attente en vue d'évaluations de délinquants dangereux ou à contrôler a atteint un point culminant avec 26 demandes y figurant. La situation entourant l'accumulation des délais et la liste d'attente de ces évaluations s'est détériorée depuis quelques années, mais de façon plus importante depuis deux ans. En effet, la demande pour ce type d'évaluation ainsi que les coûts associés à celle-ci ont continué de croître; cette tendance à la hausse est illustrée par un passage d'une moyenne de 46 demandes entre 2015 et 2021 à 60 demandes reçues en 2021-2022, dont 20 demandes reçues pratiquement en même temps à l'été 2021. Les délais de production de ces évaluations ont d'ailleurs été hautement médiatisés en novembre 2022.

Dès lors, l'INPLPP a déposé un plan de mitigation à cet effet au MSSS qui l'a approuvé en janvier 2023. De façon plus spécifique, le MSSS a octroyé à l'INPLPP une somme additionnelle non récurrente de 117 000\$ afin de terminer son année financière, en plus d'un financement additionnel récurrent de 465 000\$ qui lui a été octroyé afin d'actualiser le plan de mitigation soumis, soit un ajout aux 175 000\$ déjà octroyés à l'INPLPP. Ce soutien financier a permis de consolider les équipes et l'organisation des services entourant les activités liées aux EDD-C. En date du 31 mars 2023, il ne restait que deux demandes d'EDD-C sur la liste d'attente étant donné le déploiement rapide du plan de mitigation. De plus, toutes les démarches effectuées ont permis d'entamer un travail de collaboration entre le DPCP, le ministère de la Sécurité publique (MSP), le MSSS et l'INPLPP.

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

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

## » Direction générale adjointe (DGA)

entre autres de personnes externes choisies pour représenter les différents partenaires avec lesquels l'Institut souhaite consolider, voire développer ses liens dans une perspective de synergie intersectorielle. Chaque personne est également sollicitée pour son leadership reconnu dans son domaine.

Après un an d'existence, le Comité ad hoc sur la valorisation de la mission universitaire a franchi une étape importante en déposant à la séance du conseil d'administration de décembre 2022 son bilan qui contient diverses orientations s'articulant autour des trois axes suivants :

- Constitution et déploiement d'infrastructures (centre de données intersectorielles);
- Attraction de chercheurs compétitifs (chaires de recherche);
- Création de réseaux de collaboration interdisciplinaires en recherche.



### » Service des finances

Les activités du service des finances en 2022-2023 s'inscrivent dans la continuité de l'année précédente et viennent consolider les structures déjà mises en place en ce qui a trait à la refonte complète de ses états financiers. Les équipes se sont également mobilisées afin de mettre en place une organisation de services soutenant le développement de plusieurs projets informatiques qui permettront à l'Institut d'être plus performant sur les plans cliniques, technologiques et administratifs.

### » Service des approvisionnements

Tout au long de l'année 2022-2023, les membres du service des approvisionnements ont travaillé à consolider et à diffuser les processus révisés l'année précédente, ce qui représente un travail d'amélioration continue nécessitant l'implication de tous les acteurs en gestion contractuelle de l'établissement.

Nos équipes ont également déployé des efforts considérables afin d'augmenter le nombre de transactions EDI (échange de données informatisées) avec nos fournisseurs. À cet effet, nous avons enregistré une hausse de 23,6%, soit la deuxième augmentation la plus importante dans tout le réseau de la santé et des services sociaux. Nos transactions EDI sont maintenant de 34,7%, et nous souhaitons atteindre 60% d'ici la fin de l'année prochaine.

Enfin, le nombre de transactions est plutôt stable avec un total de 10 939 réquisitions traitées et la signature de 201 contrats.

### » Ressources informationnelles

L'année 2022-2023 a été marquée par des investissements importants au niveau des technologies de l'information. Des sommes significatives ont permis aux équipes des ressources informationnelles de faire l'acquisition d'équipement et de réaliser des projets d'envergure liés aux applications, à l'infrastructure et à la sécurité de l'information.

Une modernisation importante de notre environnement technologique, entamée en 2022-2023, devrait nous permettre d'améliorer considérablement les différents systèmes technologiques de l'organisation.

## » Direction des services professionnels (DSP)

Afin d'assurer le développement et le soutien nécessaire aux membres de l'organisation, nous avons accueilli deux nouveaux collègues. Ces nouvelles ressources humaines viendront renforcer les équipes déjà en place, en plus de confirmer notre engagement envers l'établissement dans l'implantation et le support des technologies.



Malgré la prolongation des restrictions associées à la pandémie de COVID-19, toute l'équipe de la DSP s'est mobilisée afin de mener à bien, en collaboration étroite avec ses partenaires des autres directions, les différents projets inscrits dans le Plan d'action stratégique de l'établissement, notamment :

- La coordination et la préparation du projet de hiérarchisation des services en psychiatrie légale en vue de son lancement;
- La participation à l'implantation de la cogestion médico-clinico-administrative au sein de l'établissement;
- La création du poste de directeur adjoint aux services professionnels et aux affaires médico-légales – volet mission nationale, et l'embauche de deux psychiatres, deux omnipraticiens, une pharmacienne et six professionnels;
- La poursuite des rencontres d'arrimage avec le mécanisme d'accès à l'hébergement pour la santé mentale afin d'assurer un suivi étroit du cheminement de nos usagers en niveau de soins alternatif (NSA);
- La réalisation de travaux préparatoires au déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) et la bonification de l'équipe clinique à cet effet;
- L'implantation du plan d'intervention individualisé (PII) dont le déploiement a été actualisé aux services externes pour les usagers préalablement hébergés;
- Le recrutement de deux formateurs sur l'utilisation de l'outil DUNDRUM, instrument appuyant la prise de décision quant à la trajectoire de soins, a permis d'assurer l'évaluation de 155 usagers en traitement du 15 octobre au 15 décembre 2022;
- La collaboration établie avec le Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP) de l'Université de Montréal ainsi qu'avec des membres des Premières nations et Inuits en vue d'élaborer une offre de services bonifiée;
- L'implication croissante des pharmaciens cliniciens dans la prise en charge physique des patients de l'établissement. La garde pharmaceutique a d'ailleurs été allongée afin d'offrir une couverture en soirée, tous les jours de la semaine.

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

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

Les activités de vaccination et de dépistage de la COVID-19 se sont poursuivies de façon régulière durant toute la durée de la pandémie. Nous avons notamment maintenu notre offre pour la vaccination de base ainsi que les doses de rappel, et ce, autant chez les patients et que nos employés. Tout comme les années précédentes, la vaccination contre l'influenza a également été offerte aux patients et aux membres du personnel de l'Institut.

De plus, l'organisation des services mise en place au sein de la DSI-SM en début de pandémie afin de garantir de hauts standards de qualité et de sécurité pour notre clientèle et notre personnel a été conservée en 2022-2023.

Enfin, étant donné les assouplissements de certaines mesures de PCI en cours d'année, comme annoncé par le MSSS suivant la réception de nouvelles recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en raison de l'évolution de la situation épidémiologique au Québec, plusieurs de nos processus et procédures ont été adaptés afin de maintenir la protection de nos usagers et employés.

### **Plan clinique et académique**

Le plan clinique et académique de l'Institut permettra entre autres d'actualiser le rehaussement de la pratique clinique sur les unités de soins et le déploiement de nouvelles fonctions au sein de la DSI-SM, contribuant à un apport important au niveau des pratiques multidisciplinaires et infirmières. La consolidation de la vision de ce plan a eu lieu durant l'année 2022-2023, et la concrétisation de ce dernier aura lieu en 2023-2024.

