

Rapport annuel 2014-2015

Installation Institut universitaire en
santé mentale de Montréal

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Déclaration de fiabilité | 3 |
| Rapport de la direction..... | 3 |
| Présentation de l'établissement | 4 |
| Notre mission | 4 |
| Notre vision | 4 |
| Nos orientations | 4 |
| Rapport d'activité 2014-2015..... | 5 |
| Qualité – gestion des risques | 5 |
| Rapport des déclaration d'événements (AH-223)..... | 8 |
| Direction des ressources humaines..... | 11 |
| Direction des affaires médicales et cliniques | 11 |
| Direction des services professionnels..... | 11 |
| Direction des services cliniques..... | 11 |
| Direction du développement des pratiques professionnelles | 12 |
| Protocole d'utilisation des mesures de contrôle..... | 12 |
| Programme de prévention des chutes | 12 |
| Direction du soutien à l'intégration sociale | 12 |
| Direction de l'enseignement | 12 |
| Direction du soutien à l'intégration sociale | 13 |
| Direction de la recherche | 13 |
| Neurobiologie et cognition | 13 |
| Traitement et réadaptation adaptés aux populations | 13 |
| Recherche sur la santé des populations et sur les services | 14 |
| Arrivée de nouveaux chercheurs réguliers au sein de l'axe traitement | 14 |
| distinctions..... | 14 |
| Comité des partenaires de l'Institut | 15 |
| Rencontres du comité des partenaires..... | 16 |
| Développement des pratiques de pointe..... | 19 |
| Rencontre sur le développement des pratiques de pointe à l'IUSMM-Réseau | 19 |
| Gouvernance et règlements du comité des partenaires | 22 |
| Développement des tables réseaux | 22 |
| Les statistiques..... | 22 |
| Ressources d'hébergement..... | 22 |
| Les ressources humaines de l'établissement | 23 |

| | |
|--|-----------|
| Conseil et comités du conseil au 31 mars 2015 | 24 |
| Conseil d'administration | 24 |
| Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | 25 |
| Le conseil des infirmières et infirmiers | 26 |
| COMPOSITION | 26 |
| MANDAT ET RÉALISATIONS DU CII..... | 26 |
| Conseil multidisciplinaire..... | 27 |
| Comité des usagers..... | 28 |
| Suivi entente de gestion..... | 29 |
| États financiers | 31 |
| Rapport des plaintes | 38 |
| Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration..... | 52 |
| Annexe 1 – Rapport de l'auditeur | 60 |
| Annexe 2 – Contrats de service | 62 |

Le rapport annuel de gestion 2014-2015 de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal est une production de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il est disponible à la section Publications du site www.ciuuss-estmtl.gouv.qc.ca.

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Déclaration de fiabilité

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel d'activités relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux soient réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel d'activités 2014-2015 de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, ainsi que les contrôles y afférant, sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

le président-directeur général,


Yvan Gendron

Rapport de la direction

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

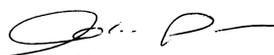
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées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

La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

La loi prévoit que le conseil d'administration doit approuver les états financiers de l'établissement à la suite de l'examen et de la recommandation de son comité de vérification. Or, dans le

contexte de l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (ci-après « Loi sur la réorganisation ») le conseil d'administration ainsi que ses comités ont été dissous. Depuis la fusion de l'établissement le 1^{er} avril 2015, aucun membre indépendant du nouveau conseil d'administration n'a été nommé. Considérant ce qui précède, le président-directeur général, en vertu de l'article 195 de la Loi sur la réorganisation, exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres indépendants du conseil soient nommés. Les états financiers ont donc été approuvés par le président-directeur général du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal après avoir été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Le rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le président-directeur général pour discuter de tout élément qui concerne son audit.


Yvan Gendron
Président-directeur général


Céline Morin
Directrice générale adjointe finances, soutien, administration et performance et directrice des ressources financières

Présentation de l'établissement

Notre mission

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal voit au mieux-être des personnes, en offrant les meilleurs soins et services spécialisés et surspécialisés en santé mentale, en contribuant à repousser les limites de la maladie par la recherche et l'évaluation des modes d'intervention, en formant les intervenants par l'enseignement et en diffusant les savoirs, en collaboration avec ses partenaires.

Notre vision

À l'issue de sa récente démarche de planification stratégique, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal s'est doté d'une nouvelle vision reproduite ici.

Chef de file dans le développement et la diffusion de pratiques de pointe, l'Institut partage avec ses partenaires et la communauté une vision clinique de l'organisation des services en santé mentale centrée sur la pleine citoyenneté et il est reconnu pour son leadership et son soutien dans la mise en place de modèles cliniques novateurs favorables à cette vision.

L'Institut offre un milieu de travail de choix, performant, mobilisant, sécuritaire et cohérent avec son projet clinique. Il est reconnu comme un centre d'excellence où les pratiques cliniques sont valorisées et soutenues par ses activités de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention et d'enseignement.

L'Institut est aussi à l'avant-plan de la sensibilisation des acteurs politiques et socio-économiques à l'action sociale et à la lutte à la stigmatisation.

Nos orientations

ASSOCIER... les partenaires dans la construction d'un Institut reconnu pour son leadership et son modèle de collaboration novateur.

TRANSFORMER... nos services et nos pratiques cliniques et organisationnelles en harmonie avec notre vision clinique de pleine citoyenneté et en partenariat avec le patient et ses proches ainsi que les acteurs clés du réseau et de la communauté.

RAYONNER... comme pôle universitaire où les fonctions de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention, d'enseignement et de promotion de la santé agissent en synergie entre elles et avec celle des soins et services.

CRÉER... un environnement de travail où chacun est mobilisé par le projet clinique et engagé dans sa mise en œuvre.

CONSOLIDER... une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de nos pratiques cliniques et de gestion.

Comité de direction

Membres

| | |
|------------------------------------|---|
| Denise Fortin | Directrice générale |
| Roxanne Bergeron | Directrice du soutien à l'intégration sociale (nommée en juin) |
| Adam Mongodin | Adjoint à la direction générale, qualité et gestion des risques |
| Danis-Stéphane Tremblay | Codirecteur des services cliniques |
| Jean Lepage | Adjoint à la direction générale, communications |
| D ^{re} Sonia Lupien | Directrice de la recherche |
| D ^r J. André Luyet | Directeur des affaires médicales et cliniques |
| D ^{re} Jean-Pierre Melun | Directeur adjoint des affaires médicales et cliniques et codirecteur des services cliniques |
| D ^{re} Jean-Louis Brunier | Coordonnateur des services médicaux |
| Céline Morin | Directrice générale adjointe et directrice des services administratifs |
| D ^r Yvan Pelletier | Directeur de l'enseignement |
| Caroline Ouellet | Directrice des ressources humaines |

Rapport d'activité

2014-2015

L'année 2014-2015 se sera déclinée sur le thème de la consolidation pour l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Consolider l'offre de service, les partenariats, l'affiliation à l'Université de Montréal, les relations entre les domaines clinique et de la recherche.

En 2014-2015, nos portes ont été, plus que jamais, ouvertes à la communauté, rendant accessible l'expertise et privilégiant une offre de service davantage dans la communauté. Ce décloisonnement de l'expertise aura certainement contribué à l'accessibilité et à la qualité des services offerts par les équipes cliniques.

Les soins et services offerts par les équipes de médecins, de professionnels et de gestionnaires ont d'ailleurs reçu une importante reconnaissance au cours de l'année. En effet, à la suite de la visite et de l'évaluation rigoureuses d'Agrément Canada - organisme de certification nationale de la qualité des soins et services offerts par les établissements de santé - l'Institut s'est vu décerner l'Agrément avec mention d'honneur : soit la plus haute distinction. Cette prestigieuse certification venait souligner la qualité des soins et services mais aussi l'engagement quotidien des équipes dans la mission de l'organisation.

En tant qu'Institut universitaire en santé mentale, il est important de souligner les contributions importantes de la Direction de l'enseignement et du Centre de recherche. En effet, les équipes s'impliquent de plus en plus comme milieux d'accueil pour les stagiaires, externes et résidents. Ces relations s'inscrivent comme un levier incontournable de transfert de connaissances pour les équipes et également comme une occasion de se renouveler et de rester à l'affût des pratiques novatrices dans tous les domaines. Au niveau de la recherche, le Centre de recherche s'est vu, quant à lui, décerner la note exceptionnelle pour ses performances scientifiques par le Fonds de recherche du Québec en santé. Cet organisme lui a également octroyé la note « d'excellence » pour sa gestion.

