



Institut
Philippe-Pinel
de Montréal

AFFILIÉ A
Université 
de Montréal

Rapport annuel de gestion
2016-2017

Table des matières

1. Message des autorités.....	4
2. Déclaration de fiabilité des données et contrôles afférents	6
3. Présentation de l'établissement et faits saillants	7
Mission	7
Vision.....	7
Valeurs	8
Caractéristiques de la population	8
Principales données de santé	9
À L'INTERNE.....	9
À L'EXTERNE.....	10
Services offerts à l'interne	10
Admission, réadmission et expertise	10
Évaluation et traitement pour adolescents.....	10
Expertise.....	10
Réadaptation	10
Soins psychiatriques pour femmes ayant une sentence fédérale	11
Traitement.....	11
Troubles sévères et persistants.....	11
Services offerts en externe.....	11
Clinique Réseau jeunesse	11
Programme pour adolescent auteur de transgression sexuelle	12
Programme d'évaluation et de traitement pour adultes présentant une déviance sexuelle.....	12
Clinique d'évaluation du risque de violence.....	12
Programme réseau	12
Urgence psychosociale (UPS).....	12
Programme transition-réadaptation	12
Organigramme	13
Membre de la direction.....	13
Conseil d'administration	14
Comités et conseils	14
Comité des usagers.....	14
Conseil des infirmières et infirmiers.....	15

Conseil multidisciplinaire	16
Comité de gestion des risques	16
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	21
Comité de gouvernance et d'éthique	21
Comité de vigilance et de la qualité	22
Comité d'éthique de la recherche	23
Faits saillants.....	25
Direction générale adjointe – Bilan des réalisations	25
Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires – Bilan des réalisations.....	28
Direction des services professionnels – Bilan des réalisations	29
Direction de la recherche et de l'enseignement – Bilan des réalisations.....	40
Direction des services techniques – Bilan des réalisations	45
4. Résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	46
5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	48
Agrément.....	48
Sécurité et qualité des soins et des services	49
Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers	49
Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner	49
Personnes mises sous garde	50
6. Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	54
7. Ressources humaines	55
Gestion et contrôle des effectifs	55
8. Ressources financières	55
Rapport de la direction	56
Rapport de l'auditeur indépendant	58
Résultats financiers	59
Contrats de service	96
9. État du suivi des réserves, commentaires et observations.....	96
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie du ca	99

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

À titre de présidente-directrice générale, je suis très fière de vous présenter le rapport annuel 2016-2017 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ce bilan fait état des nombreuses réalisations et des nombreux efforts déployés au cours de l'année. Notre établissement et nos équipes ont su évoluer dans un contexte difficile, en pleine mouvance, où l'on doit constamment revoir nos façons de faire afin d'offrir à notre clientèle des soins et services de qualité inspirés des meilleures pratiques.

Une nouvelle planification stratégique

Au début de l'année 2016-2017, l'Institut a bouclé ses travaux de planification stratégique, laquelle permettra de réaliser la vision retenue par notre établissement, soit celle d'être reconnue dans le réseau comme leader national en psychiatrie légale. Tout au long de l'année, l'Institut a donc poursuivi l'actualisation de sa mission d'hôpital surspécialisé en psychiatrie légale en offrant des services d'expertise et de traitement pour une clientèle qui nécessite des soins spécialisés et des mesures de sécurité tels qu'ils ne peuvent être gérés par un autre établissement

En lien avec ces travaux, nous avons développé un outil de gestion intégrée de la performance, de la qualité et la sécurité des soins, de l'efficacité et de l'efficacités, soit une salle stratégique de pilotage. Puis, nous avons développé deux salles tactiques et optimisé notre tableau de bord.

Un contexte budgétaire difficile

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

Devenir un partenaire de choix

Nous poursuivons nos démarches de reconnaissance de notre expertise en psychiatrie légale, notamment par le transfert d'apprentissages dans le domaine clinique et la recherche et l'enseignement en présence ou via la télémédecine. Pour ce faire, nous avons travaillé à développer de nouvelles ententes de services avec différents partenaires, nous avons approfondi certains liens avec des partenaires existants des ministères de la Sécurité publique et de la Justice, en plus de revoir et d'évaluer nos programmes.

Une cote A pour l'établissement et la PDG

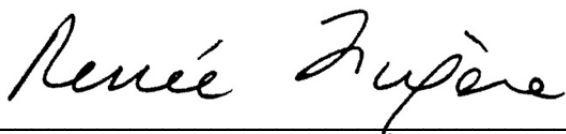
Au cours de la dernière année, nous avons tous et toutes travaillé très fort et ces efforts collectifs ont porté fruit, puisque le cabinet du ministre s'est dit très satisfait de la performance de notre établissement, de son travail d'amélioration continue, de son ouverture ainsi que de son engagement. Grâce à notre engagement soutenu, la cote A nous a été attribuée.

Une contribution est essentielle

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



André Brunelle
Président du conseil d'administration



Renée Fugère
Présidente-directrice générale

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

A handwritten signature in black ink, reading "Renée Fugère", is written over a horizontal line.

Renée Fugère
Présidente-directrice générale

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

Mission

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

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

Vision

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

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

Valeurs

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

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

Caractéristiques de la population

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

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

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

Principales données de santé

Statistiques comparatives des mouvements hospitaliers

À L'INTERNE

Nombre d'admissions	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Traitement	141	158	128
Évaluation	420	466	492
Total	561	624	620

Nombre de congés définitifs	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Traitement	207	184	159
Évaluation	370	447	462
Total	577	631	621

Pourcentage d'occupation des lits	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Pourcentage	84,6 %	89,5 %	97,8 %

Durée du séjour moyen en jours	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Traitement	480,7	521,4	560,7
Évaluation	30,9	30,8	34,3

Nombre d'expertises	2014-2015	2015-2016	2016-2017
IPPM	526	577	585
Centre de détention	209	171	228
En externe (CPLM et postcure)	333	364	422
Total	1068	1112	1235

Délit principal à l'admission	Traitement			Évaluation		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Aucun délit	48	49	42	6	3	8
Contre la personne	78	94	74	293	353	348
Contre la propriété	10	7	8	55	55	67
Sexuel	5	3	2	32	29	43
Drogues	1	2	0	5	7	5
Autres délits	1	3	2	29	19	21

À L'EXTERNE

	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Ouvertures de dossiers	588	578	613
Fermetures de dossiers	622	548	550
Nombre de dossiers actifs au 31 mars 2017	798	792	858
Nombre de patients distincts	1417	1367	1440

	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre d'expertises et d'évaluations psychiatriques	597	364+281=645	422+219=641

	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Nombre d'ouvertures de dossiers selon la provenance			
IPPM	37	20	12
Réseau MSSS	222	216	258
Cour	225	227	255
Clinique médicale	49	58	31

Services offerts à l'interne

ADMISSION, RÉADMISSION ET EXPERTISE

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

ÉVALUATION ET TRAITEMENT POUR ADOLESCENTS

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

EXPERTISE

Ce programme accueille des hommes référés par les tribunaux avec une demande d'expertise psychiatrique médico-légale afin de déterminer, selon le cas, l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle et pré-sententielle et la dangerosité. Dans ce programme l'emphase est mise sur la liaison avec les tribunaux, les avocats, les agences de probation et les hôpitaux du Québec.

RÉADAPTATION

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

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

SOINS PSYCHIATRIQUES POUR FEMMES AYANT UNE SENTENCE FÉDÉRALE

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

TRAITEMENT

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

TROUBLES SÉVÈRES ET PERSISTANTS

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

Services offerts en externe

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

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

CLINIQUE RÉSEAU JEUNESSE

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

PROGRAMME POUR ADOLESCENT AUTEUR DE TRANSGRESSION SEXUELLE

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

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

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

CLINIQUE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE

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

PROGRAMME RÉSEAU

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

URGENCE PSYCHOSOCIALE (UPS)

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

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

PROGRAMME TRANSITION-RÉADAPTATION

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

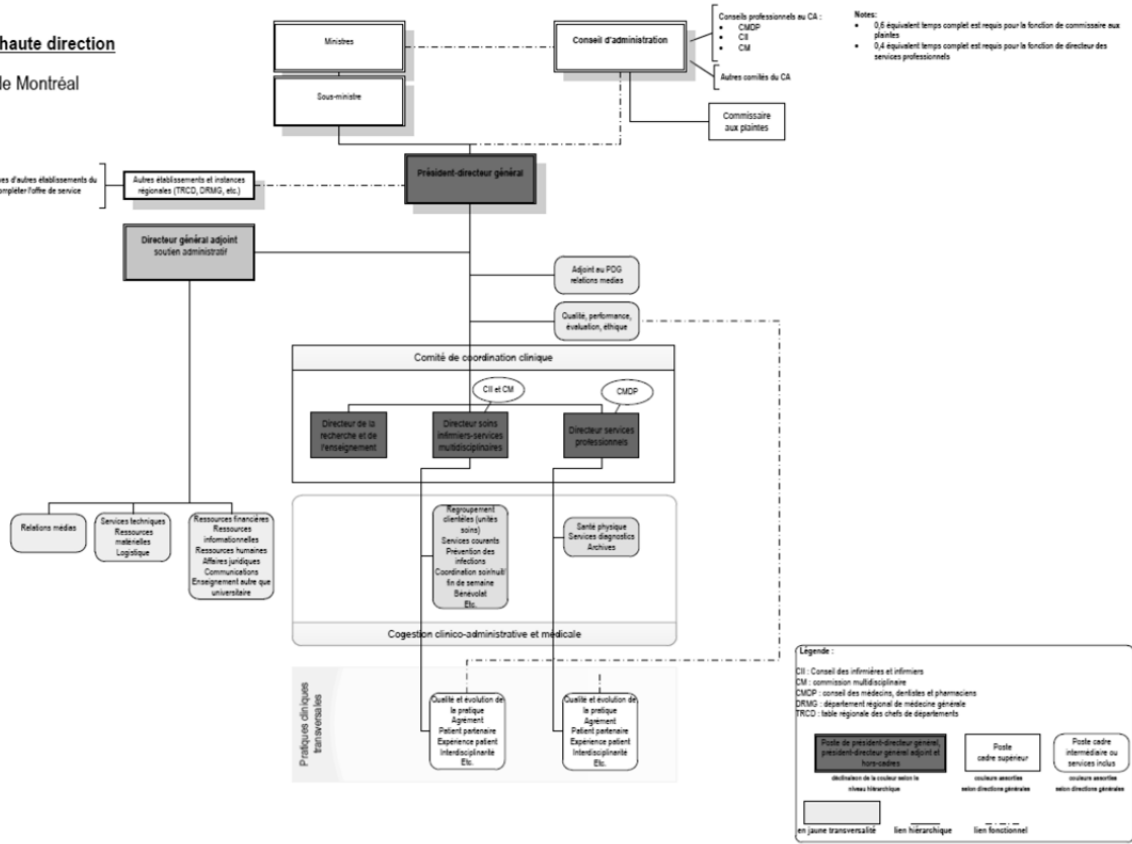
Organigramme

Organigramme de la haute direction

Institut Philippe-Pinel de Montréal

17 juin 2015

Obligation d'établir des liens d'indépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de service



Membre de la direction

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION :

- FUGÈRE, Dre Renée – Présidente-directrice générale
- BELZILE, Yann – Directeur général adjoint
- CHAMBERLAND, Gilles – Directeur des services professionnels et des affaires médico-légales
- TURCOTTE, Jean-Sébastien – Directeur des soins infirmiers et des services multidisciplinaires
- CROCKER, Anne – Directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire
- CÔTÉ, Annie – Directrice des services techniques

Conseil d'administration

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

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

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

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

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

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

Comités et conseils

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

COMITÉ DES USAGERS

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

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DES USAGERS :

Les dirigeants du CU :

- LEMAY, Fabien – Président et représentant de la postcure
- ROY, Martin – Personne-ressource

Les permanents du Comité des usagers :

- A. R. – Représentant de l'unité A-1
- S. A. – Représentant de l'unité A-2
- C. R. – Représentant de l'unité B-1
- O. B. – Représentant de l'unité B-2
- M. M. – Représentant de l'unité D-1
- L. B. – Représentant de l'unité E-1

Le comité des usagers est composé de onze (11) membres élus provenant des différentes unités internes et d'un usager des Services externes. Les usagers hospitalisés dans les unités du programme Admission-Réadmission-Expertise ne siègent pas au CU, en raison de leur bref séjour à ces unités de soins aigus. Le comité se réunit généralement aux deux semaines, sauf en période estivale où les réunions sont alors tenues aux trois semaines.

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

Au cours de l'année 2016-2017, le comité s'est rencontré à plus de 20 reprises.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

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

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

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

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

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

- BELLEROSSE, Francis – Président
- PELLERIN, Daniel – Vice-président
- ROUSSEAU, Louis-Charles – Trésorier
- MIRON-COUPAL, Cynthia – Secrétaire
- PARADIS-GAGNÉ, Étienne – Représentant de la DSI-SM

Les membres du CII ont tenu 5 réunions au cours de l'année 2016-2017.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

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

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

LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE :

- MANDEVILLE, Élisabeth – Présidente et représentante du CM au Conseil d'administration
- GRÉGOIRE, Jacques – Vice-président et représentant du CM au comité de gestion des risques
- DESPATIE, Caroline – Trésorière
- FORTÉ, Lydia – Secrétaire
- KAHLAOUI, Karima – Responsable des communications
- PELLETIER, Martin – Représentant du CM au comité d'éthique hospitalière
- ORSINI, Antonella – Représentante de la Direction générale
- PIERRE, Gérald – Membre de l'exécutif

Les membres du Conseil multidisciplinaire ont tenu 9 réunions au cours de l'année 2016-2017.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

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

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES :

- FUGÈRE, Renée – Présidente-directrice générale – Présidente du comité
- BÉDARD-CHARRETTE, Kim – Représentante du Département de psychiatrie et du CMDP
- ST-PIERRE, Rémi – Représentant de la Direction des services techniques
- CÔTÉ, Martine – Représentante des Services externes et de la DSP
- GRÉGOIRE, Jacques – Représentant du CM
- PAQUET, Johanne – Représentante du Service des ressources humaines
- BORRIS, Maude – Représentante du CII
- MALTAIS, Carol – Représentant du Service de la sécurité
- PERRON, Linda – Représentante de la DGA
- GAGNON, Etienne – Adjoint à la DSI-SM – Gestionnaire de risques
- PLANTE, Lorraine – Représentante de la DSI-SM
- ROY, Martin – Représentant du CU
- SHUMILOV, Inna – Conseillère en prévention des infections
- PLOUFFE, Marc André – Représentant du Service de l'informatique

Les membres du Comité de gestion des risques ont tenu 8 réunions au cours de l'année 2016-2017.

UN PEU PLUS SUR LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Au cours de l'année 2016-2017, le comité s'est assuré du suivi des recommandations découlant des analyses factuelles. Les analyses factuelles sont réalisées suite à une agression d'un ou de plusieurs employés par un patient lors d'une intervention. Ces analyses, menées par des formateurs Oméga expérimentés, ont permis de dégager certains facteurs qui semblent récurrents dans les situations analysées. À partir des recommandations formulées, des correctifs sont apportés, par exemple, l'uniformisation du vocabulaire pour les demandes au CPU, la révision de l'utilisation de certaines techniques pour maîtriser un patient et le rappel de l'importance de la planification d'une intervention et de la communication entre les intervenants lors de l'intervention.

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

Le comité s'est assuré du suivi du plan d'action mis en place suite à la problématique observée d'un nombre élevé d'irrégularités concernant l'enregistrement des narcotiques au niveau de la disparition ou décompte de ceux-ci. L'objectif était de diminuer les erreurs de façon significative et élaborer une façon de faire qui ressemble aux pratiques des hôpitaux généraux. À ce jour, les irrégularités ont chuté de façon drastique suite à la mise en place de ce plan d'action. Le comité poursuivra ce suivi pour l'année 2017-2018.

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

BILAN DES ACTIVITÉS

- Principales causes des incidents : Un incident est un événement qui n'occasionne aucune conséquence pour le patient. Parmi les causes d'incidents les plus fréquentes, notons des erreurs de médicament interceptées avant l'administration et les fugues.
- Principales causes des accidents : Un accident est un événement qui a des conséquences pour le patient. Les accidents peuvent être de gravités diverses. Les chutes, l'automutilation, les erreurs de médicaments, les blessures sportives et les agressions physiques sont les principales causes des accidents déclarés.
- Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents/ accidents : Certains types d'incidents et d'accidents sont fonction de la clientèle hospitalisée (automutilations et agressions physiques, par exemple). Toutefois, pour agir sur les erreurs de médicaments, un plan d'action a été développé conjointement par le département clinique de pharmacie et la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires. Ce plan d'action fait présentement un objet d'application dans les différents niveaux des services de l'Institut.

LES INCIDENTS ET ACCIDENTS EN CHIFFRES

Tableau 1 : Nombre total de déclaration d'incidents et d'accidents pour les années financières 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015*, 2015-2016, 2016-2017

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Total	403	309	403	453	461
Par 1000 jours/présence	3,99	3,11	4,47	5,04	5,33

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

Tableau 2 : Nombre de déclarations d'incidents et nombre de déclarations d'accidents pour les années financières 2012-2013, 2013-2014, 2014-2015, 2015-2016, 2016-2017

2012-2013		2013-2014		2014-2015**		2015-2016		2016-2017	
Incident	Accident	Incident	Accident	Incident	Accident	Incident	Accident	Incident	Accident
64	339	64	244	44	359	73	380	72	389

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

Tableau 3 : Nombre total de déclarations d'incidents et d'accidents par type d'évènement pour les années financières 2014-2015 *, 2015-2016 et 2016-2017**

Circonstance	2014-2015**	2015-2016	Écart 2014-2015/ 2015-2016	2016-2017	Écart 2015-2016/ 2016-2017
Abus/Agression	18	35	+94 %	29	-17 %
Physique	17	35		28	
Physique, Psychologique	1	0		1	
Autres	118	134	+13 %	107	-20 %
Accès non autorisé	2	1		3	
Automutilation	33	20	-39 %	14	-30 %
Autre	9	6		3	
Blessure d'origine connue	12	26	+116 %	16	-38 %
Blessure d'origine inconnue	13	11		8	
Désorganisation	17	30	+76 %	19	-37 %
Évènement en lien avec une activité	5	2		8	
Fugue/disparition	22	18	-18 %	20	
Intoxication suite à consommation de substance dangereuse		3		1	
Lié au consentement	1	0		0	
Lié aux mesures de contrôle	1	7		7	
Obstruction respiratoire	1	3		4	
Tentative de suicide/suicide	2	4		3	
Trouvé en possession d'objet dangereux		1		0	
Chute	109	71	-35 %	74	+4 %
Autre	3			1	
Bain/douche	2	1		3	
Chaise/fauteuil	7	4		5	

Circonstance	2014-2015**	2015-2016	Écart 2014-2015/ 2015-2016	2016-2017	Écart 2015-2016/ 2016-2017
En circulant	45	44		42	
Escalier	2	0		0	
Lit	6	3		9	
Lors d'activités	5	5		5	
Lors d'un transfert	4	0		0	
Toilette	8	0		1	
Trouvé par terre	18	9		8	
Quasi-chute	9	5		0	
Lié à l'équipement	4	2		4	+50 %
Bris/Défectuosité	1			1	
Disparition/Perte	1			1	
Panne informatique	1			0	
Utilisation non conforme	1			0	
Autre		2		2	
Lié au matériel	2	3		6	+50 %
Bris/Défectuosité	1	1		3	
Disparition/Perte	1	1		0	
Autre		1		3	
Lié aux effets personnels	10	10		10	
Autre	1			1	
Bris/Défectuosité	3	4		1	
Disparition/Perte	6	6		8	
Médication	140	184	+31 %	218	+18 %
Autre	10	9		9	
Allergie connue	0	2		0	
Conservation/Entreposage	1	0		2	
Disparition/Décompte	1	38		5	-87 %
Disponibilité	4	7		4	
Dose/débit	23	24		25	
Heure/date administration	13	18	+38 %	24	+33 %
Identité de l'utilisateur	8	12	+50 %	13	
Non-respect d'une procédure	16	19	+19 %	41	+115 %
Omission	54	46	-15 %	66	+43 %
Péremption	1	0		0	
Trouvé	3	5		21	+320 %
Type/sorte/texture	4	1		5	
Voie d'administration	2	3		3	
Traitement/intervention		5		6	
Tests diagnostiques	2	9		3	
Test Dx Laboratoire	2	8		3	
Tests Dx imagerie		1		0	
Total général	403	453	+12,4 %	461	+1,8 %

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

LES INFECTIONS EN CHIFFRES

TYPES D'ÉVÈNEMENTS		2013-2014*	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Tinea pedis		126	93	76	70
Présente à l'admission		N/D	68	53	38
Développé lors de l'hospitalisation		N/D	25	23	32
Éclosions de Tinea pedis (4 pts et plus)		N/D	0	1	1 (A2)
Infection de la peau /plaie (cas)		3	N/D	N/D	1
Impétigo (éclosion)			2	0	0
Zona (cas)			0	0	1
Syndrome d'allure grippal (SAG) : cas		N/D	2	17	6
Éclosions de SAG		N/D	0	2	1
Jours d'isolement dû au SAG			N/D	28	29
Gastro entérite d'allure virale**	Nombre de cas	10	122	18	38
	Éclosions		4	0	2
	Jours d'isolement		311	50	104
Conjonctivite			0	N/D	0
C. difficile		1	0	0	0
VIH, Hépatite C, Hépatite B			N/D	N/D	N/D
TB latente		1	0	0	0

*Les données pour les périodes 8 et 13 ne sont pas disponibles pour l'année financière 2013-2014

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

Une éclosion majeure d'influenza de type A est survenue à l'unité D1 lors des périodes financières P10 (4 cas) et P11 (aucun nouveau cas). Le taux d'attaque s'est élevé à 6% le jour 3 de l'éclosion.