### **Politique sur les mesures de contrôle**

Fort de ses démarches entreprises au cours des dernières années, l'établissement a poursuivi ses actions en 2022-2023 afin de finaliser le déploiement de sa politique portant sur l'application des mesures de contrôle et ses outils cliniques.

Cette année, plus de 69% des employés de la DSI-SM ont reçu un bloc de formation sur les rôles

et les responsabilités des membres de l'équipe interdisciplinaire. Aussi, plus de 14 cas ont été traités au sein du comité des situations complexes ou récurrentes. Pendant la prochaine année, la formation « Soins et surveillance » sera développée ainsi que celle portant sur la tenue de dossiers, et des activités d'intégration associées à ces dernières seront organisées.

Il est à noter que l'Institut s'engage à évaluer le changement des pratiques et de la culture organisationnelle en matière de mesures de contrôle, alors que notre objectif initial demeure le suivant : devenir un chef de file des meilleures pratiques en matière de gestion du risque de violence.

### **Main-d'œuvre**

Cette année encore, la pénurie de main-d'œuvre s'est grandement fait sentir au sein de notre direction. Un plan de continuité des services a été élaboré, ce qui a permis d'anticiper les bris de services potentiels, de coordonner les actions requises de manière proactive et d'assurer la mobilisation d'acteurs clés. De plus, le déploiement d'un projet pilote de décentralisation des activités de remplacement et de la liste de rappel pour la DSI-SM a favorisé une gestion de proximité pour ces activités. De nombreux points de vigie à cet effet, tenus par l'équipe de la DSI-SM, ont toujours lieu, et l'appui de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques dans l'élaboration de plans d'action visant la planification de la main-d'œuvre est maintenu en continu.

### **Tournée du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers**

En 2022-2023, une tournée des différentes unités de soins et secteurs d'activité de l'Institut dans lesquels opèrent nos infirmières et infirmiers a été réalisée par les membres du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers. Cette tournée s'est avérée fort utile afin de mobiliser le personnel infirmier et de relever les enjeux perçus par nos membres dans l'exercice de leur profession au quotidien. Des pistes d'amélioration pourront être développées dans le but de souligner la qualité de la pratique infirmière à l'INPLPP.

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

Le développement de projets structurants sur le plan de la recherche et des activités académiques s'est poursuivi à la DRE au cours de l'année 2022-2023. De plus, la direction de la recherche et de l'enseignement universitaire a connu une restructuration importante afin d'assurer le plein déploiement de sa mission de recherche et d'innovation ainsi que le transfert et la mobilisation des connaissances, et ce, en collaboration avec les directions cliniques de l'Institut. Un poste de directeur adjoint a donc été créé au sein de la DRE en 2022-2023 dans le but de rehausser le soutien offert par cette direction dans l'actualisation du mandat national de l'INPLPP.

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

En 2022-2023, Forensia a achevé sa seconde année de vie complète depuis sa création. Encore jeune, ce centre de formation a multiplié les efforts pour se faire connaître et augmenter sa visibilité. La liste de diffusion des communications de Forensia, dont son infolettre INFOrensia, comporte maintenant plus de 5 600 abonnés provenant de publics diversifiés, principalement du Québec, mais également d'ailleurs au Canada et dans le monde. Quatorze infolettres ont été distribuées depuis mars 2022 à ces abonnés, en plus d'annonces d'événements spéciaux et de campagnes d'envois ciblés et personnalisés.

Les formations offertes par Forensia ont permis de rejoindre de nombreux membres d'équipes spécialisées en santé mentale forensique au cours de l'année, et des collaborations ont été établies avec des partenaires externes afin d'en faciliter la diffusion et l'intégration. Notamment, des partenariats ont été établis avec le

Service correctionnel du Canada et l'hôpital Royal d'Ottawa pour faciliter la programmation et la diffusion de conférences présentées en mode webinaire.

Au mois d'août 2022, l'équipe de Forensia et d'autres représentants de l'Institut ont invité les présidents-directeurs généraux et chefs d'équipe des directions de la santé mentale, dépendance et itinérance du réseau afin de leur présenter la mission de Forensia et faire connaître son offre de formations et d'activités de transfert des connaissances appuyées par les données probantes.

Cette année, Forensia a présenté près de 80 activités de formation et de transfert des connaissances qui ont rejoint plus de 3 800 personnes, dont 3 409 participants de réseaux partenaires et 469 membres du personnel de l'Institut. Ceci représente 11 conférences scientifiques, deux conférences spéciales permettant de porter un regard sur la réalité autochtone à l'interface de la santé mentale et de la justice, une soixantaine de formations et deux colloques spécialisés, dont le tout premier colloque de Forensia diffusé en mode hybride et intitulé « Rebâtir la confiance : enjeux et défis en matière de violence conjugale ».

En effet, le 17 mars 2023, Forensia a tenu son tout premier rassemblement des forces vives concernées par les enjeux de violence conjugale. Le colloque « Rebâtir la confiance : enjeux et défis en matière de violence conjugale » a permis aux participants de prendre connaissance des principaux constats du rapport « Rebâtir la confiance », déposé par les deux coprésidentes du comité d'experts mandatés par le gouvernement du Québec afin de mieux accompagner les victimes d'agressions sexuelles et de violence conjugale. Cet événement a rassemblé plus de 500 personnes de différents milieux, dont les secteurs de la santé et des services sociaux, de la justice, de la sécurité publique, de l'enseignement et de la recherche ainsi que du secteur communautaire, ce qui témoigne certainement de la vigueur du désir des intervenants à se mobiliser pour lutter contre cette problématique.

### » Recherche et subventions

En 2022-2023, le Centre de recherche de l'Institut compte 21 chercheurs réguliers et 20 chercheurs associés, dont trois nouveaux chercheurs réguliers



ainsi que trois nouveaux chercheurs associés :

- Mme Sheilagh Hodgins, Ph. D., chercheuse régulière et professeure associée au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal;
- M. Christian Joyal, Ph. D., chercheur régulier et professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- Mme Dominique Trottier, Ph. D., chercheuse régulière et professeure agrégée au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais;
- Mme Suzanne Léveillé, Ph. D., chercheuse associée et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- Mme Sioui Maldonado-Bouchard, Ph. D., chercheuse associée et résidente en psychiatrie à l'Université McGill;
- M. Sébastien Brouillette-Alarie, Ph. D., chercheur associé et professeur associé à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

D'importantes nouvelles subventions ont été octroyées à nos chercheurs cette année, ce qui témoigne de l'excellence et de l'innovation de leurs programmations de recherche. Au total, pour l'année financière 2022-2023, les chercheurs réguliers du Centre de recherche de l'Institut ont obtenu 3 421 389\$ en subventions de toutes sortes à titre de chercheur principal. Sur ce total, 1 443 790\$ représentent de nouvelles subventions.