Si l'année 2014-2015 s'est déclinée sous le thème de la consolidation, celle à venir sera bien différente. En effet, maintenant regroupé dans le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, l'Institut travaillera à maintenir la qualité des soins et services offerts tout en s'alliant aux nouveaux partenaires afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité et la continuité des services offerts à la population de l'Est de Montréal. Un défi important dans lequel l'expertise développée par l'Institut et ses équipes s'inscrira comme un atout important de la nouvelle organisation.

Qualité – gestion des risques

L'année 2014-2015 aura été marquée par un resserrement de l'intégration des activités de gestion des risques et de la qualité de l'établissement par la reconfiguration du mode de fonctionnement, l'adoption de référentiels communs en gestion des risques, et le déploiement de projets intégrateurs en amélioration continue de la qualité et de la performance. L'adoption de la politique de gouvernance par le Conseil d'administration de l'établissement a formalisé les rôles et les attentes tout en facilitant l'adoption d'une politique d'audit interne et des principes du cadre de gestion intégrée des risques.

Des actions de concertation ont été engagées pour soutenir les priorités stratégiques de l'établissement et prévenir la récurrence de situation à risque élevé tout en anticipant l'émergence de nouvelles. À cet égard, plusieurs analyses prospectives ont été réalisées en amont de projets de développement de nouveaux services (HDRC, 2^e équipe PACT, ressources de psychiatrie légale, etc.).

Les activités de bonification des programmes en prévention des chutes et du suicide ont été réalisées en fonction des constats dégagés des données antérieures. Le comité paritaire de santé sécurité au travail a également poursuivi les travaux sur la prévention de la violence en milieu de travail touchant plusieurs aspects de la problématique (bouton d'appel d'urgence, salle d'entrevue, etc.). Des activités de formation ont eu lieu tout au long de l'année pour habiliter le personnel à assumer les responsabilités en lien avec leurs fonctions. Des activités de sensibilisation ont spécifiquement visé les usagers et leur famille afin de les informer de leur rôle actif en prévention des risques (chutes, médication, punaises de lit).

Le programme a encouragé la prise de décision informée en mettant à contribution l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions (mobilisation sécuritaire des usagers avec trouble grave du comportement) et en améliorant sa capacité d'utiliser les outils de reddition de compte pour se fixer des cibles probantes d'amélioration et de prévention des risques.

Des activités de communication et de mobilisation ont été organisées tout au long de l'année pour profiter d'occasions (semaine dédiée, journée internationale) pour souligner l'importance de l'engagement continu de chaque personne en matière de gestion des risques, d'amélioration de la qualité et de la performance.

L'Institut universitaire en santé mentale a innové en 2014-2015 en effectuant une démarche d'évaluation complémentaire, auprès des usagers, de la satisfaction générale des soins et services rendus et des perceptions d'exercice effectif de la pleine citoyenneté, le concept-phare intégrant la dimension de l'inclusion sociale à la démarche de rétablissement de la personne.

Avec l'appui d'un groupe de 18 patients-partenaires, plus de 1200 personnes (un échantillon représentatif) ont été rencontrées dans les unités de soins, les cliniques externes et les ressources d'hébergement pour répondre à une série de questions, validées scientifiquement.

La démarche, complétée en 3 mois, a produit des résultats qui ont été diffusés et partagés avec l'ensemble des directions pour alimenter le travail de programmation clinique, d'amélioration continue de la qualité et l'indice de mesure de la pleine citoyenneté.

Cet exercice d'envergure a jeté les règles de base d'une pratique représentative d'évaluation à fréquence établie. Les résultats de la démarche ont été présentés à la Conférence annuelle 2015 sur la qualité d'Agrément Canada.

Par ailleurs, le groupe de travail sur la satisfaction des usagers a également intégré dans ses rapports aux directions les conclusions du sondage de satisfaction effectué par le Comité des usagers à l'automne 2014.

Poursuivant les activités de mise en conformité des critères ciblés par Agrément Canada lors de la visite d'agrément en décembre 2013, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a démontré, au terme d'un rigoureux processus d'audits et de mobilisation, que les plans d'amélioration de la qualité du rendement ont été mis à jour et validés dans l'action en particulier en matière de consentement, d'évaluation du risque suicidaire et de préparation aux mesures d'urgence.

En juin 2014, l'Institut s'est vu octroyer un agrément avec **mention d'honneur** par Agrément Canada. Il s'agit de la plus haute distinction accordée en matière d'agrément. Ce constat dressé par Agrément Canada met en lumière l'engagement et la détermination dont l'Institut a fait preuve à l'égard de l'amélioration continue de la qualité ainsi que de la prestation sécuritaire de soins et services de santé.

La prochaine visite aura lieu en décembre 2017. Pour relever le défi de la pérennité de la conformité des normes d'excellence d'Agrément Canada, l'Institut a mis en forme sa stratégie en misant sur la formation d'équipes locales d'amélioration de la qualité et sur un format répliquable d'activités ciblées progressives.

L'intégration de l'ensemble des priorités du rapport d'agrément ainsi que des autres recommandations des organismes de régulation et des ordres professionnels a été développée en février 2015 dans un plan global d'amélioration de la qualité et de la performance 2015-2017. Ce plan permet d'orchestrer les séquences d'atteinte des résultats et de soutenir le travail collaboratif avec l'ensemble des directions. De concert avec le cadre de gestion intégrée des risques, ce plan pluriannuel donne une perspective commune dans l'action à la gestion des risques, à la démarche de normalisation des processus exemplaires ainsi qu'aux initiatives d'amélioration continue de la performance.

Pour accompagner la démarche, l'Institut s'est doté d'une programmation et d'un cadre de référence des pratiques d'audits, aléatoires, réguliers et systématiques dont les résultats diffusés à tout le personnel visent le renforcement de la culture de la mesure, de la sécurité et le maintien des pratiques exemplaires.

Profitant du contexte de changement du formulaire AH-223 de déclaration des incidents/accidents, l'Institut a bonifié plusieurs activités de sensibilisation et de formation à la déclaration auprès des employé(e)s et des gestionnaires. Le contenu de la présentation lors de l'orientation des nouveaux employés a été revu pour mettre l'accent sur la responsabilisation de chacun dans la prévention et l'anticipation des incidents/accidents.

L'Institut a également innové en déployant, à partir de septembre 2014, une initiative expérimentale dans les 155 ressources du réseau résidentiel ainsi que dans plusieurs unités de soins : une ligne centrale de déclaration téléphonique des incidents et accidents. La ligne de déclaration a permis de simplifier et d'accélérer la mécanique de déclaration de manière significative et surtout de contribuer au renforcement de la culture de sécurité en profitant de l'échange verbal avec les déclarants pour faciliter l'adhésion et transmettre les messages clés d'une culture de non-blâme.

Les sondages d'opinion effectués durant la démarche auprès des déclarants, indiquent que 92 % des répondants se sont sentis en confiance pour effectuer la déclaration par téléphone tandis que 83% ont trouvé, qu'en comparaison avec le formulaire papier, la déclaration téléphonique était plus facile à faire.

Le projet a été l'occasion de diffuser, auprès de l'ensemble du réseau d'hébergement, aux unités d'hospitalisation ainsi qu'aux services diagnostiques et thérapeutiques, une documentation renouvelée et simplifiée faisant la promotion de la déclaration d'incident et d'accident.

De concert avec la Direction générale, le comité de vigilance a porté une attention soutenue à la recommandation sur l'amélioration des interventions auprès des usagers présentant un comportement agressif par des morsures/crachats. Des changements importants ont été apportés suite aux travaux du comité professionnel et de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention. Le suivi des pratiques est désormais soumis à un audit pour assurer que les changements soient durablement effectifs.

Le Comité de vigilance a fait un suivi rigoureux des activités entreprises visant le respect des droits des familles et des proches et leur participation. Des travaux d'audits, de formation et de mise en conformité ont été effectués en ce sens pour s'assurer que la démarche de capture du consentement aux soins et de participation au plan d'intervention était systématique et documentée.

Le Comité de vigilance s'est assuré de voir à l'adoption du règlement encadrant l'élimination de dossiers ou de parties de dossiers des usagers afin de s'assurer que la gestion de la conservation soit conforme au cadre légal, aux règlements et politiques internes en vigueur.