Gastroentérite d'allure virale :

- 1 éclosion majeure d'une durée de 6 jours nécessitant une fermeture de l'unité C2 pour 48 heures est survenue le 16 avril 2017. 7 cas affectés correspondant à la définition de gastro-entérite. Taux d'attaque général (nombre des personnes malades/nombre des personnes exposées*100) : 39 % pas d'agent causal détecté.
- 1 éclosion d'une durée de 4 jours impliquant 2 cas est survenue à l'unité B2 le 13 décembre.

Toutes les éclosions ont été déclarées à la DRSP de Montréal selon les modalités prévues. Afin de limiter la propagation des éclosions, les usagers et le personnel des unités en cause ont été rencontrés et les mesures recommandées dans les Lignes directrices de gestion des éclosions ont été appliquées en collaboration avec le service d'hygiène et salubrité.

RECOMMANDATIONS

Aucune recommandation spécifique n'est formulée par le CGR en matière de prévention des incidents et accidents. Toutefois, le comité de gestion des risques recommande au CA d'encourager le travail fait par le comité des contentions qui permet aux équipes traitantes d'envisager des solutions alternatives en matière de mesures de contrôle dans un souci de respect des droits des patients et dans l'optique du maintien d'un milieu de travail sécuritaire.

PERSPECTIVES D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE FINANCIÈRE

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

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

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

LISTE DES MEMBRES DU CMDP :

Membres du comité exécutif :

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

Membres d'office :

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

Au cours de l'année 2016-2017, le comité exécutif du CMDP de l'IPPM s'est réuni à 8 reprises en plus de tenir une consultation par voie électronique.

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

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

LISTE DES MEMBRES DU CGE :

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

Au cours de l'année 2016-2017, les membres du CGE se sont réunis à 4 reprises.

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

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

LISTE DES MEMBRES DU CVQ :

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

PERSONNES INVITÉES AUX RÉUNIONS :

- GAGNON, Étienne – Gestionnaire de risques
- HAINES, Martine – Adjointe à la direction

Les membres du CVQ ont tenu 6 réunions au cours de l'année 2016-2017.

SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Au cours de la dernière année, l'Institut a assuré les suivis requis découlant des recommandations du Protecteur du citoyen, à la suite de son intervention de 2015.

Les améliorations réalisées ont porté sur les points suivants :

- la formation du personnel sur la notion de consentement aux soins;
- l'élaboration d'une politique visant l'encadrement de la surveillance des usagers à l'intérieur de l'obligation de sécurité de l'établissement;
- la mise en place d'un formulaire consignait les mesures de remplacement au dossier des patients;
- et la clarification auprès du MSSS quant à la pratique de verrouiller la nuit les portes des chambres des patients.

D'autres travaux se poursuivent pour l'élaboration de politiques en matière de consentement aux soins et d'application des mesures de contrôle.

SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS ÉMANANT DE L'ÉVALUATION CONJOINTE CMQ-OIIQ 2015 DE LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

Un plan d'amélioration produit par l'établissement portant sur l'ensemble des recommandations aura permis de s'inscrire dans une démarche rigoureuse au cours de l'année. Certains éléments relevant des ordres professionnels sont également suivis.

Les améliorations réalisées ont porté principalement sur les points suivants :

- la clarification des rôles et responsabilités de chacun pour optimiser l'utilisation des champs distinctifs de tous les professionnels;
- la formation du personnel pour assurer le respect du droit du patient à consentir aux soins;
- la révision et uniformisation des pratiques et procédures d'administration des médicaments de toutes les unités de soins;
- l'identification d'orientation concernant l'application des mesures de contrôle tenant compte d'une gestion du risque spécifique à notre clientèle;
- l'élaboration d'un plan d'organisation des soins et services permettant que le nombre d'infirmières soit suffisant pour répondre aux besoins cliniques des patients.

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

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

LISTE DES MEMBRES DU CER :

- ASSEMAT, Camille – Conseillère en éthique
- BERNARDI, Marie-Josée – Avocate
- CROCKER, Anne – Chercheure
- DE CHAMPLAIN, Johane – Conseillère en éthique, juriste et présidente du CÉR
- DUMAIS, Alexandre – Médecin
- GERMÉ, Katuschia – Étudiante
- GOUGOUX, Gilles – Retraité
- POIRIER, Yves – Chercheur
- POTVIN, Stéphane – Chercheur
- SKA, Bernadette – Retraîtée
- ST-ONGE, Bernard – Psychologue
- VILLIER, Arnaud – Coordonnateur de recherche clinique

ÉVALUATION DES PROJETS

Exercice 2016-2017	Nombre
Nombre de projets déposés :	7
Nombre total de projets évalués :	7
Nombres de projets impliquant des personnes majeurs :	7
Nombres de projets impliquant des personnes mineures (art. 21 C.c.Q.) :	0
Nombres de projets impliquant des personnes majeures inaptes (art. 21 C.c.Q.) :	0

Exercice 2016-2017	Projets participants majeurs	Projets participants mineurs	Projets participants majeurs inaptes
Nombre total de projets évalués :	7		
Projets traités en comité plénier :	1		
Projets traités en comité restreint :	5		
Projets traités en mode délégué :	1		
Projets acceptés sans condition :		3	
Projets acceptés conditionnellement :		4	
Projets refusés :		0	
Projets pour lesquels aucune décision n'a encore été rendue :		0	
Nombre de plaintes des participants :		0	
Somme allouée au Comité en vue de l'accomplissement de son mandat.		74 300,00	
Total des dépenses du Comité pour l'année 2016-2017		32 515,00	

Projets en cours et suivi continu passif	
Demandes évaluées par le Comité dans le cadre d'un suivi continu passif :	90 demandes
Nombre de projets de recherche en cours	60 projets
Projet en cours pour lequel aucun participant n'a encore été recruté.	3
Projet et recrutement en cours.	10
Projet en cours pour lequel le recrutement est terminé.	6
Analyse de données en cours.	24

Rédaction du rapport final.	5
Projet terminé.	8
Projet interrompu.	0
Nombre de projets de recherche pour lequel nous attendons des réponses des chercheurs :	9

Faits saillants

L'année 2016-2017 a apporté autant de défis que d'occasions pour nos équipes et notre établissement de démontrer dynamisme, engagement et persévérance. Malgré un contexte budgétaire difficile, dans un réseau en pleine mouvance, nous avons poursuivi nos efforts pour améliorer la qualité de nos soins et services dans un milieu sécuritaire, dans le respect des gens, et dans un souci constant d'amélioration continue.

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE – BILAN DES RÉALISATIONS

SERVICE DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

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

Notre équipe multidisciplinaire a répondu à plus de 4350 billets et plus de 3050 tâches soit une augmentation de 10 % par rapport à l'année précédente. Au total, plus de 7400 demandes ont nécessité une action d'un des huit membres de l'équipe des RI en plus de participer aux multiples comités et projets en cours.

Visioconférence

L'intérêt pour les services offerts en visioconférence est toujours présent. En 2016-2017, plusieurs événements organisés par l'Institut ou par des partenaires ont été offerts en visioconférence. Au total, 139 événements ont été coordonnés par le service des RI.

Sommaire des réservations par les diverses activités

- Administration - Rencontre administrative Institut Philippe-Pinel de Montréal : 11
- Recherche - Collecte de données et réunion de recherche : 4
- Téléconsultation avec patient Diagnostic et suivi d'évolution : 62
- Téléconsultation sans patient Diagnostic et suivi d'évolution : 13
- Téléformation - Activités de formation : 49

Projets terminés

Mise à jour de l'environnement Pyxis (pharmacie)	
	Le support du manufacturier pour le système d'exploitation Windows Serveur 2003 a pris fin le 14 juillet 2016. À partir de cette date, les mises à jour n'étaient plus effectuées et il n'y avait plus de support technique disponible. <u>Objectif</u> : Mise à jour de l'environnement Pyxis
Mise à jour de l'environnement de l'ensacheuse (pharmacie)	
	Le support du manufacturier pour le système d'exploitation Windows Serveur 2003 a pris fin le 14 juillet 2016. À partir de cette date, les mises à jour n'étaient plus effectuées et il n'y avait plus de support technique disponible. <u>Objectif</u> : Mise à jour de l'environnement ensacheuse
Mise à jour de l'environnement virtuel	
	Afin de nous assurer de la performance et de la fiabilité de nos systèmes, nous devons procéder à la mise à jour de l'environnement virtuel. <u>Objectif</u> : Ajout de 2 nouveaux serveurs physiques et mise à jour de l'environnement virtuel
Refonte de l'intranet - Phil V2	
	Au cours de l'année 2015, nous avons commencé la refonte de l'Intranet corporatif. <u>Objectifs</u> : Permettre l'utilisation optimale de l'environnement SharePoint; Offrir un outil de travail performant aux employés
Mise à jour d'Oacis v7.4.1	
	Harmonisation des versions de l'application Oacis utilisées dans région de Montréal. <u>Objectif</u> : Faciliter le support et la migration vers l'application Cristal-Net
Ajout d'un interphone à l'entrée principale	
	Ajout d'un interphone à l'entrée principale <u>Objectif</u> : Améliorer les communications afin d'augmenter la sécurité de l'organisation la nuit.

Projets en cours

Mise en place DCI Cristal-Net	
	Le Gouvernement du Québec a décidé qu'une seule solution informatique, Cristal-Net, sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour la mise en œuvre des dossiers cliniques informatisés (DCI). <u>Objectif</u> : Le déploiement du DCI Cristal-Net
Mise en place de l'IPO Provincial	
	Le gouvernement du Québec a décidé qu'une seule solution informatique, Enovacom, sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour la mise en œuvre de l'index patient organisationnel (IPO). <u>Objectif</u> : Permettre l'unification des systèmes d'information ainsi qu'une identification sans équivoque des usagers.
Ajout de caméras	
	Afin d'assurer une meilleure visibilité du périmètre extérieur par le contrôle central nous installerons une nouvelle caméra dans le stationnement ainsi que deux nouvelles caméras au hall Bruno-Cormier. <u>Objectif</u> : Améliorer la sécurité des employés et des patients.
Messagerie électronique	
	Le gouvernement du Québec a décidé qu'une seule solution informatique, Exchange Online, sera déployée dans l'ensemble du territoire québécois pour le courrier électronique. <u>Objectif</u> : Le déploiement d'Exchange Online

Conclusion

L'exercice 2016-2017 aura été marqué par plusieurs projets. Les nouvelles technologies mises en place et les nombreux utilisateurs impactés augmentent la complexité et les risques.

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Au cours de l'année 2016-2017, nous avons procédé à 92 embauches. Plus particulièrement, nous avons recruté 15 gardes/agent d'interventions, 14 commis surveillant d'unité, 28 infirmières (incluant infirmières cliniciennes et CEPI) et 14 sociothérapeutes.

Parmi ces embauches, 23 personnes ont quitté leur emploi dans la même année (démission, probation non concluante), soit un taux de rétention de 75%.

Nous avons été présents dans 3 salons de l'emploi (Cégeps/Universités) afin de recruter majoritairement des infirmières et des sociothérapeutes. Nous avons profité des salons de l'emploi pour recruter des étudiants dans ces deux domaines et leur proposer un travail de commis surveillant d'unité. Ils peuvent donc acquérir une expérience enrichissante qui sera bénéfique une fois qu'ils termineront leurs études.

Depuis cette année, nous sommes responsables des stagiaires de niveau non universitaire. Nous avons accueilli 25 stagiaires en soins infirmiers et 10 stagiaires en éducation spécialisée. Au total, nous avons accueilli 37 stagiaires de niveau non universitaire.

Encore une fois cette année nous n'avons pas eu recours à la main d'œuvre indépendante pour les titres d'emplois cliniques.

SERVICE DES COMMUNICATIONS

Le Service des communications ayant été marqué par d'importantes coupures en 2015-2016, pour la première partie de l'année 2016-2017, le Service des communications internes et externes a été assuré par une seule personne. Étant donné le flux élevé de demandes de l'externe et de l'interne, la conseillère-cadre en communication a reçu le support d'une technicienne en administration, à raison d'un équivalent de quatre jours par semaine, et ce, à partir de la fin du mois de juillet 2016.

Faits saillants 2016-2017

- Poursuite de l'implantation de l'utilisation de l'outil C2-Atom par le Service.
- Implantation du nouvel intranet à l'été 2016.
- Rapatriement des responsabilités de l'organisation des activités de reconnaissance.
- Rapatriement de la responsabilité des demandes d'accès à l'information.
- Activité accrue du programme « Établissement promoteur de santé » (ÉPS).

De plus, malgré les ressources limitées du Service des communications, l'Institut a obtenu une très bonne couverture médiatique. Grâce à l'implication des services et des directions des porte-paroles, le service a pu répondre à près de 110 demandes de la part des médias (en plus de celles répondues directement par les porte-paroles contactés) et ainsi obtenir une couverture médiatique de 149 articles recensés (notons que la revue de presse se fait manuellement, avec le support des alertes automatisées (Google), la revue de presse n'est donc pas exhaustive).

Les défis et projets pour 2017-2018

- L'un des plus grands défis pour l'année 2017-2018 sera de continuer d'assurer les services de communications internes et externes et de répondre aux nombreuses demandes diversifiées avec une équipe réduite et une demande sans cesse accrue.
- Les projets sont nombreux au Service des communications. Entre autres, la révision des politiques internes, l'organisation de plusieurs activités de reconnaissance, la gestion des

différents mandats additionnels attribués aux communications, dont les demandes d'accès à l'information, les demandes de projets ÉPS ou les différentes demandes du MSSS.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES – BILAN DES RÉALISATIONS

Volet « Qualité des soins infirmiers »

La Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires a travaillé à l'amélioration continue de la qualité et des services offerts à la clientèle. Nous avons travaillé trois axes prioritaires au cours de l'année soit la formation, la mise en œuvre des orientations du plan d'action en santé mentale 2015-2020 et le recrutement de personnel.

D'abord, afin de favoriser une intégration réussie du nouveau personnel nous avons mis à jour le contenu de formation de la période d'orientation. Nous avons intégré un nouveau segment portant sur l'interdisciplinarité, c'est-à-dire le rôle attendu de chaque professionnel et titre d'emploi, les zones de chevauchement essentiellement dans l'intervention psycho-éducative et ce qui est délimité par le Code des professions, le champ d'exercices de l'infirmière et les procédures internes.

Également, dans un souci de favoriser la mise à jour des connaissances et compétences de son personnel, la Direction des soins infirmiers a développé quatre nouveaux modules de préceptorat sur *Contrer la stigmatisation, Les différentes approches thérapeutiques Advocacy et droits des patients et Développer sa pratique clinique*.

Nous avons offert plusieurs activités de formation entre autres au sujet de la relation d'aide et de l'analyse transactionnelle, le consentement aux soins, l'évaluation de la condition physique et mentale, la réanimation cardio-vasculaire et l'entretien motivationnel.

Plan d'action santé mentale

Afin d'actualiser les orientations du PASM 2015-2016, en collaboration avec la direction des services professionnels nous avons élaboré, puis mis en œuvre, un plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation de nos services. Ce plan a entraîné de nombreuses avancées, dont la diffusion et l'implantation progressive de l'approche orientée vers le rétablissement et des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins.

Promotion des droits des usagers

Nous avons proposé en collaboration avec le comité des usagers et la commissaire aux plaintes et à la qualité des activités visant à bonifier la connaissance des usagers actuels et des membres du personnel de l'établissement en matière de droits des usagers.

Lutte à la stigmatisation

Nous avons participé au Groupe Provincial sur la Stigmatisation en Santé mentale (GPS-SM). En nous inspirant des réflexions du groupe, nous avons animé plusieurs activités misant non seulement sur l'information théorique, mais aussi les témoignages des patients afin de sensibiliser les intervenants à la façon dont ils expérimentent la stigmatisation à l'intérieur même de notre établissement. D'ailleurs, nous sommes très fiers d'avoir proposé une activité conjointe usagers-familles-intervenants par le biais d'un spectacle du temps des fêtes. Cette occasion aura permis de démystifier l'Institut Philippe-Pinel auprès des proches.

Pratique axée sur le rétablissement

Nous avons participé à l'implantation progressive de l'approche orientée vers le rétablissement, par de la formation du personnel, le déploiement d'activité soutenant le pouvoir d'agir des patients (conseils d'unité) et d'outil clinique (ex. *Mon plan proactif*) favorisant la capacité à prendre ou à reprendre le contrôle de leur vie et de leur maladie et à participer pleinement à la vie collective.

Soutien aux familles

Nous avons mis en place un mécanisme visant à soutenir et à renseigner systématiquement les membres de l'entourage sur les associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, dont le mandat est d'offrir des services d'intervention psychosociale, de formation et d'information, des groupes d'entraide et des mesures de répit-dépannage qui leur sont destinés. »

Le recrutement

Au cours de la dernière année, nous avons effectué une réflexion de fond afin de proposer un plan d'organisation des soins et services de psychiatrie à l'IPPM qui inclut un rehaussement des effectifs infirmiers et de la structure de soutien à la pratique infirmière. Ces travaux se sont effectués en collaboration étroite de Mme Sylvie Dubois, directrice nationale de soins et services infirmiers du MSSS. Ce plan d'organisation des soins et services de psychiatrie guide nos discussions auprès du ministère.