- Anne Crocker, Ph. D., a reçu, à titre de chercheuse principale, une subvention de soutien aux équipes de recherche du Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) pour le « Programme interdisciplinaire de recherche sur les politiques et les pratiques intersectorielles en santé mentale, justice et sécurité publique ». Cette subvention d'équipe de 442 941\$ sur quatre ans permettra de poursuivre les activités de l'Observatoire en justice et santé mentale, chapeauté par Mme Crocker et basé à l'INPLPP.
- Anne Crocker, Ph. D., s'est vue octroyer le 31 octobre 2022 la première chaire de recherche du Canada détenue par un chercheur de l'INPLPP, soit

la chaire de recherche niveau 1 (senior) du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) en santé mentale, justice et sécurité d'une valeur de 200 000\$ par année pour sept ans (2022-2029). Il s'agit de la première chaire de recherche de niveau senior en sciences humaines pour la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

- Audrey-Anne Dumais-Michaud, Ph. D., a obtenu une subvention du FRQSC pour la relève professorale d'un montant 44 500\$. Cette subvention permettra de réaliser le projet « Les hospitalisations involontaires : de la contrainte au rétablissement » au cours des trois prochaines années.
- Francis Fortin, Ph. D., a obtenu deux subventions Savoir du CRSH, soient une première de presque 55 000\$ sur deux ans pour la réalisation du projet « Suivre les affaires et les auteurs de violence conjugale : vers une meilleure compréhension du cheminement pénal et de la récidive » et une seconde de près de 54 000\$ pour le projet intitulé « Miser sur l'intelligence des données massives collectées par la police pour prévenir les violences interpersonnelles ».
- Francis Fortin, Ph. D., a obtenu une subvention du FRQSC de plus de 390 000\$ sur cinq ans afin de réaliser le projet intitulé « Traitement, adaptation psychosociale et trajectoire criminelle des agresseurs sexuels ».
- Jean-Pierre Guay, Ph. D., s'est vu octroyer une subvention de 300 000\$ du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) dans le cadre du programme bilatéral de recherche collaborative Québec-Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette subvention sur quatre ans permettra de réaliser le projet portant sur « La formation des professionnels de la justice à l'évaluation du risque et des besoins : le développement d'Agents Virtuels Autonomes (AVA) ».
- Tamsin Higgs, Ph. D., a obtenu une subvention de développement Savoir du CRSH de près de 74 000\$ sur deux ans afin de réaliser le projet intitulé « Towards a multi-trajectory understanding of intimate partner homicide ».
- Tamsin Higgs, Ph. D., a obtenu une subvention du

FRQSC de plus de 56 000\$ dans le cadre du concours de la relève professorale pour son projet qui a pour thématique « L'agression sexuelle entre partenaires intimes ».

- Dave Holmes, Ph. D., a obtenu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) de 100 000\$ sur deux ans pour le projet de recherche « Sex work in the digital age: Examining the sexual health and well-being of 2SGBTQS men who connect online in the wake of COVID-19 ».
- Dave Holmes, Ph. D., a reçu un financement de plus de 850 000\$ sur deux ans de l'Innovation Fund de l'Ontario afin de soutenir la réalisation du projet « A mixed method single blind randomized control trial (RCT) on the efficacy of group social skills psychotherapy in the treatment of people with problematic sex interests and behaviours ».
- Étienne Paradis-Gagné, Ph. D., a reçu un chercheur-boursier Junior 1 du FRQS pour son projet « Soins sous contraintes et phénomène de judiciarisation des troubles mentaux : perspective des personnes atteintes de troubles mentaux, des professionnels et des familles ».
- Jean Proulx, Ph. D., a obtenu une subvention du FRQSC de 390 000\$ pour le soutien aux équipes de recherche. Cette subvention sur quatre ans permettra la réalisation du projet intitulé « Traitement, adaptation psychosociale et trajectoire criminelle des agresseurs sexuels ».
- Dominique Trottier, Ph. D., a obtenu une subvention du FRQSC de plus de 74 000\$ dans le cadre du concours de la relève professorale pour le projet intitulé « Regard novateur sur les attitudes favorables à la coercition sexuelle et leur influence sur les comportements sexuels coercitifs ».
- Dominique Trottier, Ph. D., a obtenu une subvention de synthèse des connaissances du CRSH au montant de 30 000\$ afin de réaliser le projet « Attitudes tolérantes aux violences sexuelles et sexistes : synthèse de leur contribution aux violences sexuelles perpétrées et au climat social permissif à l'égard des personnes qui les commettent ».

Enfin, en 2022-2023, nos chercheurs réguliers ont publié 58 articles avec comités de pairs, en plus de 27

articles sous presse ou acceptés et 39 soumis. Deux livres et neuf chapitres de livres ont été publiés ainsi que quatre chapitres sous presse ou acceptés et trois soumis. 102 présentations dans des congrès ont été réalisées.

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

La direction de la recherche et de l'enseignement universitaire soutient l'accueil de nombreux stagiaires universitaires dans diverses disciplines, dont les sciences infirmières, la psychoéducation, la psychologie, la criminologie, les ressources humaines, la pharmacie, la psychiatrie, la nutrition et le travail social.

Des responsables de stages et des employés des diverses directions de l'INPLPP ainsi que ceux de la DRE ont permis d'accueillir 82 stagiaires en 2022-2023. Nous en profitons pour souligner le travail indispensable de tous ces superviseurs de stages dans la formation et le perfectionnement de la relève.

De plus, l'année 2022-2023 a été marquée encore une fois par le dynamisme du comité étudiant du Centre de recherche. Ce dernier vise à soutenir la communauté étudiante rattachée au Centre de recherche, faciliter la collaboration entre les étudiants des différentes équipes de recherche et créer des opportunités de formations et de transfert des connaissances pour les étudiants.

Cette année, ce sont 111 étudiants, dont 10 au baccalauréat, 37 à la maîtrise, 60 au doctorat et 4 au postdoctorat, qui ont été encadrés dans leur cheminement académique par les chercheurs réguliers du Centre de recherche de l'Institut. Ces étudiants ont d'ailleurs reçu plus de 534 000\$ en bourses d'excellence, soulignant ainsi la qualité de leurs dossiers académiques, de recherche et le milieu d'accueil. Notamment, dans le cadre du concours de bourses de congrès Gilles Côté organisé par l'INPLPP, quatre bourses d'excellence de 1000\$ ont été offertes à des étudiants du centre pour appuyer la poursuite de leur parcours académique et leur participation à des congrès scientifiques internationaux. Nous souhaitons féliciter les récipiendaires : Alexandre Gauthier, supervisé par Jean Proulx; Ann-Pierre

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

Raiche, supervisée par Jean-Pierre Guay; Marichelle Leclair et Mimosa Luigi, supervisées par Anne Crocker.

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

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale, justice et sécurité (UETMI-SMJS) a connu un essor important dans la poursuite de son développement en 2022-2023. La dernière année a été marquée par de nombreux projets et initiatives en collaboration avec des cliniciens, chercheurs et étudiants de l'Institut ainsi que des partenaires œuvrant dans les champs de la santé mentale, justice et sécurité tels que des équipes d'UETMI du réseau. L'expertise de l'UETMI-SMJS a été mise à profit dans la production de produits de transferts des connaissances, diffusés dans diverses activités de formation et colloques, qui sont accessibles sur le [site Web](#) de l'Institut. L'UETMI a également collaboré à la préparation de multiples demandes de subvention. De plus, dans le cadre de la mission nationale de l'Institut et dans son rôle-conseil auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'UETMI-SMJS a été sollicitée afin de répondre à plusieurs demandes du MSSS portant sur les thématiques de la violence et de la santé mentale. Finalement, les besoins et les recours à l'expertise pointue de l'UETMI en santé mentale forensique se sont multipliés en 2022-2023, nécessitant l'ajout de ressources supplémentaires à l'équipe.