Finalement, le comité de vigilance a exercé une surveillance étroite sur les recommandations émises à l'établissement par

l'Institut national de la santé publique du Québec en lien avec les activités de retraitement des équipements médicaux et celles du Bureau du Corner en lien avec un décès par suicide.

Conformément aux objectifs de l'année 2014-2015 de sa planification triennale, l'Institut a fait progresser les sept objectifs tactiques qu'il s'était fixés dont, entre autres, la production de la vision clinique de pleine citoyenneté, le développement d'une offre de service intégrée s'inscrivant dans le plan de hiérarchisation des services en psychiatrie légale. L'Institut a, par ailleurs, fait des avancées importantes pour permettre la réduction de l'engorgement à l'urgence en proposant la conversion d'une partie de son offre de service afin d'agir de manière concertée en amont de l'urgence avec les partenaires de l'Est.

Mettant à contribution l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale pour l'accompagner dans son processus décisionnel, l'Institut a également fait des avancées structurantes pour soutenir un environnement favorable à la santé globale comme les aménagements sécuritaires, l'implantation d'un environnement sans fumée, la poursuite des activités en vue des certifications Elite Entreprise en santé, BOMA Best Santé et Recyc-Québec.

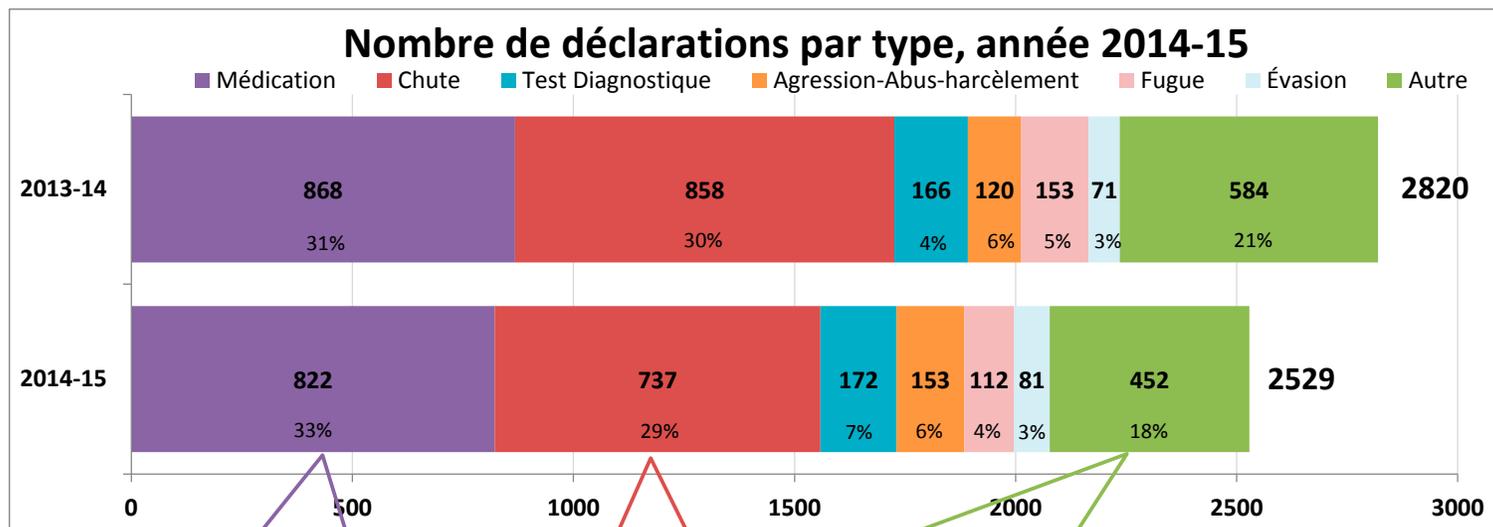
L'Institut a aussi poursuivi ses engagements en favorisant la gestion participative axée sur la performance en déployant la 2^e phase de sa stratégie de formation Lean et d'accompagnement des activités d'optimisation. Cinq indices de mesure ont été développés pour évaluer l'impact des activités de l'Institut sur, entre autres, son rayonnement, la performance clinique et la pleine citoyenneté.

Tel que prévu à l'entente de gestion 2014-2015, les engagements en matière de santé publique ont été respectés. Bien que des stratégies de sensibilisation, d'information et de présence visuelle aient été renforcées, la couverture vaccinale pour le personnel soignant enregistrée à l'Institut s'est établie à 37 % au lieu des 60 % requis.

Dix des onze cibles d'optimisation de l'utilisation de la main-d'œuvre ont été atteintes. Bien que le ratio d'assurance-salaire par heures travaillées ait été conforme aux objectifs pendant quatre périodes, des variations importantes auront contribué à établir le taux cumulatif annuel légèrement au-dessus de la cible fixée.

À la suite de l'adoption du nouveau protocole d'isolement et de contention, la cible cumulative de formation du personnel concerné a été atteinte, voire dépassée, pour des groupes comme le personnel infirmier (79 %) et les chefs d'unité (100 %).

Rapport des déclaration d'événements (AH-223)



Types d'événements liés à la médication

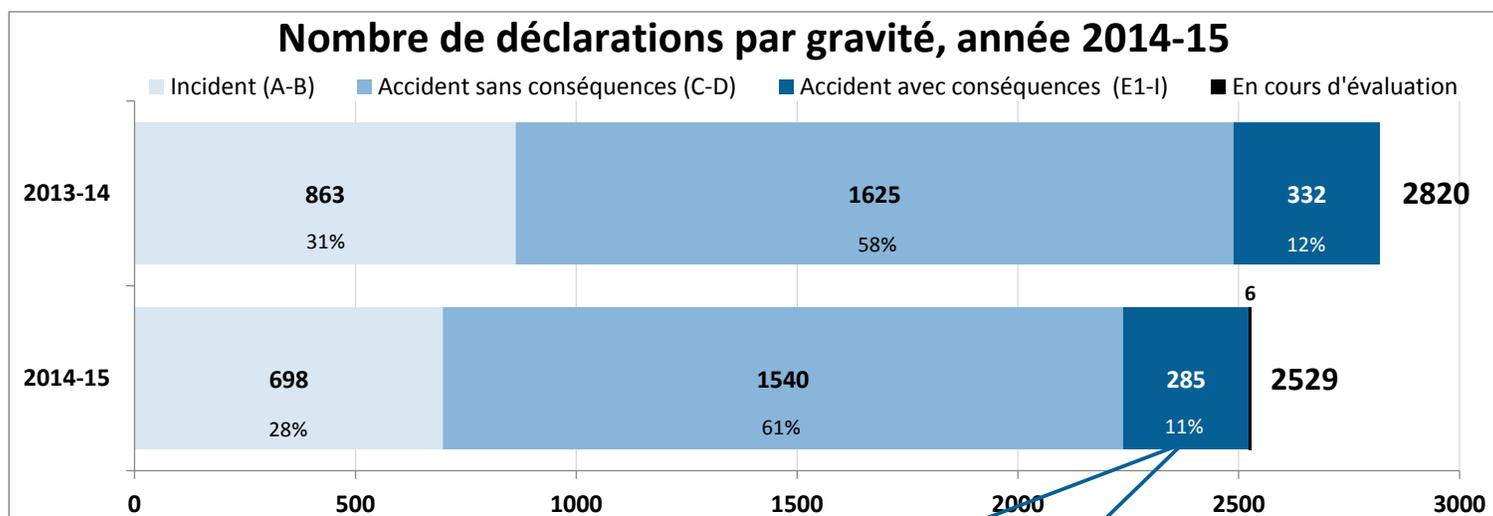
| | n | % médi |
|--|-----|--------|
| Omission d'administration | 332 | 40% |
| Dose/débit | 112 | 14% |
| Non-respect d'une procédure/ protocole | 102 | 12% |
| Heure/date d'administration | 75 | 9% |
| Identité de l'utilisateur | 58 | 7% |
| Autres médication | 143 | 18% |

Types de chutes

| | n | % chutes |
|------------------|-----|----------|
| En circulant | 270 | 37% |
| Trouvé par terre | 168 | 23% |
| Chaise/fauteuil | 70 | 10% |
| Lit | 62 | 7% |
| Quasi-chute | 39 | 5% |
| Escalier | 36 | 5% |
| Autres chutes | 92 | 13% |

Événements "Autres"

