

2020-2021 RAPPORT ANNUEL DE GESTION



Institut national
de psychiatrie légale
Philippe-Pinel
APPLICA
Université de Montréal 

ÉDITION

Le rapport annuel de gestion 2020-2021 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel a été réalisé par la Direction des ressources humaines et des communications.

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

Il présente également les données officielles de reddition de compte demandées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, notamment les données financières et le bilan de suivi de l'entente de gestion 2020-2021 intervenue entre l'INPL Philippe-Pinel et le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

À moins d'une mention spécifique, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2021.

Note

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

Le rapport annuel de gestion 2020-2021 est disponible sur le site Web de l'INPL Philippe-Pinel dans la section des documents officiels.

© Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Rapport annuel de gestion 2020-2021

Institut national de
psychiatrie légale
Philippe-Pinel

Table des matières

1. Message des autorités	6
2. Déclaration de fiabilité des données	7
3. Présentation de l'établissement et faits saillants	8
3.1. L'établissement	8
• Mission	8
• Vocation universitaire	8
• Vision	9
• Valeurs	9
• Services externes	10
• Statistiques	11
• Organigramme	12
3.2. Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives	14
3.2.1. Le conseil d'administration	14
• Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	14
3.2.2. Les comités, les conseils et les instances consultatives	15
3.3. Les faits saillants	20
• Direction générale	20
• Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires	22
• Direction générale adjointe	24
• Direction des services techniques et du projet majeur	25
• Direction des ressources humaines et des communications	26
• Direction des services professionnels	27
• Direction de la recherche et de l'enseignement	28
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	30
5. Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	31
• L'agrément	31
• La sécurité et la qualité des soins et des services	31

• Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents	31
• Nature des trois (3) principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	32
• Nature des trois (3) principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance	32
• Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment	33
• Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales	33
• Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 de la LSSS)	33
• Les mesures mises en place par l'établissement ou son comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations formulées par les instances suivantes : coroner, protecteur du citoyen, autres instances, commissaire aux plaintes et à la qualité des services	34
• Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission	35
• L'examen des plaintes et la promotion des droits	35
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	36
7. Les ressources humaines	37
• La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public	38
8. Les ressources financières	39
• Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme	39
• Dépenses par programmes-services	39
• L'équilibre budgétaire	40
• Les contrats de services	40
9. Ressources informationnelles	41
10. L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	42
11. La divulgation des actes répréhensibles	43
Annexes	44

1 Message des autorités

Le patient en tête de nos actions

C'est avec plaisir que nous déposons ce bilan annuel qui témoigne d'une année hors du commun pendant laquelle la majorité des efforts déployés ont été concentré autour de la gestion de la pandémie pour protéger la santé et la sécurité tant des patients que des employés, et ce, en conformité avec les directives gouvernementales émises. À cet effet, plus d'une cinquantaine de procédures et protocoles ont été mis en place et ont permis de maintenir l'établissement «vert».

Tant les employés que les patients démontrent encore à ce jour une impressionnante résilience pour mettre au premier plan la santé et la sécurité de tous. Grâce à l'engagement et la solidarité qui émanent du personnel, les services aux patients ont été préservés, et ce, tout au long de cette année.

Sur une autre note, l'un des dossiers prioritaires de l'année a sans contredit été celui de l'élaboration et de l'adoption de notre plan d'action stratégique 2020-2023. Le patient en tête de nos décisions et de nos actions est l'élément stratégique majeur et transversal qui a guidé notre réflexion. Ainsi, les objectifs et les moyens qui y sont identifiés sont nés d'une démarche consultative qui tient compte des besoins de nos patients.

Parmi les autres dossiers ayant fait partis de l'année 2020-2021, notons les efforts déployés autour de

l'implantation d'une démarche d'inclusion et de civilité ayant pour but de doter l'organisation d'une mission organisationnelle prônant la tolérance 0 en matière d'intimidation, de racisme et d'incivilité.

Une révision de nos processus financiers et de notre gestion des risques a également fait partie des travaux de l'année.

Finalement, notre grand projet de modernisation de l'établissement prend une place de plus en plus importante dans nos dossiers prioritaires. Il s'agit d'un autre projet qui met le bien-être de nos patients en tête de nos actions et nous avons très hâte de pouvoir dévoiler davantage d'information sur sa conceptualisation.

En terminant, nous profitons de cette tribune pour remercier toutes celles et tous ceux qui permettent d'assurer la perpétuité de l'offre de service essentiel de l'Institut.

Bonne lecture!



Manon Boily
Présidente-directrice générale



André Brunelle
Président du conseil d'administration

2 Déclaration de fiabilité des données des 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 2020 -2021 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2021.



Manon Boily
Présidente-directrice générale

3 Présentation de l'établissement et faits saillants

3.1 L'établissement

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

Vocation universitaire

L'Institut voit notamment à :

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

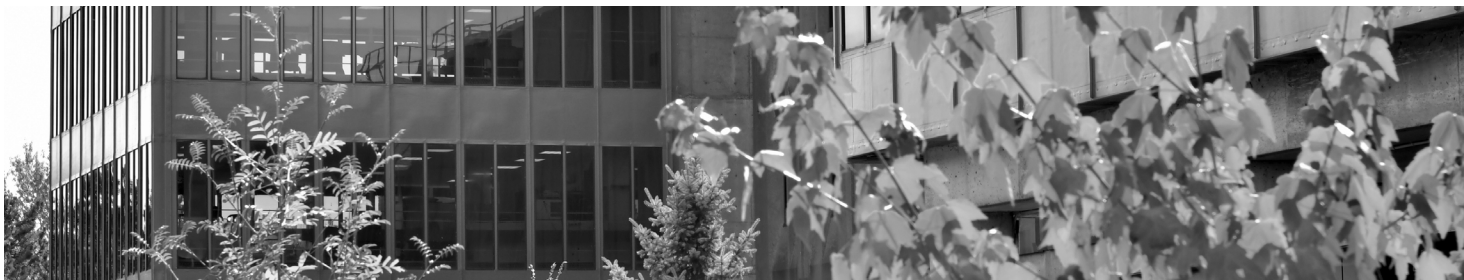
Mission

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

Sa mission consiste donc à :

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

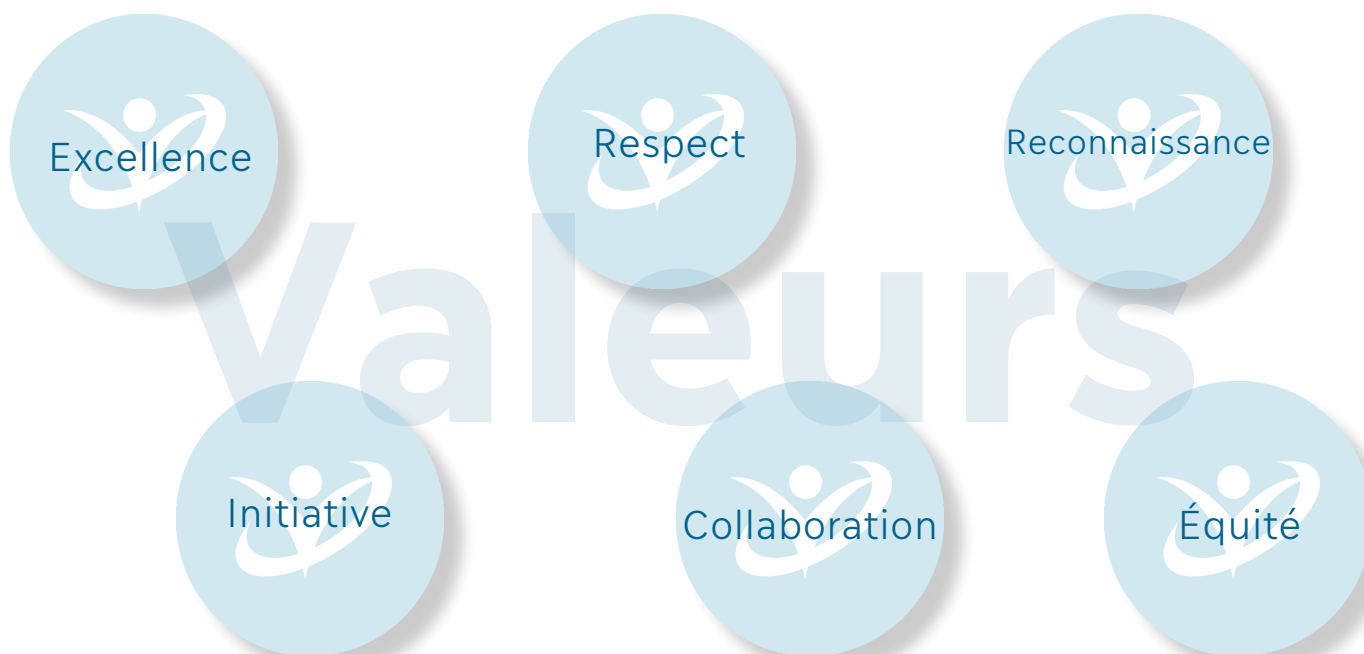
« Des soins psychiatriques de pointe dans le respect et la sécurité. »



Vision

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

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



Services internes

» Admission - Expertise

La mission de ce programme consiste à évaluer et à offrir un traitement de courte durée à une clientèle mixte en phase aiguë d'un trouble mental, souvent avec comorbidité et présentant un risque de violence.

» 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.

» Traitement et rétablissement

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

» Traitement pour les femmes ayant une sentence fédérale

L'unité de santé mentale pour femmes délinquantes accueille, sur une base volontaire, des détenues provenant de différents pénitenciers au Canada.

Services externes

» Clinique réseau jeunesse

» Programme pour adolescent auteur de transgression sexuelle

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

» Urgence psychosociale

» Programme transition- réadaptation

» Clinique d'évaluation du risque de violence

» Programme réseau



Statistiques

309

Patients
admis

1372

Expertises
effectuées

à l'interne et en externe

Le taux d'occupation pour 2020-2021 se situe à **85,6* %**.

*Ceci représente le taux sur le nombre total de lits dressés dans l'établissement et s'explique en bonne partie par le fait que plusieurs chambres doubles sont occupées par un seul patient en raison de la situation clinique de ceux-ci.

Nous pouvons expliquer la baisse du nombre d'hospitalisations à l'Institut par le fait que les patients admis présentaient un état mental précaire et nécessitaient des soins prenant plus de ressources et de temps. Les hospitalisations allongées et le roulement des lits s'en sont trouvés atteints. De plus, le processus de congé vers d'autres centres hospitaliers a aussi été revu pour évaluer la clientèle avant le transfert. Rappelons que les résultats des tests pouvaient prendre quelques jours pour être obtenu ce qui prolongeait le délai d'obtention d'un congé. La saturation des lits en psychiatrie pour les établissements de l'ensemble du réseau a aussi été un obstacle pour que certains patients puissent obtenir leur congé. Ces éléments multifactoriels directement liés aux impacts de la pandémie expliquent la baisse de nos activités.