Entre temps, dans l'objectif d'un rehaussement des effectifs infirmiers, nous avons multiplié nos stratégies de recrutement, en collaboration avec le Service des ressources humaines de l'IPPM.

Plus de 400 futures infirmières sont venues découvrir notre milieu de soins unique lors des activités portes ouvertes;

- création de 24 places de stages pour les étudiantes au collégial;
- présence à la journée carrières de l'Université de Montréal le 28 septembre 2016;
- animation de conférences dans le cadre du cours de santé mentale à l'Université de Montréal;
- création de 8 places de stages spécialisés en psychiatrie légale avec l'Université de Montréal.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS – BILAN DES RÉALISATIONS

SERVICES INTERNES

Collaboration avec le MSSS pour l'application du plan d'action régional pour les longs séjours à l'Institut et le suivi de l'accès à l'hébergement en santé mentale. À ce jour, environ 13,5 % de la clientèle de l'Institut est identifiée comme étant le niveau de soins alternatifs (NSA) comparativement à 20 % l'an dernier.

Participation active au sein du comité des travaux de hiérarchisation en psychiatrie légale pour les régions de Montréal et de la Montérégie. Ce projet, sous l'autorité de la Direction de la santé mentale du MSSS, trace les contours d'un système intégré permettant à la clientèle de psychiatrie légale d'obtenir des services appropriés en temps opportun. Le déploiement de l'offre de services hiérarchisée demeure à venir. Des démarches ont été entamées auprès du professeur Harry Kennedy pour une utilisation potentielle de son outil DUNDRUM. Cet outil serait en soutien à l'identification des patients NSA (niveau de soins alternatifs), à la trajectoire de soins ainsi qu'au modèle de hiérarchisation des services en psychiatrie légale proposé par le MSSS.

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

- Comptabilisation des patients nécessitant un niveau de soins alternatifs (NSA)
- Transfert des patients NSA vers la deuxième ligne les CRDITED et les CHSLD
- Demandes d'hébergement en santé mentale
- Identification d'une clientèle prioritaire nécessitant une évaluation du risque de violence hétéro-dirigée (HCR-20)
- Implantation de la réception électronique des rapports de police et autres documents légaux à partir des différentes cours du Québec.
- Implantation (décembre 2016) du Système informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés (SIGASS) avec la collaboration de la DSI-SM. SIGASS est une application permettant de gérer les demandes d'hébergement en santé mentale effectuées auprès du mécanisme d'accès.
- Implantation à l'interne du système d'agenda informatisé Purkinje permettant aux criminologues et aux psychologues la compilation de leurs statistiques professionnelles.
- Implantation d'un nouvel outil informatisé afin d'améliorer la comptabilisation des patients NSA hospitalisés à l'Institut. Cet outil permet la collecte de données devant être déposées dans le Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centres hospitaliers (RQSUCH), exigé par le Ministère.
- Maintien des groupes Connect à l'intention des parents de la clientèle adolescente mettant l'accent sur le renforcement de composantes de base de l'attachement sécurisant. Ces groupes sont sous la supervision de la chercheuse Patti Ranahan au Département des sciences humaines appliquées de l'Université de Concordia ainsi que son équipe.
- Maintien du dossier santé Québec (DSQ) – remplacement des dispositifs pour tous les utilisateurs de l'hôpital et participation mensuelle à la table des répondants DSQ.
- Maintien des normes de sécurité industrielles en lien avec le contrat du SCC et adaptation aux nouvelles exigences concernant l'attribution de cote de fiabilité (empreintes digitales électroniques).
- Coordination et participation hebdomadaires au comité de sorties qui relève de la DSP et qui étudie annuellement plus de 250 demandes de sorties et de circulations dirigées. Ces demandes sont étudiées dans le cadre du processus de réinsertion sociale des patients. Ce comité tient compte des droits du cadre légal auquel le patient est soumis ainsi que les risques qu'il peut représenter pour lui-même et la société.
- Actualisation du déménagement du CPLM vers l'IPPM en août 2016.
- Collaboration du DSP pour participer à plusieurs entrevues médiatiques (à travers le Québec) touchant la psychiatrie.
- Présentation de nos services par plusieurs de nos professionnels sur différentes tribunes dans le réseau de la santé, entre autres, à l'*International Association of Forensic Mental Health Services* (IAFMHS) qui s'est tenu à New York en juin 2016.

Soutien et services aux partenaires :

- 1235 réalisations d'expertises portant sur l'aptitude à comparaître, la responsabilité criminelle, les délinquants dangereux ou à contrôler et les présentenciels ont été effectuées à l'Institut ainsi qu'au centre de détention Rivière-des-Prairies (dans le cadre d'une hospitalisation). Soulignons que nos expertises sont appréciées par l'ensemble des Cours du Québec, le taux de satisfaction des tribunaux se situe autour de 99 % selon les sondages effectués auprès des juges.
- 19 admissions en provenance d'un autre centre hospitalier via transfert de mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux, dont 1 interprovincial.

- 13 usagers ont été admis à contrat en provenance d'un autre centre hospitalier. À noter que l'infirmière de liaison affectée à ces dossiers fait maintenant partie de notre direction.
- Maintien des services de consultation et de suivi psychiatriques dans les centres de détention provinciaux.
- En 2016-2017, nous avons procédé à 620 admissions et 621 congés.
- Formation dispensée, par l'un de nos criminologues, à tous les psychologues, criminologues et quelques médecins sur la version 3 du HCR-20.
- Présentation effectuée auprès des juges de la Chambre de la jeunesse du Québec sur l'ensemble des services offerts pour notre clientèle adolescente tant à l'interne qu'à l'externe.
- Mise à jour du cahier d'accueil des criminologues et psychologues.

Mention honorifique :

- Publication de madame Tiziana Costi, psychologue, dans la Revue Psychologie Québec « Travailler avec des troubles sévères et persistants dans un contexte de triple comorbidité (maladie mentale, violence et toxicomanie), décembre 2016.

SERVICES EXTERNES

Pour le bilan de l'année financière 2016-2017, nous commenterons les données statistiques pour vous dresser un portrait des sept programmes des Services externes en lien avec les objectifs visés l'année dernière ainsi que les objectifs que nous nous fixons pour 2017-2018. Pour conclure, nous vous présenterons les défis et les enjeux pour l'année 2017-2018.

Nous invitons les lecteurs à lire le Bilan des Services externes 2016-2017 pour mieux comprendre le contexte et les enjeux reflétés dans ce bilan.

Programme Réseau

Pour ce programme, le nombre de demandes d'expertise provenant de la cour a augmenté de 15%. Cette année, au niveau du tableau clinique de la clientèle, la tendance se maintient quant à la complexité des comorbidités des pathologies, de la détérioration de l'état clinique, de la gravité des délits et le risque. Le nombre total d'expertises produites (282) a donc significativement augmenté comparativement à l'année dernière (208).

Concernant nos objectifs fixés l'année dernière, étant donné l'augmentation des demandes faites au programme et la pression du système judiciaire quant à l'Arrêt Jordan, nous n'avons pas été en mesure de réduire les délais d'attente, soit 34.5 jours en moyenne comparativement à 26.2 jours pour l'année dernière. Une réévaluation des processus de travail a été effectuée afin d'identifier les éléments qui créaient des délais n'étant pas de notre ressort, par exemple la recherche d'informations démographiques ou l'attente des documents en provenance des tribunaux. Nous avons donc développé des stratégies afin de répondre à la demande croissante soit en faisant appel à des effectifs médicaux en place dans l'institut et en initiant des rencontres de sensibilisation auprès des différents tribunaux.

Nous avons aussi été interpellés par le CISSS des Laurentides afin de les guider dans l'implantation de leur service d'expertises médico-légales en externe.

Orientations et objectifs 2017-2018 : Notre objectif pour l'année prochaine est d'être en mesure de répondre à la demande croissante dans les meilleurs délais possible. Nous poursuivrons notre travail de sensibilisation auprès des instances judiciaires afin d'améliorer la fluidité de la transmission de l'information et de diminuer les délais inutiles. Une réflexion s'impose quant à la complexité des cas, le nombre de demandes en augmentation et la

volonté organisationnelle de répondre dans les délais prescrits tels que la loi nous l'exige aux demandes des tribunaux à savoir si l'organisation du travail et l'attribution des ressources professionnelles actuelles ne pourraient être bonifiées.

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

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

Depuis mars 2016, l'équipe d'évaluation est composée de 2 criminologues et d'un psychiatre, à raison d'une journée par semaine chacun. La coordonnatrice des Services externes est responsable de la réception et de la coordination des demandes pour ce programme. Dans l'organisation actuelle de l'équipe, nous n'avons pas été en mesure d'implanter la complétion systématique pour les patients de grilles d'évaluation. Des représentations auprès de la DSI-SM pour éventuellement affecter une infirmière clinicienne à la réception et à la coordination des demandes ont été faites afin de prendre la relève de la coordonnatrice qui a été affectée temporairement à cette tâche et aussi procéder à l'implantation de la complétion des grilles d'évaluation.

Nous avons été en mesure de développer un processus d'évaluation qui comprend maintenant deux rencontres multidisciplinaires avec le patient et une personne significative de son entourage ou de l'équipe traitante l'ayant référé au programme. Une troisième rencontre est offerte afin d'émettre les conclusions et les recommandations du rapport qui inclut une évaluation complète du risque de violence HCR-20.

Il est à souligner que des enjeux organisationnels sont survenus en lien avec des évaluations de la CERV auprès d'une clientèle présentant des déficiences intellectuelles et des problèmes de violence. Des discussions sont entamées entre différentes instances et l'IPPM afin de développer des ententes de services pour cette clientèle.

Nous sommes fiers de mentionner que nous comptons désormais comme nouveau référant les Forces armées canadiennes.

Orientations et objectifs 2017-2018 : Nous poursuivons nos représentations auprès de nos instances afin d'affecter une ressource professionnelle pour dégager la coordonnatrice des Services externes de la réception des demandes et de l'organisation des services, et pour aussi poursuivre l'implantation de la complétion systématiquement de grilles d'évaluation aux patients. Rappelons que ce projet a été accepté et a été suspendu faute de ressources. Nous voulons ainsi créer une banque de données de cette clientèle, le tout s'inscrivant dans un projet de recherche en psychiatrie dans le but de systématiser les processus d'évaluation du risque de violence. Cette offre de service est au cœur de notre mission et dans la vision de la hiérarchisation de la psychiatrie légale. De plus, des offres complémentaires de formation en lien avec la gestion de la violence et des stages pour différents professionnels pourraient être développées en collaboration avec la Direction de l'enseignement et de la recherche.

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

Le taux d'ouvertures de dossier a augmenté cette année (95) et de dossiers actifs (145) comparativement à l'année dernière. Nous avons entrepris un groupe de psychothérapie axé sur la cyberpornographie. La stabilité de l'équipe et la participation des patients nous a permis d'offrir cette nouvelle modalité de traitement à un groupe de patients.

Nous constatons, cette année, une diminution du nombre de demandes et par conséquent une diminution du délai d'attente.

Orientations et objectifs 2016-2017 : Nous poursuivons nos travaux cette année à réduire nos délais d'attente pour ce programme. Comme l'accessibilité des soins est un enjeu majeur présentement dans le réseau de la santé, nous poursuivons nos efforts concernant cet enjeu.

La coordonnatrice des Services externes participe activement à l'organisation du prochain Congrès international francophone sur l'agression sexuelle qui aura lieu en mai 2017. Le médecin responsable du programme ASA siège au Comité scientifique qui travaille à l'élaboration du contenu de ce congrès. Ce congrès résulte de la volonté de rassembler régulièrement des chercheurs et des intervenants de la communauté scientifique internationale francophone œuvrant dans le domaine de l'agression sexuelle.

Programme Urgence Psychosociale-Justice

Cette année, nous avons répertorié 698 évaluations à la Cour du Québec. À la Cour municipale (PAJ-SM, Tribunal de santé mentale) 111 évaluations par les criminologues ont été effectuées, soit une diminution de plus 50 %. Cette diminution importante est due au fait que le processus de référence a été modifié et que c'est le médecin qui évalue dans un premier temps l'ensemble des prévenus référés par les procureurs. Des travaux de rectification au cours de l'année ont été entamés, sans toutefois obtenir les résultats espérés afin d'optimiser l'utilisation de l'équipe de criminologues qui émet des recommandations sur la dangerosité des prévenus au tribunal.

Afin d'optimiser l'utilisation des ressources professionnelles à l'IPPM, il a été décidé en fin d'année que les remplacements de congé et de vacances des deux criminologues de ce programme n'allaient plus être effectués. Des plaintes des tribunaux desservis nous ont été acheminées, mais nous référons à nos instances supérieures pour que le financement de ce programme soit fait à sa juste valeur.

Une rencontre officielle entre la magistrature de la Cour du Québec, un représentant des procureurs aux poursuites criminelles et pénales, un représentant des corps policiers, le responsable de la santé mentale du CIUSSS Centre-Sud de l'Île de Montréal et un représentant de l'IPPM a eu lieu. Cette rencontre avait pour objectif d'évaluer la possibilité de mettre en place un modèle calqué sur le PAJ-SM afin de faciliter la prise en charge d'une personne atteinte de problèmes en santé mentale et ayant commis des délits. Le but étant de prioriser sa comparution, d'éviter qu'elle soit détenue et qu'elle reçoive des soins requis par un établissement de santé.

Orientations et objectifs 2017-2018 : Nous allons poursuivre notre collaboration pour l'amélioration de l'organisation des services de liaison et des suivis au PAJ-SM ainsi que pour le projet de la mise en place d'un modèle inspiré du PASJ-SM à la Cour du Québec à Montréal. Nous demeurons ouverts aux discussions concernant la reprise des remplacements de congé ou de vacances pour ce programme dans l'optique d'améliorer son financement.

Programme Transition-Réadaptation

Une diminution progressive, au fil des périodes financières, du nombre de dossiers actifs cette année est constatée et représente les efforts constants des professionnels dans les démarches de proximisation de la clientèle ne nécessitant plus notre requis de soins. Cette année, 67 % des patients en processus de proximisation (32 sur 48 patients) sont retournés à leur hôpital de proximité comparativement à 38 % l'année dernière (23 sur 61 patients). De plus, nous avons poursuivi la mission de travailler de concert avec le CIUSSS de l'Est de Montréal, plus particulièrement l'IUSMM, afin de procéder à la proximisation de patients. Le transfert de la première cohorte a été complété.

Une deuxième cohorte a été identifiée et transmise au CIUSSS de l'Est de MTL. Pour différentes raisons organisationnelles, par exemple des problèmes d'effectifs médicaux nous avons constaté que le délai s'est allongé entre le moment de référencement et la prise en charge de nos patients par ce CIUSSS. À ce jour, les travaux sont alors ralentis et des démarches sont en cours avec le ministère.

Pour ce qui est du nombre d'hospitalisations des patients suivis en externe, nous remarquons une diminution (72 hospitalisations pour 58 patients distincts). Comparativement à l'année dernière moins de patients ont été hospitalisés plusieurs fois. Ceci pourrait avoir un lien avec la proximation de patients ayant des problèmes de comportement nécessitant plusieurs hospitalisations dans le cadre de répit pour leur ressource. Au 31 mars 2017, 13 patients, sur les 58 hospitalisés, étaient toujours hospitalisés à l'Institut.

Suite à l'instauration, en 2014-2015, d'un indicateur concernant la présentation du Plan de service individualisé au patient, nous avons relevé que 144 sur 230 patients ont été sollicités à participer à l'élaboration leur plan de soins avec les intervenants comparativement à 121 pour l'année dernière. Nous souhaitons que les patients soient activement interpellés et s'approprient leur plan de soins dans une démarche d'empowerment et de pleine citoyenneté qui est directement en phase avec le Plan d'action en santé mentale.

Nous tenons à souligner l'effort soutenu des infirmières et infirmiers cliniciens à ce programme dans les services rendus à la clientèle. Ils jouent un rôle pivot dans la prise en charge des patients et sont au cœur de la réalisation du processus de proximation.

Orientations et objectifs 2017-2018: Nous prévoyons, encore cette année, déployer beaucoup d'effort en lien avec le projet de hiérarchisation des services de psychiatrie légale sur l'île de Montréal. Nous demeurons à l'affut des conclusions de ces travaux et des impacts possibles sur ce programme.

Programme de la Clinique pour adolescents auteurs de transgression sexuelle

Cette année, le nombre de demandes (+25 %) a augmenté en 2016-2017. Les travaux en lien avec la diminution du temps d'attente se sont poursuivis et nous avons eu un délai moyen de 57 jours d'attente. De plus, le nombre moyen de patients en attente a aussi nettement diminué, soit de 11 patients à 4 patients. Le manque d'effectifs médicaux explique la fluctuation du temps d'attente, mais aussi la priorisation des patients ayant une ordonnance d'expertise médico-légale faisant en sorte que les patients en attente de consultation ont un délai de prise en charge allongé.

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

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

La nouvelle modalité de traitement et d'intervention Connect s'est poursuivie en 2016-2017. Un groupe de parents a eu lieu l'hiver dernier.

Orientations et objectifs 2017-2018: Nous poursuivrons nos efforts afin de maintenir les délais d'attente. De plus, nous tenterons de renouveler au courant de l'année, le groupe

Connect. Nous nous efforcerons aussi de participer activement au projet de recherche Gaïa. De plus, comme une professionnelle en place sera affectée à temps partiel au projet, une nouvelle ressource sera affectée au programme. Les coûts associés à cette affectation de ressources seront assumés par le projet de recherche.

Programme Clinique Réseau jeunesse

Le nombre de demandes (154) et le nombre d'ouvertures de dossiers (138) ont nettement diminué comparativement à l'année dernière. Les références provenant des cliniques médicales (9) ont nettement diminué. Ces diminutions sont directement en lien avec la diminution de jours présences de Dr Gignac qui a été nommé directeur du service de pédopsychiatrie du CHU Ste-Justine (CHUSJ). Ainsi, un corridor de services a été développé entre nos deux établissements pour que les références n'ayant pas de besoins en psychiatrie légale soient dirigées vers le CHUSJ, particulièrement à Dr Gignac. Cependant, le plateau des services professionnels de la CRJ pourrait être sollicité par Dr Gignac pour la clientèle évaluée au CHUSJ. L'équipe de la CRJ a su maintenir son offre de service et son délai d'attente à 30 jours en moyenne.

Suite au départ en retrait préventif de la psychoéducatrice spécialisée dans l'approche Collaborative pro active solution (CPS), nous avons dû effectuer des réaménagements des services. Ainsi, l'infirmier clinicien en place a été affecté à la coanimation du groupe d'art avec l'éducateur. La remplaçante de la psychoéducatrice s'est rapidement intégrée et familiarisée avec les principes de l'approche CPS.

Nous soulignons la concrétisation d'un projet pilote financé par la Fondation Pinel, soit la tenue d'activités de musicothérapie pour la clientèle de la CRJ, ADO et du F-2. Il s'agissait de deux types d'activité, entre autres la tenue d'un groupe coanimé par la psychologue de la CRJ et le musicothérapeute où les adolescents étaient amenés à utiliser les instruments de percussion comme nouveau moyen de modulation des émotions. Une approche individuelle a aussi été développée avec le musicothérapeute afin de créer avec les adolescents un répertoire musical qu'ils étaient appelés à utiliser afin de les aider dans la modulation de leurs émotions. Des difficultés en lien avec le recrutement de participants ont été constatées en phase de démarrage. Cependant, le bilan de cette activité s'est avéré plus que positif, simplement par la réponse enthousiaste des adolescents ayant participé et des gains dont ils nous ont fait mention. Des démarches devront être entreprises pour assurer un financement afin d'être en mesure d'offrir à nouveau cette activité pour notre clientèle.