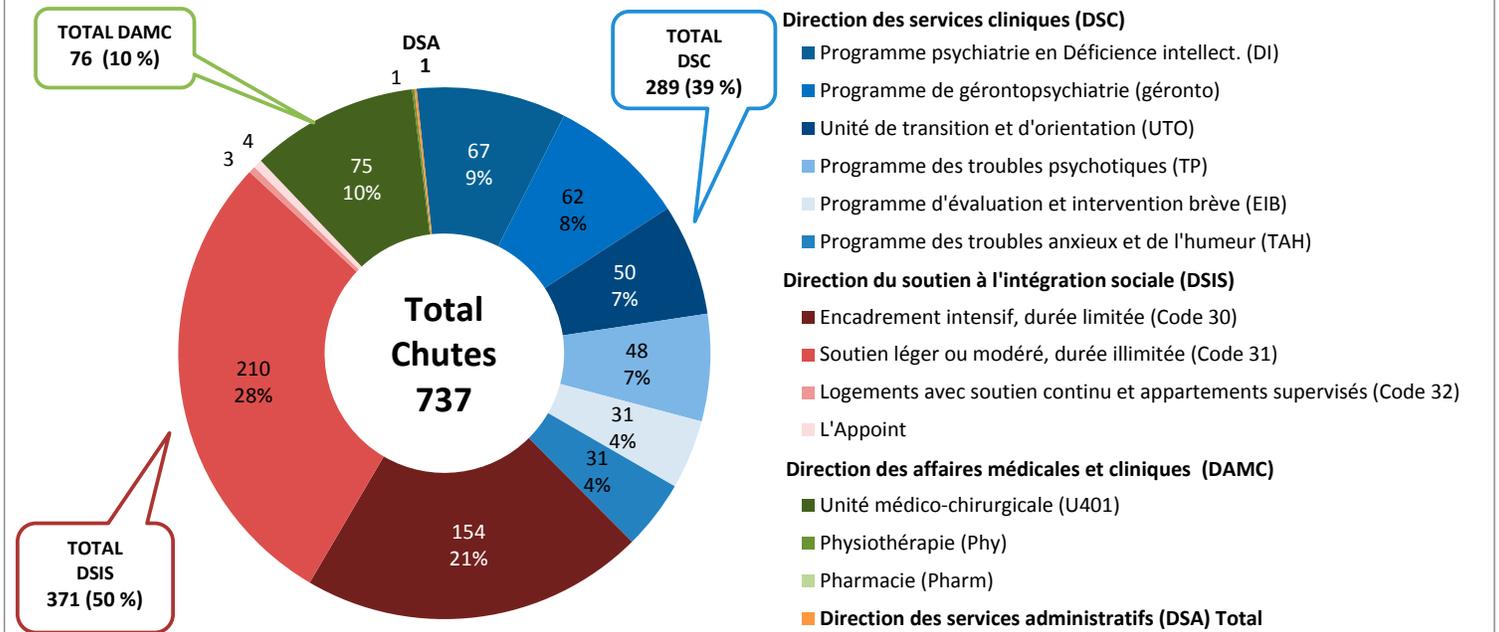
| | n | % total | | n | % total |
|-------------------------------|----|---------|---------------------------------------|----|---------|
| Traitement | 87 | 3% | Bâtiment | 16 | 0,6% |
| Blessure d'origine connue | 64 | 2% | Obstruction respiratoire/ étouffement | 15 | 0,6% |
| Erreur liée au dossier | 46 | 2% | Équipement | 13 | 0,5% |
| Blessure d'origine inconnue | 38 | 2% | Possession d'obj. dangereux | 12 | 0,5% |
| Matériel | 28 | 1% | Autres événements | 91 | 4% |
| Suicide /Tentative de suicide | 21 | 1% | | | |
| Automutilation | 21 | 1% | | | |



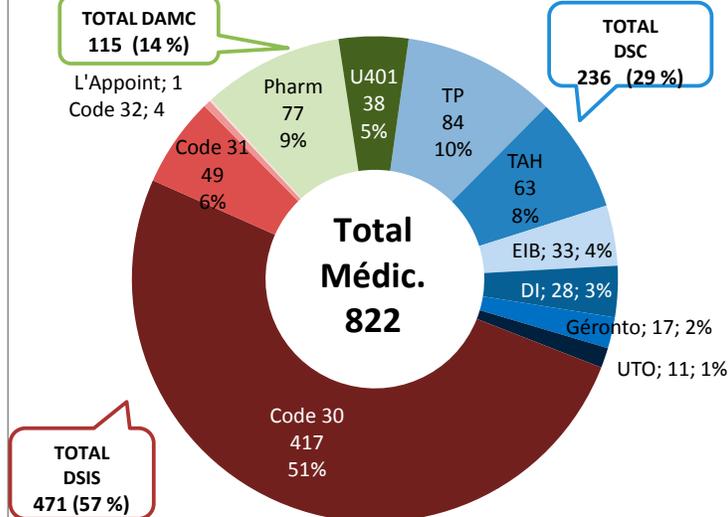
Détail des événements cotés accidents avec conséquences (E1-I)

| | n | % E1-I | | n | % E1-I |
|-----------------------------|-----|--------|------------------------------|----|--------|
| Chute | 149 | 52% | Suicide/Tentative de suicide | 12 | 4% |
| Aggression-abus-harcèlement | 48 | 17% | Automutilation | 10 | 4% |
| Blessure d'origine connue | 39 | 14% | Autres | 15 | 5% |
| Blessure d'origine inconnue | 12 | 4% | | | |

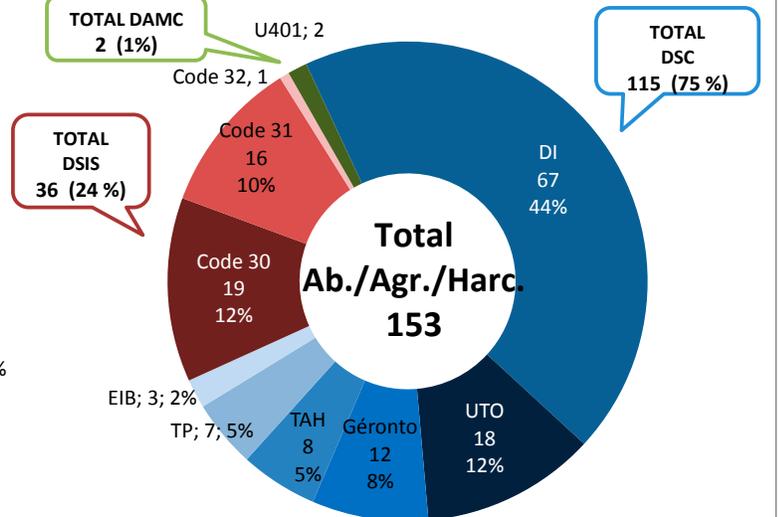
Répartition des chutes par direction, année 2014-15



Répartition des déclarations liées à la médication par direction, 2014-15



Répartition des déclarations portant sur les abus/agressions/harcèlements, 2014-15



Déclarations par gravité pour certains types d'événements, année 2014-15

| | | Chutes | | Médication | | Agression/ abus/ harcèlement | | Suicide/ tentative de suicide | | Définition | |
|----------|-----------------------|--------|---------------|------------|---------------|------------------------------------|---------------|-------------------------------------|---------------|---|---|
| | | Nb | Total et % | Nb | Total et % | Nb | Total et % | Nb | Total et % | | |
| Incident | A | 4 | 9 1% | 113 | 200 24% | | 0 0% | | 0 0% | Circonstances ou événements qui ont la capacité de causer une erreur ou un dommage (situation à risques). Erreur intervenue sans atteindre quiconque (échappée belle). | |
| | B | 5 | | 87 | | | | | | | |
| Accident | Sans conséquences | C | 361 | 578 78% | 552 | 618 75% | 74 | 105 69% | 4 | 9 43% | Erreur (incluant omission) atteint la personne, mais ne lui cause pas de conséquences, n'exigeant pas de surveillance ou d'intervention additionnelles. Personne atteinte, conséquences craintes ou anticipées exigeant une surveillance pour confirmer qu'il n'y a pas de conséquences/ intervention requises pour prévenir les conséquences. |
| | | D | 217 | | 66 | | 31 | | 5 | | |
| | Avec conséquences | E1 | 110 | 149 20% | | 1 0% | 45 | 48 31% | 2 | 12 57% | Accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non spécialisés, sans hospitalisation /prolongation d'hospitalisation. |
| | | E2 | 21 | | | | 3 | | 5 | | Accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés sans hospitalisation/prolongation hospitalisation. |
| | | F | 18 | | | | | | 4 | | Accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation hospitalisation. |
| | | G | | | | | | | | | Accident ayant contribué ou résultant en des conséquences permanentes pour la personne. |
| | | H | | | | | | | | | Accident nécessitant une intervention pour maintenir en vie. |
| | | I | | | | | 1 | | | | 1 |
| | En cours d'évaluation | | 1 | 0% | 3 | 0% | | | | | |
| | Total | | 737 | | 822 | | 153 | | 21 | | |

Direction des ressources humaines

Le rôle central joué par la Direction des ressources humaines au sein des projets transformationnels est le fruit d'un travail soutenu durant les deux dernières années. Nous pouvons désormais affirmer la position stratégique de la Direction des ressources humaines au sein de l'Institut.