**Congés
définitifs**

114 patients en évaluation

196 patients en traitement

33,9 patients en évaluation
362,2 patients en traitement

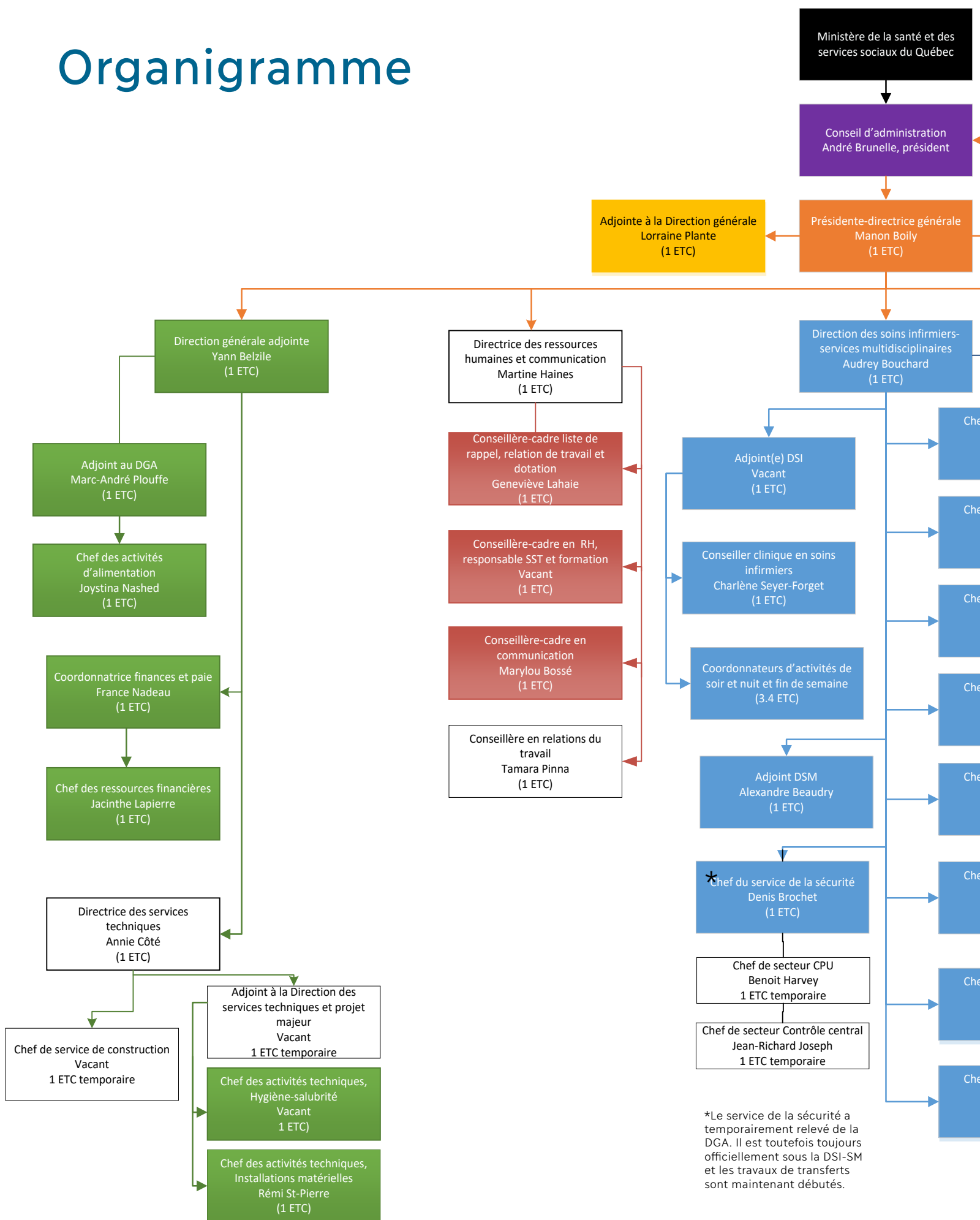
**Durée
moyenne
de séjour**
(en jour)

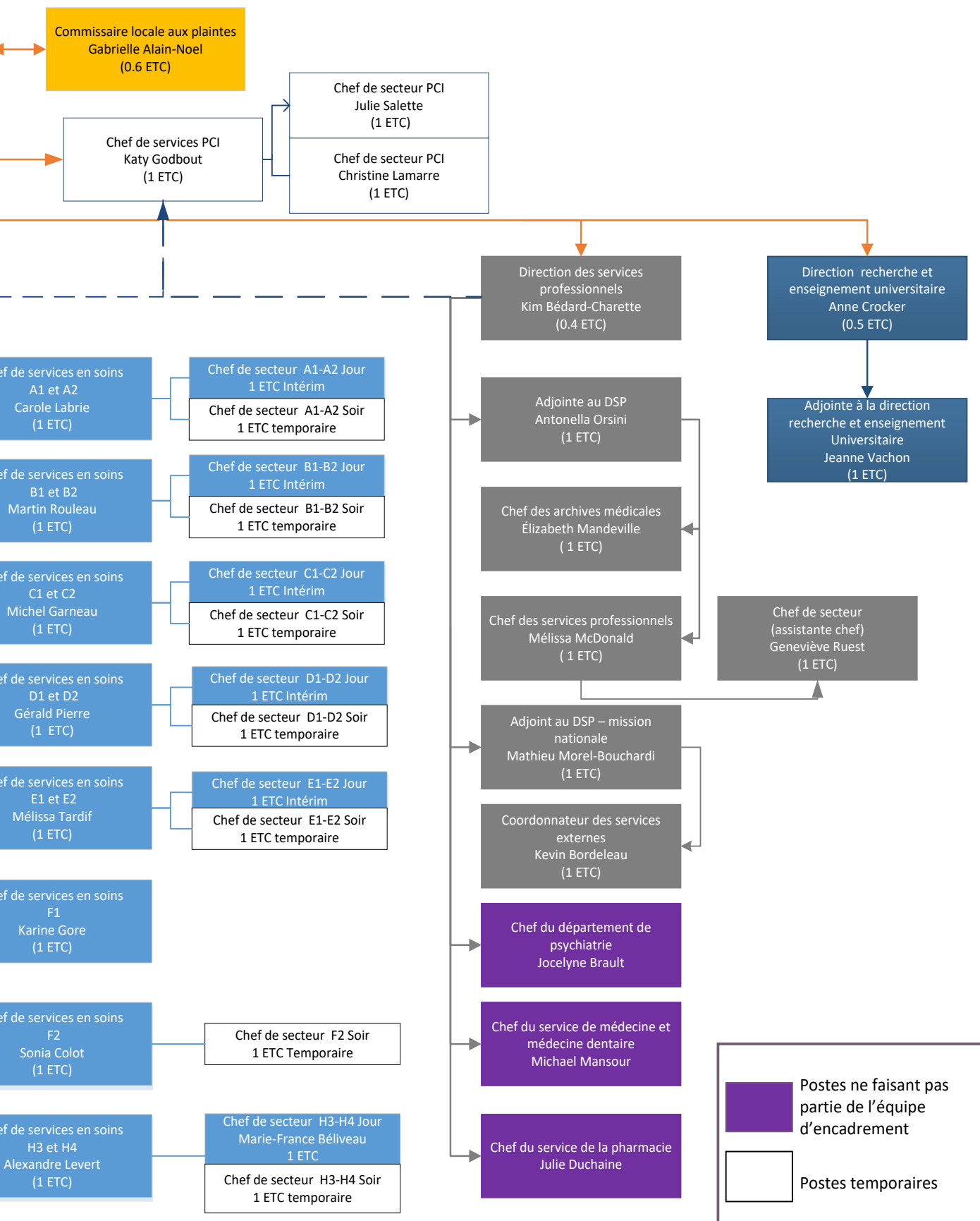
Provenance de la clientèle

- 72% - Prisons provinciales
- 10% - Centres hospitaliers
- 8% - Ressources d'hébergement

- 5% - Pénitenciers fédéraux
- 3% - Centres jeunesse
- 2% - Domiciles
- Autres

Organigramme





Mise à jour
31 mars 2021

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

3.2.1 Le conseil d'administration au 31 mars 2021

M. André Brunelle
Président
Membre indépendant
Gouvernance ou éthique

M^{me} Francine Dubé
Vice-présidente
Membre indépendant
Gouvernance ou éthique

M^{me} Manon Boily
Secrétaire
Présidente-directrice générale

D^r Benoit Dassylva
Administrateur
Désignation
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M^{me} Julie Duchaine
Administratrice
Désignation
Comité régional sur les services pharmaceutiques

M^{me} Lise Héroux
Administratrice
Désignation
Conseil multidisciplinaire

D^r Michael Mansour
Administrateur
Désignation
Département régional de médecine générale

M. Samsith So
Administrateur
Désignation
Conseil des infirmières et infirmiers

« Absence de désignation »
Administrateur
Désignation
Comité des usagers

M^{me} Caroline Larue
Administratrice
Nomination
Universités affiliées

M. Grégoire Leclair
Administrateur
Nomination
Universités affiliées

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

M. Antoine Boucher
Administrateur
Membre indépendant
Gestion des risques, finances et comptabilité

M. Maxime Di Patria
Administrateur
Membre indépendant
Gestion des risques, finances et comptabilité

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

M^{me} Marcelle Lajoie
Administratrice
Membre indépendant
Vérification, performance ou gestion de la qualité

M^{me} Michèle Tourigny
Administratrice
Membre indépendant
Vérification, performance ou gestion de la qualité

M^{me} Véronique Lussier
Administratrice
Membre indépendant
Usager des services sociaux

M. Serge Régnier
Administrateur
Membre indépendant
Usager des services sociaux

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

Au cours de l'année 2020-2021, 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.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

» Comité de direction au 31 mars 2021

- » M^{me} Manon Boily, présidente-directrice générale
- » D^{re} Kim Bédard-Charette, directrice des services professionnels et des affaires médico-légales et directrice santé mentale, dépendance et itinérance
- » M. Yann Belzile, directeur général adjoint
- » M^{me} Audrey Bouchard, directrice des soins infirmiers et des services multidisciplinaires
- » M^{me} Annie Côté, directrice des services techniques et du projet majeur
- » M^{me} Anne Crocker, directrice de la recherche et de l'enseignement
- » M^{me} Martine Haines, directrice des ressources humaines et des communications

Comités relevant du conseil d'administration

» Comité de gouvernance et d'éthique

Mandat et responsabilité

Le comité de gouvernance et d'éthique exerce les fonctions prévues par la LSSSS. De façon plus spécifique, le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer :

1. des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
2. un code d'éthique et de déontologie des administrateurs, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (RLRQ, c. M-30);
3. des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, lesquels critères sont approuvés par le conseil d'administration;
4. un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
5. en outre, il doit procéder à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration, selon les critères approuvés par le conseil d'administration (art. 181.0.0.1, LSSSS).

Principales réalisations

Les travaux du comité de gouvernance et d'éthique ont principalement tournés autour du plan d'action stratégique qui a été conçu et déployé pour positionner les actions prioritaires de chacune des constituantes de l'organisation. La mise en place d'outils de gestion et de mesures de reddition de compte plus systématiques ont permis une plus grande rigueur.

En plus d'être attentif à la gouvernance des affaires de l'établissement, le comité s'est acquitté des responsabilités qui lui incombent au regard du bon fonctionnement du conseil d'administration et des administrateurs.

» Comité de vérification

Mandat et responsabilité

1. s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
2. s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
3. réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
4. examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;
5. recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
6. veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
7. formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
8. réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art. 181.0.0.3, LSSSS).

Principales réalisations

Le comité de vérification s'est principalement penché sur le suivi des résultats financiers trimestriels et annuels tout en s'assurant de l'évolution des défis budgétaires de l'établissement. Les enjeux liés à la gestion de la pandémie ont également fait partie des discussions de l'année tout comme le suivi des contrats et des engagements financiers liés à l'exploitation de l'Institut.

» Comité de vigilance et de la qualité

Mandat et responsabilité

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment en ce qui concerne la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services dispensés et le respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

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

1. recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
2. favoriser la collaboration et la concertation des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer cette responsabilité et assurer le suivi de leurs recommandations;
3. établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations au conseil d'administration;
4. faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
5. assurer le suivi auprès du conseil d'administration de l'application, par ce dernier, des recommandations qu'il lui a faites;
6. veiller à ce que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services dispose des ressources humaine, matérielle et financière nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
7. exercer toute autre fonction que le conseil

d'administration juge utile au respect du mandat confié par la LSSSS (art. 181.0.3, LSSSS).

Principales réalisations

Le comité de vigilance et de la qualité a mis au cœur de ses réflexions et questionnements les notions de pertinence, qualité, sécurité et d'efficacité des services dispensés. En considérant le type de clientèle spécifique de l'établissement, le comité était conscient du défi particulier à relever pour le comité de direction qui a pu démontrer que toutes les ressources étaient mises à contribution afin de maintenir des services de qualité et d'assurer l'encadrement nécessaire et sécuritaire pour les usagers et les employés, et ce, avec l'assurance de la conformité avec les orientations et directives du MSSS.

Le comité a analysé rigoureusement et commenté les rapports périodiques des dossiers statutaires/ponctuels, le traitement des plaintes et l'application des mesures et recommandations de la Commissaire, la gestion des risques, le suivi des recommandations du Protecteur du citoyen, l'élaboration et la réalisation de plans d'action pour mieux encadrer des politiques en vigueur ainsi que la mise en œuvre de nouveaux programmes. Le comité peut rendre compte à l'effet que les commentaires sont bien accueillis, les correctifs suggérés sont validés et appliqués minutieusement.

» Comité des ressources humaines et communication

Mandat et responsabilité

Le comité des ressources humaines a pour mandat de :

1. Soutenir la direction générale et faire rapport au conseil d'administration de l'évolution des dossiers touchant la gestion des ressources humaines et des communications.