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

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

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

Dans un souci d'amélioration d'entretien et de gestion du bâtiment, une démarche d'acquisition et de mise en fonction d'un système de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) a été déployée en 2022-2023. Une initiative du même genre a été réalisée avec le secteur hygiène et salubrité. Ces deux systèmes seront fonctionnels à 100% au courant de l'année 2023. De plus, un rehaussement majeur des pratiques en hygiène et salubrité a été orchestré en collaboration avec le service de PCI afin d'offrir à notre personnel tous les outils nécessaires à leurs fonctions dans un souci d'amélioration continue et de qualité.

La DST chapeaute également le comité en santé environnementale et développement durable (SEDD)



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

qui a réalisé de grands projets en cours d'année, tels que divers projets de verdissement, l'acquisition d'un digesteur aérobie et plusieurs autres petites actions qui ont permis à l'Institut d'améliorer son empreinte écologique. Notre démarche en santé environnementale, débutée en 2016, s'est vue décerner de nombreux prix au cours des dernières années.

Tout comme dans les autres directions, les équipes de la DST ont aussi été fortement sollicitées dans la gestion de la pandémie pour assurer un rehaussement de la désinfection des installations matérielles de l'Institut.



Suivant la création permanente de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques en 2021-2022 et l'accueil de sa nouvelle directrice, Mme Elizabeth Keskinbicak, la DRHCAJ a maintenu ses démarches de consolidation d'équipe en 2022-2023.

La DRHCAJ a travaillé à l'élaboration de pratiques visant à optimiser la gestion des ressources humaines. Le recrutement de personnel qualifié et de qualité demeure un enjeu prioritaire et, dans ce contexte, des efforts ont été déployés afin de doter chaque direction d'un plan de main-d'œuvre et d'adopter un plan de mobilisation de main-d'œuvre organisationnel.

Notamment, un plan de main-d'œuvre pour la période estivale a priorisé certains titres d'emploi au sein de la DSI-SM (infirmiers, sociothérapeutes, intervenants spécialisés en pacification et sécurité, commis surveillant d'unité, etc.) et de la DST, responsable des services alimentaires. Grâce à la mise en œuvre de ce plan, nous avons pu intensifier les embauches, augmenter notre visibilité sur les plateformes de recrutement et revoir les profils de postes offerts pour élargir notre bassin de candidats. Du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023, 190 personnes ont été embauchées à l'Institut, et nos efforts de recrutement se poursuivent de façon continue.

Un plan de main-d'œuvre organisationnel a aussi été établi à l'interne et visera, grâce à certains axes d'intervention, l'attraction, la rétention, la fidélisation et la mobilisation du personnel à l'INPLPP. Le comité de direction assure la vigie de ce plan, et des indicateurs de suivi seront élaborés sous peu.

Avec l'assouplissement des mesures sanitaires en 2023, la DRHCAJ a repris sa participation à des activités de dotation en présentiel, dont des salons de l'emploi. L'équipe a également invité divers cégeps à visiter l'INPLPP dans le but de faire découvrir ce milieu unique à la future relève. Tout au long de l'année, l'équipe de la dotation a travaillé en étroite collaboration avec chacune des directions de l'établissement afin que les services offerts répondent à leurs besoins spécifiques.

De plus, la DRHCAJ a joué un rôle central dans la préparation du nouveau plan d'organisation 2022-2025 qui présente les mécanismes de gouvernance, les

directions cliniques et administratives ainsi que leur structure, les départements et services médicaux, en plus de l'offre de soins et services de l'Institut. À cet effet, la DRHCAJ a soutenu l'INPLPP dans l'implantation de la cogestion médico-clinico-administrative et a agi comme facilitatrice en participant notamment aux réflexions et en recherchant des collaborateurs clés. C'est grâce à ses démarches que l'Institut s'est associé à HEC Montréal et lui a octroyé le mandat d'élaborer un plan de travail pour le déploiement de la cogestion à l'interne.

En 2022-2023, la DRHCAJ a continué de voir à la santé et à la sécurité du personnel de l'INPLPP en maximisant les interventions au niveau de la prévention. L'équipe a donc poursuivi ses démarches pour assurer la réalisation du Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale ainsi que sa conformité aux obligations prévues à la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail. Aussi, en relançant les travaux de son comité paritaire en santé et sécurité au travail (CPSST) et en entamant les pourparlers ayant mené à la signature du mandat du CPSST, l'équipe de santé et sécurité au travail a créé un canal efficace de communication pour discuter de ces enjeux à l'interne. Tous les efforts déployés en matière de prévention en plus d'une saine gestion de la santé et de la sécurité au travail ont permis une diminution significative des accidents relevés sur les lieux de travail au cours de la dernière année :

- 2022-01-31 : 92 cas d'assurance salaire et 35 cas de CNESST;
- 2023-01-31 : 37 cas d'assurance salaire et 13 cas de CNESST.

Enfin, l'équipe de santé et sécurité au travail a continué son important travail de collaboration avec la ligne COVID.

D'ailleurs, la DRHCAJ a maintenu sa participation active dans plusieurs dossiers en lien avec la gestion de la pandémie. Son équipe des communications s'est chargée de la diffusion des normes contenues aux arrêtés ministériels, dont ceux ayant trait aux conditions de travail des employés et aux règles applicables au niveau de la prévention et du contrôle des infections.

Cette année encore, l'équipe des communications a maintenu ses activités afin de développer la notoriété

de Forensia, le centre de formation intersectoriel en santé mentale, justice et sécurité de l'INPLPP. À titre d'exemple, l'équipe a soutenu la direction de la recherche et de l'enseignement universitaire dans le déploiement du site Web forensia.ca et a collaboré avec cette dernière dans l'organisation d'un dîner-causerie, lequel a eu lieu en août 2022 et a regroupé des directeurs et intervenants en santé mentale du réseau de la santé et des services sociaux. Les perspectives présentes et à venir du centre ainsi que la programmation de formations et conférences 2022-2023 ont été présentées lors de cet événement. De plus, le service des communications a appuyé l'équipe de Forensia dans l'organisation de son tout premier colloque en mode hybride tenu en mars 2023 et intitulé « Rebâtir la confiance : enjeux et défis en matière de violence conjugale ».

L'équipe des communications a également consolidé le plan de communication pour le lancement du projet de modernisation de l'INPLPP. Dès lors, elle s'est chargée de l'annonce de la prochaine étape du projet, soit celle de l'autorisation d'élaborer un dossier d'affaires qui permettra la construction, l'agrandissement et le réaménagement des lieux de travail de l'Institut.

En plus de la gestion courante des demandes en communication, l'équipe a assuré une présence médiatique, conformément à son plan de notoriété. Cette présence fait rayonner l'Institut ainsi que l'unicité de sa mission et met en valeur l'expertise de ses professionnels. La présence de l'INPLPP dans les médias va de pair avec les efforts de déstigmatisation de nos usagers et de la clientèle en santé mentale.

Quant à l'équipe des affaires juridiques, celle-ci a continué à assurer la représentation juridique de l'établissement en psychiatrie légale et à prodiguer des conseils juridiques.