La Direction des ressources humaines a structuré la mise en œuvre de ces projets autour des activités RH telles que la coordination des comités opérationnels RH, la définition de la structure de postes, la dotation des postes, le développement des compétences, la prévention santé et sécurité au travail, la planification de l'accueil, l'orientation et la formation des employés ainsi que le partage d'information avec les instances syndicales. Cette vision a permis d'amorcer rapidement les différentes activités pour un résultat final concluant.

Malgré de courts échéanciers, la Direction des ressources humaines a su réagir avec conviction et professionnalisme pour la mise en œuvre des projets afin de structurer, mobiliser et rassembler les différents acteurs dans la réalisation des objectifs. Un travail de concertation efficace et bien organisé entre les services et les directions concernées a permis l'élaboration des nouvelles offres de service en tenant compte des pratiques exemplaires, et ce, en cohérence avec la vision clinique de pleine citoyenneté.

Gérer le changement et favoriser la mise en place d'une véritable culture Lean par la mise en œuvre d'activités d'amélioration représente bien les défis que la Direction des ressources humaines a su relever au Service de coordination des ressources de la Direction du soutien à l'intégration sociale cette année.

Grâce à l'implication active et la mobilisation des intervenants-ressources, la Direction des ressources humaines, accompagnée d'acteurs incontournables (qualité-performance, conseillers cliniques et représentants syndicales) ont piloté plusieurs activités visant l'amélioration des processus de travail, l'évaluation objective de la charge de cas/travail, une clarification des rôles et responsabilités et une amélioration de la satisfaction des outils et méthodes de travail.

C'est grâce à l'expertise des intervenants issus du terrain que la Direction des ressources humaines a pu travailler à la résolution de problèmes visant le développement et le soutien de pratiques cliniques et administratives propres à la réalité des intervenants travaillant à l'accès et au suivi des ressources. Une démarche phare qui pourra, somme toute, faire école et ainsi ouvrir la voie à d'autres activités d'amélioration similaire au sein de l'organisation.

Direction des affaires médicales et cliniques

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Mise en programme des services médicaux physiques visant une intégration à la Direction des services cliniques mettant fin au cli-vage médecine physique/santé mentale et faisant la promotion d'une approche globale de la personne dans une perspective de pleine citoyenneté.

DIRECTION DES SERVICES CLINIQUES

Développement d'équipes mobiles qui œuvrent dans la communauté et travaillent en concertation avec les services de proximité de 1^{re} ligne et du communautaire. Ces équipes ont pour principal objectif d'offrir des alternatives à l'hospitalisation et d'éviter les visites à l'urgence.

- **Équipe mobile au programme des troubles psychotiques.** Équipe interdisciplinaire constituée de sept professionnels (dont un poste est à doter), offrant un service temporaire de soutien intensif dans le milieu, aux personnes en situation de crise psychiatrique ou psychosociale ou celles dont la condition clinique précaire nécessite une assistance accrue pour soutenir le maintien ou le retour en communauté à la suite d'une hospitalisation réduite.
- **Hospitalisation à domicile et résolution de crise (HDRC).** Le service d'HDRC offre, directement dans le milieu de vie des usagers, des soins et des services spécialisés d'évaluation et de traitement intensif. Ainsi, en utilisant les ressources disponibles du milieu et avec la participation des familles et des proches, le service offre une alternative rapide et efficace à l'hospitalisation traditionnelle.
- **Équipe Action concertée pour une clientèle de l'urgence (ACCU) – Projet du CIUSSS, en partenariat avec les CSSS Lucille-Teasdale, Pointe-de-l'Île, St-Léonard–St-Michel et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.** Équipe de services intégrés, composée de trois professionnels, qui s'adresse aux personnes qui consultent aux urgences des deux hôpitaux afin d'éviter ou d'écourter le séjour. L'équipe accompagne, offre du soutien dans la communauté et s'assure de référer la personne vers les services appropriés.
- **Équipe mobile de psychiatrie légale – Issue des travaux régionaux sur la hiérarchisation des services en psychiatrie légale à Montréal.** L'équipe mobile de soutien dans la communauté est multidisciplinaire et est composée de dix professionnels dédiés à la clientèle (personnes judiciairisées en vertu du Code criminel ayant besoin de services psychiatriques et personnes non judiciairisées présentant un niveau de risque de violence et de dangerosité de modéré à élevé). L'équipe offre un service de consultation d'expertise psycho-légale, visant à orienter les équipes cliniques et les partenaires dans leurs interventions auprès d'une clientèle présentant des comportements potentiellement dangereux pour autrui.

Direction du développement des pratiques professionnelles

PROTOCOLE D'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Soutenue par l'équipe des conseillères, la Direction des soins infirmiers a poursuivi son rôle conseil auprès des différentes directions afin de répondre aux diverses demandes et besoins, toujours dans le but d'assurer une qualité optimale des soins infirmiers. Parmi ses mandats, elle a finalisé et mis en œuvre le nouveau protocole d'utilisation des mesures de contrôle qui tient compte des orientations ministérielles et des Lois 90 et 21.

Le protocole a été adopté par le Conseil d'administration en juin 2014. Des travaux d'adaptation du logiciel informatique et le déploiement auprès des cliniciens d'une formation accréditée, intitulée *Vers une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle*, ont suivi. Cette formation d'une durée de trois heures trente minutes a permis la diffusion de nouvelles notions en lien avec l'utilisation de ces mesures et des échanges sur les meilleures pratiques. Plus de 60% des cliniciens ont été formés avant la mise en application.

Pour soutenir ces changements de pratique, les conseillères cliniciennes en soins infirmiers ont toutes été mises à contribution, soit par la révision du protocole, l'élaboration et la diffusion de la formation ou par leur engagement et collaboration avec le service informatique.

Le protocole est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2015. Du soutien auprès des infirmières et des ajustements ont été requis et effectués. Le suivi se poursuit ainsi que des formations d'une journée par mois, afin de rejoindre tout le personnel incluant les nouvelles embauches. L'objectif principal demeure la constante diminution de l'utilisation des mesures de contrôle par la promotion et l'adoption des meilleures pratiques.

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES

La prévention des chutes est l'une des principales préoccupations de la direction. En équipe interdisciplinaire, pilotée par une conseillère clinicienne en soins infirmiers ainsi que par la cheffe de discipline en ergothérapie, le programme de prévention des chutes a été révisé et bonifié. Le but de ces travaux de mise à jour est d'offrir un éventail d'outils de prévention et d'évaluation du risque de chute afin de soutenir les infirmières et les autres cliniciens dans leur pratique. Les chefs d'unités et les assistantes-infirmières-chefs ont été informés de l'évolution des travaux lors des comités.

Souhaitant diminuer le nombre de chutes dans l'établissement ainsi que dans les ressources d'hébergement et permettre que chacun de ces milieux intègre des stratégies de prévention, des formations ont été offertes dans les milieux cliniques tant à la DSIS qu'à la DSC. Le cycle de formations sera complété à l'automne 2015.

De plus, une journée consacrée à la prévention des chutes s'est tenue en octobre 2014 afin de sensibiliser le personnel, les usagers et les visiteurs aux risques de chutes et aux stratégies à mettre en place pour les éviter. Actuellement, des audits cliniques sont en cours aux résidences Charlemagne, l'Horizon et Tourterelle

Direction du soutien à l'intégration sociale

La DSIS a mis en place une nouvelle ressource résidentielle spécialisée en psychiatrie légale. Ce projet de 20 places a été confié à l'IUSMM dans le cadre de la phase II du Plan de transformation des ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal. Afin de répondre plus rapidement aux besoins des usagers montréalais, une ressource temporaire a été développée au sein de l'IUSMM. L'intégration des premiers usagers a débuté en mars dernier. Il est à noter que cette ressource sera transférée à un partenaire qui aura été retenu dans le processus d'appel d'offres prévu en juin. Celui-ci verra à prendre en charge les opérations de la ressource et à la transférer dans la communauté au cours de la prochaine année.