Principales réalisations

Pour 2020-2021, les efforts du comité se sont principalement centrés sur les impacts de la pandémie. Une grande attention a été portée sur les activités de dotation touchées à la fois par la pandémie et la poursuite du projet de transformation.

Des structures temporaires ont été mises en place notamment au niveau de la Direction des ressources humaines et de communications et de la Direction des services techniques afin de répondre aux exigences de la situation.

Au niveau des communications internes, une stratégie d'information a été déployée pour informer les employés des impacts de la pandémie et sur les mesures de mitigation mises en place.

Compte tenu du contexte, le climat de travail a aussi été une préoccupation du CRHC et la démarche « civilité et inclusion en milieu de travail » a fait l'objet de discussions régulières qui ont amené à un document d'engagement des parties prenantes qui sera finalisé d'ici juin 2021.

Comités obligatoires

» Comité de gestion des risques

Mandat et responsabilité

Le comité de gestion des risques a notamment pour fonctions (art. 183.1, LSSS) de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à :

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

» Comité de révision

Mandat et responsabilité

Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'utilisateur ou de toute autre personne, par le médecin examinateur d'un établissement du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux (art. 52, LSSS).

» Comité des usagers

Mandat et responsabilité

Les CUC et les CU exercent les fonctions suivantes

(art. 212, LSSS) :

1. renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
2. promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
3. défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, ses droits et ses intérêts en tant qu'utilisateur auprès de l'établissement ou de toute autorité compétente;
4. accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter une plainte conformément aux sections I, II et III du chapitre III du titre II de la LSSS ou par la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (RLRQ, c. P-31.1);
5. s'assurer, le cas échéant, du bon fonctionnement de chacun des comités de résidents et veiller à ce qu'ils disposent des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions;
6. Évaluer, le cas échéant, l'efficacité de la mesure mise en place en application des dispositions de l'article 209.0.1 de la LSSS.

Les conseils

» Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Mandat et responsabilité

Dans l'exercice de ses fonctions, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (art. 213, LSSS) 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.

Le conseil a plusieurs mandats, soit :

1. l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle;
2. la distribution appropriée des soins et services;
3. l'évaluation et le maintien des compétences;
4. l'organisation scientifique et technique du centre et enfin tous mandats complémentaires du comité exécutif.

» Conseil des infirmières et infirmiers

Mandat et responsabilité

Le mandat du CII (art. 219, LSSS) est de formuler des recommandations au Conseil d'administration sur les trois domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel :

1. l'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés à l'Institut;
2. les règles des soins infirmiers applicables aux infirmières;
3. la distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

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

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

» Conseil multidisciplinaire

Mandat et responsabilité

Le Conseil multidisciplinaire (art. 226, LSSS) a plusieurs mandats, notamment :

1. 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;
2. 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.

Comités d'éthique et de recherche

» Comité d'éthique hospitalière

Mandat et responsabilité

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

1. soutenir et guider les intervenants face aux différents problèmes éthiques auxquels ils sont confrontés en

dégageant et proposant des pistes de réflexion et de résolution des difficultés.

2. conseiller et accompagner l'utilisateur, ses proches, les partenaires et les autorités lorsque des situations complexes impliquent des enjeux éthiques;
3. offrir un forum et un soutien appropriés aux interrogations des personnes qui sont interpellées par des questions éthiques;
4. sensibiliser et éduquer le milieu à l'importance des considérations éthiques dans la prise de décision et l'administration des services;
5. soutenir l'élaboration de politiques concernant la prestation de services aux usagers;
6. viser l'amélioration de la prise de décision sur le plan administratif, médical et clinique;
7. faire des recommandations au conseil d'administration, s'il y a lieu;
8. transmettre annuellement un rapport de ses activités au conseil d'administration.

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

Principaux constats

Malgré la pandémie qui sévit depuis mars 2020, le comité a tout de même réussi à tenir quatre rencontres. Les sujets traités étaient variés, ce qui démontre bien que le comité d'éthique peut être un outil intéressant vers la recherche de moyens pouvant contribuer au bien-être accru des patients de notre établissement.

Le 4 janvier 2021, le comité a reçu la lettre de démission de la spécialiste en éthique du comité qui nous accompagnait depuis plusieurs années. En raison du nombre peu élevé de rencontres annuelles, des discussions avec la PDG entourant le remplacement de notre spécialiste se sont dirigées vers la possibilité d'utiliser les services d'une ressource contractuelle et utiliser ce moment de transition pour consolider notre offre de service en éthique clinique à l'intérieur de notre mission nationale. Cette perspective correspond en tous points aux possibilités souhaitées dans le rapport 2019-2020.

» Comité scientifique

Mandat et responsabilité

Le comité scientifique de l'Institut a pour principal mandat d'évaluer l'acceptabilité, sur le plan scientifique, des projets de recherche avec des êtres humains menés sous la responsabilité de l'établissement.

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

» Comité d'éthique à la recherche

Mandat et responsabilité

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



3.3 Les faits saillants



» Impacts de la COVID-19 sur nos activités

Depuis le début de la pandémie, au printemps 2020, un travail monumental a été réalisé au niveau de notre Programme de prévention et contrôle des infections (PCI) afin de revoir l'ensemble de nos processus et protocoles PCI. Bien que la directrice de la DSI-SM, accompagnée de la coordonnatrice PCI, a porté le dossier, l'actualisation de ces processus a été réalisée conjointement par la DSP, la DSI-SM ainsi que la PDG.

L'ensemble du comité de direction a assuré une gestion rigoureuse et temps plein de la situation épidémiologique de l'établissement. Une cinquantaine de nouvelles procédures ont été déployées. Des communications constantes visant tant les employés que les patients ont été acheminées de manière continue, ce qui a nécessité la création d'outils de communication de toutes sortes, dont plus de 80 états de situation hebdomadaire et près de 25 bulletins d'information destinés aux patients.

Au chapitre des réalisations, notons :

- la mise en place d'une cellule de crise COVID-19 incluant des suivis allant de 6 à 10 fois par semaine, en plus des cellules d'urgence occasionnelles;
- des mesures de mitigation pour assurer le maintien des services, tel qu'un plan de contingence avec un algorithme pour les travailleurs critiques ;
- l'élaboration d'un plan de reprise des activités pour nos patients;
- l'exécution d'un plan de gestion pour la deuxième vague arrimé à celui du MSSS ;
- le développement et la mise en oeuvre d'un programme PCI et d'une gouvernance exécutive permanente portée par la PDG ;
- l'élaboration de notre « Plan d'amélioration de la sécurité infectieuse » sur la COVID-19.

» Gouvernance et programme de PCI

Au cours de la dernière année, des structures de gouvernance officielles ont été formées, soit : le comité stratégique et le comité de gestion des éclosons. L'équipe PCI de notre établissement est passée d'une

unique conseillère en PCI à temps partiel à un service intégré de prévention et de contrôle des infections qui inclut une ligne COVID composée de 11 employés à laquelle peut s'ajouter, au besoin, une équipe d'enquête épidémiologique à raison de 3,5 ETC. Cette structure se veut temporaire et sera révisée à la fin de la crise sanitaire.

» Situation épidémiologique de l'établissement

Grâce à ces efforts constants et soutenus, l'établissement est, jusqu'à maintenant, demeuré vert. Nous dénombrons uniquement trois patients dépistés COVID positifs, dont un seul cas a été nosocomial, et 63 membres du personnel. Ces cas positifs ont engendré trois éclosons qui ont toutes été communiquées à la santé publique conformément à la Loi sur la santé publique. Les signalements faits à la ligne COVID-19 et l'identification des cas positifs ont généré 73 enquêtes épidémiologiques pour notre équipe PCI.

» Vaccination

Depuis la troisième semaine de décembre 2020, aux efforts reliés au combat contre la COVID-19 se sont ajoutés ceux de la vaccination. Le 14 décembre 2020, une cellule pour la vaccination a été mise sur pied après avoir désigné la directrice de la DSI-SM comme responsable de la représentation de l'Institut aux comités régional et national.

Les opérations de la vaccination et du dépistage ont été portées et actualisées par la directrice de la DSI-SM, en étroite collaboration avec la PDG, la DSP et l'équipe de la DSI-SM. La vaccination de nos employés s'est déroulée en étroite collaboration avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui était l'établissement désigné pour vacciner nos employés durant la première vague de vaccination.

» Plan d'action stratégique 2020-2023

Suite à une démarche rigoureuse de consultation et d'approbation, le Plan d'action stratégique 2020-2023 de l'Institut a été adopté par le Conseil d'administration le 9 décembre 2020. La gouvernance et la structure de suivi de ce plan ont également été convenues

et comprennent quatre (4) grands jalons par années se terminant le 15 juin. Cette gouvernance prévoit également les modalités de redditions de comptes au Conseil d'administration, au Comité de gouvernance et d'éthique et au Comité de Direction.

Ce plan devient l'ensemble des actions prioritaires que l'établissement déploiera tout au long de ces deux prochaines années afin d'atteindre ses objectifs signifiés par la MSSS tant au niveau des services aux patients qu'à son mandat national, de ses ressources humaines, matérielles, technologiques et financières.

Le Plan d'action stratégique 2020-2023 de l'Institut comprend six (6) grandes orientations dont quatre (4) d'entre elles sont directement dérivées de la planification stratégique du MSSS (version initiale, non amendée). Ces orientations ont ensuite été déclinées en 23 objectifs et deux sous-objectifs, tous faisant l'objet de plans d'action annuels.

En dépit de la crise sanitaire actuelle qui nécessite des efforts et des ressources considérables, les plans d'action annuels avancent de manière constante même si certains financements associés sont arrivés tardivement.

Aux titres des chantiers en cours, mentionnons :

- le projet de hiérarchisation des services de psychiatrie légale ;
- le projet trajectoires et programmation ;
- le développement et l'actualisation de l'offre de service du Centre de formation et d'innovation en santé mentale, justice et sécurité ;
- le développement et actualisation de la vision et de la mission d'excellence du Centre de recherche en santé mentale judiciaire ;
- le projet majeur d'immobilier.

Les efforts de déploiement se poursuivront au cours de la prochaine année.

» Tournée de la PDG

Dans le cadre de son entrée en fonction, il était souhaité de permettre aux employés de rencontrer leur nouvelle présidente-directrice générale. Malheureusement, la

tournée souhaitée n'a pu être possible en raison des mesures sanitaires en vigueur. Différentes stratégies ont donc été mises en oeuvre comme l'utilisation des plateformes de rencontre numériques et le tournage de vidéos personnalisés afin de créer ce premier lien. Ces rencontres ont tout de même permis des échanges enrichissants et constructifs.

Si les mesures sanitaires le permettent, il est prévu d'organiser une tournée officielle de la PDG dans les services et les unités de soins au cours de la prochaine année.

» Déploiement de la Politique sur les mesures de contrôle

À son arrivée en avril 2020, à la demande du Protecteur du citoyen, la nouvelle PDG a repris la gouvernance du dossier entourant le déploiement de la Politique sur les mesures de contrôle, et ce, en conformité avec les orientations ministérielles. Un plan d'action reposant sur l'implantation de manière organisationnelle de la politique a été déposé le 29 juin 2020.

Le principal enjeu entourant le déploiement de cette politique était la nécessité d'agir sur la structure organisationnelle de l'établissement afin d'assurer un changement culturel pérenne. C'est pourquoi le plan d'action adresse directement cet enjeu en proposant une structure de gouvernance qui sera responsable de tous les éléments requis pour la mise en œuvre de la politique, son application et son évaluation.

Depuis le 15 juin dernier, toutes les actions prévues par le plan de déploiement de la politique sont en cours et se déroulent selon les échéanciers prescrits. L'Institut déposera un bilan de fin d'année au Protecteur du citoyen vers la fin août, début septembre 2021.

Finalement, pour la prochaine année, l'organisation est prête à se tourner vers l'avenir en amorçant graduellement son déconfinement selon les prémisses annoncées. La consolidation du comité de direction et la mise en œuvre de l'an deux (2) du plan d'action stratégique seront au cœur de cette nouvelle année qui sera, on le souhaite, plus normale.

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

En 2020-2021, la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSI-SM) a accueilli le 1er octobre Madame Audrey Bouchard à titre de nouvelle directrice.

Plusieurs dossiers ont occupé la DSI-SM, bien que la pandémie ait pris une place importante.