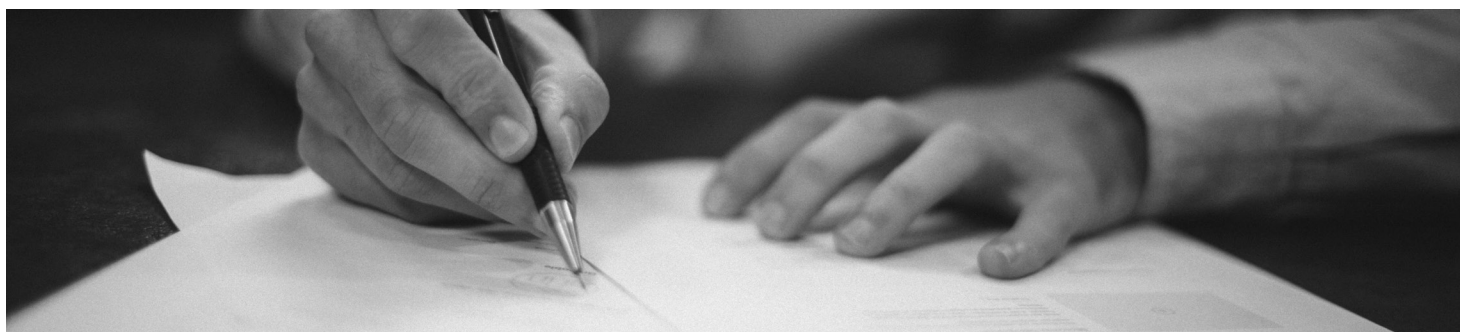
# 4 Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

## » Attentes spécifiques

**Tableau : Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité**

| N°  | Attente spécifique                                                                                                                                                                       | Description de l'attente spécifique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | État de réalisation |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1.1 | Adapter les processus de collecte de données sur les décès                                                                                                                               | <p>Le remplacement d'un processus vieux d'une centaine d'années représente un des ajustements dans les processus actuellement en place. En effet, le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors réseau.</p> <p>Dans ce contexte, des mesures de gestion du changement doivent être prévues. Il est attendu que les CISSS et les CIUSSS de même que les CHU et les IU se préparent à accueillir cette nouvelle solution afin qu'elle soit adoptée par les intervenants concernés. Ces derniers doivent bénéficier du soutien nécessaire pour maîtriser et utiliser la version électronique du SP-3 et délaisser la version papier.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Réalisée            |
| 2.2 | Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse | Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus au regard de l'accessibilité des services en santé mentale, via leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'usagers en attente et des délais d'attente, au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | En cours            |
| 2.5 | Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale                                                                                                               | Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus au regard de l'accessibilité des services en santé mentale, et ce, afin d'être en conformité avec le cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante. Par le biais d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM) et des grandes fonctions des guichets.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Réalisée            |
| 3.1 | Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)                   | <p>Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent prendre les actions pour s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques (la mise en place de la planification précoce et conjointe des congés (PPCC), la diminution de la relocalisation et de l'accès à l'hébergement à partir du CH, l'intensification de l'AAPA et des pratiques pour éviter le déconditionnement) et les actions structurantes pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès, notamment à la chirurgie;</li> <li>2. Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte leurs délais d'attente par variable du RQSUCH;</li> <li>3. Soutenir la fluidité dans les urgences (DMS) en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civières par un accès plus rapide aux lits des CH lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence.</li> </ol> | En cours            |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 3.2 | Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées | <p>Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent, d'ici le 31 mars 2023, déployer les formations en maltraitance selon ces cibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>un minimum de 85% des employés en contact direct avec les personnes aînées, en particulier ceux de la direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement, et de l'accueil psychosocial, et un minimum de 30% des cadres intermédiaires, en particulier ceux de la direction du programme SAPA, volet soutien à domicile et hébergement, et de l'accueil psychosocial, suivront les formations Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne aînée;</li> <li>un minimum de 50% des travailleurs psychosociaux œuvrant auprès des personnes aînées, en particulier ceux de la direction du programme SAPA, de l'accueil psychosocial et de la direction des services multidisciplinaires, suivront la formation Intervention psychosociale à la lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées;</li> <li>un minimum de 30% des superviseurs cliniques qui relèvent de la direction SAPA, de l'accueil psychosocial ainsi que de la direction des services multidisciplinaires suivront la formation Supervision et soutien clinique dans la gestion des situations de maltraitance.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | En cours |
| 4.1 | Contribuer au déploiement provincial de la télésanté                                                                                                                                                                                                                                                  | Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023, et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Réalisée |
| 7.1 | Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de gains rapides et comprendre des objectifs SMART munis d'indicateurs et de cibles annuelles en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de la pression sur le personnel</li> <li>Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen</li> <li>Amélioration de la qualité des services</li> <li>Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure</li> </ul> <p>Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants et respecter les directives émises par la DGTI pour chacun de ces sujets, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Moderniser les outils technologiques</li> <li>Rehausser la capacité en télécommunication et outils collaboratifs</li> <li>Rehausser la cybersécurité</li> <li>Prendre le virage vers l'infonuagique</li> <li>S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux</li> <li>Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN)</li> </ul> <p>Les établissements doivent rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de leur plan de modernisation technologique décentralisé et de l'utilisation des sommes octroyées pour sa réalisation. Cette reddition de comptes doit porter également sur l'ensemble des indicateurs identifiés. La reddition de comptes doit se faire sur une base trimestrielle relativement à l'utilisation des sommes additionnelles octroyées. Celle portant sur l'état d'avancement des plans ainsi que sur les indicateurs doit se faire sur une base annuelle.</p> | Réalisée |



## » Engagements annuels

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

| Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                      |                          |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Indicateur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Résultat au 31 mars 2022 | Engagement 2021-2022 | Résultat au 31 mars 2023 | Engagement 2022-2023 |
| 1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 70%                      | 80%                  | 59%                      | 80%                  |
| <b>Commentaire :</b> On note une baisse du taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains pour l'année 2022-2023 par rapport à celui de l'an dernier qui se situait à 70%. Cette baisse s'explique par le fait que le processus d'audit n'a pas été réalisé selon les mêmes paramètres que l'an dernier. Par ailleurs, notons que l'établissement a poursuivi cette année ses efforts de sensibilisation aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                      |                          |                      |
| Ressources humaines                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                      |                          |                      |
| Indicateur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Résultat au 31 mars 2022 | Engagement 2021-2022 | Résultat au 31 mars 2023 | Engagement 2022-2023 |
| 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 0,8%                     | 0,42%                | 0,6%                     | 0,33%                |
| 3.05.03-PS Ratio de présence au travail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 87,8%                    | 88,14%               | 87,7%                    | 88,27%               |
| 3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21%                      | 50%                  | 100%                     | 100%                 |
| <b>Commentaires :</b> L'établissement n'a pas eu recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) pour les titres d'emploi en prestation de services directe aux patients en raison des services ultraspecialisés que nous offrons et des titres d'emploi spécifiques qui s'y rattachent. Le taux de recours à la main-d'œuvre indépendante se reflète principalement au niveau des secteurs administratifs, des services techniques (ex. : électriciens) et des services informatiques. Aussi, l'écart du taux de recours à la MOI par rapport à celui de l'année dernière s'explique par une baisse d'environ 1700 heures de MOI à la DRHCAJ.<br>Le ratio de présence au travail de 87,7% demeure stable par rapport à l'année dernière. Notons que notre établissement n'est pas épargné par la pénurie de main-d'œuvre et qu'il fait face à des enjeux spécifiques qui créent des difficultés distinctives.<br>Le pourcentage d'employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » est de 100% en date du 31 mars 2023. Ce résultat constitue l'atteinte de notre engagement 2022-2023 et une amélioration marquée du résultat obtenu à pareille date l'an dernier (21%). Malgré les enjeux de main-d'œuvre et les contraintes liées à la gestion de la pandémie, toutes les actions mises en place par l'établissement ont permis d'atteindre cette cible. De surcroît, des activités spécifiques ont été tenues pour notre clientèle autochtone. |                          |                      |                          |                      |

### Légende

|  |                                                                             |
|--|-----------------------------------------------------------------------------|
|  | Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100%                              |
|  | Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90% et inférieur à 100% |
|  | Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90%                             |

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

## » L'agrément

À la suite de sa dernière visite d'agrément en décembre 2021, l'établissement a obtenu le statut d'organisme agréé et aucune recommandation n'a été formulée par l'équipe de visiteurs.