La DSIS, avec l'implication de différents partenaires, a procédé à la rédaction et publication d'un manuel de formation pour soutenir les personnes qui le veulent à *Partir et vivre en appartement*. Le guide, qui sera lancé officiellement en juin 2015, comprend deux volumes: le *Guide de l'animateur*, qui sert à l'animation d'ateliers de formation, et *Mon guide personnel* qui comprend des exercices à compléter en plus de toutes les informations nécessaires aux personnes pour la réalisation de leur objectif. Le Guide se veut un outil très concret pour aider les personnes dans leurs démarches. On y présente les différents types de logements pouvant répondre à leurs besoins, que ce soit la location classique, la colocation, le logement social ou la chambre; des outils pour bien identifier leurs besoins; des méthodes pour chercher et trouver un logement; tout ce qui concerne la signature du bail, les droits et obligations du locataire et du propriétaire; les détails d'un déménagement; la préparation et le suivi du budget; des trucs pour résoudre les principaux problèmes pouvant survenir en logement ainsi que plusieurs outils pratiques pour faciliter la recherche et la vie en logement.

Direction de l'enseignement

L'année qui vient de s'écouler en a été une de consolidation des activités débutées en 2013-2014, entre autres pour le Programme de formation continue. Les formations offertes en étroite collaboration avec les professionnels et les médecins ont remporté un vif succès et témoignent de l'engagement de tous dans la mission d'enseignement de l'Institut. La popularité des formations témoigne du haut niveau d'expertise et de la qualité pédagogique de cette offre. Le programme a proposé 9 formations et plus de 500 personnes s'y sont inscrites avec un très haut taux de satisfaction.

Cette année la formation des superviseurs de stages a connu un succès inégalé. Plus de 120 superviseurs de stage provenant de divers établissements de la région de Montréal ont reçu cette formation. De plus, plus de 80 professionnels cliniques et non cliniques de l'IUSMM ont participé aux différentes activités de soutien sur la supervision de stages offertes par la Direction de l'enseignement (formation de base, ateliers avancés, diners de communauté de pratiques, etc.). La grande qualité de ces activités de formation et d'accompagnement des superviseurs de stages ainsi que leur popularité a valu à la Direction de l'enseignement le prix *Bons coups* de l'AQESSS.

Total :
72 maisons d'enseignement,
711 stagiaires, 171 436 heures de stage

Direction du soutien à l'intégration sociale

La DSIS a mis en place une nouvelle ressource résidentielle spécialisée en psychiatrie légale. Ce projet de 20 places a été confié à l'IUSMM dans le cadre de la phase II du Plan de transformation des ressources résidentielles en santé mentale adulte de Montréal. Afin de répondre plus rapidement aux besoins des usagers montréalais, une ressource temporaire a été développée au sein de l'IUSMM. L'intégration des premiers usagers a débuté en mars dernier. Il est à noter que cette ressource sera transférée à un partenaire qui aura été retenu dans le processus d'appel d'offres prévu en juin. Celui-ci verra à prendre en charge les opérations de la ressource et à la transférer dans la communauté au cours de la prochaine année.

La DSIS, avec l'implication de différents partenaires, a procédé à la rédaction et à la publication d'un manuel de formation pour soutenir les personnes qui le veulent à *Partir et vivre en appartement*. Le guide, qui sera lancé officiellement en juin 2015, comprend deux volumes : le *Guide de l'animateur*, qui sert à l'animation d'ateliers de formation, et *Mon guide personnel* qui comprend des exercices à compléter en plus de toutes les informations nécessaires aux personnes pour la réalisation de leur objectif. Le Guide se veut un outil très concret pour aider les personnes dans leurs démarches. On y présente les différents types de logements pouvant répondre à leurs besoins, que ce soit la location classique, la colocation, le logement social ou la chambre; des outils pour bien identifier leurs besoins; des méthodes pour chercher et trouver un logement; tout ce qui concerne la signature du bail, les droits et obligations du locataire et du propriétaire; les détails d'un déménagement; la préparation et le suivi du budget; des trucs pour résoudre les principaux problèmes pouvant survenir en logement ainsi que plusieurs outils pratiques pour faciliter la recherche et la vie en logement.

Direction de la recherche

En 2014, le centre a décroché une subvention d'infrastructure de 4 millions de dollars du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST) dans le but de mettre sur pied des infrastructures importantes permettant l'analyse des divers biospécimens obtenus dans le cadre du Projet Signature. Ces installations sont présentement en construction selon les échéances, devraient être achevées en octobre 2015 et représenteront le cœur du Centre Signature. En lien avec le Centre Signature, cinq bourses de 20 000 \$ ont été attribuées par la Fondation de l'IUSMM et Bell Canada afin de permettre le traitement et l'analyse de données et l'élaboration de nouvelles pistes de recherche. De plus, chaque année, le centre de recherche et la Fondation de l'IUSMM offrent neuf bourses d'excellence aux meilleurs étudiants des cycles supérieurs. Ces bourses agissent ensuite comme levier et permettent de décrocher d'autres bourses prestigieuses auprès d'organismes provinciaux et fédéraux. Ainsi, quatre étudiants boursiers ont pu décrocher une bourse du FRQS en 2015, alors qu'un de nos boursiers de 2014 s'est vu attribuer une bourse post-doctorale de l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA).

NEUROBIOLOGIE ET COGNITION

À la suite du Symposium international en Neurosciences affectives en santé mentale le 6 mai 2014, financé par l'axe, un numéro spécial sera publié dans Santé mentale Québec qui sera coédité par David Luck et Marc Lavoie. Le laboratoire de Pierrick Plusquellec a organisé un atelier pour les intervenants du milieu scolaire et de la santé et cette équipe a obtenu une subvention CRSH de 465 000 \$ pour trois ans. Sonia Lupien a organisé le congrès de l'*International Society for Psychoneuroendocrinology (IS-PNE)* qui s'est tenu à Montréal au cours de l'été 2014. Stéphane Potvin a obtenu la Chaire Eli Lilly de recherche en schizophrénie, une chaire philanthropique financée par l'IUSMM, l'Hôpital Sacré-Cœur, le CHUM et la compagnie Eli Lilly. Son laboratoire a aussi participé à l'édition de numéros spéciaux sur les antipsychotiques (*Canadian Journal of Psychiatry*), la neurobiologie de la toxicomanie (*Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*). Le Laboratoire du sommeil de Roger Godbout a obtenu une subvention du CRSNG pour cinq ans et une subvention de Bell Canada – IUSMM pour ses recherches sur le sommeil et le syndrome métabolique. Armando Bertone a obtenu le *William Dawson Scholarship* (2015-2020) pour la qualité exceptionnelle de ses travaux scientifiques.

TRAITEMENT ET RÉADAPTATION ADAPTÉS AUX POPULATIONS

Plus de 26 projets sont dirigés par nos chercheurs et ceux-ci ont été invités à partager leur expertise au cours de 44 entrevues radio, reportages télé, journaux, capsules et séries web. Différentes activités de sensibilisation de type « grand public » ont été réalisées par les centres d'études de l'axe. Chaque trimestre, des communautés de pratique en recherche-clinique sont organisées et des membres de l'axe rencontrent des équipes spécialisées en santé mentale de première ligne du CIUSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Les membres du Centre d'étude sur les troubles