Orientations et objectifs 2017-2018 : Notre principal défi pour 2017-2018 sera d'optimiser l'utilisation des modalités d'intervention novatrices développées par nos professionnels dans la mesure où une diminution de la clientèle a été constatée.

Création d'un guichet unique pour les services de pédopsychiatrie

Certaines problématiques de confusion ont été soulevées quant aux références faites aux différents programmes dédiés aux adolescents par nos partenaires. Ainsi, certaines demandes étaient faites à tous les programmes, ce qui amenait des tergiversations entre les programmations pour certains clients. Un guichet d'accès unique de réception des demandes pour cette clientèle a été développé. Toutes les demandes étant acheminées à la même personne, celle-ci, selon les critères d'admissibilité des programmes, peut dorénavant mieux coordonner l'acheminement des demandes aux équipes de soins appropriées. Cette avenue a aussi facilité le développement du corridor de services entre le CHUSJ et l'IPPM de par la systématisation des pratiques dans le rassemblement des documents nécessaires aux évaluations. De plus, cette instauration a été rendue possible grâce à l'assignation de l'archiviste médicale des Services externes qui possède plusieurs compétences d'ordre administratives et légales. Ceci a permis d'optimiser l'utilisation des cliniciens qui étaient, à l'époque, assignés à cette tâche administrative, soit la réception des demandes. À noter que ce

guichet dessert le Programme pour adolescents auteurs de transgression sexuelle, la Clinique Réseau jeunesse et l'unité d'évaluation et de traitement pour adolescents F-2. Ceci représente aussi une première étape dans la réalisation d'une volonté organisationnelle, soit de rendre possible l'accès aux différentes modalités thérapeutiques offertes par les trois programmes à l'ensemble la clientèle adolescente.

Bilan concernant le déménagement du Centre de psychiatrie légale de Montréal

Suite aux restrictions budgétaires imposées par le MSSS, l'Institut a pris la décision de procéder au rapatriement du CPLM dans les locaux de l'hôpital. Un comité tactique a été mis sur pied réunissant des représentants des différentes directions impliquées dans ce processus. Les travaux de relocalisation des professionnels dans les nouveaux locaux et le transfert du Service de transcription des Services externes au Service des archives médicales ont été effectués. De cette restructuration a découlé l'abolition de deux postes et une épargne budgétaire substantielle par la cession du bail. Nous avons tenté d'atténuer, par une gestion de changement serrée, les impacts négatifs pour les employés et pour la clientèle de ce changement majeur. Nos craintes concernant une baisse de la clientèle conséquemment aux difficultés d'accéder à l'IPPM par les transports en commun, aux mesures sécuritaires en place pour la clientèle adulte à l'IPPM et au caractère stigmatisant de fréquenter l'IPPM ne se sont pas avérées.

Nous souhaitons souligner la grande capacité d'adaptation du personnel transféré du CPLM ainsi que les employés travaillant à l'Institut. Leur travail s'effectue dorénavant dans un cadre sécuritaire plus encadrant, dans des horaires modifiés pour accommoder la clientèle avec les horaires des transports en commun. De plus, trois intervenants offrent des services à même certains centres jeunesse de l'Île de Montréal afin d'accommoder la clientèle. Le défi a été d'autant plus grand que dès notre arrivée, à la fin du mois d'août, des travaux majeurs ont été entrepris concernant la réfection des fenêtres des locaux du bloc H et les rénovations du H-2, touchant directement les employés des Services externes.

Il est à noter que ce projet n'aurait pas pu être réalisé sans la participation active des différentes directions impliquées.

Pour toutes ces raisons, le projet de relocalisation du CPLM a été soumis aux Bons coups de l'organisation et a été retenu comme l'un des 10 projets lauréats.

Défis et enjeux 2016-2017 pour l'ensemble de Services externes

Suite à la diffusion officielle du Plan d'action en santé mentale (PASM) du gouvernement, les directions ont établi un Plan de mise en œuvre du PASM où nous avons été sollicités afin de procéder à l'implantation de la mesure 1.4 soit la *Mise en place d'un mécanisme de renseignement et d'orientation systématique pour les familles*. Une politique organisationnelle a été développée et diffusée. Au courant de l'année, des formations auront lieu auprès des cadres et des professionnels afin d'opérationnaliser cet objectif.

Concernant le Plan stratégique 2015-2020 de l'IPPM, nous sommes en attente du plan d'opérationnalisation organisationnel. Cependant, nous poursuivons nos efforts pour atteindre les différents objectifs fixés dans celui-ci, plus particulièrement :

- Exercer un leadership dans la planification des soins et des services de par notre participation aux travaux à la hiérarchisation de la psychiatrie légale ;
- Améliorer l'accessibilité des soins et des services en lien avec notre mission en diminuant les délais d'attente ;
- Augmenter le degré de satisfaction des patients envers la qualité des soins et des services ;

- Augmenter l'implication des patients dans le processus de rétablissement en poursuivant nos travaux, entre autres, en faisant participer le patient à l'élaboration de son plan de services individualisés ;
- Mettre en place différents partenariats cliniques dans lesquels notre leadership en psychiatrie légale est au premier plan, par exemple avec Le CIUSSS du centre Sud de Montréal (CRDITED) qui œuvre auprès d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle et des comportements violents.

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

Conclusion

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

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

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

DÉPARTEMENT DE LA PHARMACIE

Le mandat de chef du département de pharmacie ayant pris fin en février 2016, celui-ci a été reconduit, en avril 2016, pour une durée de quatre ans.

Activités clinico-administratives

Parmi les activités de nature clinico-administrative réalisées cette année, nous notons principalement :

- la rédaction et la mise en place de la nouvelle politique concernant la durée de validité des ordonnances de médicaments à défaut d'une durée spécifiée par le prescripteur;
- la mise en place d'un nouveau formulaire de represcription des médicaments;
- la révision de plusieurs ordonnances collectives et protocoles médicamenteux, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires;
- la mise en place d'un nouveau processus de demande de médicaments pour nécessité médicale particulière;
- l'ébauche des travaux concernant une éventuelle politique sur la marijuana thérapeutique;
- le rehaussement informatique de la plupart de nos équipements;
- l'implantation des nouvelles activités autorisées pour les pharmaciens (loi 41);
- la participation à plusieurs comités à l'intérieur de l'établissement :
 - Comité de pharmacologie;

- Comité exécutif du CMDP;
- Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique;
- Comité de prévention des infections;
- Comité scientifique de la recherche;
- Conseil d'administration;
- la participation à quelques comités à l'extérieur de l'établissement :
 - Comité régional des services pharmaceutiques;
 - Regroupement des chefs de département de pharmacie;

Activités cliniques et d'enseignement

Cette année, les pharmaciens cliniciens ont participé à des réunions mensuelles ou bimensuelles avec les médecins des unités A1, A2, B1, B2, E1, D1 et F1 en plus de réunions ponctuelles sur les autres unités, sur demande. En raison du manque d'effectifs-pharmaciens, seules les unités de soins C1 et C2 ont pu intégrer un pharmacien de façon régulière dans leur équipe multidisciplinaire cette année.

Depuis l'agrément des milieux de stage de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal, le département de pharmacie devait accueillir trois stagiaires pendant l'année 2016-2017. En raison d'un désistement de dernière minute d'un candidat, nous avons donc accueilli M. Wilfredo Hernandez Martinez et Mme Shaïna-Assuntaya Leblanc comme étudiants stagiaires en pharmacie. Nous avons également accueilli Mme Tania Martial à titre de stagiaire en assistance technique en pharmacie, en collaboration avec l'École des métiers des Faubourgs.

Cette année encore, les pharmaciens ont participé aux activités de formation et de discussion offertes par le département de psychiatrie (*journal club*, séminaires des cas difficiles et formations médicales continues). De plus, Mme Marie Dubreucq a dûment représenté notre établissement au regroupement des pharmaciens experts en psychiatrie et Mme Nancy Légaré a participé au *U.S. Psychiatric & Mental Health Congress* à San Antonio, au Texas, en octobre 2016. Ces participations aux activités externes ont été possibles grâce à des dons dédiés, gérés par la Fondation Pinel.

Finalement, en raison de la pénurie de notre main-d'œuvre pharmacienne et de notre budget restreint, il nous a été impossible d'accéder à la demande du département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal visant à libérer Mme Nancy Légaré avec solde pour y enseigner. Toutefois, afin de favoriser l'enseignement interdisciplinaire et ainsi répondre à l'une des missions de notre département, il a été convenu de libérer Mme Légaré pour ses tâches d'enseignement en lui permettant de reprendre, par la suite, ses heures d'absence.

Indicateurs de rendement

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

- Nombre d'interventions pharmaceutiques : 2627
- Nombre d'appels de garde : 11
- Taux de complétion des bilans comparatifs des médicaments à l'admission par le département de pharmacie: 98,1 %
- Taux de rédaction d'ordonnance de départ standardisée par les prescripteurs: 87,3 %
- Fréquence d'utilisation des inscriptions ou abréviations interdites sur les ordonnances : < 1 %
- Nombre d'erreurs de médicaments décelées à l'intérieur du département de pharmacie : 24
- Nombre d'erreurs de médicaments imputables au département de pharmacie sur les unités de soins: 15

- Application des mesures relatives aux médicaments de niveau d'alerte élevé : excellente

Conclusions tirées des indicateurs

En regard de nos indicateurs, nous observons tout d'abord une augmentation de plus de 10 % du nombre d'interventions cliniques effectuées par les pharmaciens par rapport à l'an dernier, ce qui s'explique par le retour partiel de deux pharmaciennes cliniciennes.

En ce qui a trait aux bilans comparatifs des médicaments, nous demeurons très près de notre cible de 100 % pour les bilans à l'admission, alors que nous notons une forte augmentation de l'utilisation, par les prescripteurs, de l'ordonnance de départ standardisée.

Quant au nombre d'erreurs imputables au département de pharmacie, celui-ci est demeuré stable pendant l'exercice 2016-2017 et ces erreurs sont en majorité liées aux problèmes techniques de notre ensacheuse.

Finalement, le nombre d'appels sur la garde pharmaceutique a chuté de plus de 30 % par rapport à l'an dernier, pour un total de 11 appels cette année. Rappelons que la disponibilité des pharmaciens de garde est limitée aux fins de semaine et jours fériés (8 h à 16 h) et qu'à notre connaissance, l'indisponibilité des pharmaciens à certaines heures n'a pas causé de préjudice aux patients.

DÉPARTEMENT DE LA PSYCHIATRIE

Effectifs médicaux

Malheureusement, il nous a été impossible, au cours de la dernière année, de remédier à la pénurie d'effectifs médicaux qui sévit déjà depuis quelques années au sein de notre département.

Nous avons par ailleurs quasi finalisé le recrutement de deux collègues qui devraient rejoindre nos rangs à compter d'octobre 2017 et juillet 2018.

De plus, les deux résidentes inscrites au programme de surspécialité pour l'année académique 2017-2018 aimeraient entamer ensuite leur pratique à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Démarches en cours pour l'obtention de postes (déjà disponibles au plan d'effectif).

Une candidate d'origine française avec formation complémentaire en psychiatrie légale a également manifesté le désir de joindre nos rangs. Le processus est en cours pour tenter de finaliser les démarches auprès du Collège des Médecins et du directeur du Département de psychiatrie.

Malheureusement, actuellement seuls 18 médecins (17 psychiatres et 1 pédopsychiatre) rendent des services cliniques sur un potentiel de 26.

Clinique

Cette année encore, plusieurs mouvements ont dû être effectués quant aux affectations cliniques, de par les départs et les difficultés de recrutement. Ces départs entraînent un essoufflement des ressources médicales. En effet, plusieurs médecins sont actuellement sollicités pour accomplir les tâches cliniques incombant aux postes laissés vacants.

Malheureusement, de par le manque d'effectif, nous avons dû réduire le nombre de jours-présence à l'Établissement de détention de Montréal (Bordeaux). Aucune rupture de services n'est cependant à prévoir et les partenaires demeurent entièrement satisfaits des services offerts par la docteure Gabrielle Cyr que nous remercions pour sa disponibilité.

Une réorganisation a dû être faite sur les unités d'expertise où trois psychiatres assument la totalité de la charge clinique (12 lits chacun). Il s'agit d'une situation temporaire, la lourdeur de la tâche ne permettant pas de conserver cette distribution du travail à long terme. Idem dans les unités d'admission où trois docteurs se partagent les 36 lits.

Des efforts constants continuent d'être faits pour veiller au transfert des patients de la 3^e vers la 2^e ligne, de concert avec les différents travaux en cours via la Direction de la santé mentale au Québec. Toutefois, nous rappelons que les médecins demeurent inquiets de constater que la clientèle de notre établissement tendra à s'alourdir, alors que les ressources s'amenuisent et que plusieurs collègues voient s'allonger la liste de leurs tâches clinico-administratives.

Nous continuons, par ailleurs, de collaborer étroitement aux travaux de hiérarchisation de la psychiatrie légale à Montréal (et en Montérégie), ainsi qu'à l'ensemble des travaux en cours au sein de notre établissement (NSA, trajectoires de services, télésanté, implantation du DUNDRUM).

Nous tenons encore une fois cette année à saluer le travail des nombreux professionnels qui œuvrent au sein de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Enseignement et rayonnement

Nos psychiatres demeurent actifs pour superviser les résidents et externes qui complètent un stage à l'Institut. Nous avons d'ailleurs, cette année, accueilli un nombre record d'externes et de résidents.

Quant au programme de surspécialité en psychiatrie légale, deux candidates devraient commencer leur formation en juillet 2017.

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

Il convient également de souligner la contribution du Dr Gilles Côté, Ph.D. qui a cédé sa place en début d'année à Dre Anne Crocker, Ph.D. comme directrice de la recherche et de l'enseignement universitaire.

Administration

Tel que mentionné dans les précédents rapports annuels, le grand esprit de collaboration qui prévaut au sein de notre département nous permet de demeurer productifs et d'aller de l'avant dans la prestation de services de qualité, malgré un contexte sans cesse plus difficile.

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

L'année 2016-2017 a été marquée par des changements importants du côté académique à l'Institut. La réorganisation de la direction de la recherche et de l'enseignement universitaire s'est poursuivie, à la suite de la fusion des directions respectives de la recherche et de l'enseignement sous un même directeur, en octobre 2015. L'année s'est terminée avec le départ à la retraite du Directeur, monsieur Gilles Côté, après 17 ans à la tête du Centre de recherche. Le 23 janvier dernier, Anne Crocker a pris la relève avec un nouveau poste de professeur titulaire au département de psychiatrie à l'Université de Montréal.

CENTRE DE RECHERCHE

Sur le plan de la recherche, deux nouveaux chercheurs sont arrivés au Centre de recherche. Anne Crocker est arrivée à l'Institut avec son équipe d'étudiants, d'agents de recherches et de coordonnateurs. Ils mènent une importante série de recherches pancanadiennes sur la responsabilité criminelle à travers le projet national des trajectoires (<https://ntp-ptn.org/>) et l'itinérance et la judiciarisation à travers le projet At Home/Chez Soi de la Commission de la santé mentale du Canada (<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/chez-soi>). L'équipe VISEV (vulnérabilité, intégration sociale et violence), financée par le FRQ-S vise à : 1) décloisonner les services de santé, de services sociaux et les services judiciaires; 2) adapter les pratiques aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme; 3) rehausser les connaissances, les pratiques et les politiques. La participation de Anne Crocker à de nombreux comités locaux et internationaux, comme la Table de concertation montréalaise en santé mentale et justice, de même que l'*International Association of Forensic Mental Health Services* en psychiatrie légale permettront de poursuivre le développement et le rayonnement de la recherche et de l'enseignement universitaire, tant sur le plan local qu'international.

Nous avons également accueilli un nouveau chercheur régulier, monsieur Joao Da Silva Guerreiro, professeur adjoint au département de psychologie, de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il s'intéresse à la question des comportements violents chez les femmes, la violence en milieu institutionnel et les enjeux associés à l'évaluation et au traitement d'individus présentant des problèmes de violence. Monsieur Da Silva Guerreiro est psychologue à l'Unité de santé mentale pour femmes purgeant une sentence fédérale de l'Institut et psychanalyste affilié à la Société canadienne de psychanalyse, *Quebec English Branch*. Il siège au comité scientifique de l'Institut.

Les chercheurs du Centre continuent d'innover dans les champs de la santé mentale-justice. Notons parmi ceux-ci, l'important projet de recherche de Monique Tardif, intitulé « Programme Hypothèse « Gaïa » : Programme multimodulaire d'interventions auprès d'adolescents auteurs d'abus sexuels et leurs parents » ayant reçu un financement de 2,2 M\$ du Centre national de prévention du crime (CNPC). Le programme de recherche à la fine pointe de la technologie, sur la schizophrénie, de Dr Alexandre Dumais, médecin psychiatre à l'Institut et chercheur régulier, se poursuit, notamment via son projet de recherche intitulé *Emotion regulation using virtual reality in schizophrenia: a clinical and mechanistic trial of avatar therapy for refractory auditory hallucinations*. Ses travaux ont d'ailleurs fait l'objet d'un reportage à l'émission Découverte de Radio-Canada à l'hiver 2017 (<http://ici.radio-canada.ca/tele/decouverte/2016-2017/episodes/372081/voix-recherche-palmyre-brules>). Les initiatives de l'Équipe du laboratoire de réalité virtuelle continuent de solliciter l'attention des médias tant au niveau local qu'international (<http://www.cnn.com/videos/cnnmoney/2017/03/08/mostly-human-i-love-you.bot.cnnmoney/video/playlists/atv-mostly-human/>). Patrice Renaud, responsable du laboratoire, a récemment été invité à présenter ses travaux au *Broadmoor Hospital* et au département de psychologie du *King's College* à Londres. Encore d'autres ont reçu des subventions cette année, dont Jean Proulx, afin de poursuivre ses travaux de recherche qui portent sur le « Traitement, adaptation psychosociale et récidive chez les agresseurs sexuels ».

Au cours de la dernière année, l'ensemble des chercheurs du Centre de recherche a obtenu plus de 622 000 \$ en subventions et commandites, plus de 162 000 \$ en fonds d'infrastructure et plus de 149 000 \$ en bourses, pour un total de 934 427 \$ en subventions de toutes sortes. Bien que les fonds disponibles via les organismes subventionnaires soient de plus en plus rares, nos chercheurs ont su faire preuve de créativité en allant chercher des fonds en dehors du réseau habituel d'organismes subventionnaires.

Des travaux ont débuté dans le but de revoir la mission et les orientations du Centre de recherche et de l'enseignement, dont une réflexion importante sur la mise sur pied d'un Centre de formation en santé mentale, justice et sécurité. Le Centre de recherche poursuivra son développement en

favorisant une approche inter-disciplinaire et interuniversitaire aux questions psycho-légales de l'heure.

Le centre de recherche en chiffres :

- 10 chercheurs réguliers
- 11 chercheurs associés
- 26 membres en personnel de recherche
- 38 étudiants ou stagiaires
- 56 projets de recherche menés par les chercheurs réguliers
- 14 projets de recherche menés par les étudiants parrainés par les chercheurs réguliers

DIVISION DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE ET DU TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Les stages

En 2016-2017, 78 stagiaires dans diverses disciplines telles les soins infirmiers, la psychoéducation, la psychologie, la criminologie, l'ergothérapie, la pharmacie, la psychiatrie et le génie de production automatisée ont été reçus et supervisés à l'Institut. Deux candidates dans le programme de surspécialité en psychiatrie légale ont été sélectionnées et débiteront en juillet 2017. L'année 2016-2017 est une année record en termes du nombre d'externes (12) et de résidents (11) en médecine accueillis, et ce, grâce en grande partie aux psychiatres de l'Institut qui ont multiplié les efforts de valorisation des stages auprès des étudiants en psychiatrie dans différents forums.