Bien que l'établissement n'ait pas fait l'objet de recommandations, chacune des directions a poursuivi la réalisation de son plan d'amélioration de la qualité.

Au cours de l'année 2022-2023, un sondage de l'expérience usager a été réalisé et ses résultats sont en cours d'analyse. En fonction des résultats obtenus, des mesures d'amélioration seront également mises en place.

Par ailleurs, la première séquence du cycle d'agrément 2023-2027 étant déjà connue, la visite de l'établissement par Agrément Canada est prévue pour le début du mois d'avril 2024. À cet effet, la planification de la démarche et son calendrier de réalisation sont en cours d'élaboration. De plus, les travaux requis, dont les autoévaluations, les sondages et l'analyse des résultats découlant de ceux-ci, seront entrepris au cours des prochains mois.

## » La sécurité et la qualité des soins et des services

### Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Afin de promouvoir la déclaration des événements indésirables et la divulgation des incidents/accidents auprès des usagers ou de leurs proches, des rencontres de sensibilisation et des suivis ont été faits auprès

des gestionnaires responsables de s'assurer que les incidents et les accidents survenant lors de la prestation de soins et de services soient déclarés par le personnel. Ceux-ci ont également été sensibilisés au fait qu'ils doivent veiller à ce que les divulgations soient réalisées lorsque requis, conformément aux règles, politiques et procédures en vigueur.

En cours d'année, le déploiement de certaines politiques et procédures nous ont permis de constater que des ajustements étaient nécessaires pour assurer une meilleure compréhension de celles-ci et pour mieux guider le personnel et les gestionnaires dans leurs rôles et responsabilités en matière de déclaration, de divulgation et d'analyse des événements. Comme l'établissement est dans un processus d'amélioration continue de la qualité, les documents en lien avec la prestation sécuritaire des soins et des services sont en cours de révision.

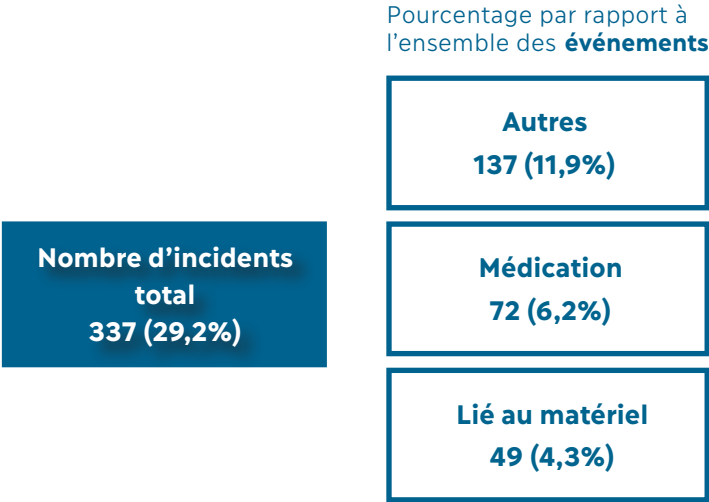


» La nature des trois principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Les trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B) sont mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

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

| Incidents                | Circonstances (trois principales)                                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autres<br>40,7%          | Autres (90)<br>Accès non autorisé/lieu, équipement, etc. (13)<br>Erreurs liées au dossier (12) |
| Médication<br>21,4%      | Non-respect des procédures et protocoles (19)<br>Disparition/décompte (14)<br>Trouvé (10)      |
| Lié au matériel<br>14,5% | Bris/défectuosité (29)<br>Disparition/perte (10)<br>Autres (8)                                 |

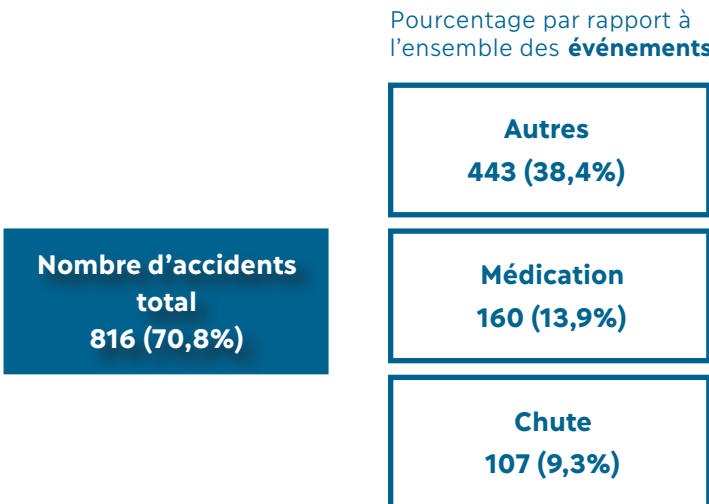


» La nature des trois principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

Les trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) sont mis en évidence au moyen du système local de surveillance.

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

| Accidents           | Circonstances (trois principales)                                                              |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autres<br>54,3%     | Défaut de port d'équipement/vêtement de protection (225)<br>Automutilation (69)<br>Autres (37) |
| Médication<br>19,6% | Omission (44)<br>Dose/débit (32)<br>Heure ou date d'administration (32)                        |
| Chute<br>13,1%      | En circulant (35)<br>Trouvé par terre (32)<br>Autres (15)                                      |



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

### En lien avec les incidents et les accidents

- Sensibilisation du personnel au regard de la prestation sécuritaire de soins et de services – volet médicaments
- Mise à jour des documents de référence (politiques, procédures, etc.) à la suite d'analyses d'événements répétitifs ou d'accidents de gravité E1 à I
- Rappels et formation offerte au personnel sur différents sujets liés à la qualité et à la sécurité des soins et des services
- Présentations au comité de gestion des risques et élaboration de plans d'action sur les événements sentinelles

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

- Mise à jour visant l'amélioration de nos protocoles concernant diverses maladies infectieuses
- Maintien et élaboration de plusieurs procédures en lien avec la pandémie de COVID-19 (voir p. 23 du présent document)
- Adaptation de certaines recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin de tenir compte des besoins et particularités de notre clientèle
- Tenue d'activités d'éducation et de formation du personnel

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

L'application des mesures de contrôle pose des défis complexes liés à la sécurité des usagers et du personnel, mais également des enjeux légaux, éthiques et organisationnels. Considérant la nature de ces enjeux, le déploiement d'une politique au sein de l'établissement nécessite une collaboration interdisciplinaire ainsi que celle des usagers et de leurs proches pour réussir à en diminuer le recours. Découlant de l'objectif d'une utilisation judicieuse des mesures de contrôle, il est prévu que l'établissement se dote d'un nouvel outil informatique, car celui utilisé actuellement est désuet et ne permet pas d'obtenir un portrait juste de la réalité quant à l'utilisation des mesures de contrôle. Cet outil informatisé permettra la constitution d'un registre qui facilitera l'analyse

des informations en vue d'apporter les améliorations requises, le cas échéant.