Notons prioritairement :

» Prévention et contrôle des infections

Dans la foulée de l'effort de gestion de l'urgence sanitaire pour faire face à la pandémie de COVID-19, la DSI-SM a multiplié les efforts afin de consolider et de déployer son programme de prévention et contrôle des infections. Ces efforts et actions concertés ont été mis en place dans le respect des différentes directives émises par le MSSS, l'INSPQ et la DRSP. Ils ont permis à l'Institut, à travers les trois vagues, d'obtenir un bilan très respectable alors que seulement trois patients ont contracté la maladie et où le risque engendré par la contamination de certains membres du personnel a été mitigé ce qui a permis à l'Institut d'avoir une situation épidémiologique contrôlée tout au long de l'année 2020-2021.

Voici, en résumé, certains des efforts mis en place par la DSI-SM, en collaboration avec les différentes directions de l'établissement.

Mise en place d'un(e) :

- unité tampon pour l'admission des patients avec une équipe dédiée et des pratiques d'isolements établis selon les pratiques reconnues par l'INSPQ;
- programme d'amélioration de la sécurité infectieuse;
- ligne COVID-19 dédiée visant à prendre en charge les symptômes des employés et à appliquer les protocoles de gestion des travailleurs de la santé;
- équipe d'enquête épidémiologique et de protocole d'enquêtes éprouvés, selon les normes reconnues par la Santé publique et le MSSS;
- programme de dépistage des employés et des patients;
- structure décisionnelle intégrée permettant la détermination et l'évaluation des différentes mesures nécessaires afin de prévenir la propagation du virus auprès des employés et des patients;

- structure hiérarchique temporaire et d'un service de prévention des infections;
- équipe d'assurance qualité visant à monitorer les différentes pratiques et précautions au sein des équipes.

Notons aussi :

- la diminution des différents points d'entrée dans l'organisation et la mise en place d'un programme de repérage des symptômes des employés aux points d'entrée de l'établissement ;
- la stabilisation des équipes et la diminution des mouvements de personnel ;
- le déploiement de différents audits visant à assurer une vigie sur la mise en œuvre des pratiques de prévention.

Les différentes actions que la DSI-SM a su déployer, en collaboration avec la Direction générale et la Direction des services professionnels, ont permis le déploiement et la consolidation du programme-cadre en prévention des infections au sein de l'Institut, un programme obligatoire qui répond aux différentes composantes du programme et des orientations ministérielles en matière de PCI.

» Vaccination

Une coordination spécifique a été mise en place, sous l'autorité de la DSI-SM dûment mandatée à titre de directrice de la vaccination pour l'Institut. Cette coordination a soutenu l'ensemble de l'effort de vaccination tant pour le volet des employés que pour le volet des patients.

- Pour nos employés :

Dès le départ, en décembre 2020, L'INPL-PP s'est doté d'une cible en matière de couverture vaccinale chez les employés de 85%. Afin de rencontrer cette cible, nous avons déployé une approche personnalisée qui reposait dans un premier temps sur la mise en place d'une structure de prise de rendez-vous et développé un outil de suivi et de compilation d'informations qui nous a permis de suivre l'évolution constante de la prise de rendez-vous et de la vaccination des employés de l'INPLPP ayant d'abord reçu leur vaccin au sein des installations du CIUSSS EMTL. Tous les employés

ont été contactés personnellement par notre équipe de téléphonistes pour leur offrir un rendez-vous.

Par ailleurs, dès que cela a été possible et, afin de faciliter l'accessibilité à la vaccination, l'INPLPP a développé sa propre clinique de vaccination. La clinique s'est actualisée selon une programmation très agile et a été en opération plusieurs fois par semaine. Ce qui permettait d'administrer, tant des premières que des deuxièmes doses aux membres des équipes de l'INPLPP selon les délais prescrits par le MSSS, et ce, toujours selon une approche personnalisée où tous les employés ont été contactés personnellement pour leur octroyer un rendez-vous.

- Pour nos patients :

La première dose du vaccin Moderna a été administrée à 141 patients le 7 janvier 2021 par trois duos de vaccinateurs directement sur les unités. La vaccination des patients s'effectue en continu, selon les directives ministérielles en vigueur.

» Déploiement de la Politique sur les mesures de contrôle

En réponse à la lettre reçue du Protecteur du citoyen le 22 mai 2020 demandant à l'organisation de prendre les mesures nécessaires afin que soit implantée et appliquée à toutes les unités sa politique de déploiement portant sur les mesures de contrôle, voici ce qui a été réalisé :

Préparation

- Un état de situation pour agir sur les difficultés d'application des mesures de contrôle;
- Une révision temporairement de la structure pour appuyer un changement culturel qui favorisera la mise en place d'une telle politique dans un hôpital à sécurité maximum comme l'Institut;
- Une structure de gouvernance du projet;
- Des stratégies d'implantation en fonction de l'état de situation;
- Un cadre médico-légal pour administrer les mesures de contrôle aux patients aptes qui les refusent.

Planification

- Un plan de mise en œuvre permettant la mise en place des mesures de contrôle;

- Des outils pour aider nos employés à discerner les enjeux médico-légaux et favoriser l'application des mesures de contrôle en conformité avec les orientations ministérielles et la mission de l'Institut;
- La planification d'une formation adaptée à notre réalité;
- Des consultations auprès des partenaires internes.

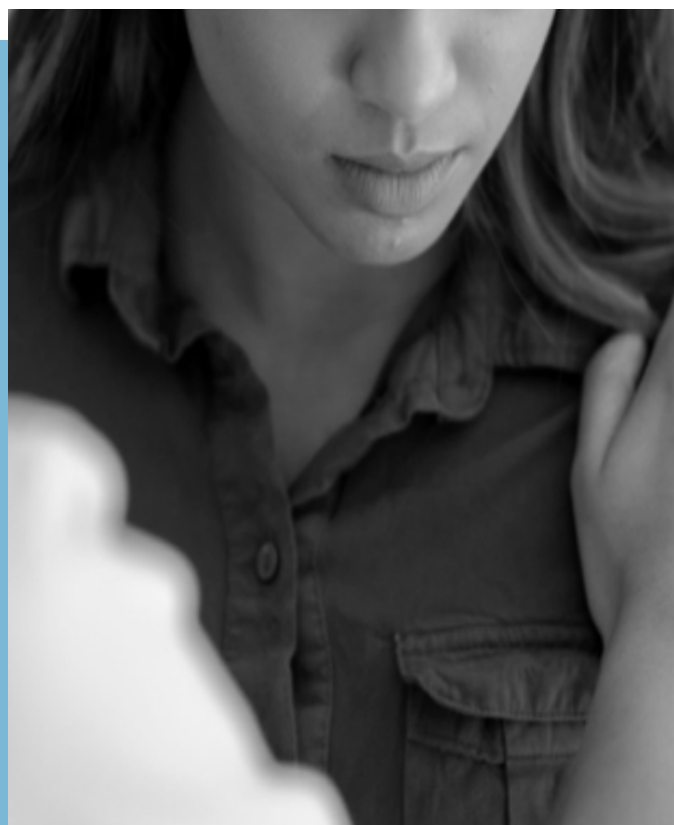
Déploiement

Au cours des mois de février et mars 2021, un plan de communication et des consultations ont été réalisés auprès de différentes instances de l'Institut afin de préparer le déploiement des formations et d'adapter les différentes stratégies de soutien prévues pour les équipes et ainsi répondre aux besoins spécifiques de celles-ci.

La phase du déploiement de la politique portant sur l'application des mesures de contrôle est en cours.

» Service de la sécurité

Des discussions avec le DGA ont eu cours pour la réintégration du service de la sécurité au sein de la DSI-SM. Cette réintégration devant être effective dès le début de l'an 2021-2022.



» Direction générale adjointe (DGA)

Service des finances

Cette année, l'Institut a mobilisé une partie de ses efforts afin d'assurer la santé financière de l'établissement. Des suivis réguliers et d'indicateurs de performance ont été réalisés au cours de l'année courante. Par ailleurs, un effort particulier a été mené afin de revoir les processus de gestion du service et de production des analyses financières dans un objectif d'amélioration continue.

L'Institut a aussi bénéficié de nombreux montants de développements financiers au mois de janvier 2021 qui permettront de nous soutenir dans les divers projets de réalisation de notre mission nationale et autres projets à venir.

Service des approvisionnements

Essentiellement, en 2020-2021, le service des approvisionnements a concentré son énergie sur le l'optimisation de ses espaces de stockage. Cet exercice a permis de libérer un espace pour les effets personnels des patients.

La pandémie a mis une pression énorme sur l'équipe du service qui a dû multiplier les efforts afin de répondre à une demande fulgurante des besoins auxquels l'Institut ne fait habituellement pas face en raison de sa mission.

Plus de 11 000 réquisitions ont été réalisées au courant de l'année en plus de l'octroi de 178 contrats, dont 55 en achat regroupé.

Ressources informationnelles

L'exercice 2020-2021 a été marqué par plusieurs projets. Entre autres, l'unification et la standardisation des comptes et adresses courriel Microsoft, la mise en place de l'authentification à multiple facteur (MFA) et la mise en place des outils de collaboration Microsoft (Sharepoint et Zoom) dans l'établissement. Nous avons répondu à plus de 9 400 demandes dans la dernière année qui représente une augmentation de plus de 31%.

La pandémie de la COVID-19 a également demandé beaucoup d'ajustements et de soutien de la part de l'équipe pour permettre à l'Institut de demeurer opérationnel malgré les mesures de protection mise en place. Nous avons ajusté nos heures de service, livré plus de 100 ordinateurs portables aux employés, nous avons créé plus de 150 jetons de téléaccès, nous avons rehaussé nos liens de télécommunication, nous avons distribué plus de 30 tablettes et téléphones sans fil sur les unités afin d'éviter les bris de service et permettre aux patients de garder le contact avec leur famille. Nous avons vécu une augmentation des demandes reliées au secteur de la télésanté (webconférence, visioconférence, téléconférence, etc.) de 420% dans la dernière année.

L'équipe des Ressources informationnelles se fait un point d'honneur à supporter la gestion des opérations de l'Institut. La demande croissante des projets de développement et de collaboration permet à l'équipe de se dépasser jour après jour.

Service de la sécurité

En novembre 2019, un transfert temporaire du service de la sécurité vers la direction générale adjointe avait été effectué pour permettre à la DSI-SM de se réorganiser. Au cours de cette année, des discussions visant le retour du service au sein de la DSI-SM ont eu cours. À la suite de ces échanges, il a été convenu que cette réintégration ait lieu afin de favoriser au mieux la synergie requise entre les différentes équipes oeuvrant auprès des patients.

Au même titre que l'ensemble de l'établissement, les employés du service de la sécurité ont été grandement sollicités pour faire face à la pandémie et ont apporté une contribution importante pour contribuer au respect des normes PCI en vigueur.

À cet effet, plusieurs ajustements ont été nécessaires pour maintenir l'offre de service aux patients. Changements auxquels le service s'est adapté. Notons que l'offre de service de la sécurité a poursuivi son optimisation au cours de l'année à travers certaines formations, entre autres.

Direction des services techniques et du projet majeur (DST)

La direction des services techniques et du projet majeur a concentré ses efforts autour du projet de modernisation et de différents projets pour corriger la vétusté. De nombreux changements ont été apportés à la structure de la direction afin d'être en mesure de mener à bien divers projets d'infrastructures en cours et à venir.

Ainsi, la constitution d'une équipe couvrant le volet construction de la direction a été approuvée et est en cours d'embauche depuis janvier dernier. Celle-ci se compose d'un chef de service, de deux conseillers en bâtiment et d'un technicien en bâtiment. La mission de cette équipe: réaliser divers projets de maintien d'actifs, de rénovations fonctionnelles et de modernisation majeure.

Le projet de modernisation suit son cours, l'étape du dossier d'opportunité (DO) est réalisée à environ 75%. Le dépôt du DO au conseil des ministres pour approbation est prévu à la fin de l'été 2021. Ce projet a pour but la modernisation des installations de l'établissement pour en faire un milieu moderne, adapté aux besoins de la clientèle, permettant d'offrir des services de pointe et de favoriser l'innovation et le partage des connaissances. Ceci s'inscrit également

dans le mandat de l'Institut de procéder à la hiérarchisation des soins de psychiatrie légale.