Une journée porte ouverte, sous la forme de 5 à 7, a eu lieu le 3 novembre 2016 afin de recruter de nouveaux stagiaires en psychologie pour l'année 2017. Trois étudiants ont été sélectionnés pour l'automne 2017; un quatrième étudiant est susceptible de s'ajouter. Notre direction a également participé à la mise à jour du manuel d'accueil des stagiaires en psychologie.

Un nouveau stage spécialisé en psychiatrie légale pour les infirmiers et infirmières en fin de baccalauréat a été offert cette année en collaboration avec le département des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Huit étudiants ont été sélectionnés pour un stage d'une durée de 30 jours, échelonnés sur deux mois à raison d'un ou deux jours par semaine. Ce stage vise à faciliter le recrutement et la rétention de candidat(e)s à l'exercice de la profession infirmière à l'Institut. Cette initiative s'insère dans l'objectif de développer une spécialisation en psychiatrie légale pour les infirmiers/infirmières.

Au courant de l'année, les unités C-1 et C-2 de l'Institut ont été agréées par l'Université de Montréal pour accueillir des stagiaires en pharmacie. L'Université de Montréal demande que les étudiants puissent compléter 20 heures par semaine sur la même unité. Une première stagiaire a été accueillie dans notre établissement de janvier à février 2017.

Les résultats des évaluations des stages par les stagiaires indiquent un taux de satisfaction élevé.

Activité de reconnaissance des superviseurs de stage et d'internat

Une activité de reconnaissance des superviseurs de stage a eu lieu le 19 mai 2016 sous forme de 5 à 7. Cette activité vise à souligner le rôle important des superviseurs de stage dans la réalisation de la mission de l'enseignement de l'Institut.

Activités du département de psychiatrie

L'année 2016-2017 a également été marquée par l'implication active des psychiatres de l'Institut sur le plan de l'enseignement. Notons d'abord les diverses fonctions reliées à l'enseignement assumées par les psychiatres, dont Dre Jocelyne Brault, à titre de directrice du programme de surspécialité en psychiatrie légale ainsi que Dr Michel Fillion, coordonnateur à l'externat. Dre Anne-Marie Bouchard a été coordonnatrice à la résidence en psychiatrie jusqu'à l'automne 2016, moment où elle est devenue Directrice du programme de résidence en psychiatrie à l'Université de Montréal. Dre Chantale Bouchard a pris la relève depuis. Les psychiatres de l'Institut organisent de nombreuses activités d'enseignement en psychiatrie légale, dont les séminaires d'expertise, des cas difficiles ainsi que le journal club.

Les conférences du mercredi et autres présentations scientifiques

Durant l'année 2016-2017, le programme de conférences scientifiques a été remanié afin d'offrir une programmation davantage axée sur la clinique et l'intervention. Les conférences ont été accessibles au personnel de l'Institut ainsi qu'aux partenaires et autres établissements du réseau. Nous avons organisé 6 conférences du mercredi qui ont été particulièrement appréciées selon le bilan des évaluations, faites par les participants. Nous avons également accueilli Monsieur James G Pfaus, Ph.D., I.F., professeur au département de psychologie à l'Université Concordia, le 16 février 2017 lors d'une conférence midi. Ce dernier nous a présenté ses travaux sur les composantes neurochimiques sous-jacentes au comportement sexuel, dans le cadre de sa présentation intitulée "The golden thread: how sexual reward consolidates sexual desire".

Aménagement au centre de documentation

Le centre de documentation est en voie de se transformer en un centre d'information où les cliniciens, intervenants, administrateurs, étudiants et chercheurs pourront obtenir des formations diverses concernant les moyens d'accéder aux informations scientifiques et documentaires. Les formations viseront à augmenter l'autonomie des usagers. Le rôle du centre de documentation sera d'offrir des documents spécialisés en lien avec la mission de l'Institut. Le mode numérique est privilégié à l'avenir; il est plus économique, exige moins d'espace et plus actuel. Le centre de documentation est présentement abonné à 14 périodiques; il est prévu d'en conserver 6 en format papier et de passer à la version numérique pour les autres. Le centre de documentation a procédé à un important travail d'évaluation et d'élagage de sa collection au courant de la dernière année. Les travaux se poursuivront au courant des prochains mois. Une structure de veille informationnelle est en cours de développement. L'agent d'information sera appelé à participer au rayonnement scientifique des membres de l'Institut ainsi qu'à la promotion des activités scientifiques de la DRE et des membres de l'Institut.

En juillet 2016, le centre de documentation a publié un numéro de la revue *Psychiatrie et violence*, sur

Érudit, la plateforme interuniversitaire d'édition scientifique francophone (<http://www.erudit.org/revue/pv/2015/v13/n1/index.html>). Cette plate-forme assure une visibilité nationale et internationale pour les collaborateurs de la revue en intégrant la revue à un ensemble de plus de 200 000 documents francophones dans 30 disciplines diverses, et ce, grâce à un moteur de recherche performant.

Au courant de la dernière année, plus d'une cinquantaine d'emprunts ont été faits au centre de documentation ainsi qu'une centaine de prêts entre bibliothèques; 132 recherches ont été effectuées dans la base de données du centre de documentation.

Notons que Normand Beaudet, agent d'information au centre de documentation de l'Institut, est de nouveau président de l'Association des bibliothèques de la santé affiliées à l'Université de Montréal (ABSAUM) Il a participé à l'organisation de la rencontre annuelle de l'ABSAUM le 1^{er} mars dernier. La directrice de la DRE, Anne Crocker est également membre du comité de l'enseignement du RUIS de l'Université de Montréal et est membre du sous-comité des ressources documentaires, qui permettra de faire valoir les besoins et intérêts de l'Institut. Finalement le centre de documentation de l'IPPM, par le biais de l'agent d'information, jouera un rôle clé dans la mise sur pied d'un Observatoire en santé mentale justice dont une subvention du Ministère de la Justice a été octroyée à Mme Crocker et sa collègue Alana Klein de la Faculté de droit de l'Université McGill.

Enfin, la politique sur le centre de documentation, la politique sur les prêts et services au centre de documentation ainsi que la politique de l'enseignement à l'Institut Philippe-Pinel ont été entièrement révisées à l'automne 2016. De manière générale, cette révision a permis de faire la mise à jour des politiques et de les clarifier. Les modifications les plus importantes ont été apportées à la politique de l'enseignement. La nouvelle politique spécifie que la Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire se charge uniquement des stagiaires universitaires, les autres stages relevant maintenant de la Direction des ressources humaines. De plus, la nouvelle politique de l'enseignement précise que les stages d'observation ne sont plus acceptés à l'Institut, cette question ayant été clarifiée au courant de la dernière année.

Organisation d'un colloque

Nous avons revu l'organisation des colloques. Ceux-ci seront dorénavant plus centrés sur la mission spécifique de l'IPPM. Il faut également constater que, dans le contexte économique et organisationnel du réseau de la santé et des services sociaux, la tenue de colloques s'avère plus difficile.

Parmi ses activités de formation, la DRE a organisé un colloque, intitulé « Adolescence et cannabis : enjeux cliniques et de société » les 17 et 18 novembre dernier. La première journée du colloque (17 novembre) s'adressait à tous les intervenants qui travaillent auprès d'une clientèle d'adolescents, qui désirent approfondir leurs connaissances en lien avec les impacts de l'usage du cannabis à l'adolescence, de même que les interventions cliniques à privilégier. En fin de journée, un débat sur les enjeux sociaux, politiques et législatifs entourant la consommation du cannabis a permis d'examiner la question de la légalisation de la marijuana et de ses répercussions. Ce colloque a attiré plus de 150 participants à l'Auditorium ainsi que deux sites distants par visioconférence comprenant 25 participants. Une demi-journée de formation, offerte le 18 novembre, portait sur l'approche « manualisée » pour le traitement des utilisateurs de marijuana à l'adolescence (TUMA), pour les intervenants qui souhaitaient maîtriser davantage les méthodes d'intervention. Cinquante personnes ont participé à cette formation.

En collaboration avec le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, l'Institut de psychiatrie légale du CHUV de Lausanne, l'Institut de psychologie de la faculté des Sciences sociales et politiques de l'UNIL, et l'Université de Poitiers, l'Institut, organise le 3e Congrès francophone Psychiatrie et violence qui aura lieu à l'université de Lausanne du 19 avril au 21 avril 2017. Le congrès a comme thème « Soigner, évaluer, protéger, respecter dans un cadre légal en évolution ». Il vise à offrir un lieu de réflexion et d'élaboration autour de la prise en charge des comportements violents dans la pratique clinique.

Le 25 janvier dernier, Jean-François Allaire, statisticien au Centre de recherche, a offert une formation à l'équipe de recherche de l'un des chercheurs titulaires de l'Institut. La formation intitulée « Introduction à l'utilisation de la syntaxe IBM SPSS Statistics » permet de maîtriser les commandes les plus pertinentes au traitement de données, facilitant ainsi l'analyse des données de recherche. Cette même formation a également été offerte les 28 février et 1^{er} mars à des étudiants et coordonnateurs encadrés par des chercheurs du Centre de recherche.

Un atelier sur la réduction du stress par le yoga et la pleine conscience destinés aux professionnels de la santé a eu lieu à l'automne 2016. Seize personnes se sont inscrites. Les professionnels ont apprécié cette activité. Un autre atelier est offert à compter du 16 mars 2017.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES – BILAN DES RÉALISATIONS

La direction des services techniques a amorcé et réalisé plusieurs projets d'envergure depuis avril 2016. Suite à l'abolition du poste de chargé de projets, une restructuration complète de l'équipe d'encadrement a été effectuée et l'embauche d'un chef des activités techniques et gestion de projets-hygiène-salubrité/buanderie-lingerie s'est concrétisée au courant du mois d'avril. Afin de bonifier l'offre de service, un bureau de gestion de projets a été mis sur pied permettant ainsi de mieux répondre aux différents besoins de l'organisation.

Le secteur « Installations matérielles » de la direction compte 13 postes, tel que des postes de plombier, électricien, ouvrier de maintenance, mécanicien de machineries fixes, mécanicien, menuisier, technicien en contrôle, peintre.

Le secteur « Hygiène-salubrité/Buanderie-lingerie » compte 15 employés à temps complet comme préposé à l'entretien ménager sur des quarts de travail de jour, soir et nuit, ainsi que 3 employés à la buanderie.

Voici les projets qui ont été amorcés ou réalisés en 2016-2017 :

- Modernisation du réseau électrique secondaire
- Mise à jour du système de protection incendie – phase 1
- Mise aux normes des entrées d'eau
- Réfection des ascenseurs – phase 2
- Remplacement des réservoirs journaliers des génératrices
- Remplacement des fenêtres et réparation maçonnerie Pavillon H
- Projet d'économie d'énergie
- Déménagement du CPLM
- Réorganisation des bureaux à l'interne
- Divers travaux aux ateliers et aux loisirs (salle d'entraînement, vestiaires)
- Mise à jour du système de protection incendie – phase 2
- Réfection des ascenseurs – phase 3
- Remplacement de la toiture du secteur des loisirs
- Réfection chaufferie et réseau de chauffage
- Sortie de secours aux services financiers
- Réfection des systèmes de ventilation phase 1
- Réaménagements divers sur unités de vie
- Réfection majeure de l'unité H2
- Peinture des unités H3 et H4

Au niveau du secteur de l'entretien ménager, certaines modifications ont été apportées afin d'optimiser nos pratiques et d'atteindre des standards de qualité. Plusieurs changements concernant les techniques de travail ont permis d'offrir un service de meilleure qualité tout en répondant aux normes d'hygiène et de salubrité exigées par le MSSS. De nouvelles routes de travail, de nouveaux équipements, de nouveaux produits, de nouvelles façons de faire ainsi que quelques formations offertes aux employés ont facilité la mise en application de meilleures pratiques et par le fait même, d'accroître la performance du service.

Les défis de la direction des services techniques sont nombreux. La vétusté de notre bâtiment s'avère être le plus gros défi de la direction, notre infrastructure vieille de plus de 45 ans nécessite beaucoup d'entretien et de réparations. Plusieurs projets d'envergure sont à prévoir et à planifier pour la prochaine année.

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

N°	Titre de l'attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État: R = réalisée à 100 % NR = non réalisée à 100 % NA = non applicable
1.1	Bilan des activités réalisées	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	R
1.2	Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	NA (annulé par le MSSS pour l'établissement)
2.6	Application du nouveau lexique des variables du relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R
2.7	Portrait des lits de soins et services postaigus	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R

3.1	Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la fédération des médecins spécialistes du Québec	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	R (annulé par le MSSS pour l'ensemble des établissements)
4.1	Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R
4.2	Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R
5.3	Sécurité civile	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	R
5.4	Gestion des risques en sécurité civile - santé et services sociaux	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	R
6.1	Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R

6.2	Diagnostic et plan d'action à l'égard des personnes handicapées	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R
7.1	Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés	<ul style="list-style-type: none"> • Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); • Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; • Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; • Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; • Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). 	R

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

Agrément

En 2014, l'Institut a obtenu un agrément avec mention. Deux suivis importants étaient demandés soit la mise en place d'un plan sur la sécurité des patients et la mise en place d'un plan de gestion intégrée de la qualité. Le premier a été transmis à l'Agrément pendant l'exercice financier 2014-2015. Toutefois, il a été actualisé tout au long des années 2014-2015 et 2015-2016. Le second plan demandé a été élaboré pendant l'exercice financier 2015-2016, mais approuvé par la direction et le comité de vigilance et de qualité en 2016-2017 (avril 2016). L'agrément a d'ailleurs approuvé le tout en cours de l'exercice 2016-2017.

De plus, quelques suivis en lien avec la gouvernance de l'établissement et le comité de direction devaient être faits. Ces suivis se résumaient à la révision des procédures du Conseil d'administration, l'amélioration des communications des grandes orientations stratégiques de l'organisation, etc. À cet effet, le CA approuvait en 2016 son nouveau Règlement sur la régie interne (Résolution CA-2016-019), ce qui engageait une révision importante de ses propres procédures. De plus, l'élaboration de la planification stratégique et la mise en place de la salle de pilotage ont permis d'améliorer la communication des orientations stratégiques, tout en offrant au comité de direction un outil efficace de gestion.

Notons qu'en 2018, le processus d'agrément se remettra en branle et l'ensemble du personnel sera mobilisé pour y participer.

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

Mesures planifiées					
	Patients distincts (P.D.) / Nd interventions				
Année de référence	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	Variation 2013-2017
MUE	436 P.D.	425 P.D.	359 P.D.	402 P.D.	↓ 7,8 % P.D.
Contrôle ambulatoire	99 P.D.	70 P.D.	75 P.D.	96 P.D.	↓ 3,0 % P.D.
Chaise fixe	44 P.D.	42 P.D.	51 P.D.	60 P.D.	↑ 36,3 % P.D.
Mesure d'urgence appréhendée	226 P.D./ 1396 Int.	222 P.D./ 1128 Int.	171 P.D./ 442 Int.	123 P.D./ 332 Int.	↓ 45,5% P.D. ↓ 76 % Int.
Mesures non-planifiées					
	Patients distincts (P.D.) / Nd interventions				
Année de référence	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	Variation 2013-2017
Mesure d'urgence	123 P.D./ 370 Int.	160P.D./ 502 Int.	266 P.D./ 1666 Int.	408 P.D./ 4037 Int.	↑ 332 % P.D. ↑ 1091 % Int.
Contention au lit x 4 membres	132 P.D./ 871 Int.	111P.D./ 362 Int.	117 P.D./ 493 Int.	101 P.D./ 432 Int.	↓ 23,5 % P.D. ↓ 50,5 % Int.

Au cours des quatre dernières années, nous observons une diminution des mesures de contrôle planifiées (Mesure Ultime Encadrement, contrôle ambulatoire et mesure d'urgence appréhendée) dans l'établissement. Cependant nous constatons également que ces mesures ont augmenté au cours de la dernière année. Nous faisons l'hypothèse que la démarche pour rediriger les patients en niveau de soins alternatif vers les ressources appropriées à leurs besoins au cours de la dernière année nous aura permis d'accueillir une clientèle nécessitant un encadrement clinique et sécuritaire maximum.

Nous remarquons encore cette année le changement de pratique privilégiant l'utilisation de mesures de remplacement qui explique la réduction de l'utilisation des mesures d'urgence appréhendées. La formation du personnel sur le cadre légal de l'application des mesures de contrôle aura permis une meilleure compréhension et appropriation des bonnes pratiques.

En ce qui concerne les mesures non-planifiées, nous observons une augmentation importante des mesures d'urgence. Ce constat est le reflet d'un changement de pratique au niveau de la gestion du risque de violence. Ce changement est fortement influencé par la recherche de l'intervention la moins contraignante pour la gestion du risque de violence.

LES CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Nous n'avons aucune recommandation faite par le coroner.

PERSONNES MISES SOUS GARDE

	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventives appliquées	7
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	7
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	5
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	6
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	6
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	13
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)	29
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	21
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	24

COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Bilan des activités de la commissaire

Lors de l'année 2016-2017, la Commissaire a participé aux activités internes et externes suivantes :

Activités internes

- Participation à l'activité de promotion des droits des usagers (volet « droit de porter plainte »)
- Participation à plusieurs « conférences du mercredi » organisées par la Direction de la recherche et de l'enseignement de l'IPPM
- Membre du comité de vigilance et de la qualité
- Collaboration avec le comité des usagers

Activités externes

- Maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke en cours (cours de psychiatrie légale à la session « automne 2016 »)
- Membre du Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec : participation aux rencontres
- Participation au Colloque du Barreau du Québec sur la protection des personnes vulnérables
- Participation à la formation offerte par l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP) sur l'évaluation de la qualité de l'acte
- Participation au colloque annuel des Programmes en droit et politiques de la santé sur le droit et la santé en fin de vie
- Participation à la journée-conférence organisée par le Regroupement des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services du Québec sur les principes de base de la formulation du jugement par l'honorable Henri Richard, juge à la Cour du Québec, et sur la psychologie et la gestion de certaines situations problématiques par Professeur Gérard Ouimet
- Participation à la formation sur l'examen des plaintes par le médecin examinateur offerte par l'ACMDP

- Participation à la formation sur la rédaction des conclusions offerte par Me Simon Gagné, avocat associé chez Lavery
- Participation au séminaire sur le consentement et la vulnérabilité dans la relation de soins organisé par la Faculté de droit de l'Université McGill
- Participation au panel de discussion sur la loi P-38 : levier ou obstacle en santé mentale organisé par la Faculté de droit de l'Université McGill

Dossiers traités pendant l'année 2016-2017

La Commissaire a reçu, durant cette période, trois cent quatre-vingt-dix (390) dossiers.

Types de dossiers	Nombre de dossiers
Demandes d'assistance	32
Plaintes	270
Consultations	26
Plaintes médicales	43
Interventions	18
TOTAL	390

Délais de traitement

Délais de traitement	Nombre de dossiers de plaintes conclus	%
1 jour	16	6,1 %
2 à 15 jours	51	19,3 %
16 à 30 jours	51	19,3 %
31 à 45 jours	111	42,0 %
46 à 60 jours	35	13,3 %

Le délai moyen pour traiter un dossier de plainte est de 32 jours.