Bien que certains enjeux demeurent, dont la constitution d'un registre, des efforts considérables ont été consentis au cours de la dernière année. En effet, les travaux prévus au plan d'action organisationnel sur les mesures de contrôle se sont poursuivis et plusieurs réalisations ont été notées au bilan annuel sur l'application des mesures de contrôle. Parmi celles-ci, notons la création d'outils, le déploiement de formations et d'activités d'intégration sur les rôles et responsabilités des différents intervenants, la poursuite des travaux du comité directeur et du sous-comité des situations complexes ou récurrentes, la mise à niveau du parc d'équipement de contention, l'élaboration de procédures et l'analyse des plaintes touchant les mesures de contrôle.



## » Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par ces instances

### Recommandations du Coroner

Au cours de l'année 2022-2023, aucune recommandation n'a été émise par le Coroner.

### Recommandations du Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2022-2023, aucune recommandation n'a été émise par le Protecteur du citoyen.

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

Au cours de l'année 2022-2023, une seule recommandation a été émise par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la suite d'une situation particulière impliquant tous les patients hospitalisés au sein de l'Institut. La recommandation, adressée à la direction générale, portait sur le respect des droits des usagers au regard de leur liberté.

Par ailleurs, dans le cadre de l'examen de plaintes ou lorsque la commissaire a mené des interventions de sa propre initiative, 154 mesures correctives ou engagements ont été mis en place ou pris par l'établissement sans que la commissaire ait eu à formuler de recommandations. Ces mesures correctives et ces engagements concernaient les motifs et sous-motifs suivants :

- Organisation du milieu et des ressources matérielles (règles et procédures du milieu, programmation des activités, alimentation, hygiène/salubrité, disponibilité et bris d'équipement/matériel, confort et commodité, conditions d'intervention ou de séjour adaptées, mécanismes de prévention des infections, sécurité et protection des biens personnels) : 54
- Soins et services dispensés (absence de suivi, coordination entre les services et entre les acteurs, transfert de dossier non personnalisé, interventions, mesures de contrôle, insuffisance de service ou de ressource, décision clinique, fouilles, plan d'intervention, médication, soins (AVQ)) : 45
- Relations interpersonnelles (refus de s'identifier, fiabilité/disponibilité, communication et attitude, respect, abus) : 20
- Droits particuliers (confidentialité, consentement, droit de communiquer, droit linguistique, droit à un accommodement raisonnable) : 25
- Maltraitance : 5

- Aspect financier (facturation de biens, processus de réclamation) : 4
- Accessibilité (rencontre patient avec gestionnaire) : 1

### Recommandations d'autres instances

Au cours de l'année 2022-2023, un médecin examinateur a émis une recommandation à l'établissement. En effet, dans le cadre de l'examen d'une plainte médicale impliquant des services médicaux et en lien avec les mesures de contrôle, ce dernier a émis une recommandation adressée à la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires, à la direction des services professionnels, au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi qu'au chef du département de psychiatrie et coprésident du sous-comité des situations complexes ou récurrentes de l'établissement.



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

Tableau : Les mises sous garde (1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023)

|                                                                                                                                                                                           | Mission CH | Total |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|
| Nombre de mises sous garde préventive appliquées                                                                                                                                          | 1          | 1     |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations | 6          | 6     |
| Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées                                                                                                              | 6          | 6     |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement                                                       | 6          | 6     |
| Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)                               | 6          | 6     |

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

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

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

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

Il est possible pour la population de consulter le rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits en consultant le [site Web](#) de l'Institut dans la section réservée à cet effet sous le menu « Soins aux patients ».

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

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



# 7 Ressources humaines

**Tableau : Répartition de l'effectif en 2022 par catégorie de personnel**

|                                                                                                              | Nombre d'emplois<br>au 31 mars 2022 | Nombre d'ETC<br>en 2021-2022 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires                                                     | 169                                 | 118                          |
| 2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers                                                  | 302                                 | 246                          |
| 3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration                                    | 180                                 | 133                          |
| 4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux                                         | 321                                 | 222                          |
| 5. Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* | 6                                   | 7                            |
| 6. Personnel d'encadrement                                                                                   | 53                                  | 45                           |
| <b>Total</b>                                                                                                 | <b>1 031</b>                        | <b>771</b>                   |

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

**Nombre d'emplois :** Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

**Nombre d'équivalent temps complet (ETC) :** L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

## » La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

|                                                                                 | Comparaison sur 364 jours pour 2021-2022<br>2022-03-27 au 2023-03-25 |                        |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Sous-catégorie d'emploi déterminé par le Secrétariat du conseil du trésor (SCT) | Heures travaillées                                                   | Heures supplémentaires | Total heures rémunérées |
| 1. Personnel d'encadrement                                                      | 91 078                                                               | 3 241                  | 94 319                  |
| 2. Personnel professionnel                                                      | 172 587                                                              | 3 053                  | 175 640                 |
| 3. Personnel infirmier                                                          | 224 541                                                              | 26 256                 | 250 797                 |
| 4. Personnel de bureau, technicien et assimilé                                  | 481 739                                                              | 47 192                 | 528 931                 |
| 5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service                                | 412 793                                                              | 52 259                 | 465 052                 |
| 6. Étudiants et stagiaires                                                      | 413                                                                  | -                      | 413                     |
| <b>Total 2022-2023</b>                                                          | <b>1 383 152</b>                                                     | <b>132 001</b>         | <b>1 515 153</b>        |
| <b>Total 2021-2022</b>                                                          |                                                                      |                        | <b>1 616 855</b>        |

Cible 2022-2023 **1 518 167**

Écart à la cible **3 015**

Écart à la cible en % **0,2%**



## 8

## Ressources financières

## » L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

| Programmes                               | Exercice précédent |            | Exercice courant  |            | Variations des dépenses |              |
|------------------------------------------|--------------------|------------|-------------------|------------|-------------------------|--------------|
|                                          | Dépenses           | %          | Dépenses          | %          | Écart*                  | %**          |
| <b>Programmes-services</b>               |                    |            |                   |            |                         |              |
| Santé publique                           | 3 961 426          | 4,05       | 1 451 769         | 1,63       | (2 509 657)             | -63,35       |
| Santé mentale                            | 60 628 096         | 62,03      | 56 538 544        | 63,41      | (4 089 552)             | -6,75        |
| Santé physique                           | 884 530            | 0,91       | 911 987           | 1,02       | 27 457                  | 3,10         |
| <b>Programmes soutien</b>                |                    |            |                   |            |                         |              |
| Administration                           | 14 655 087         | 15,00      | 12 177 069        | 13,66      | (2 478 018)             | -16,91       |
| Soutien aux services                     | 8 425 058          | 8,62       | 9 192 027         | 10,31      | 766 969                 | 9,10         |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 9 178 259          | 9,39       | 8 888 131         | 9,97       | (290 128)               | -3,16        |
| <b>Total</b>                             | <b>97 732 456</b>  | <b>100</b> | <b>89 159 527</b> | <b>100</b> | <b>(8 572 929)</b>      | <b>-8,77</b> |

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

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

Le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier AS-471 publié sur le site Internet de l'Institut pour obtenir plus d'information sur les ressources financières.