Effectifs

| | 2013-2014 | 2014-2015 |
|---|---------------------|---------------------|
| Chercheurs réguliers | 49 | 50 |
| Chercheurs boursiers | 16 | 13 |
| Chercheurs associés | 32 | 34 |
| Chercheurs cliniciens | 3 | 5 |
| Étudiants | | |
| Stagiaires au post doctorat | 10 | 8 |
| Troisième cycle (doctorat) | 154 | 133 |
| Deuxième cycle (maîtrise) | 79 | 80 |
| Membres du personnel professionnel et administratifs | 61 | 61 |
| Productivité scientifique | | |
| Articles parus dans des revues avec comité de pairs | 144 | 18 |
| Chapitres de livres | 40 | 27 |
| Activités financières | | |
| Subventions de centre FRQS | 784 470 \$ | 875 970 \$ |
| Subventions d'organismes avec comité de pairs | 2 347 819 \$ | 1 860 926 \$ |
| Bourses d'organismes avec comité de pairs | 1 286 463 \$ | 1 127 512 \$ |
| Subvention FRQS - volet recherche clinique | 45 953 \$ | 0 |
| Chaire de schizophrénie | 45 206 \$ | 53 598 \$ |
| Institut universitaire en santé mentale de Montréal | 976 699 \$ | 934 754 \$ |
| Fondation de l'IUSMM | 405 000 \$ | 299 500 \$ |
| Compagnies pharmaceutiques | 379 481 \$ | 146 817 \$ |
| Université de Montréal FCI-Leader | 202 209 \$ | 0 |
| Autres sources de financement non reconnus | 267 325 \$ | 235 791 \$ |
| Budget total | 6 740 625 \$ | 5 534 868 \$ |

obsessifs-compulsifs et les tics (CETOCT) dirigé par Kieron O'Connor ont produit un documentaire «La vie en paradoxes: Comment vivre avec le TOC?». Quant aux membres du Centre d'étude sur le trauma (CET), de Stéphane Guay, ils ont présenté l'outil Web de sensibilisation à la violence au travail vécue par les femmes et les hommes «cols blancs». Les membres du Laboratoire d'étude dépression résilience de Réal Labelle ont offert un atelier de deux jours au 28^e Congrès de l'Association internationale pour la prévention du suicide. Les membres du laboratoire LESPOIR de Tania Lecomte ont offert une formation sur la thérapie pour la psychose aux intervenants en santé mentale à Liège et Tournai (Belgique).

RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS ET SUR LES SERVICES

Le volet de recherche en santé des populations se concentre au sein de la Communauté de pratique en épidémiologie psychosociale (COPEP), et dans le domaine de la recherche en psychiatrie légale qui a été lancé en 2013 par Aline Drapeau, grâce à une subvention de l'axe de 15 000 \$. La COPEP constitue une alliance de cinq chercheurs en épidémiologie psychosociale. En plus de son Centre d'étude sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (Catherine Briand), le Centre d'étude sur les mesures de contrôle en santé mentale (Caroline Larue) et le Programme international de recherche-action participative sur le rétablissement civique (Jean-François Pelletier), une nouvelle communauté de pratique en épidémiologie psychosociale a vu le jour. L'objectif est de favoriser le réseautage des chercheurs et étudiants, de participer au développement d'approches méthodologiques en épidémiologie, et d'instituer un maillage avec des chercheurs des autres axes. Catherine Briand a reçu une subvention du ministère de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations (2015-2017) d'un montant d'un demi-million de dollars pour travailler avec le Centre national d'excellence en santé mentale de la Direction de la santé mentale du MSSS du Québec ainsi que plus de 250 intervenants et décideurs du réseau de la santé.

ARRIVÉE DE NOUVEAUX CHERCHEURS RÉGULIERS AU SEIN DE L'AXE TRAITEMENT

Janie Houle, Ph. D. professeure au Département de psychologie de l'UQÀM, se spécialisant dans la santé mentale des hommes, la dépression et les recherches communautaires.

Julie Leclerc, Ph. D. professeure au Département de psychologie de l'UQÀM, se spécialisant dans les troubles tels que le syndrome Gilles de la Tourette et les tics.

DISTINCTIONS

Kieron O'Connor, Ph. D., chercheur régulier et directeur du CETOCT

- Distinction pour ses recherches sur les inférences dans le traitement du TOC de l'*International Journal of Cognitive Therapy*

Stéphane Guay, Ph. D., chercheur régulier et directeur du CET

- Nomination à titre de directeur de recherche intégrée aux soins à l'IUSMM
- Finaliste pour le prix Égalité du Secrétariat à la condition féminine dans la catégorie « Santé » pour le projet « Prendre soin de ma santé en brisant le tabou de la violence au travail »
- Nomination à titre de membre de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO)

Réal Labelle, chercheur régulier et directeur du Laboratoire de pression résilience

- Professeur invité au Département de psychologie de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban
- Professeur invité au Département de psychiatrie de l'Université de Picardie Jules-Verne, Amiens, France
- Professeur invité au Département de psychologie de l'Université de Madagascar
- Coéditeur d'un numéro national du *Canadien Psychiatry Journal* sur les facteurs de protection des conduites suicidaires à l'adolescence

Tania Lecomte, Ph. D., chercheure régulière et directrice du Laboratoire LESPOIR

- Nomination à titre de professeur titulaire au Département de psychologie à l'Université de Montréal
- Nomination à titre de coordonnatrice de l'axe Traitement et réadaptation adaptés aux populations

Sonia Lupien, Ph. D.

- Nommée à titre de prochaine présidente de l'*International Society of Psychoneuroendocrinology* qui représente les chercheurs travaillant sur le stress à travers le monde.

| | EXERCICE COURANT | EXERCICE PRÉCÉDENT |
|--|---------------------|-----------------------|
| Subventions Infrastructure et coûts directs de recherche | 875 970 \$ | 784 470 \$ |
| Frais d'organisation et de recherche | 819 544 \$ | 762 653 \$ |
| Excédent (déficit) année courante | 56 426 \$ | 21 817 \$ |
| Excédent (déficit) année précédente | 21 817 \$ | 92 311 \$ |
| Excédent (déficit) net | 78 243 \$ | 114 128 \$ |

Comité des partenaires de l'Institut

Le comité des partenaires siège depuis avril 2012. Les chefs des départements de psychiatrie des établissements partenaires et une représentante de la table des directeurs généraux de ces mêmes établissements composent le comité. Pour la période couvrant l'An III du développement de l'IUSMM et de l'IUSMM-Réseau, le comité était composé des personnes suivantes :

| Membres | |
|---|---|
| D^{re} Pascale Grégoire | Présidente du comité des partenaires, Chef du département de pédopsychiatrie, Hôpital Rivière-des-Prairies |
| D^{re} Kim Bédard-Charette | Vice-présidente du comité des partenaires, Chef du département de psychiatrie, Institut Philippe-Pinel de Montréal |
| Denise Fortin | Directrice générale, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Représentante de la table des directeurs généraux des établissements partenaires |
| D^r J. André Luyet | Directeur des affaires médicales et cliniques, Institut universitaire en santé mentale de Montréal et Chef intérimaire du département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal |
| D^r Yvan Pelletier | Représentant du département de psychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal |
| D^r Daniel St-Laurent | Chef du département de psychiatrie et chef du programme de santé mentale, Hôpital Maisonneuve-Rosemont |
| D^{re} Leila Ben Amor | Chef du département de psychiatrie et de programme, Centre hospitalier universitaire Ste-Justine |
| D^r Pierre Lamoureux | Directeur du département de médecine psychosomatique, Institut de cardiologie de Montréal |

Le comité des partenaires est responsable d'opérationnaliser le mandat confié à l'Institut qui consiste à assurer la contribution des partenaires et des autres instituts de santé mentale du Québec au mandat général de l'Institut, soit : innover, évaluer, enseigner et former dans le domaine de la santé mentale. Il doit aussi susciter la participation des partenaires à l'exercice des responsabilités locales, régionales et suprarégionales imparties à l'Institut en vue d'une offre de soins et services accessibles et continus aux personnes présentant des problèmes de santé mentale au Québec.

Il rend compte également des actions accomplies à la table des directeurs généraux de l'IUSMM-Réseau.

Ce mandat général est complété par un mandat spécifique pour les quatre premières années de l'Institut. Au cours de cette période, le comité des partenaires sera coresponsable de la mise sur pied, de la coordination, de la supervision et de l'évaluation des actions suivantes visant le développement de l'IUSMM-Réseau :

- Définir la nature et la portée des partenariats
- Concrétiser les partenariats annoncés
- Identifier le pôle pédopsychiatrique
- Développer au moins trois nouvelles pratiques de pointe intra-muros ou en partenariat
- Démontrer l'intégration des activités des divers intervenants dans le domaine de l'évaluation
- Proposer de nouvelles façons d'organiser et de prodiguer les soins dans le domaine de la santé mentale

Tel que prévu aux principes directeurs du partenariat adopté en octobre 2012, la présidence et la vice-présidence du comité des partenaires sont attribuées en alternance entre les établissements partenaires et comportent chacune un mandat de deux ans. Ainsi, lors de la rencontre du 3 avril 2014, Dre Pascale Grégoire a succédé au Dr André Luyet à la présidence. Dre Kim Bédard-Charrette a succédé au Dre Grégoire à la vice-présidence.