Le projet de modernisation se décline en 4 volets de réfection du bâtiment, soit les 15 unités de soins, les espaces dédiés au secteur académique, les cours intérieures et le stationnement afin de créer un environnement écoresponsable. L'ensemble du projet est réfléchi sous un angle fonctionnel des besoins définis.

La DST chapeaute également le comité en Santé environnementale et développement durable (SEDD) qui a reçu le prix «Institution» du Gala du Conseil Régional de l'Environnement de MTL en 2020 grâce aux nombreuses démarches réalisées par l'organisation (ruches, bannissement des bouteilles d'eau et des gobelets à café, plantation de plus de 3000 arbres, etc.).

Tout comme dans les autres services, les équipes de la DST ont été fortement sollicitées dans la gestion de la pandémie pour assurer un rehaussement de la désinfection et l'installation matérielle dans l'Institut.

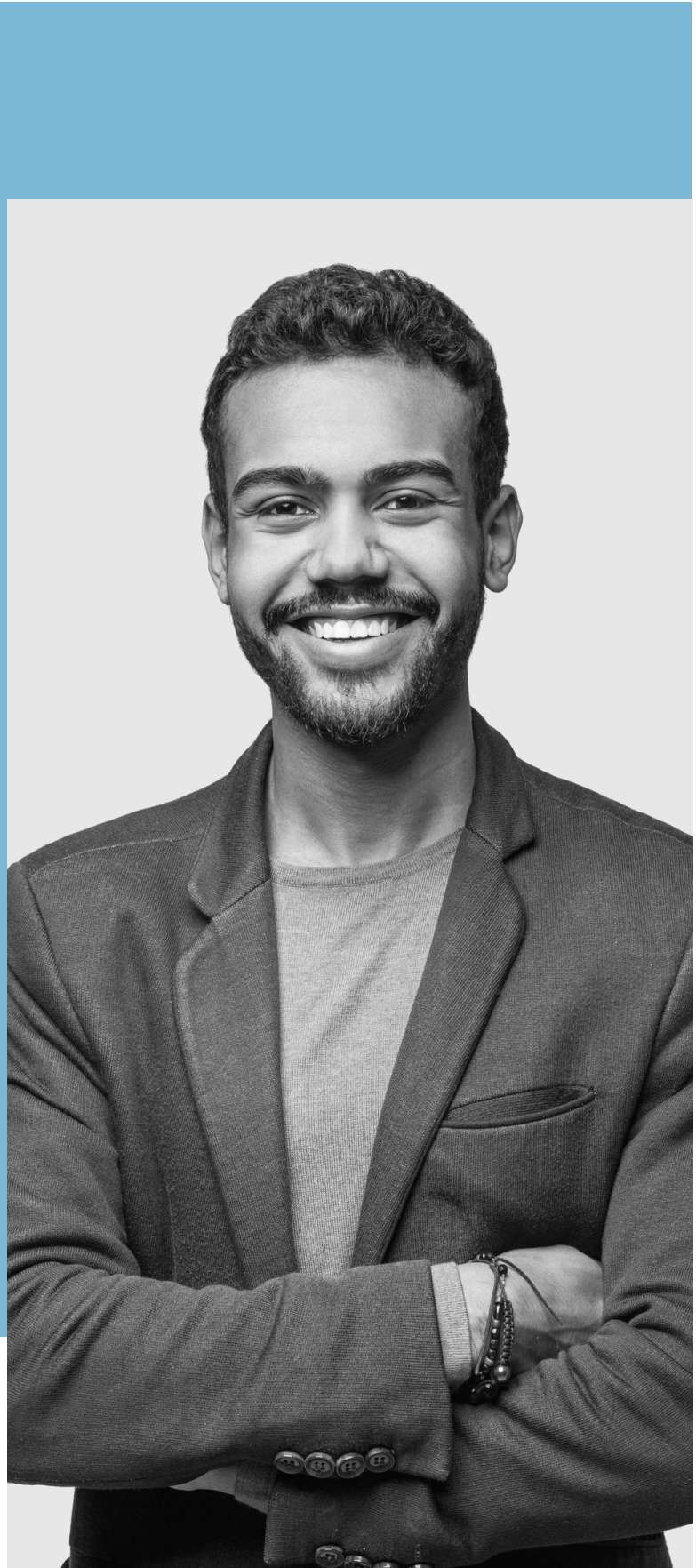


» Direction des ressources humaines et des communications (DRHC)

L'année 2020-2021 a été marquée par la création de la direction intérimaire des ressources humaines et des communications. Cette nouvelle direction, autorisée pour une période d'une année par le MSSS, a relevé directement de la PDG et a œuvré prioritairement tout au long de cette année au développement organisationnel, à la mobilisation du personnel et à la gestion du changement, en plus des volets courants en matière de ressources humaines et de communications. À cet effet, le Conseil d'administration a accepté la recommandation de la PDG de procéder à la nomination de Martine Haines comme directrice des ressources humaines et des communications déjà en poste comme coordonnatrice à la tête de cette nouvelle direction intérimaire.

Tout au long de cette année, la direction des ressources humaines a participé activement dans plusieurs dossiers en lien avec la gestion de la pandémie. Principal porteur de l'interprétation et de l'application des différents arrêtés ministériels, les membres de cette direction ont su répondre aux différentes attentes du MSSS et de l'Institut en actualisant ces arrêtés, notamment ceux modifiant les conditions de travail des employés. Différentes stratégies en matière de planification des horaires, en relations du travail et en communication ont permis de diminuer au maximum les impacts de ces arrêtés sur les individus de notre organisation tout en permettant la flexibilité en termes de disponibilités de la main-d'œuvre. Par ailleurs, la DRHC a été particulièrement active sur la mise en place d'une démarche visant l'inclusion, la civilité et la diversité dans l'organisation.

D'un point de vue communication, nous avons créé des outils en collaboration avec les différentes directions afin d'informer les patients, les employés et les gestionnaires des mesures sanitaires, des dernières nouvelles en lien avec la COVID et des changements à venir. Nous avons par ailleurs, tenté, malgré la gestion de la pandémie, de souligner notre 50e anniversaire par des capsules vidéos, des remises de cadeaux, des concours et la mise en place d'un sentier historique présentant les jalons importants de l'Institut tout autour de l'organisation. Une plantation d'arbres symbolique au nom des employés a également contribué à souligner ce jalon important.



» Direction des services professionnels (DSP)

Au coeur des projets mis de l'avant de la DSP pour la période 2020-2021, notons la planification de l'implantation du modèle de soins hiérarchisé en étroite collaboration avec le MSSS et pour lequel un nouvel adjoint à la DSP, volet mission nationale, a été engagé.

Comme pour l'ensemble des directions de l'établissement, la gestion de la pandémie a mobilisé plusieurs ressources notamment au plan PCI avec la nomination de la directrice des services professionnels à titre d'officier PCI de l'établissement. La programmation clinique a été ajustée et bonifiée pour répondre aux besoins thérapeutiques des patients en «bulle-unité», la mixité n'étant plus permise en contexte d'urgence sanitaire. Par ailleurs, les restrictions liées à la pandémie ont demandé un ajustement à la hausse du service de visioconférences, entre autres pour la téléexpertise.

Parmi les dossiers prioritaires, la préparation de la formation sur l'application des mesures de contrôle et le développement de la programmation du projet trajectoires et programmation, en étroite collaboration avec la DSI-SM, ont aussi fait partie des mandats importants de cette année.

Des travaux préparatoires au déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) ont été réalisés et l'équipe clinique responsable du projet s'est vue bonifiée.

Finalement, notre direction a poursuivi ses efforts d'accompagnement et de support aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, principalement avec le CISSS de la Côte-Nord pour la production d'expertises psychiatriques.

Les services externes, le service des archives et le département de psychiatrie ont également été mobilisés autour de ces projets. Deux nouveaux médecins se sont également joints à l'équipe.

Bien que l'année 2020 ait été, à bien des égards, exceptionnelle, c'est avec ardeur que tous les membres de la DSP se sont mobilisés, et ce tant à l'interne qu'en soutien à nos différents partenaires du réseau.



Direction de la recherche et de l'enseignement (DRE)

Les efforts de l'équipe ont permis de poursuivre le développement scientifique et académique de la DRE, en lien avec le déploiement de la mission nationale de l'Institut, malgré le contexte de pandémie.

» Centre de formation et d'innovation

Confirmation du financement récurrent d'un Centre de Formation et d'Innovation en santé mentale, justice et sécurité par le MSSS 1.1M\$ annuellement. Cet appui remarquable au déploiement de la mission nationale de Pinel aura un effet structurant sur la programmation de formations et d'événements de mobilisation et de transfert des connaissances. L'élaboration d'une programmation de formation à la fine pointe des connaissances en soutien aux meilleures pratiques en santé mentale forensique promet de pourvoir l'Institut et ses partenaires avec les ressources pour répondre aux besoins grandissants d'amélioration et de mise à niveau des connaissances et des pratiques.

Plusieurs activités de transfert des connaissances : conférences scientifiques, présentation du DUNDRUM à la Commission d'examen des troubles mentaux du Québec (CETM), formations HCR-20 et START, collaboration avec la DSI-SM dans l'offre de formation OMEGA.

» Stages, comité étudiant et bourses

L'INPL-PP a accueilli 75 stagiaires universitaires dans diverses disciplines en ajustant les stages au contexte de pandémie.

Le comité étudiant (55 membres) a élu un nouvel exécutif avec Ann-Pierre Raiche (Guay et Crocker, dir.) et Félix-Albert Bélanger (Crocker et Higgs, dir.) co-présidents.

Des ateliers de révision de demandes d'admission aux cycles supérieurs, de rédaction de style pomodoro, de groupe de lecture, de révision d'articles et de demandes de bourses ont été organisés. Coordination d'activités de rédaction scientifiques ainsi qu'une conférence scientifique en collaboration avec un patient partenaire. La chercheuse Dumais-Michaud est mentore auprès du comité étudiant.

Bourses d'excellences :

Huit bourses obtenues par les étudiants du Centre de recherche :

- Victoria Allard et Maude Payant : bourse doctorale CRSH.
- Félix Albert Bélanger : bourse doctorale FRQ-SC

- Léanne Dauphinais : bourse Joseph-Armand-Bombardier.
- Samuel Girard : bourse maîtrise recherche FRQ-SC
- Arianne Imbeault : Prix Frédéric-Nault-Brière, pour excellence académique et recherche. Bourse doctorale FRQ-SC.
- Marichelle Leclair : bourse canadienne la plus prestigieuse : Bourse Vanier.
- Sarah Ousman : bourse doctorale FRQ-SC.

» Recherche et subventions

En 2020-2021, 16 chercheurs réguliers et 17 chercheurs associés (1 nouveau chercheur régulier et 3 nouveaux chercheurs associés). De nouvelles subventions ont été octroyées à nos chercheurs réguliers (chercheurs principaux) :

- Crocker, Dumais-Michaud, Lemieux - UETMIS (CRSH: 25K\$) COVID-19 et multiplicité des confinements des personnes ayant un problème de santé mentale en milieu institutionnel : de la recherche à l'action
- Crocker, Lemieux-UETMIS (UdeM: 15K\$) Cartographie des parcours judiciaires en santé mentale-justice
- Da Silva Guerreiro (FRQ-SC : 55K\$) Implantation de deux outils d'évaluation du risque de violence dans un établissement correctionnel provincial pour femmes; (CRSH : 72K\$) Portrait de la clientèle féminine des Services correctionnels du Québec sous l'angle de la traite des personnes à des fins liées à l'exploitation sexuelle
- Guay, Crocker, Lafortune, Renaud (FRQ-S-Audace: 64K\$) Vers une transformation des pratiques de formation professionnelle des commissaires aux libérations conditionnelles à l'aide d'Agents Virtuels Autonomes
- Holmes, Dave (IRSC : 120K\$) Vers une compréhension phénoménologique du stress traumatique en milieu psychiatrique; (UOttawa : 175K\$) Chaire de recherche universitaire en soins infirmiers médico-légaux; (CRSH : 6K\$); Revue intégrative des écrits sur la construction d'une identité populaire de l'infirmière et de ses rôles en temps de pandémie liée au SRAS-Cov-2 (covid-19)
- Lafortune, Denis (Justice Canada : 345K\$) Les jeunes contrevenants faisant l'objet d'une double intervention judiciaire (protection de la jeunesse et justice pénale); (MSSS : 53K\$) Les jeunes desservis

par la Loi sur le Système de Justice Pénale pour les Adolescents (LSJPA) dans le contexte de la COVID-19 : un portrait des douze premiers mois de la pandémie au Québec; (FRQ-MEI-MSSS : 58K\$) Les enfants desservis par la Protection de la Jeunesse dans le contexte de la COVID-19 : un portrait des douze premiers mois de la pandémie au Québec

- Paradis-Gagné (Justice Canada : 100K\$) Pratique de la méditation pleine conscience auprès d'adolescents suivis en psychiatrie légale : une recherche qualitative; (CRSH : 25K\$) Perception des personnes en situation d'itinérance par rapport à l'approche de proximité dans la région de Montréal
- Renaud (IRSC: 688K\$) Preclinical models of sexual arousal, desire and orgasm disorders in woman.