Le tableau concernant le délai de traitement des dossiers de plaintes démontre que la problématique qui avait été documentée lors de l'année 2015-2016 s'est nettement améliorée pendant l'année 2016-2017, et ce malgré une hausse de 66% du nombre de plaintes reçues. De fait, en 2015-2016, 53% des dossiers avaient été traités hors du délai de 45 jours prévu par la LSSSS (paragraphe 6 de l'article 33). En 2016-2017, seulement 13.3% des dossiers ont été traités hors du délai légal prévu.

Dans son rapport annuel 2015-2016, la Commissaire s'était donné, parmi les objectifs fixés lors de son entrée en fonction, celui de rétablir le traitement des plaintes à l'intérieur du délai légal prescrit, et même de réduire ce délai, dans la mesure du possible, de façon à ce que les situations soulevées par les usagers soient réglées dans les meilleurs délais, ou du moins qu'ils obtiennent des explications ou des clarifications leur permettant de les éclairer et possiblement de les rassurer le plus rapidement possible.

La Commissaire s'est affairée à atteindre cet objectif tout au cours de l'année 2016-2017, mais ce non sans embûches. En effet, comme souligné précédemment, une hausse importante des plaintes reçues (66%) a été constatée au cours de l'année 2016-2017. Or, non seulement une hausse des dossiers de plaintes reçus, a-t-elle été observée, mais également une hausse de tous les types de dossiers confondus. En effet, le nombre total de dossiers reçus en 2016-2017 a connu un bond de 87%. Les causes probables de cette hausse seront discutées dans la Partie 3 du présent rapport. La Commissaire a ainsi connu un certain encombrement lié à cette augmentation considérable des

dossiers reçus qu'elle devait traiter, ce qui a occasionné une certaine difficulté quant au respect du délai légal. Étant présente à l'IPPM seulement trois jours par semaine, il fut souvent ardu d'effectuer les nombreuses enquêtes, d'obtenir toutes les informations requises de la part de divers intervenants concernés, de rédiger et transmettre des conclusions au plaignant à l'intérieur du délai de 45 jours.

Même dans des conditions les plus optimales, il est important de noter que des délais de traitement des plaintes de plus de 45 jours peuvent être observés et sont parfois nécessaires. Ces délais sont reliés à la complexité des situations examinées ou encore à la mise en œuvre de solutions appropriées qui impliquent souvent la collaboration de différents intervenants ou d'une direction lorsque les gestionnaires ne sont pas en mesure de fournir les éléments demandés par la Commissaire. Par ailleurs, certains usagers transmettent des informations supplémentaires en cours d'analyse, ce qui exige que la Commissaire effectue des vérifications supplémentaires, alors que le délai court toujours.

Faits saillants du bilan des activités de la commissaire

En 2016-2017, le bureau de la Commissaire a traité 390 dossiers qui se répartissent comme suit :

- 33 demandes d'aide ou d'assistance
- 270 plaintes
- 26 demandes de consultation
- 18 interventions
- 43 plaintes médicales

Une hausse de 66 % des plaintes reçues est constatée pour l'année 2016-2017 par rapport à l'année 2015-2016 et de 101 % par rapport à l'année 2014-2015

La problématique au niveau des délais de traitement des dossiers de plaintes qui avait été constatée pour l'année 2015-2016 s'est nettement améliorée puisque 87 % des dossiers de plaintes traitées pendant l'année 2016-2017 l'ont été à l'intérieur du délai légal alors que seulement 47 % l'avaient été pendant l'année 2015-2016

Des 396 motifs de plainte examinés par la Commissaire :

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

Des 69 motifs de plainte examinés par les médecins examinateurs :

- 52 portaient sur les soins et services dispensés

Sommaire des actions prises

Bien que chaque plainte n'entraîne pas nécessairement la prise de mesures correctives ou de recommandations, l'examen de la plupart d'entre elles entraîne une action par la Commissaire telle que :

- Clarification
- Conciliation
- Démarche d'amélioration
- Information générale
- Intercession / liaison

- Obtention d'un soin ou d'un service
- Autres

Recommandations de la commissaire

Cette partie du bilan fait état des mesures recommandées par la Commissaire en vue d'améliorer le niveau de satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

Lorsque l'étude d'une plainte permet d'établir que plusieurs usagers ont pu être lésés dans des circonstances identiques, il importe d'étendre les correctifs envisagés à l'ensemble des personnes affectées. La préoccupation systémique fait partie du consensus et doit être présente dans l'analyse de chaque cas.

Ont ainsi fait l'objet de recommandations les éléments suivants :

- Rappel au personnel soignant d'une unité de soins relativement du recours aux mesures d'urgence, lequel doit s'effectuer conformément à l'art 8 du Règlement concernant les patients de l'IPPM, et, suite à une analyse de la situation s'étant produite, de revoir en équipe le plan d'intervention individualisé de l'utilisateur impliqué, de façon à planifier l'utilisation future de toutes les mesures de remplacement disponibles.
- Rappel auprès des agents d'intervention du Centre de prévention des urgences relativement aux principes préconisés par l'établissement lors des interventions auprès des usagers (identifier, décrire et expliquer au patient les manœuvres qui seront réalisées avant de commencer ; courtoisie, respect, intervention personnalisée et sécuritaire).
- Mise en place d'un outil de communication lors d'éclosion de gastro-entérite.
- Développement d'une politique concernant le retour en chambre d'un usager, laquelle devra mettre l'accent sur l'intervention de pacification et la recherche avec le patient d'une mesure de remplacement avant toute demande au patient de retour en chambre.
- Amélioration du système de courrier destiné aux usagers, de manière à réduire le délai de réception dudit courrier.
- Rappel au personnel soignant concerné par une intervention concernant les critères légaux pour recourir à une mesure de contrôle telle que l'isolement et à la nécessité de bien documenter le tout au dossier de l'utilisateur.
- Faire en sorte que les usagers n'aient pas à attendre indument lors de leur retour de sortie en raison de la non-disponibilité du personnel pour effectuer les fouilles. Ceci s'est traduit par la création d'un comité par la Direction générale chargé de trouver une solution au problème de retour de sorties des usagers lors des périodes de parloir.
- Sensibilisation d'un employé relativement à un manquement au niveau de la documentation d'un soin prodigué aux notes évolutives et transmissions des attentes du supérieur immédiat concernant les devoirs déontologique et professionnel concernant la prise de notes au dossier des usagers.
- Sensibilisation d'un employé quant au fait qu'en présence d'une prescription de mesure de soins ponctuels « au besoin », la décision d'y recourir doit être évaluée par l'infirmière à chaque fois que la situation se présente et que le dossier doit comporter des notes documentant et appuyant cette décision.
- Assignation d'un nouvel usager à la tâche de nettoyage des tables d'une unité de soins, étant donné que celui qui s'acquittait de cette tâche n'était pas en mesure de le faire de façon convenable et hygiénique.
- Tenir une rencontre avec les intervenants possiblement concernés par une situation particulière, afin de leur rappeler l'importance de bien écouter les craintes de l'utilisateur, de tenter de comprendre leur inconfort, de les rassurer et de trouver des moyens avec l'utilisateur qui puissent régler ou apaiser la problématique.

- Évaluer la possibilité que les vêtements soient déposés à un autre endroit que sur les tables près des casiers à lingerie dans la salle commune des unités de soins afin d'assurer une certaine intimité.
- Suivis disciplinaires d'employés recommandés pour commentaires inappropriés tenus envers un usager.
- Rappel auprès du personnel d'une unité la possibilité d'obtenir un met de substitution à la cafétéria lorsqu'un usager présente une aversion au repas offert.
- Rappel auprès du personnel d'une unité de soins (commis, personnel soignant et professionnels) relativement à l'importance de documenter au dossier du patient les informations qui sont reçues des personnes de l'extérieur (refus de communication).
- Rappel auprès du personnel soignant quant à l'obligation, lors du recours à une mesure de contrôle, de réaliser des visites de surveillance et d'évaluation aux 15 minutes ou plus fréquemment si l'état de l'usager le nécessite, de manière à ce que la pertinence du maintien de la mesure soit réévaluée de façon continue, le tout conformément à la Loi et conformément à l'article 8 du Règlement concernant les patients de l'IPPM.
- Élaboration d'un document qui permet de documenter systématiquement les visites de surveillance et d'évaluation requises aux 15 minutes lors du recours à une mesure de contrôle et donc, de s'assurer qu'elles sont réalisées.
- Sensibilisation des intervenants quant à l'importance de ne pas tenir des discussions à potentiel d'escalade près de la porte de l'unité.
- Réalisation de démarches auprès de l'établissement de détention Leclerc afin que les biens des usagères les suivent lors de leur transfert vers l'IPPM.
- Rencontre formelle entre le supérieur immédiat et un employé afin de lui faire part de ses attentes quant à l'obligation de ne pas utiliser, en aucun temps, des paroles ou des gestes relevant de la menace ou de la punition auprès d'un usager.
- Sensibilisation du personnel infirmier d'une unité de soins relativement aux éléments essentiels à documenter au dossier lorsqu'une médication PRN est offerte à un usager.
- Élaboration d'une politique relative au respect et aux limites de la liberté d'expression religieuse des patients.
- Formations appropriées dispensées à tous les agents du Centre de prévention des urgences et rappel au personnel que, en aucun temps, un agent du CPU n'ayant pas reçu la formation requise ne peut-il participer à une intervention nécessitant l'utilisation du bouclier de protection.
- Rappel aux équipes soignantes quant à leur obligation de référer immédiatement et automatiquement un usager qui fait une demande d'accès à son dossier médical au service des archives et de l'accompagner, au besoin, dans cette démarche à suivre, et ce afin de respecter les droits des usagers en matière d'accès à leur dossier.
- S'assurer qu'un criminologue clarifie, dans la mesure du possible, avec un usager son statut légal en lui expliquant les concepts sur lesquels reposent les jugements qui ont conduit à sa détention à l'IPPM, soit : aptitude à subir son procès, non-responsabilité criminelle ou mandat de la commission d'examen des troubles mentaux.

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

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

7. RESSOURCES HUMAINES

Gestion et contrôle des effectifs

Les cibles 2016-2017 proviennent des engagements pris en vertu de l'entente de gestion et d'imputabilité.

Au 31 mars 2017, les cibles ont été légèrement dépassées. Cet écart s'explique par le temps supplémentaire qui a augmenté en lien avec les besoins accrus en termes de sécurité et d'accompagnement des patients.

AUTRES INDICATEURS

Indicateurs	Engagements 2016-2017	Réel 2016-2017	Cible 2020 Établissement	Objectifs du plan stratégique 2015-2020
Plan stratégique 3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,00	6,89	5,19	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
Plan stratégique 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	5,45	5,80	4,98	
Plan stratégique 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	0,50	0,37	0,41	

RATIO D'HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE

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

Pour l'année financière 2016-2017, 66 personnes en assurance salaire ont été évaluées par les médecins de gestion engagés l'IPPM. Des lettres aux médecins traitants, afin de suggérer des retours au travail progressif et des modifications de traitements, ont été envoyées à la suite de chacune des évaluations. Nous avons eu 52 personnes en retour progressif.

En collaboration avec notre Programme d'aide aux employés, nous avons donné 3 conférences-midi sur différents sujets en lien avec le stress et la santé psychologique. Diverses options ont été faites et sont envisagées pour la prochaine année :

- Poursuite de la gestion stratégique et rigoureuse de l'assurance salaire;
- Documenter les dossiers médicaux et les suivis et traitements dans les dossiers d'absence.
- Contact et suivi auprès des médecins traitants suite aux recommandations de nos médecins experts.
- Maximiser le logiciel Prasad (rapports statistiques).
- Favoriser et négocier les retours au travail progressif dans les conditions favorables.
- Demander, selon le cas, des arbitrages médicaux.
- Favoriser auprès des gestionnaires les retours au travail des employés absents.
- Soutien et support aux gestionnaires en lien avec la gestion de la présence.

TAUX D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Temps supplémentaire et temps supplémentaire obligatoire

L'année 2016-2017 a été teintée par un nombre record de temps supplémentaire obligatoire au courant de la période estivale. Malgré une planification estivale habituelle dans tous les titres d'emploi, des circonstances exceptionnelles ont fait grimper le nombre d'heures en temps supplémentaires, surtout pour les psychothérapeutes et les agents d'intervention-garde. De fait, une hausse des absences long terme (assurance-salaire et absences CSST) combinée à des demandes de surplus (services privés, hospitalisations, urgences médicales) inattendus et inhabituels (5068,75 heures d'urgences médicales et hospitalisations contre 536 heures pour la même période en 2015 et 4937,75 heures de services privés ou renforts contre 432,75 heures pour la même période en 2015) ont entraîné une pénurie de personnel. Tous ces besoins de l'organisation n'ont pu être comblés par le personnel déjà présents, ce qui a entraîné le nombre d'heures en temps supplémentaire obligatoire que l'on connaît, soit 141.

Cette situation exceptionnelle a amené employés et directions à travailler ensemble sur des pistes de solutions afin que la situation ne se répète pas.

UTILISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE

La main d'œuvre indépendante est utilisée à l'IPPM car plusieurs corps de métier ne font pas partie de la main d'œuvre régulière de l'Institut. De plus, des travaux majeurs sont présentement en cours pour rajeunir les ressources immobilières et garantir des économies d'énergie futures à l'organisation. Nous avons été en mesure toutefois de maintenir un taux de MOI en deçà de la cible fixée de par une gestion optimale des projets en cours de réalisation.

1. RESSOURCES FINANCIÈRES

Rapport de la direction

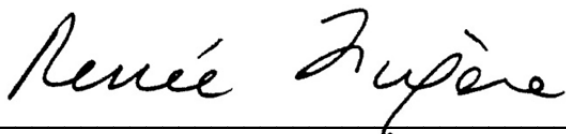
Les états financiers de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de la gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitter des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. dûment mandatées pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l. peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Renée Fugère
Présidente-directrice générale



Yann Belzile
Directeur général adjoint
Responsable du Service des ressources financières



Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
La Tour Deloitte
1190, avenue des
Canadiens-de-Montréal
Bureau 500
Montréal (Québec) H3B 0M7
Canada

Tél. : 514-393-7115
Télec. : 514-390-4111
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

Les états financiers résumés ci-joints de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion non modifiée sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2017. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

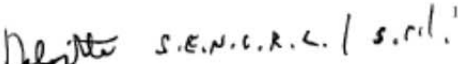
Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Institut de Philippe-Pinel de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.


Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.¹

Le 22 juin 2017

¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A110078

Résultats financiers

Voici les résultats financiers tels présentés au conseil d'administration le 14 juin 2017.

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	47 903 567	52 406 883	1 657 545	54 064 428	52 972 058
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	3 981 782	3 816 410	XXXX	3 816 410	4 056 152
Ventes de services et recouvrements	4	432 000	505 194	XXXX	505 194	592 101
Donations (FI:P294)	5					36 818
Revenus de placement (FI:P302)	6					
Revenus de type commercial	7	520 000	335 077		335 077	345 495
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	465 983	687 148	25 877	713 025	794 748
TOTAL (L.01 à L.11)	12	53 303 332	57 750 712	1 683 422	59 434 134	58 797 372
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	47 878 780	49 497 935	XXXX	49 497 935	49 787 091
Médicaments	14	700 100	741 379	XXXX	741 379	668 673
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales	16	60 265	71 869	XXXX	71 869	77 783
Denrées alimentaires	17	1 085 500	1 089 096	XXXX	1 089 096	1 100 117
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18			XXXX		
Frais financiers (FI:P325)	19	595 997	173 301	486 972	660 273	596 904
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	894 225	871 126		871 126	906 307
Créances douteuses	21	180 000	218 682	XXXX	218 682	175 384
Loyers	22	90 000	92 750	XXXX	92 750	184 027
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 158 859	XXXX	1 196 450	1 196 450	1 158 859
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
Dépenses de transfert	25			XXXX		
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	4 838 084	4 953 997		4 953 997	4 465 029
TOTAL (L.13 à L.27)	28	57 481 810	57 710 135	1 683 422	59 393 557	59 120 174
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(4 178 478)	40 577	0	40 577	(322 802)

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	46 353 442	52 306 700	100 183	52 406 883	51 421 933
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	3 981 782	3 816 410	XXXX	3 816 410	4 056 152
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	432 000	505 194	XXXX	505 194	592 101
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					36 818
Revenus de placement (P302)	6					
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	520 000		335 077	335 077	345 495
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	431 727	53 585	633 563	687 148	760 492
TOTAL (L.01 à L.11)	12	51 718 951	56 681 889	1 068 823	57 750 712	57 212 991
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	47 878 780	49 089 854	408 081	49 497 935	49 787 091
Médicaments (P750)	14	700 100	741 379	XXXX	741 379	668 673
Produits sanguins	15			XXXX		
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	60 265	71 869	XXXX	71 869	77 783
Denrées alimentaires	17	1 085 500	1 089 096	XXXX	1 089 096	1 100 117
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P850)	18			XXXX		
Frais financiers (P325)	19	180 000	173 301	XXXX	173 301	180 907
Entretien et réparations (P325)	20	884 700	871 126		871 126	896 782
Créances douteuses (C2:P301)	21	180 000	218 682		218 682	175 384
Loyers	22	90 000	92 750		92 750	184 027
Dépenses de transfert (P325)	23					
Autres charges (P325)	24	4 838 084	4 376 531	577 466	4 953 997	4 465 029
TOTAL (L.13 à L.24)	25	55 897 429	56 724 588	985 547	57 710 135	57 535 793
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(4 178 478)	(42 699)	83 276	40 577	(322 802)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(13 238 549)		(13 238 549)	(12 915 747)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(13 238 549)		(13 238 549)	(12 915 747)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	40 577		40 577	(322 802)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(13 197 972)		(13 197 972)	(13 238 549)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	90 297	49 720	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(13 288 269)	(13 288 269)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(13 197 972)	(13 238 549)	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (G1+G2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	3 028 698	(375 676)	2 653 022	712 031
Placements temporaires	2				
Débiteurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	3	6 008 004	110 841	6 118 845	11 001 782
Autres débiteurs (FE: P360, FI: P400)	4	1 259 882	90 778	1 350 640	1 058 439
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(113 621)	113 621	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE: P362, FI: P408)	7	5 080 226	2 614 030	7 694 256	7 492 276
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	119 679	119 679	98 797
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	522 326		522 326	482 435
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	15 785 495	2 673 273	18 458 768	20 845 760
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	16 100 000	3 102 416	19 202 416	20 756 920
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	6 749 531	133 820	6 883 351	6 686 435
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	12 089	110 841	122 930	187 027
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	264 510	139 381	403 891	362 151
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	19 323 240	19 323 240	18 230 252
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	6 132 139	XXXX	6 132 139	6 144 250
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	78 294		78 294	89 923
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	29 336 563	22 809 696	52 146 261	52 456 958
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(13 551 068)	(20 136 425)	(33 687 493)	(31 611 198)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	20 136 425	20 136 425	18 000 895
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	220 272	XXXX	220 272	206 164
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	132 824		132 824	165 590
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	353 096	20 136 425	20 489 521	18 372 649
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(13 197 972)	0	(13 197 972)	(13 238 549)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(31 611 198)	(13 610 303)	(18 000 895)	(31 611 198)	(29 985 828)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(31 611 198)	(13 610 303)	(18 000 895)	(31 611 198)	(29 985 828)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		40 577		40 577	(322 802)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(3 331 980)	(3 331 980)	(2 459 216)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	1 158 859	XXXX	1 196 450	1 196 450	1 158 859
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	1 158 859	XXXX	(2 135 530)	(2 135 530)	(1 300 357)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(14 108)	XXXX	(14 108)	(7 676)
Acquisition de frais payés d'avance	16		32 766		32 766	5 465
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18					
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		18 658		18 658	(2 211)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	1 158 859	59 235	(2 135 530)	(2 076 295)	(1 625 370)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(30 452 339)	(13 551 068)	(20 136 425)	(33 687 493)	(31 611 198)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	40 577	(322 802)	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	18 658	(2 211)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4			
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(25 877)	(34 256)	
Amortissement des immobilisations	8	1 196 450	1 158 859	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	(20 882)	(52 080)	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(184 639)	(426 678)	
Autres (préciser P297)	13			
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	983 710	643 634	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	4 679 088	(2 982 237)	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	5 703 375	(2 661 405)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(3 300 868)	(2 602 777)	
Produits de disposition d'immobilisations	18			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(3 300 868)	(2 602 777)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20			
Placements de portefeuille effectués	21			
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24			