## » L'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice financier. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Pour l'exercice clos le 31 mars 2023, l'établissement présente un surplus de 4 947 467\$, soit 115 146\$ provenant des revenus de stationnement et 4 832 321\$ du fonds d'immobilisations. Le surplus au fonds d'immobilisations provient en grande partie d'un financement du MSSS pour couvrir le déficit attribuable à l'obligation liée à la mise hors service d'immobilisations (OMHS) comptabilisée rétroactivement en 2021-2022. Par conséquent, l'Institut a respecté son obligation légale.

## » Les contrats de services

**Tableau : Contrats de services, comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023**

|                                                                                      | Nombre    | Valeur                |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>                         | 12        | 408 727,50\$          |
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup> | 83        | 3 399 889,61\$        |
| <b>Total des contrats de services</b>                                                | <b>95</b> | <b>3 808 617,11\$</b> |

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

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

## 9

# Ressources informationnelles

## Un virage important au niveau des ressources informationnelles

Le service des ressources informationnelles offre à l'organisation des ressources humaines et matérielles pour le support, l'accès et l'entretien des applications informatiques. Il guide également l'établissement dans la gestion de projets technologiques et le suivi des indicateurs de performance et de gestion.

## Un plan de modernisation technologique ambitieux

L'année 2022-2023 s'est caractérisée par des investissements majeurs au niveau de l'informatique. À cet effet, un plan de modernisation technologique présenté par l'établissement et autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux aura permis à l'Institut de réaliser des acquisitions et des projets totalisant une somme de 1,2 million de dollars. D'ici 2024-2025, des sommes additionnelles estimées à plus de 5 millions de dollars permettront de poursuivre ce virage numérique déterminant.

Principales réalisations annuelles :

- Acquisition importante d'équipement informatique tel que des ordinateurs portables, des téléphones de bureau, des cellulaires et divers accessoires électroniques;
- Préparation de chantiers importants en lien avec l'implantation de plusieurs nouvelles solutions clinico-administratives;
- Mise à niveau de plusieurs éléments du dossier clinique informatisé (DCI);
- Réalisation de plusieurs projets en lien avec la sécurité informatique.

## Rehaussement de l'équipe des ressources informationnelles (RI)

L'équipe a accueilli de nouveaux membres pour permettre la mise en place d'un bureau de projet RI visant le suivi de nos multiples projets informatiques ainsi que la création d'un secteur sur la performance organisationnelle. Ce secteur inclut le déploiement et le suivi des salles de pilotage stratégiques et tactiques, en plus du suivi des indicateurs de l'entente de gestion. Ceci contribuera à améliorer les processus de gestion et le travail des différents intervenants.

## Autres statistiques importantes

- 12 456 demandes de soutien diverses, ce qui représente une augmentation de 16% des demandes par rapport à l'année précédente.
- Le déploiement d'un nombre considérable de nouveaux équipements, dont plus de 100 ordinateurs portables et des centaines d'accessoires électroniques pour nos utilisateurs dans un contexte où le télétravail est toujours important.
- Une hausse marquée de 10% (1567 à 1729) des activités reliées au secteur de la télésanté (téléconsultation et télécomparution) qui est en pleine croissance depuis le début de la pandémie de COVID-19.

10

État du suivi des réserves,  
commentaires et observations  
émis par l'auditeur indépendant

Nom de l'établissement  
Institut nat. de psy. légale Philippe-Pinel

Code  
1279-7577

Page / Idn.  
140-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

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

| Description des réserves, commentaires et observations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Année<br>(XXXX-XXXX)<br>2 | Nature<br>3         | Mesures prises pour régler ou améliorer la<br>problématique identifiée<br>4                                                                                 | État de la problématique au<br>31 mars 2023<br>5 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
| L'établissement a obtenu une subvention en lien avec les charges, déduction faite des économies, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir les éléments probants suffisants et adéquats en ce qui concerne les économies et les pertes de revenus prises en compte. Par conséquent, nous n'avons pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de revenu de subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux ou à d'autres postes des états financiers aux 31 mars 2021 et 2022 | 2020-2021                 | 0500<br>Réserve     | Il s'agit d'une limitation au niveau du travail de l'auditeur, donc aucune mesure à prendre                                                                 | 0620 Non réglé                                   |
| Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
| À la fin de l'exercice financier terminé le 31 mars 2023, la Fondation a un solde à rembourser à l'établissement de 94 980 \$ (103 680 \$ en 2022).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2017-2018                 | 0510<br>Observation | Un plan de remboursement a été présenté et approuvé par les conseils d'administration des deux entités. Le plan de remboursement a été respecté en 2022-23. | 0620 Non réglé                                   |
| Un compte générique à hauts privilèges par défaut "Administrateur" est utilisé au niveau du domaine Windows et est partagé par trois techniciens.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2016-2017                 | 0520<br>Commentaire | Le mot de passe du compte Administrateur a été changé et mis dans une voûte de mots de passe. Le compte Administrateur a été désactivé.                     | 0600 Régulé                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
| Rapport à la gouvernance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                     |                                                                                                                                                             |                                                  |

## 11

## Divulgence des actes répréhensibles

Aucun acte répréhensible divulgué dans l'établissement au cours de l'année 2022-2023.



Annexe

# Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs





Institut national  
de psychiatrie légale  
**Philippe-Pinel**  
APPILIE A  
Université  
de Montréal



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

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

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

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

**Approuvé par le conseil d'administration**

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

## TABLE DES MATIÈRES

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

## PRÉAMBULE

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### 2. Fondement légal

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

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

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tout membre du conseil d'administration est 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.

---

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

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

### 7. Principes d'éthique

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

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

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

### 8. Règles de déontologie

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

#### **8.2 Respect et loyauté**

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

#### **8.3 Impartialité**

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

#### **8.4 Transparence**

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

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

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

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

#### **8.6 Considérations politiques**

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **8.7 Relations publiques**

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

#### **8.8 Charge publique**

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

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

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

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

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

### **8.11 Interventions inappropriées**

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

### Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

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

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

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

## Section 4 – APPLICATION

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

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

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

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

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

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

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

## **18. Comité d'examen *ad hoc***

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

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

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

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

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

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

## **19. Processus disciplinaire**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **20. Notion d'indépendance**

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

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

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

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

## ANNEXES

## Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature

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

\_\_\_\_\_  
Lieu

\_\_\_\_\_  
Nom du commissaire à l'assermentation

\_\_\_\_\_  
Signature

## AVIS SIGNÉ

[illegible]

## Lieu

## Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

## 1. Intérêts pécuniaires

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

---

---

---

## 2. Titre d'administrateur

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

---

### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

| Fonction | Employeur |
|----------|-----------|
|          |           |
|          |           |

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

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

**Signature**

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

**Lieu**

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du <b>conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel</b>, déclare les éléments suivants :</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| <b>1. Intérêts pécuniaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.                                                                                                                                                                                                                        |             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] : |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| <b>2. Titre d'administrateur</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.                                                                                                                                           |             |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:                                               |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | _____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| <b>3. Emploi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| <p>« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.</p> <p>Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| <p>En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du <b>conseil d'administration de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel</b> à m'y conformer.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| <b>Signature</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Date</b> [aaaa-mm-jj]                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Lieu</b> |

## Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

## Annexe VI – Signalement d’une situation de conflits d’intérêts

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, estime que le membre suivant : \_\_\_\_\_, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je demande que le conseil d’administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d’éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d’examiner s’il existe ou non une situation de conflit d’intérêts apparente, réelle ou potentielle.

\_\_\_\_\_  
Signature

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

\_\_\_\_\_  
Lieu

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

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

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

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

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