Les chercheurs réguliers ont publié 38 articles avec comités de pairs en plus de 15 articles sous presses ou acceptés, 29 soumis. Deux livres ont été publiés, 13 chapitres de livres, 5 chapitres sous presses ou acceptés, 4 soumis.

De plus, Anne Crocker a été nommée professeure invitée (2020-2023) à l'Université de Gothenburg, Center for Law and Mental Health en Suède.

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

An 2 de fonctionnement, participe au comité inter-conseil

Lemieux, A., Damasse, J., & Morin-Major, J.-K. (2020). Gestion de la COVID-19 avec les personnes ayant un trouble mental dans les milieux fermés: Une réponse rapide. (pdf) En collaboration avec UETMISM du CIUSS l'Est-de-l'île-de-Montréal. Une capsule vidéo informative et deux conférences.

Lemieux, A., Dumais-Michaud, A.-A., Damasse, J., Morin-Major, J.-K., To Nhu, N. Lesage, A. & Crocker, A. (octobre 2020). Management of COVID-19 for Persons with Mental Illness in Secure Units: A Rapid International Review to Inform Practice in Québec. Article (un second article sera publié en 2021-2022)

Répertoire des changements de politiques et pratiques en lien avec la COVID-19 dans le milieu de la psychiatrie légale en collaboration avec l'IAFMHS - pdf

Dumais Michaud, A.-A., Lemieux, A.J., Regaudie, K., Dufour, M., Bélanger, F.A., Gratton, E., et Crocker, A.G. (2020). Les équipes de suivi intensif en milieux adaptés à la psychiatrie légale : faits et questions. Montréal, Québec (Canada) :

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.(pdf)

Dans son rôle-conseil auprès du MSSS, a préparé un état de situation des homicides intrafamiliaux et féminicides, une série de recommandations et un plan de travail.

» Groupe de consultation statistique

Ce groupe offre du soutien aux chercheurs et étudiants en lien avec les techniques d'analyse statistique pour la réalisation de leurs recherches, la rédaction d'articles scientifiques et demandes de subventions. Le GCS a offert 14 formations en statistiques, notamment sur l'utilisation du logiciel statistique SPSS, MPlus et R. Il a aussi contribué à l'analyse statistique des données de l'outil DUNDRUM dans le cadre du projet Trajectoires et programmation. Ces analyses ont permis de dresser un portrait plus à jour des patients et de définir/raffiner des indicateurs de performance. Enfin, le GCS a soutenu des projets de l'équipe d'hygiène et salubrité et du comité de prévention des infections de l'Institut sur le plan méthodologique et statistique.

» Réalité virtuelle

L'année aura été propice au rehaussement des infrastructures de la voûte, grâce, notamment, au soutien des fonds de recherche de l'Observatoire en santé mentale, justice et sécurité. Les investissements technologiques permettront au laboratoire de poursuivre son développement comme chef de file en évaluations de la délinquance sexuelle et sur le plan des formations de pointe pour les professionnels de la santé.

» Centre de documentation

Le centre de documentation a bonifié cette année son offre de ressources documentaires électroniques, a facilité l'accès à distance aux ressources et a développé de nouvelles formations afin d'augmenter l'autonomie des patients en télétravail. L'année a été marquée par une augmentation de 60% des questions de références en lien avec les besoins informationnels (530 questions).

Toutes ces activités propulsées par la DRE permettent d'assurer le développement, la mobilisation et le transfert des connaissances aux interfaces de la santé, des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique, des éléments essentiels à la mission nationale de l'Institut.

4

Les résultats au regard du plan stratégique du MSSS

Aucune cible indiquée au plan stratégique du MSSS ne concerne notre établissement.



5 Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Le statut actuel de l'Institut est celui d'agréé pour la période de février 2018 à décembre 2023.

Depuis la dernière visite d'Agrément Canada, tous les suivis ont été effectués, et ce, à leur satisfaction. Les derniers correctifs apportés suite aux recommandations ont été réalisés en novembre 2019 et ceux-ci portaient sur la gestion des médicaments et la gouvernance.

Au cours de l'année 2019-2020, l'Institut a préparé ses équipes à la venue d'Agrément Canada au printemps, mais, en raison de la COVID-19, cette visite a dû être remise et aura finalement lieu du 6 au 8 décembre 2021. Nous sommes donc actuellement en mode préparatoire de cette visite.

La sécurité et la qualité des soins et des services

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

Puisque les efforts ont majoritairement été orientés vers la gestion de la pandémie et que les initiatives étaient limitées en raison des mesures sanitaires en place, les opportunités de promotion s'en sont aussi trouvées réduites.

Malgré tout, la gestionnaire de risques s'est assurée de faire :

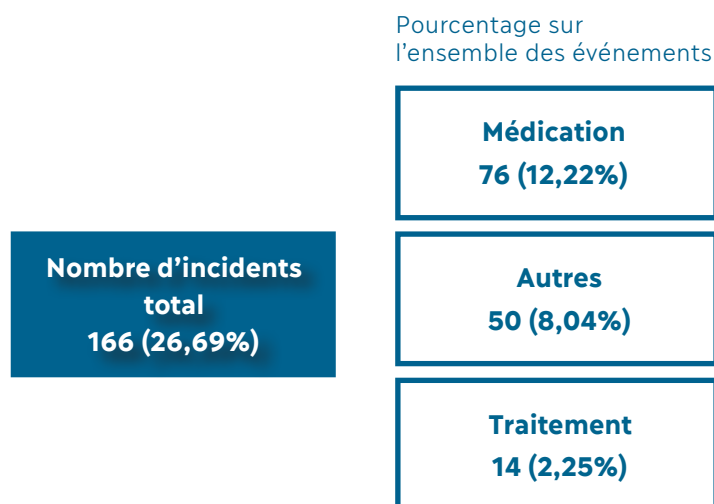
- la révision de la structure et du fonctionnement du comité de gestion des risques;
- d'élaborer et de mettre en place les modalités de fonctionnement transitoires;
- d'assurer un suivi avec les directeurs impliqués pour diffuser l'information dans leurs équipes.

La gestionnaire de risques prend connaissance de tous les rapports de déclaration d'incidents ou d'accidents, fait des liens avec le comité de gestion des risques et prend les décisions relatives à la déclaration d'événements sentinelles.



» Nature des trois (3) principaux types d'incidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

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

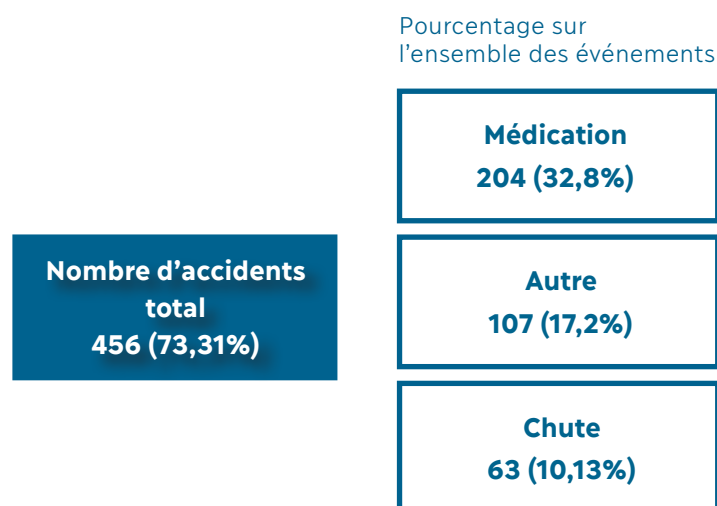


Circonstance des trois principaux types d'incidents et pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents

Événements	Circonstances (3 principales)
Médication 45,78%	Non-respect d'une procédure/protocole Trouvé Disparition/décompte
Autres 30,12%	Erreur liée au dossier Bris de confidentialité Lié aux mesures de contrôle
Traitement 8,43%	Non-respect d'une procédure/protocole Autre

» Nature des trois (3) principaux types d'accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance

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



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

Événements	Circonstances (3 principales)
Médication 44,74%	Non-respect d'une procédure/protocole Dose/débit Omission
Autre 23,46%	Automutilation Désorganisation comportementale (avec blessure) Bris de confidentialité
Chute 13,82%	En circulant Trouvé par terre Autre

» Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement

» En lien avec les incidents et les accidents

- Suivi du plan d'action sur la prestation sécuritaire des soins - volet médicament.
- Amélioration des outils de suivi des événements sentinelles.
- Le comité de gestion des risques a traité de tous les événements sentinelles déclarés et s'est assuré d'en faire les suivis appropriés avec les directions concernées.

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

- Un point statutaire du comité de gestion des risques est abordé avec un membre représentant de l'équipe de prévention et contrôle des infections;
- En cours d'année une équipe de prévention et contrôle des infections a été mise en place et consolidée et une gouvernance a été établie;
- Des procédures de l'ordre de plusieurs dizaines ont été élaborées et mises en place en lien avec la pandémie.
- Un programme d'amélioration de la sécurité infectieuse a été élaboré et a débuté sa mise en œuvre;
- Une équipe d'assurance-qualité a été mise en place.
- Certaines des mesures mise en place pour la prévention et le contrôle des infections sont indiquées à la page 22 du présent document.

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

- L'ajout d'un point statutaire au comité de gestion des risques traitant de cet aspect avec les membres de la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires facilite la prise en charge et les suivis afférents.
- Un programme sur l'application des mesures de contrôle en contexte interdisciplinaire a été élaboré en cours d'année. Un chargé de projet sera en place pour assurer sa mise-en-œuvre dans la prochaine année.

- Un registre est en cours d'implantation pour veiller aux suivis.
- Un suivi rigoureux a été effectué avec le Protecteur du citoyen, qui s'en est montré plus que satisfait et souhaite pérenniser notre approche avec d'autres établissements.



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

» Recommandations du coroner

Au cours de l'année 2020-2021, aucune recommandation n'a été émise par le Coroner.

» Recommandations du Protecteur du citoyen

Au cours de l'année 2020-2021, le Protecteur du citoyen a émis deux recommandations :

1. Que l'INPLPP informe le Protecteur du citoyen de l'acceptation de l'établissement de mettre en oeuvre les recommandations qui lui sont adressés au regard de l'application de la Politique sur les mesures de contrôle.
 - Un plan d'action reposant sur l'implantation de manière organisationnelle de la politique a été déposé le 29 juin 2020. Le principal enjeu entourant le déploiement de cette politique était la nécessité d'agir sur la structure organisationnelle de l'établissement afin d'assurer un changement culturel pérenne. C'est pourquoi le plan d'action adresse directement cet enjeu en proposant une structure de gouvernance qui sera responsable de tous les éléments requis pour la mise en œuvre de la politique, son application et son évaluation.
 - Depuis le 15 juin dernier, toutes les actions prévues par le plan de déploiement de la politique sont en cours et se déroulent selon les échéanciers prescrits. L'Institut déposera un bilan de fin d'année au Protecteur du citoyen vers le mois d'octobre 2021.
2. Que l'INPLPP prenne les moyens nécessaires afin de rappeler au personnel infirmier qu'il doit recourir à des mesures alternatives avant d'envisager le recours aux mesures de contrôle et de communiquer avec le CPU. Le recours aux mesures alternatives doit être clairement consigné au dossier des patients.
 - Le 9 octobre 2020, l'INPLPP a confirmé la réalisation de cette recommandation, par une rencontre du personnel de l'unité concernée afin de rappeler que les mesures alternatives doivent être envisagées avant d'appliquer une mesure de contrôle. Ces mesures sont incluses dans le plan d'action.