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	2 072 214	9 097 480	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(979 226)	(646 000)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(2 600 000)	2 500 000	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	5 762 269	3 931 544	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(4 716 773)	(9 241 592)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	(461 516)	5 641 432	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	1 940 991	377 250	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	712 031	334 781	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	2 653 022	712 031	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	2 653 022	712 031	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14			
TOTAL (L.13 + L.14)	15	2 653 022	712 031	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	4 882 937	(3 158 998)	
Autres débiteurs	2	(292 201)	222 996	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	(17 341)	4 184	
Frais reportés liés aux dettes	5			
Autres éléments d'actifs	6	(39 891)	(120 945)	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	165 804	1 315 297	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9		(1 734 128)	
Intérêts courus à payer	10	(64 097)	84 144	
Revenus reportés	11	67 617	(13 786)	
Passif au titre des sites contaminés	12			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	(12 111)	185 515	
Autres éléments de passifs	14	(11 629)	233 484	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	4 679 088	(2 982 237)	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	109 521	78 409	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18			
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	12 747	5 002	
Intérêts encaissés (revenus)	20	11 009	5 002	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	656 423	596 904	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	720 520	512 760	

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:								
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:								
Activités scientifiques	2							
Perfectionnement	3							
Activités d'enseignement	4	4 522				4 522	0	
Qualité de vie des employés	5	13 975	(9 999)	3 790	(5 515)	13 281	(9 305)	
CIFAS	6	25 681			5 515	20 166	5 515	
Fonds d'immo	7		9 999			9 999	0	
...	8							
...	9							
...	10							
...	11							
...	12							
...	13							
...	14							
...	15							
...	16							
...	17							
...	18							
...	19							
...	20							
...	21							
...	22							
...	23							
...	24							
Autres (préciser P297)	25							
TOTAL (L.01 à L.25)	26	44 178	0	3 790	0	47 968	(3 790)	
DOTATIONS								
Capital	27							
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:								
...	29							
...	30							
...	31							
...	32							
...	33							
Autres (préciser P297)	34							
TOTAL (L.27 à L.34)	35							
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	44 178		3 790		47 968	(3 790)	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:								
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37							
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38	34 179		3 790		37 969	(3 790)	
Fonds Immobilisations (P294)	39	9 999				9 999	0	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	44 178		3 790		47 968	(3 790)	

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
SANTÉ PUBLIQUE				
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	1			
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	2			
4130 Maladies infectieuses	3			
4140 Autres activités de santé publique	4			
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	5			
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	6			
6540 Services dentaires préventifs	7			
6761 Surveillance continue de l'état de santé de la population	8			
6762 Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes	9			
6763 Promotion de la santé et du bien-être	10			
6764 Protection de la santé	11			
6765 Fonctions de soutien	12			
7157 Gestion et soutien aux programmes santé publique	13			
7984 Activités spéciales - Santé publique	14			
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	15			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16			
Charges non réparties par programmes-services	17			
Transfert de frais généraux	18			
TOTAL - SANTÉ PUBLIQUE (L.01 à L.18)	19			
SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE				
5921 Intervention de crise dans le milieu 24/7 - Services sociaux généraux	20		XXXX	XXXX
5960 Autres services téléphoniques régionaux	21			
5970 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-social)	22			
5980 Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille ou de cliniques-réseau	23			
5990 Pratique des sages-femmes	24			
6090 Info santé 8-1-1	25			
6304 Unité de médecine familiale-Groupe de médecine de famille universitaire (UMF/GMF-U)	26			
6308 Services de santé courants (hors territoire)	27	XXXX		XXXX
6460 Services aux revendicateurs du statut de réfugié	28			
6510 Santé parentale et infantile	29			
6562 Services psychosociaux - Autres que GAD	30	XXXX		XXXX
6568 Services psychosociaux (hors territoire)	31	XXXX		XXXX
6590 Santé scolaire	32			
6720 Accueil, analyse, orientation et référence (AADR) - Services sociaux généraux	33		XXXX	XXXX
6730 Consultation sociale et psychologique de courte durée	34		XXXX	XXXX
6740 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	35		XXXX	XXXX
7154 Gestion et soutien d'une centrale	36			
7981 Activités spéciales - Services généraux	37			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	38			
Charges non réparties par programmes-services	39			
Transfert de frais généraux	40			
TOTAL - SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (L.20 à L.40)	41			

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES				
5514 Ressources intermédiaires - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	1			
5534 Résidences d'accueil - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	2			
5544 Autres ressources - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	3			
5554 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SAPA	4			
6058 Gériatrie active	5			
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	6			
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	7			
6174 Soins infirmiers à domicile continus	8			
6290 Hôpital de jour gériatrique	9			
6380 Services ambulatoires en psychogériatrie	10			
6532 Aide à domicile continue	11			
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	12			
6988 Foyers de groupe - Perte d'autonomie liée au vieillissement	13			
7120 Intervention communautaire - Service à domicile	14			
7985 Activités spéciales - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	15			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16			
Charges non réparties par programmes-services	17			
Transfert de frais généraux	18			
TOTAL - SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (L.01 à L.18)	19			

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
DÉFICIENCE PHYSIQUE				
5517 Ressources intermédiaires - Déficience physique	1			
5527 Familles d'accueil - Déficience physique	2			
5537 Résidences d'accueil - Déficience physique	3			
5547 Autres ressources - Déficience physique	4			
5557 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-DP	5			
6321 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - Déficience motrice	6			
6801 Pharmacie - Déficience motrice	7			
6973 Centre de jour - Déficience physique	8			
6984 Foyers de groupe - Déficience physique	9			
7012 Atelier du travail - Déficience physique	10			
7022 Support des stages en milieu de travail - Déficience physique	11			
7032 Intégration à l'emploi - Déficience physique	12			
7042 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience physique)	13			
7052 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue - Déficience physique	14			
7081 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique	15			
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Déficience physique	16			
7391 Déplacement des personnes ayant une déficience physique	17			
7987 Activités spéciales - Déficience physique	18			
8002 Évaluation, expertise et orientation - Déficience physique	19			
8010 Plan de services individualisé - Déficience physique	20			
8060 Adaptation / réadaptation - Déficience visuelle	21			
8070 Adaptation / réadaptation - Déficience auditive	22			
8080 Adaptation / réadaptation - Déficience du langage et de la parole	23			
8090 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique	24			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25			
Charges non réparties par programmes-services	26			
Transfert de frais généraux	27			
TOTAL - DÉFICIENCE PHYSIQUE (L.01 A L.27)	28			

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA				
5516 Ressources intermédiaires - DI et TSA	1			
5526 Familles d'accueil - DI et TSA	2			
5536 Résidences d'accueil - DI et TSA	3			
5546 Autres ressources - DI et TSA	4			
5556 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF - DI et TSA	5			
6910 Services d'assistance éducative spécialisée à la famille et aux proches - DI et TSA	6			
6920 Services de soutien spécialisé aux partenaires - DI et TSA	7			
6945 Internat - DI et TSA	8			
6983 Foyers de groupe - DI et TSA	9	XXXX		XXXX
7001 Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - DI et TSA	10			
7011 Atelier de travail - DI et TSA	11			
7024 Support des stages individuels - DI et TSA	12			
7025 Support des plateaux de travail - DI et TSA	13			
7031 Intégration à l'emploi - DI et TSA	14			
7041 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (DI et TSA)	15			
7051 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue - DI et TSA	16			
7082 Soutien aux familles des personnes présentant une déficience intellectuelle - allocations	17			
7083 Soutien aux familles de personnes ayant un TSA - Allocations	18			
7101 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - DI et TSA	19			
7180 Soutien aux programmes - CRDI	20			
7392 Déplacement des personnes présentant une déficience intellectuelle	21			
7986 Activités spéciales - DI et TSA	22			
8001 Accueil, évaluation et orientation - DI et TSA	23			
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - DI et TSA	24			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25			
Charges non réparties par programmes-services	26			
Transfert de frais généraux	27			
TOTAL - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA (L.01 à L.27)	28			

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
JEUNES EN DIFFICULTÉ				
5100 Accueil à la jeunesse (LPJ - LSJPA - L5555)	1			
5200 Évaluation/orientation et accès (LPJ - LSJPA - L5555)	2			
5400 Assistance et support aux jeunes et à la famille (LPJ - LSJPA - L5555)	3			
5501 Unités de vie pour jeunes - Ouverte	4			
5502 Unités de vie pour jeunes - Fermée (LPJ - LSJPA)	5			
5505 Unités de vie ouvertes pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (LPJ - L5555)	6			
5511 Ressources intermédiaires - Jeunes en difficulté	7			
5521 Familles d'accueil - Jeunes en difficulté	8			
5541 Autres ressources - Jeunes en difficulté	9			
5580 Postulants familles d'accueil de proximité - Jeunes en difficulté	10			
5590 Tutelle à un enfant	11			
5600 Services externes (LPJ - LSJPA - L5555)	12			
5700 Révision des mesures (LPJ)	13			
5810 Expertise à la Cour supérieure (L5555)	14			
5820 Médiation familiale (L5555)	15			
5830 Recherche d'antécédents et retrouvailles (L5555)	16			
5850 Contentieux (LPJ - LSJPA - L5555)	17			
5860 Santé des jeunes (LPJ - LSJPA - L5555)	18			
5870 Adoption (L5555)	19			
5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	20			
6989 Foyers de groupe - Jeunes en difficulté (LPJ - LSJPA - L5555)	21			
7989 Activités spéciales - Jeunes en difficulté	22			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	23			
Charges non réparties par programmes-services	24			
Transfert de frais généraux	25			
TOTAL - JEUNES EN DIFFICULTÉ (L.01 à L.25)	26			
DÉPENDANCES				
5515 Ressources intermédiaires - Dépendances	27			
5525 Familles d'accueil - Dépendances	28			
5535 Résidences d'accueil - Dépendances	29			
5545 Autres ressources - Dépendances	30			
6340 Désintoxication interne en milieu hospitalier	31			
6670 Services spécialisés en toxicomanie - Usagers admis	32			
6680 Services externes en toxicomanie	33			
6690 Unité d'intervention brève de traitement en toxicomanie	34			
7988 Activités spéciales - Dépendances	35			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	36			
Charges non réparties par programmes-services	37			
Transfert de frais généraux	38			
TOTAL - DÉPENDANCES (L.27 à L.38)	39			

Fonds d'exploitation-Activités principales exercice terminé le 31 mars 2017 - NON AUDITÉE

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
SANTÉ MENTALE				
5410 Soutien aux services de santé mentale (LSSSS)	1			
5504 Unités de vie ouvertes pour jeunes - Santé mentale	2			
5513 Ressources intermédiaires - Santé mentale	3			
5523 Familles d'accueil - Santé mentale	4			
5533 Résidences d'accueil - Santé mentale	5			
5543 Autres ressources - Santé mentale	6			
5553 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-GM	7			
5820 Intervention et suivi de crise	8	XXXX		XXXX
5822 Intervention et suivi de crise - Santé mentale	9		XXXX	XXXX
5830 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	10			
5840 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	11			
6010 Unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)	12	1 777 768	1 623 652	154 116
6020 Unités d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes	13			
6030 Unités d'hospitalisation en gériopsychiatrie	14			
6100 Psychiatrie légale	15	29 698 358	28 870 702	827 656
6172 Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	16			
6270 Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique	17			
6280 Hôpital de jour en santé mentale	18			
6330 Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale	19	2 130 571	2 531 345	(400 774)
6877 Centre de jour en santé mentale - Jeunes (0-17 ans)	20			
6878 Centre de jour en santé mentale - Adultes (18-100 ans)	21			
6885 Foyers de groupe en santé mentale - Jeunes (0-17 ans)	22			
6886 Foyers de groupe en santé mentale - Adultes (18 - 100 ans)	23			
7002 Centre pour activités de jour - Santé mentale	24			
7013 Atelier de travail - Santé mentale	25	550 666	497 648	53 018
7023 Support des stages en milieu de travail - Santé mentale	26			
7033 Intégration à l'emploi - Santé mentale	27			
7043 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (santé mentale)	28			
7053 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue - Santé mentale	29			
7105 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Santé mentale	30			
7883 Activités spéciales - Santé mentale	31			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	32	5 144 633	4 405 394	739 239
Charges non réparties par programmes-services	33	88 729	547 014	(458 285)
Transfert de frais généraux	34			
TOTAL - SANTÉ MENTALE (L.01 à L.34)	35	39 390 725	38 475 755	914 970
SANTÉ PHYSIQUE				
5512 Ressources intermédiaires - Santé physique	36			
5532 Résidences d'accueil - Santé physique	37			
5542 Autres ressources - Santé physique	38			
5552 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-GPH	39			
6053 Soins intensifs	40			
6055 Pédiatrie	41			
6057 Unité des grands brûlés	42			
6070 Chirurgie d'un jour	43			
6171 Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	44			
SOUS-TOTAL (L.38 à L.44)	45			

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
SANTÉ PHYSIQUE (suite)				
	Sous-total reporté (p.700-05, L.45)	1		
6180 Hôtellerie hospitalière	2			
6200 Soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie)	3			
6250 Nutrition parentérale totale à domicile	4			
6260 Bloc opératoire	5			
6302 Consultations externes spécialisées	6			
6303 Planification familiale	7			
6309 Consultation et suivi de la procréation assistée	8			
6322 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - CLSC et CH	9			
6352 Inhalothérapie - Autres	10			
6360 Centre de soins à la mère et au nouveau-né	11			
6550 Services dentaires curatifs	12			
6601 Banque de sang	13			
6602 Dépistage prénatal de la trisomie 21	14			
6604 Anatomopathologie	15			
6605 Cytologie	16			
6607 Laboratoires regroupés	17			
6608 Dépistage néonatal	18			
6609 Génétique médicale	19			
6610 Physiologie respiratoire	20			
6620 Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	21			
6650 Chambre hyperbare	22			
6710 Électrophysiologie	23	47 088	46 485	603
6750 Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	24			
6770 Endoscopie	25			
6780 Médecine nucléaire et TEP	26			
6790 Dialyse	27			
6806 Pharmacie en CLSC	28			
6830 Imagerie médicale	29	94 921	99 959	(5 038)
6840 Radio-oncologie	30			
6861 Audiologie	31			
6863 Audiologie et orthophonie - Autres en CLSC	32			
6864 Audiologie et orthophonie à domicile	33			
6865 Orthophonie pour enfants en CLSC	34			
6900 Réinsertion et intégration sociales (santé physique)	35			
7060 Services d'oncologie et d'hématologie	36			
7090 L'unité de médecine de jour	37			
7395 Déplacement des personnes en hémodialyse	38			
7400 Déplacement des usagers	39	359 806	23 478	336 328
7553 Nutrition clinique	40	117 546	108 722	8 824
7982 Activités spéciales - Santé physique	41			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	42			
Charges non réparties par programmes-services	43			
Transfert de frais généraux	44			
TOTAL - SANTÉ PHYSIQUE (L.01 à L.44)	45	619 361	278 644	340 717

CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
ADMINISTRATION				
6766 Direction, coordination et soutien administratif	1			
7300 Administration générale	2	2 863 072	3 159 712	(296 640)
7320 Administration des services techniques	3	29 268	32 951	(3 683)
7340 Informatique	4	560 188	974 494	(414 306)
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	5	537 507	1 153 673	(616 166)
7930 Personnel en prêt de service	6		80 232	(80 232)
7992 Activités spéciales - Administration	7			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	8	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	9	391 983	356 291	35 692
Transfert de frais généraux	10	(4 800)	(4 700)	(100)
TOTAL - ADMINISTRATION (L.01 à L.10)	11	4 377 218	5 752 653	(1 375 435)
SOUTIEN AUX SERVICES				
5900 Administration des services à la clientèle (LPJ - LSJPA - L5555)	12			
6000 Administration des soins	13	424 160	408 657	15 503
7200 Enseignement	14	704 166	526 688	177 480
7210 Réseau d'enseignement universitaire	15			
7350 Gestion de l'information	16			
7530 Réception - Archives - Télécommunications	17	1 466 683	1 420 739	45 944
7551 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience physique	18			
7552 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience intellectuelle	19			
7554 Alimentation - Autres	20	2 483 186	2 531 501	(48 315)
7600 Buanderie et lingerie	21	304 042	281 917	22 125
7930 Personnel en prêt de service	22		1 667	(1 667)
7993 Activités spéciales - Soutien aux services	23			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	24	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	25	33 096	38 275	(5 179)
Transfert de frais généraux	26			
TOTAL - SOUTIEN AUX SERVICES (L.12 à L.26)	27	5 415 333	5 209 442	205 891
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS				
7640 Hygiène et salubrité	28	1 021 963	946 513	75 450
7650 Gestion des déchets biomédicaux	29	3 204	3 589	(385)
7700 Fonctionnement des installations	30	1 472 722	1 651 895	(179 173)
7710 Sécurité	31	2 468 567	2 542 833	(74 266)
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/Équipement	32	1 911 096	1 669 444	241 652
7930 Personnel en prêt de service	33	45 399		45 399
7994 Activités spéciales - Gestion des bâtiments et des équipements	34			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	35	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	36			
Transfert de frais généraux	37	(1 000)	(1 000)	0
TOTAL - GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS (L.28 à L.37)	38	6 921 951	6 813 274	108 677
GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES	39	56 724 588	56 529 768	194 820
(P.700-00, L.19 + L.41) + (P.700-01, L.19) + (P.700-02, L.28) + (P.700-03, L.28) + (P.700-04, L.26 + L.39) + (P.700-05, L.35) + (P.700-06, L.45) + (P.700-07, L.11 + L.27 + L.38)				

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

		SPUB 1	SG 2	SAPA 3	DP 4	DITSA 5	Sous-total (C1 à C5) 6
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1	XXXX			XXXX	XXXX	
6051 Médecine	2	XXXX	XXXX			XXXX	
6052 Chirurgie	3	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4	XXXX	XXXX			XXXX	
6060 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.J.	5	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6						
	7	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6240 L'urgence	8	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6307 Services de santé courants	9	XXXX		XXXX	XXXX	XXXX	
6351 Inhalothérapie à domicile	10	XXXX	XXXX			XXXX	
6370 Enseignement scolaire	11	XXXX	XXXX	XXXX			
6390 Service de soins spirituels	12	XXXX	XXXX			XXXX	
6430 Encadrement des ressources	13	XXXX	XXXX				
6531 Aide à domicile régulière	14	XXXX					
6561 Services psycho. à domicile	15	XXXX					
6564 Psychologie	16	XXXX				XXXX	
6565 Services sociaux	17	XXXX	XXXX			XXXX	
6606 Centre de prélèvements	18	XXXX		XXXX	XXXX	XXXX	
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
6804 Pharm. - Usag. hospitalisés	20	XXXX	XXXX			XXXX	
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21	XXXX	XXXX			XXXX	
6882 Orthophonie	22	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
6870 Physiothérapie	23	XXXX	XXXX			XXXX	
6880 Ergothérapie	24	XXXX	XXXX			XXXX	
6890 Animation-Loisirs	25	XXXX	XXXX			XXXX	
6946 Internat - Déf. physique	26	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
7111 Nutrition à domicile	28	XXXX				XXXX	
7112 Nutrition - Autres	29	XXXX		XXXX	XXXX	XXXX	
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30	XXXX					
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31	XXXX					
7153 Centre de readaptation (Toxicomanes, DP)	32	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33						
7161 Ergothérapie à domicile	34	XXXX					
7162 Physiothérapie à domicile	35	XXXX					
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36	XXXX					
7690 Transport externe usagers	37	XXXX	XXXX				
7910 Besoins spéciaux	38	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
7930 Personnel en prêt de serv.	39						
8020 Readap. adultes - Déf. motr.	40	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
8030 Readap. enfants - Déf. motr.	41	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
TOTAL (L.01 à L.42)	43						

RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Sous-total reporté 1	JD 2	Dép 3	SM 4	SPH 5	Total (C.1 à C.5) 6
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1		XXXX	XXXX			
6051 Médecine	2		XXXX	XXXX	XXXX		
6052 Chirurgie	3		XXXX	XXXX	XXXX		
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4		XXXX	XXXX	XXXX		
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	5		XXXX	XXXX	XXXX		
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6		XXXX	XXXX			
	7	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6240 L'urgence	8	XXXX	XXXX	XXXX			
6307 Services de santé courants	9		XXXX	XXXX	XXXX		
6351 Inhalothérapie à domicile	10		XXXX	XXXX	XXXX		
6370 Enseignement scolaire	11		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
6390 Service de soins spirituels	12		XXXX	XXXX			
6430 Encadrement des ressources	13						
6531 Aide à domicile régulière	14		XXXX	XXXX			
6561 Services psycho. à domicile	15		XXXX	XXXX	437 638		437 638
6564 Psychologie	16		XXXX	XXXX	813 195		813 195
6565 Services sociaux	17		XXXX	XXXX	848 882		848 882
6606 Centre de prélèvements	18		XXXX	XXXX	XXXX		
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19		XXXX	XXXX	55 993		55 993
6804 Pharm. - Usag. hospitalisés	20		XXXX	XXXX	1 592 255		1 592 255
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21		XXXX	XXXX			
6862 Orthophonie	22		XXXX	XXXX	XXXX		
6870 Physiothérapie	23		XXXX	XXXX			
6880 Ergothérapie	24		XXXX	XXXX			
6890 Animation-Loisirs	25		XXXX	XXXX	204 431		204 431
6946 Internat - Déf. physique	26		XXXX	XXXX	XXXX		
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27			XXXX	XXXX	XXXX	
7111 Nutrition à domicile	28		XXXX	XXXX	XXXX		
7112 Nutrition - Autres	29		XXXX	XXXX	XXXX		
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30		XXXX	XXXX			
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31			XXXX	993 475		993 475
7153 Centre de readaptation (Toxicomanes, DP)	32		XXXX		XXXX	XXXX	
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33						
7161 Ergothérapie à domicile	34		XXXX	XXXX	XXXX		
7162 Physiothérapie à domicile	35		XXXX	XXXX	XXXX		
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36		XXXX	XXXX			
7690 Transport externe usagers	37				63 689		63 689
7910 Besoins spéciaux	38		XXXX	XXXX	55 944	XXXX	55 944
7930 Personnel en prêt de serv.	39						
8020 Readap. adultes - Déf. motr.	40		XXXX	XXXX	XXXX		
8030 Readap. enfants - Déf. motr.	41		XXXX	XXXX	XXXX		
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42		XXXX	XXXX	XXXX		
TOTAL (L.01 à L.42)	43				5 144 633		5 144 633

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	SPUB 1	SG 2	SAPA 3	DP 4	DITSA 5	Sous-Total (C.1 à C.5) 6
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1		XXXX	XXXX	XXXX	
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsid publics et privés conventionnés "achats de places"	5	XXXX	XXXX		XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsid privés non conventionnés "achats de places"	6	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsid publics et privés conventionnés "achats de places"	7	XXXX	XXXX		XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsid privés non conventionnés "achats de places"	8	XXXX	XXXX		XXXX	
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts autorisés:						
- Fonds de financement	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F.	14	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais accessoires - services assurés: Matériel et produits	15					
Frais accessoires - services assurés: Frais de transport	16					
Variation pour assurance-salaire	17					
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	19	XXXX		XXXX	XXXX	
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaitaire 2015-2016	24					
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	26					
	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	28	XXXX	XXXX	XXXX		
Autres (préciser P391)	29					
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF, GMF-R et à des Cliniques-réseau	31	XXXX		XXXX	XXXX	
Services préhospitaliers d'urgence	32	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL (L.01 à L.32)	33					

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	Sous-total reporté 1	JD 2	Dép 3	SM 4	SPH 5	Sous-Total (C.1 à C.5) 6
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1	XXXX	XXXX			
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsd publics et privés conventionnés "achats de places"	5		XXXX	XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsd privés non conventionnés "achats de places"	6		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsd publics et privés conventionnés "achats de places"	7		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsd privés non conventionnés "achats de places"	8		XXXX	XXXX	XXXX	
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Intérêts sur emprunts autorisés:						
- Fonds de financement	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F.	14	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais accessoires - services assurés: Matériel et produits	15					
Frais accessoires - services assurés: Frais de transport	16					
Variation pour assurance-salaire	17			15 800		15 800
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPG-SPL	19		XXXX	XXXX		
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Forfaitaire 2015-2016	24			5 178		5 178
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	26			67 751		67 751
	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	28		XXXX	XXXX	XXXX	
Autres (préciser P361)	29					
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX		
Allocations à des GMF, GMF-R et à des Cliniques-réseau	31		XXXX	XXXX	XXXX	
Services préhospitaliers d'urgence	32	XXXX	XXXX	XXXX		
TOTAL (L.01 à L.32)	33			88 729		88 729

RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Sous-total reporté 1	ADM 2	SS 3	GBÉ 4	Total (C.1 à C.4) 5
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1		XXXX	XXXX	XXXX	
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX		XXXX	XXXX	
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3		XXXX	XXXX	XXXX	
	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsid publics et privés conventionnés "achats de places"	5		XXXX	XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsid privés non conventionnés "achats de places"	6		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsid publics et privés conventionnés "achats de places"	7		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsid privés non conventionnés "achats de places"	8		XXXX	XXXX	XXXX	
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	33 096	XXXX	33 096
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10		XXXX	XXXX	XXXX	
Intérêts sur emprunts autorisés:						
- Fonds de financement	11	XXXX	161 589	XXXX	XXXX	161 589
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F.	14	XXXX	11 712	XXXX	XXXX	11 712
Frais accessoires - services assurés: Matériel et produits	15					
Frais accessoires - services assurés: Frais de transport	16					
Variation pour assurance-salaire	17	15 800				15 800
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	19		XXXX	XXXX	XXXX	
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	218 682	XXXX	XXXX	218 682
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	22	XXXX		XXXX	XXXX	
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23		XXXX	XXXX	XXXX	
Forfaitaire 2015-2016	24	5 178				5 178
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	26	67 751				67 751
	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	28		XXXX	XXXX	XXXX	
Autres (préciser P391)	29					
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF, GMF-R et à des Cliniques-réseau	31		XXXX	XXXX	XXXX	
Services préhospitaliers d'urgence	32		XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL (L.01 à L.32)	33	88 729	391 993	33 096		513 808

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1 - Constitution et mission

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un établissement public constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

L'Institut est un hôpital psychiatrique, suprarégional, universitaire, spécialisé en psychiatrie légale et dans l'évaluation, le traitement et la gestion des patients présentant un risque de comportements violents. Les soins et les services dispensés sont de niveau tertiaire et de courte durée. L'Institut est affilié à l'Université de Montréal et collabore avec des institutions d'enseignement et d'autres universités canadiennes et internationales.

L'Institut Philippe-Pinel de Montréal remplit la mission suivante :

Évaluer l'état mental et les risques de violence d'une personne et prodiguer les traitements adaptés;

Enseigner à des résidents en psychiatrie et à des étudiants de divers domaines de la santé ainsi qu'offrir de la formation continue à des professionnels de la santé mentale;

Faire de la recherche sur des aspects biologiques, sociologiques et psychologiques reliés aux phénomènes de la violence et de la dangerosité, de même que sur l'efficacité des programmes de traitement;

Prévenir la violence, en collaboration avec la Fondation Pinel, par l'application de programmes spécifiques et par le partage de son expertise avec ses partenaires.

Le siège social de l'Institut est situé à Montréal.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

Note 2 - Principales méthodes comptables

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

b. Incertitude relative à la mesure

La préparation du rapport financier AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des

incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les ajustements rétrospectifs de la CNESST.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 Présentation des états financiers et SP 3450 Instruments financiers du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295, n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur *et/ou* libellé en devises étrangères, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou à un décaissement.

e. Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement inclut toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel.

f. Revenus de subventions

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement réalisées à la date des états financiers qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à

titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme exigé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts, (RLRQ chapitre S-37.01).

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à de tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28) ou de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payable par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privé selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

h. Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

i. Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est

inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatés dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

l. Instruments financiers

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Crédoiteurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux crédoiteurs et autres charges à payer.

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le motant de capital à rembourser à l'échéance.

m. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Le passif au titre des avantages sociaux futurs comprend principalement les obligations découlant de l'assurance-salaire ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, la durée par dossier.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie, années courantes, sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice

suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les employés de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC), au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS), ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

n. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Matériel et équipement :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat

d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les Œuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

o. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

p. Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les fournitures médicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

q. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états financiers du fonds concerné.

ii. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

v. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

vi. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- **Activités principales** : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- **Activités accessoires** : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- **Activités accessoires complémentaires** : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- **Activités accessoires de type commercial** : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers

vii. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun de ces centres regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

viii. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services soit de consommation.

Note 3 – Maintien de 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 encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement a respecté cette obligation légale. Il présente un surplus de 40 577 \$.

Note 4 - Données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du RFA AS-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 8 juin 2016, à l'aide du formulaire *Budget détaillé* RR-446.

Note 5 - Instruments financiers évalués à la juste valeur

a. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Note 6 - Emprunts temporaires

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées sont présentées à la page

633 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté un emprunt temporaire avec une partie apparentée au montant maximum autorisé de 15 700 000 \$ échéant le 31 mars 2017. Le taux d'intérêt ne devra pas dépasser le taux des acceptations bancaires canadiennes apparaissant à la page CDOR du système Reuters à la date de l'emprunt +0,30% (AB + 0,30%) incluant tous les frais. La partie inutilisée au 31 mars 2017 est de 600 000\$.

Note 7 - Dettes à long terme

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont indiqués dans le tableau suivant:

Billets à terme	Exercice courant	Exercice précédent
B-8 Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, au taux effectif de 5.09%, d'une valeur nominale de 3 070 139\$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 122 806\$, échéant en juin 2034.	2 333 305 \$	2 456 110 \$
B-9 Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, au taux effectif de 2.846%, d'une valeur nominale de 1 501 176\$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 60 047\$, échu au cours de l'exercice.	- \$	1 200 941 \$
B-10 Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2011, au taux effectif de 2.472%, d'une valeur nominale de 576 802\$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 23 073\$, échéant en décembre 2017.	461 443 \$	484 514 \$
B-11 Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2012, au taux effectif de 2.1298%, d'une valeur nominale de 2 456 874\$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 110 554\$, échéant en juin 2018.	2 014 658 \$	2 125 213 \$
B-12 Billet à terme contracté auprès du Fonds de financements en 2014, au taux effectif de 2.0775%, d'une valeur nominale de 2 975 240\$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 119 009\$, échéant en février 2018.	2 618 211 \$	2 737 220 \$
B-13 Billet à terme contracté auprès du Fonds de financements en 2015, au taux effectif de 2.266%, d'une valeur nominale de 9 097 480 \$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 414 964\$, échéant en septembre 2025.	8 682 515 \$	9 097 480 \$
B-14 Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2017, au taux effectif de 2.130%, d'une valeur nominale de 3 213 107\$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement de 142 935\$, échéant en septembre 2026.	3 213 108 \$	- \$

Projets autofinancés non subventionnés:
Billet à terme contracté auprès de Financement

Québec en 2011, au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.30%, d'une valeur nominale de 1 181 328\$, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 210 511\$, échu au cours de l'exercice.

- \$ 128 774 \$

19 323 240 \$ 18 230 252 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit:

	\$
2017-2018	933 341
2018-2019	933 341
2019-2020	933 341
2020-2021	933 341
2021-2022	933 341
2022-2023 et subséquents	14 656 535
Total	19 323 240

Note 8 - Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,75 %	1,50 %
Inflation	1,50 %	1,20 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre	8,65 %	8,65 %

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	5 373 483 \$	(42 527) \$	- \$	5 330 956 \$	5 373 483 \$
Assurance salaire	604 204 \$	15 800 \$	- \$	620 004 \$	604 204 \$
Provision pour maladie	150 751 \$	14 214 \$	- \$	164 965 \$	150 751 \$
Droits parentaux	15 812 \$	402 \$	4 806 \$	16 214 \$	15 812 \$
Allocation rétention hors cadre	- \$	- \$	- \$	- \$	- \$
Total	6 144 250 \$	(12 111) \$	4 806 \$	6 132 139 \$	6 144 250 \$

Note 9 - Affectations

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289 du AS-471.

Note 10 - Gestion des risques associés aux instruments financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques tels que le risque de crédit, le risque de

liquidité et le risque de taux d'intérêt. La direction a mis en place des politiques et procédés en matière de contrôle et de gestion des risques, qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	2 653 022 \$	712 031 \$
Débiteurs MSSS	6 118 845 \$	11 001 782 \$
Autres débiteurs	1 350 640 \$	1 058 439 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	7 694 256 \$	7 492 276 \$
Autres éléments	522 326 \$	482 435 \$
Total	18 339 089 \$	20 746 963 \$

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de la RAMQ et de la CNESST, du gouvernement du Canada, du gouvernement du Québec, de la Fondation Pinel et du syndicat local.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun et fait parvenir des états de compte aux retardataires. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 94% du montant total recouvrable.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	1 340 986	1 040 442
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours		7 994
De 30 à 59 jours	37 413	38 072
De 60 à 89 jours	19 916	25 603

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
De 90 jours et plus	552 325	327 646
Sous-total	609 654	399 315
Provision pour créances douteuses	(600 000)	(381 318)
Sous-total	9 654	17 997
Total des autres débiteurs	1 350 640	1 058 439

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début	381 318 \$	427 170 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	218 682 \$	(44 852) \$
Montants recouvrés		(1 000) \$
Radiations		
Solde à la fin	600 000 \$	381 318 \$

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure d'honorer ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créanciers MSSS, les autres créanciers et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS. Les autres créanciers et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créanciers sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	6 883 351 \$	6 686 435 \$

c. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	19 202 416 \$	20 756 920 \$
Dettes à long terme	19 323 240 \$	18 230 252 \$
Total	38 525 656 \$	38 987 172 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 19 202 416 \$, un montant de 3 102 416 \$ portent intérêts à taux variables, lesquels sont pris en charge par le MSSS.

Le solde d'emprunt temporaire au montant de 16 100 000 \$ porte intérêts au taux des acceptations bancaires + 0,30 % et sont à la charge de l'établissement.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Note 11 - Éventualités

Dans le cours normal de ses activités, le 7 juillet 2016 l'établissement fait l'objet d'une réclamation.

Le 8 mai 2017, une entente est intervenue entre les parties pour mettre fin à un contrat de travail liant l'Institut Philippe-Pinel, l'Université de Montréal et le contractant. Un montant total de 550 000 \$ a été convenu. La portion attribuable à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal totalise 275 000\$, ce montant a été provisionné au 31 mars 2017.

Note 12 - Opérations avec des parties apparentées

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

Note 13 - Biens détenus en fiducie

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

Contrats de service

Voici le tableau des contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017.

Dates					Fournisseur	
Début	Fin	Préavis	Fin initiale	Signature	Fournisseur	Valeur réelle globale
2016-04-01	2017-06-30	2017-02-28	2017-03-31	2016-01-22	1181 - HOMEWOOD SANTÉ INC.	54 600,00
2016-06-15	2017-03-31	2016-10-15	2017-03-31	2016-06-09	7022 - TRUDEAU DUPRÉ RESSOURCES HUMAINES	60 318,40
2016-09-13	2017-03-31	2016-11-30	2017-02-28	2016-09-13	7192 - 9094423 CANADA INC / BIBBY FINANCIAL SERVICES (CANADA) INC	33 256,80
2016-11-01	2017-03-31	2017-02-28	2017-03-31	2016-10-06	2642 - ENTRETIEN ST-LOUIS INC	44 065,00
2016-12-13	2017-05-31	2017-02-28	2017-03-31	2016-12-13	6817 - BARIN SENCRL	28 695,00

2. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS

Voici les données financières relatives au suivi des réserves ainsi que les commentaires et observations, le tout, tel présenté au conseil d'administration le 14 juin 2017.

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
La direction devrait s'assurer que le coût et l'amortissement cumulé relatifs aux immobilisations qui ne sont plus utilisées ou en possession de l'établissement en raison de leur perte ou de leur abandon soient éliminés.	2014-2015	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
L'institut devrait s'assurer de bien consigner individuellement chacune des interventions dans le dossier des usagers.	2015-2016	O		R		
L'institut n'a pas de document probant fiable afin de supporter l'unité de mesure "le mètre carré" (mesures intérieures nettes) pour le centre d'activité # 7644.	2016-2017	R	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
L'institut devrait s'assurer de bien réviser les fichiers de compilation des unités de mesure en vue de l'inclusion dans le AS-471 afin d'éviter les erreurs de calculs.	2016-2017	O	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
<i>Rapport à la gouvernance</i>						
La direction devrait mettre en place un processus de révision périodique des accès à la salle de serveurs.	2015-2016	C		R		
La direction devrait s'assurer que	2015-2016	C		R		

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

toute demande d'accès soit documentée afin de pouvoir faire un suivi des approbations et modifications d'accès aux applications et au réseau.						
La direction devrait documenter une procédure de gestion des changements couvrant notamment les applications GRF, GRM et Virtuo.	2015-2016	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
La direction devrait s'assurer que les tâches de création de comptes, d'approbation des privilèges d'accès, d'assignation de ces derniers et de révision périodique des privilèges d'accès accordés aux comptes utilisateurs devraient être effectuées par deux personnes distinctes.	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
La direction devrait activer l'option d'authentification centrale à l'aide du LDAP afin d'améliorer les paramètres des mots de passe. Pour les applications où il n'est pas possible de lier le compte de l'utilisateur et son mot de passe au LDAP, la direction devrait considérer d'autres mesures (complexité des mots de passe, expiration, augmenter le nombre de mots de passe dans l'historique,...)	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
La direction devrait désactiver ou renommer le compte «Administrateur» afin de réduire le risque d'accès non autorisé aux systèmes et établir des mesures de surveillance de l'utilisation de ce compte.	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR
La direction devrait revoir l'attribution des tâches dans le processus d'approvisionnement ou encore mettre en place un contrôle compensatoire. Une même personne peut passer une commande et faire la réception à un certain moment durant la semaine.	2016-2017	C	La situation sera évaluée au cours du prochain exercice.			NR

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
 - S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.
- 8.6 Considérations politiques**
- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.
- 8.7 Relations publiques**
- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.
- 8.8 Charge publique**
- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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.