La direction générale a débuté un suivi avec les directions, en collaboration avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, afin d'améliorer le suivi des recommandations et des engagements;

Au 31 mars 2021, même avec une augmentation de plus

de 100% du volume de motifs, de plaintes, plaintes médicales et interventions conclues par rapport à 2018-2019, les mesures correctives et recommandations mises en place ont augmenté de 21% par rapport à 2018-2019 et de 16 % par rapport à 2019-2020.

» Recommandations d'autres instances

Au cours de l'année 2020-2021, aucune recommandation n'a été émise par d'autres instances telles qu'un ordre professionnel, une enquête administrative, une inspection, etc.

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

Pour l'année 2020-2021, voici les éléments qui ont fait l'objet de recommandations par la commissaire:

Mesures réalisées :

- Modifications apportées à la Politique sur les pratiques vestimentaires des patients;
- Rappel au personnel clinique concernant :
 - l'encadrement des fouilles d'une chambre et la documentation afférente;
 - l'encadrement de l'application des mesures de contrôle en situation d'urgence;
 - la réévaluation du plan proactif du patient lors des rencontres post-événements;
 - envisager des solutions alternatives de concert avec le service des activités d'alimentation pour répondre au refus d'un patient de s'alimenter.

Mesures en cours de réalisation:

Soins et services dispensés

- Déploiement d'une démarche d'accommodement raisonnable claire, par le biais de l'adoption d'une politique pour tout motif de discrimination interdit par les Chartes.
- Augmentation des ressources disponibles pour permettre plus de sorties extérieures dans les petites cours de l'établissement.
- Mise en place d'une formation quant au déploiement du plan d'intervention du patient.

Organisation du milieu et ressources matérielles

- Rédaction d'un plan d'action conjoint entre la DSI-SM et la DST pour permettre la réalisation des tâches d'hygiène et de salubrité sur les unités, dans le respect des normes requises en la matière.
- Création d'outils pour le personnel afin de faciliter l'intégration des principes de la politique sur les fouilles et de la documentation qui l'accompagne.

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

Tableau : Les mises sous garde (1^{er} avril au 31 mars 2020)

	Mission CH	Total
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	10	10
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	Sans objet	12
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	12	12
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	11
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)	11	11

L'examen des plaintes et la promotion des droits

» Rôle de la commissaire locale aux plaintes et la qualité des services

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des usagers et des participants à la recherche ainsi que du traitement diligent de leurs plaintes, des signalements en lien avec la maltraitance et des plaintes relatives aux personnes vulnérables. La commissaire est responsable, envers le conseil d'administration, du respect et de la promotion des droits des usagers, de la satisfaction de ceux-ci et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle est nommée par le conseil d'administration et agit de façon indépendante des structures administratives. Elle n'exerce aucune autre fonction au sein de l'établissement.

Les plaintes concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, sont reçues par la commissaire, mais transférées à un médecin examinateur qui est responsable de procéder à l'examen de ces plaintes.

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

6 L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Étant donné la mission particulière de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, qui offre des services de 3^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 Les ressources humaines

Tableau : Répartition de l'effectif en 2020 par catégorie de personnel

	Nombre d'emploi au 31 mars 2020	Nombre d'ETC en 2019-2020
1. Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	216	124
2. Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	344	219
3. Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	459	273
4. Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	115	79
5. Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales*	28	19
6. Personnel d'encadrement	62	42
Total	1 224	756

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

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

Sous-catégorie d'emploi déterminé par le Secrétariat du conseil du trésor (SCT)	Comparaison sur 364 jours pour avril à mars 2020-03-29 au 2021-03-27		
	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1. Personnel d'encadrement	82 083	4 457	86 540
2. Personnel professionnel	155 214	1 463	156 677
3. Personnel infirmier	261 469	22 117	283 585
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	551 102	32 076	583 178
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	491 908	44 896	536 804
Total 2020-2021	1 541 776	105 008	1 646 785
Total 2019-2020	1 420 044	58 724	1 478 768

Cible 2020-2021 en heures rémunérées **1 652 216**

Écart à la cible **(5 431)**

Écart à la cible en % **-0.3%**

Pour l'année 2020-2021, la cible a été respectée.



8 Les ressources financières

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice courant		Exercice précédent		Variation des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
Programmes- services						
Santé publique	1 733 904	2.03	116 631	0.17	1 617 273	1386.66
Santé mentale	55 065 768	64.42	48 709 819	69.25	6 355 949	13.05
Santé physique	943 339	1.10	978 838	1.39	(35 499)	-3.63
Programme de soutien						
Administration	10 559 729	12.36	6 456 777	9.18	4 102 952	63.54
Soutien aux services	7 490 130	8.76	6 454 643	9.17	1 035 487	16.04
Gestion des bâtiments et équipements	9 686 025	11.33	7 622 855	10.84	2 063 170	27.07
Total	85 478 895	100	70 339 563	100	15 139 332	21.52

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

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

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

L'équilibre budgétaire

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

Pour l'exercice clos le 31 mars 2021, l'établissement a réalisé un surplus de 97 526 \$ au fonds d'exploitation et un surplus de 266 475 \$ au fonds d'immobilisations pour un surplus global de 364 001 \$. Par conséquent l'établissement a respecté cette exigence légale.

Les contrats de services

Tableau : Contrats de services, comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2021

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	2	138 240 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	24	3 850 808 \$
Total des contrats de services	26	3 989 048 \$

¹ Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non

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

9 Ressources informationnelles

L'année 2020-2021 a été marquée par plusieurs projets d'envergure portant, entre autres, sur l'unification, l'optimisation, la standardisation et la mise à jour des outils utilisés dans l'établissement. La pandémie de la COVID-19 a également demandé beaucoup d'ajustements et de soutien de la part de l'équipe pour permettre à l'Institut de demeurer opérationnel malgré les mesures sanitaires.

Dans ce cadre, l'équipe de l'informatique a déployé un nombre important de nouveaux équipements aux employés et aux patients de l'Institut en plus d'offrir un support important dans ce contexte de télétravail et télémédecine.

Parmi les réalisations d'envergure de l'année, notons:

- Le déploiement de la suite de collaboration Microsoft 365 pour plus de 500 employés de l'Institut;
- L'accès à la téléphonie wifi sur les unités de soins et la distribution de tablettes électroniques pour faciliter les visioconférences, la télémédecine et le rencontre entre les patients et leurs familles ;
- L'augmentation de 70 % du téléaccès grâce aux jetons (contexte COVID-19);
- Un support accru au niveau des plateformes de visioconférence telles que Teams, Zoom et React;
- Le déploiement d'équipement (ordinateur portable, écrans et accessoires) dans l'organisation pour faciliter le télétravail (environ 90 appareils);
- Le remplacement et l'installation de 15 nouveaux téléviseurs intelligents pour les unités de soins;
- L'installation d'équipements audiovisuels dans l'ensemble des salles de rencontre du secteur clinique et administratif pour faciliter les téléconférences.

Dans l'ensemble, l'équipe du service des ressources informationnelles a répondu à plus de 9 500 billets de support.

La réalité du télétravail et les restrictions imposées par la COVID-19 créent une nouvelle réalité au niveau de technologie de l'information et des demandes au service de l'informatique pour veiller à supporter les différents professionnels de l'Institut en s'assurant de la disponibilité et du support des équipements technologiques.

11

La divulgation des actes répréhensibles

Tableau : Répartition de l'effectif par catégorie de personnel

Divulgence d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics	Nombre de divulgation	Nombre de motifs	Motifs fondés
1. Le nombre de divulgations reçues par le responsable du suivi des divulgations	3	Sans objet	Sans objet
2. Le nombre de motifs allégués dans les divulgations reçues (point 1)	Sans objet	4	
3. Le nombre de motifs auxquels il a été mis fin en application du paragraphe 3 de l'article 22		0	
4. Motifs vérifiés par le responsable du suivi des divulgations: Parmi les motifs allégués dans les divulgations reçues (point 2), excluant ceux auxquels il a été mis fin (point 3), identifiez à quelle catégorie d'acte répréhensible ils se rapportent.			
• Une contravention à une loi du Québec, à une loi fédérale applicable au Québec ou à un règlement pris en application d'une telle loi	Sans objet	3	3
• Un manquement grave aux normes d'éthique et de déontologie		3	3
• Un usage abusif des fonds ou des biens d'un organisme public, y compris de ceux qu'il gère ou détient pour autrui		1	1
• Un cas grave de mauvaise gestion au sein d'un organisme public, y compris un abus d'autorité		0	0
• Le fait, par un acte ou une omission, de porter gravement atteinte ou de risquer de porter gravement atteinte à la santé ou à la sécurité d'une personne ou à l'environnement		2	2
• Le fait d'ordonner ou de conseiller à une personne de commettre un acte répréhensible identifié précédemment		0	0
5. Le nombre total de motifs qui ont fait l'objet d'une vérification par le responsable du suivi des divulgations	Sans objet	9	Sans objet
6. Parmi les motifs vérifiés par le responsable de suivi (point 4), le nombre total de motifs qui se sont avérés fondés	Sans objet	Sans objet	9
7. Parmi les divulgations reçues (point 1), le nombre total de divulgations qui se sont avérées fondées, c'est-à-dire comportant au moins un motif jugé fondé	3	Sans objet	Sans objet
8. Le nombre de communications de renseignements effectuées en application du premier alinéa de l'article 23	0	0	0

Annexe

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs



2017

Institut Philippe-Pinel de
Montréal

Comité d'éthique
hospitalière
2017-09-13



[CODE D'ÉTHIQUE]

Mise à jour

Le présent document a été adopté par le conseil d'administration de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) et approuvé le 21 février 2018. Il s'adresse à toute personne désireuse de connaître les engagements de l'établissement à l'égard des patients de l'IPPM. Ce document traite des devoirs et des obligations qui doivent animer les membres du personnel de l'IPPM dans un esprit d'accomplissement de sa mission publique de services et de soins de santé.

La forme masculine employée dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes. Elle ne vise qu'à alléger la présentation du document et à en faciliter la compréhension.

Aux fins d'interprétation des règles éthique, le lecteur voudra bien se référer à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 233.

On peut également consulter ce document à l'adresse suivante : www.pinel.qc.ca

Table des matières

PRÉAMBULE.....	3
PRINCIPES	4
RESPECT DE LA PERSONNE	5
RESPECT DE LA PROPRIÉTÉ	6
RESPECT DE LA LIBERTÉ D'ACTION ET D'OPINION.....	6
RESPECT DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA QUALITÉ DE VIE	7
RESPECT DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES	7
RESPONSABILITÉS SOCIALES DE L'INSTITUT	7
RESPONSABILITÉS DU PATIENT	8
DISPOSITIONS FINALES	8
DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LES PATIENTS.....	10
COMITÉ DES USAGERS.....	10
COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	10
DISPONIBILITÉ DU PRÉSENT CODE	10
DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LE PERSONNEL DEVANT UNE QUESTION D'ORDRE ÉTHIQUE	11

PRÉAMBULE

Affilié à l'Université de Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal 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. L'Institut dispense des soins et des services de qualité à une clientèle mixte, multiethnique et multiculturelle, en provenance des réseaux québécois et canadien de la santé, des services correctionnels et de la justice. La quasi-totalité des patients de l'Institut est donc sous mandat légal ou est hospitalisée pour assurer la protection du public.

L'Institut collabore avec ses partenaires et exerce une saine gestion de toutes ses ressources en regard de la communauté. L'Institut a des responsabilités à l'égard de ses patients, de ses employés, de ses partenaires et de la communauté.

Le Code d'éthique de l'IPPM a pour objectif de préciser les droits des patients, de même que d'énoncer leurs responsabilités, et les pratiques qui en découlent pour le personnel quant aux aspects suivants :

- le respect de la personne;
- le respect de la propriété;
- le respect de la liberté d'action et d'opinion;
- le respect de l'environnement et de la qualité de vie;
- le respect de l'accessibilité aux soins et aux services.

Le Code d'éthique identifie les valeurs et détermine les règles fondamentales auxquelles les patients et le personnel doivent se conformer

PRINCIPES

1.1 L'Institut Philippe-Pinel de Montréal est un hôpital psychiatrique universitaire, à vocation suprarégionale, qui place le patient au centre de ses activités. Le patient est la raison d'être des services dispensés.

L'Institut fournit des soins et des services de la meilleure qualité possible.

1.2 Dans le cadre de ses interventions, le personnel respecte les dispositions législatives et réglementaires ainsi que les normes éthiques et professionnelles s'appliquant.

1.3 L'Institut met en œuvre toutes les ressources disponibles pour accorder à chaque patient des soins et des traitements optimaux.

1.4 Le personnel traite le patient et toute autre personne avec respect, dignité, équité et empathie, et ce, peu importe leurs croyances, leur sexe, leur origine ethnique, leur race, leur handicap, leur âge et leur statut social.

1.5 L'Institut favorise l'épanouissement et l'estime de soi du patient, le développement de son autonomie, ainsi que sa réintégration dans la communauté.

1.6 Le personnel, dans ses relations avec le patient, accorde les mêmes égards qu'il voudrait pour lui-même et ses proches placés dans une situation identique.

1.7 L'Institut reconnaît l'expertise professionnelle et technique de son personnel. Il favorise le développement et le partage de cette expertise.

1.8 L'Institut contribue à l'amélioration de la santé de ses patients, de son personnel et de la communauté.

1.9 L'Institut favorise le rétablissement de ses patients.

1.10 L'Institut et chacun des membres de son personnel sont responsables d'appliquer et de respecter le Code d'éthique.

1.11 L'Institut adopte des règles de fonctionnement et une organisation du travail qui contribue au respect du Code d'éthique.

1.12 Le représentant de l'Institut et ses employés se gardent de tout conflit d'intérêts. Ils n'en retirent aucun bénéfice personnel.

1.13 Le patient, ou son représentant, peut indiquer à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal qu'il refuse que des informations nominatives, telles que son nom, prénom et adresse, soient divulguées pour des fins de sollicitation à la fondation de l'établissement ou des fins de sondage.

RESPECT DE LA PERSONNE

- 2.1 Le patient reçoit les meilleurs services possibles en fonction des ressources disponibles.
- 2.2 Le patient, ou son représentant, reçoit les informations lui permettant de prendre les décisions concernant son traitement, ses soins, les services disponibles et les projets de recherche auxquels il peut participer.
- 2.3 À l'écoute des besoins du patient, le personnel offre les soins et les services requis conformes aux normes scientifiques, éthiques et sociales, le tout de façon personnalisée.
- 2.4 L'Institut assure au patient le respect de sa liberté et de ses droits. Toute limite imposée à cet égard ne peut être que temporaire et minimale et ne peut se justifier que par la nécessité de protéger l'intégrité physique ou psychologique du patient ou d'autrui.
- 2.5 L'Institut protège le patient contre les abus, l'exploitation et les traitements dégradants ou discriminatoires et prend les mesures qui s'imposent pour protéger sa santé physique et mentale.
- 2.6 Le patient, ou son représentant, participe aux décisions concernant son état de santé et de bien-être, dont celle d'être impliqué dans toutes les étapes de son traitement.
- 2.7 L'Institut assiste le patient lorsque ce dernier désire obtenir de l'information pour entreprendre une démarche administrative ou juridique.
- 2.8 L'Institut répond à toute question du patient relative à ses soins et à ses droits, incluant l'accès à son dossier, tout en s'assurant qu'il n'en découle pas un préjudice pour son intégrité physique ou psychologique et dans le respect des droits d'autrui.
- 2.9 Le personnel offre avec diligence les meilleurs traitements, examens ou soins d'hygiène corporelle en respectant l'intimité du patient.
- Le personnel s'enquiert de la volonté du patient quant aux soins et services offerts et à la façon de les dispenser.
- Lorsque l'état du patient nécessite une assistance aux soins intimes, il la reçoit d'une personne du même sexe sauf si des raisons cliniques ou visant la protection de l'intégrité des personnes le justifie.
- 2.10 La fouille d'un patient n'est effectuée que lorsque requise. Elle est effectuée de manière raisonnable et délicate et est la moins envahissante possible, compte tenu des besoins sécuritaires. Les motifs de fouille sont expliqués au patient. Le patient est fouillé par une personne du même sexe, sauf en cas de danger immédiat.
- 2.11 Toute mesure de contrôle du comportement d'un patient est minimale, temporaire, exceptionnelle et justifiée par des considérations visant la protection de l'intégrité des personnes.

2.12 Un membre du personnel, témoin d'un manquement au Code d'éthique envers un patient, intervient promptement et adéquatement et fournit l'assistance nécessaire à ce dernier. Il en informe son supérieur immédiat.

2.13 Tout professionnel et tout employé travaillant à l'Institut respectent la confidentialité de tout renseignement personnel touchant autant la clientèle que le personnel.

2.14 L'Institut maintient un comité d'éthique de la recherche qui respecte les normes en vigueur.

2.15 L'Institut maintient un mécanisme interne qui permet le traitement de questions éthiques.

2.16 L'Institut veille à promouvoir les saines habitudes de vie.

2.17 Le personnel n'accepte aucun bénéfice résultant de sa relation avec un patient, autre que ceux prévus par son employeur.

RESPECT DE LA PROPRIÉTÉ

3.1 L'Institut s'assure de la protection des biens et des effets personnels du patient. L'Institut, par l'intermédiaire de son personnel, prête assistance au patient dans la gestion de ses biens et effets personnels.

Personne n'est autorisé à fouiller les effets du patient, sauf si des raisons cliniques, d'hygiène ou visant la protection de l'intégrité des personnes le motivent. S'il y a fouille, elle est effectuée de manière raisonnable, délicate, la moins envahissante et dans la mesure du possible, avec la collaboration du patient ou en sa présence.

RESPECT DE LA LIBERTÉ D'ACTION ET D'OPINION

4.1 L'Institut respecte les valeurs spirituelles du patient.

4.2 L'Institut encourage l'implication du patient à l'organisation du milieu thérapeutique, entre autres, en participant aux activités du comité des usagers.

4.3 L'Institut favorise la participation du patient à des activités de réadaptation s'inscrivant dans le sens de son plan d'intervention et favorisant sa réinsertion sociale.

4.4 L'Institut favorise la possession de matériel culturel, à moins d'une contre-indication thérapeutique ou sécuritaire.

4.5 L'Institut favorise l'autonomie et l'expression des goûts du patient et du visiteur dans sa tenue vestimentaire, dans la mesure où celle-ci est propre, adéquate et décente. Dans les cas où cette norme ne peut s'appliquer, le personnel en explique les motifs au patient et au visiteur.

4.6 L'Institut respecte les opinions politiques du patient et lui facilite l'exercice de ses droits de citoyen.

4.7 L'Institut respecte l'orientation sexuelle du patient.

4.8 L'Institut aide les patients dans l'exercice de leurs droits, incluant les recours légaux.

RESPECT DE L'ENVIRONNEMENT ET DE LA QUALITÉ DE VIE

5.1 L'Institut s'assure d'offrir un environnement sain, propre, accueillant et sécuritaire pour le patient afin de favoriser le bien-être et la qualité de vie de ce dernier.

5.2 L'Institut s'assure de la sécurité des patients. Le personnel est familier avec les procédures d'urgence, d'évacuation et de sécurité à suivre en cas d'alarme générale ou d'incendie. Il exerce toute la vigilance requise, afin de réduire les risques d'accident.

5.3 L'Institut offre tous les services d'hygiène généralement reconnus, et ce, aussi souvent que requis.

RESPECT DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES

6.1 Le patient reçoit des soins et des services de qualité correspondant à son état de santé mentale et physique. Si l'Institut ne peut offrir ces services, il voit à ce qu'ils soient dispensés par un autre établissement, organisme ou personne, en tenant compte, entre autres, des ressources disponibles.

6.2 Le personnel de l'Institut s'implique pleinement et entièrement pour répondre aux besoins du patient.

6.3 Dès l'admission du patient, le personnel informe ce dernier de l'existence du comité des usagers et de son accessibilité.

6.4 L'Institut publie et applique un mécanisme d'examen des plaintes comme prévu à la loi. Il met au service des patients un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Le personnel informe le patient de l'existence de cette publication, la lui rend disponible et l'assiste dans l'exercice de ses droits.

6.5 L'Institut répond aux besoins d'information des patients. Le personnel reçoit les questions, commentaires et plaintes et y donne suite.

RESPONSABILITÉS SOCIALES DE L'INSTITUT

L'Institut se reconnaît responsable devant la société de la meilleure utilisation possible de ses ressources humaines, matérielles et financières.

7.1 Afin de gérer efficacement les ressources dont il dispose, l'Institut met en place les structures cliniques et administratives qui lui sont nécessaires, en conformité avec la loi.

7.2 Lorsque requis, l'Institut transmet des informations complètes et s'assure de respecter les règles de la confidentialité.

7.3 Les recherches et autres activités connexes menées à l'Institut et à son Centre de recherche sont en lien avec sa mission hospitalière. Leur diffusion est assurée auprès des publics intéressés.

7.4 Le personnel, les médecins et les chercheurs, dans l'exercice de leurs fonctions, favorisent le développement de l'enseignement, de la recherche et de la clinique. Leurs activités respectent des normes scientifiques et éthiques reconnues et s'accomplissent dans le plus haut respect des patients.

7.5 Par ses communications, l'Institut contribue à expliquer la maladie mentale et à jouer un rôle d'information auprès de la société. Ses porte-parole s'assurent du respect de la réputation et de l'intégrité de l'Institut.

7.6 L'Institut favorise les échanges et les collaborations avec ses divers partenaires provinciaux, nationaux et internationaux.

7.7 L'Institut et toutes les personnes qui y œuvrent veillent à ce que les relations au travail soient dénuées de toute forme de discrimination, de harcèlement, d'intimidation et de propos diffamatoires.

7.8 L'Institut favorise le développement des sentiments d'appartenance à l'Institut, soutient la motivation, la valorisation et le maintien de la compétence de son personnel.

7.9 L'Institut s'assure d'offrir assistance aux membres de son personnel, entre autres, par le Programme d'aide aux employés.

RESPONSABILITÉS DU PATIENT

Dans la mesure de ses capacités, le patient :

8.1 Respecte les droits et libertés d'autrui;

8.2 Coopère de son mieux à son évaluation et à son traitement;

DISPOSITIONS FINALES

9.1 Il est de la responsabilité première de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et de chacun des membres de son personnel d'appliquer et de respecter, dans ses fonctions quotidiennes, le Code d'éthique.

Tout manquement ou dérogation au Code d'éthique peut être interprété comme une incapacité d'adapter son comportement, ses attitudes et ses habitudes de travail aux exigences des relations à entretenir avec le patient. Le cas échéant, les mesures appropriées aux circonstances sont appliquées.

9.2 Le Code d'éthique entre en vigueur à la date de son approbation par le conseil d'administration de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LES PATIENTS

Si vous croyez que vos droits n'ont pas été respectés, nous vous invitons à en parler d'abord à un membre du personnel, puis au responsable de l'unité ou du service concerné. Le comité des usagers peut en tout temps vous accompagner dans cette démarche.

Par la suite, si vous n'êtes pas satisfait des résultats, vous pouvez communiquer avec le comité des usagers ainsi que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

COMITÉ DES USAGERS

Pour communiquer avec le Comité des usagers :

Téléphone: 514 648-8461 poste 358

Comitedesusagers.ippm@ssss.gouv.qc.ca

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Pour communiquer avec le commissaire aux plaintes et la qualité des services :

Téléphone: 514 648-8461 poste 174

Commissaire.plainte.ippm@ssss.gouv.qc.ca

DISPONIBILITÉ DU PRÉSENT CODE

L'IPPM remettra un exemplaire du présent Code d'éthique à tout patient qui lui en fera la demande et s'assurera de le faire connaître à l'ensemble des membres du personnel de l'IPPM.

DES RESSOURCES POUR ACCOMPAGNER LE PERSONNEL DEVANT UNE QUESTION D'ORDRE ÉTHIQUE

Comme membre du personnel, il peut arriver que vous soyez confronté à un dilemme d'éthique clinique et que vous n'arriviez pas à prendre une décision avec laquelle vous vous sentez à l'aise.

Dans un premier temps, vous êtes invité à en discuter avec un collègue, votre équipe ou votre supérieur immédiat. Par la suite, si la communication avec une seconde ressource s'avérait nécessaire, vous pouvez en parler avec votre représentant au Comité d'éthique hospitalière ou communiquer avec le président du Comité d'éthique hospitalière.

Vous trouverez les coordonnées et des informations supplémentaires au sujet de l'éthique clinique et du Comité dans l'intranet de l'IPPM, dans la section Conseils et comités/Comité d'éthique hospitalière.

Pour communiquer avec la secrétaire du Comité d'éthique hospitalière :

Téléphone: 514 648-8461 poste 363

ceh.ippm@ssss.gouv.qc.ca