Le comité des partenaires a été très actif durant la dernière année. Avec le soutien de Mme Sylvie Carrière, coordonnatrice du

secrétariat de l'IUSMM, les membres du comité se sont mobilisés et ont collaboré activement au développement de l'IUSMM-Réseau. Encore une fois, plusieurs activités ont été réalisées : les rencontres mensuelles, la liaison avec les directeurs généraux, le suivi des dossiers, la diffusion des comptes rendus des rencontres et des démarches en partenariat, la diffusion de l'information aux équipes médicales et professionnelles des établissements partenaires, la production du rapport annuel, un plan de communication centré sur le développement des pratiques de pointe, la mise en œuvre d'un cadre de référence pour les pratiques de pointe, l'élaboration d'un document portant sur la gouvernance et les règlements du partenariat, une mobilisation des partenaires autour de projets cliniques touchant les besoins de différentes clientèles, le plan d'action annuel et la reddition de comptes, le financement des activités, etc.

Dans les lignes qui suivent, on trouvera quelques-unes des réalisations du comité des partenaires et des activités partenariales de l'IUSMM-Réseau pour cette troisième année.

RENCONTRES DU COMITÉ DES PARTENAIRES

Neuf rencontres de deux heures ont été tenues par le comité des partenaires du 3 avril 2014 au 12 mars 2015. Les membres du comité ont aussi participé aux activités de l'IUSMM-Réseau. Un plan de travail a permis d'identifier les actions prioritaires permettant la réalisation des différentes conditions du MSSS. Il importe de mentionner que l'intégration des activités des divers intervenants dans le domaine de l'évaluation est sous la responsabilité de l'UETMIS.

Tableau 1 – Principaux résultats des travaux du comité des partenaires de l'IUSMM-Réseau pour l'année 2014-2015

| Conditions liées à la désignation | Principaux résultats des travaux du comité des partenaires |
|---|---|
| Définir la nature et la portée des partenariats | <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et mise en œuvre d'un plan de travail précisant les activités à réaliser afin de répondre aux différentes conditions relatives au statut d'institut. • Consensus sur la pertinence du comité des partenaires, de son rôle et des objectifs à poursuivre dans le contexte des changements en cours dans le réseau afin de maintenir une offre de service de psychiatrie continue et de qualité. • Collaboration entre les établissements de l'IUSMM-Réseau, soit pour offrir du soutien temporaire, pour favoriser le développement de milieux de stage ou pour faciliter le développement de nouvelles façons de faire. |
| Concrétiser les partenariats annoncés | <ul style="list-style-type: none"> • Finalisation de la composition du comité des partenaires en conformité avec la structure prévue au document pour la demande de désignation d'institut déposé en 2010. La démarche vise à s'assurer de la représentativité de membres du RUIS de l'Université de Montréal (UdeM). • Le chef du département de psychiatrie de l'UdeM accepte notre invitation et confirme officiellement sa participation en mars 2015. En avril 2015, une invitation est faite pour qu'un membre du département d'administration de la santé se joigne au comité. • Adoption de la version préliminaire du document «Structure de gouvernance et règlements du partenariat de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal-Réseau» par le comité des partenaires et dépôt auprès des directeurs généraux. L'adoption par ces derniers est reportée, et ce, considérant la mise en place de la Loi sur l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Le document devra être revu en fonction de la nouvelle configuration du réseau. |

**Définir le pôle
pédopsychiatrique**

- Mandat confié par la table des directeurs généraux de rendre compte, avec les différents acteurs de la pédopsychiatrie, de la situation actuelle à Montréal et de proposer des solutions en termes de vision d'un pôle pédopsychiatrique et de sa participation à la mission universitaire.
- Création d'une table concernant la pédopsychiatrie au sein de l'IUSMM-Réseau ayant pour mandat, entre autres, de réfléchir à l'organisation des services de pédopsychiatrie à Montréal, incluant les services d'urgence. Différents scénarios sont discutés impliquant l'identification d'un département unique en pédopsychiatrie et proposition d'impliquer un chargé de projet du RUIS pour travailler sur ce dossier

Développer au moins trois nouvelles pratiques de pointe intramuros ou en partenariat

Développement et suivi des pratiques de pointe

- Développement et dépôt d'un cadre de référence préliminaire pour le développement des pratiques de pointe retenues dans le cadre de l'IUSMM-Réseau.
- Collaboration établie avec l'Institut en réadaptation physique de Québec (IRDPO), Institut universitaire, pour l'utilisation de la *Trousse d'accompagnement pour le développement d'une pratique de pointe* pour les équipes de l'IUSMM-Réseau.
- Précision et orientation de l'axe recherche et de l'implication de chercheurs pour tous les projets retenus afin d'en garantir la méthodologie scientifique.
- Rencontres des équipes responsables du développement des pratiques de pointe en regard de l'état d'avancement de leurs travaux et dépôt des documents de suivi en mars et en avril 2015.
- Présentation de l'état d'avancement des travaux par l'équipe du projet *Pratique de pointe en trouble concomitant, continuum de services de 3^e ligne*.
- Présentation de l'état d'avancement des travaux par l'équipe du projet *Centre d'Innovation, de Traitement et d'Expertise en troubles psychotiques (CITÉ)*.
- Présentation de l'état d'avancement des travaux par l'équipe du projet *Intervention précoce et continuum de services intégrés pour les personnes de 14 ans et plus avec un trouble de personnalité limite*.
- Présentation de l'état d'avancement des travaux par l'équipe du projet *Service de prévention de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie*.
- Présentation de l'état d'avancement des travaux par l'équipe du projet *La trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants de 8 à 12 ans*.

Activités spécifiques pour les équipes responsables du développement des pratiques de pointe

La rencontre du 23 avril 2014 a permis de faire le point sur chacun des projets, de présenter le cadre de référence et de préciser le type de suivi retenu par le comité des partenaires. À la suite de chaque présentation, des questions et des commentaires des responsables des projets et de l'auditoire ont suscité une réflexion autour des points suivants :

- L'importance de la présence de chercheurs au tout début du projet et au cours de son développement ;
- L'uniformisation de l'âge des jeunes visés par les études visant à briser les barrières existant entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie ;
- L'accès aux possibilités de financement et de subventions pour le développement des pratiques de pointe de l'IUSMM ;
- Les difficultés liées à la présentation des projets aux différents comités d'éthique, aux CMDP, aux chefs de discipline, aux directeurs de l'enseignement, aux comités d'évaluation de la qualité, aux représentants de l'Agence, etc.

La rencontre du 12 mai 2014 a fait l'objet d'une présentation de M^{me} Brigitte Vachon, professeure adjointe à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'UdeM et chercheure au Centre de recherche de l'IUSMM. Cette présentation *Développement des pratiques de pointe à l'IUSMM* portait, entre autres, sur le transfert des connaissances.

La rencontre du 17 juin 2014 était centrée sur le suivi du développement des pratiques de pointe. Une présentation de M^{me} Isabelle Deaudelin, chargée de projet-développement des pratiques de pointe à l'IRDPO, Institut universitaire, précisait les enjeux relatifs au développement des pratiques de pointe, la pertinence du suivi et l'outil de suivi développé par son établissement.

Activités de diffusion

- Plan de communication à l'automne 2014 ayant pour objectifs de faire connaître les projets retenus aux équipes des différents établissements partenaires. Accessibles à l'IUSMM, en visioconférence ou via LiveStream, ces cinq présentations ont permis de rejoindre des intervenants des différents établissements de l'IUSMM-Réseau, d'établissements partenaires et du réseau de la santé et des services sociaux et de faire connaître les différents projets en cours de développement.

Proposer de nouvelles façons d'organiser et de prodiguer les soins dans le domaine de la santé mentale

- Soutien offert à l'équipe de santé mentale du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord dans le cadre d'une entente signée entre l'ASSSM, l'IUSMM, l'HSCM et le CSSS AMN.
- Contribution au développement d'une offre novatrice pour la clientèle ayant des besoins spécifiques. Différents travaux ont été réalisés et concernent deux types de clientèle : celle ayant besoin d'une offre de service adaptée en CHSLD occupant des lits dans les unités de soins psychiatriques et celle présentant une déficience intellectuelle avec trouble envahissant du développement (DI-TED).
- Concernant la *clientèle ayant besoin d'une offre de service adaptée en CHSLD occupant des lits dans les unités de soins psychiatriques* : les travaux initiés et les représentations du comité des partenaires ont contribué à la mise en place du projet de la Maison Neuve s'adressant aux clientèles psychiatriques présentant un profil gériatrique et ce, conjointement avec le CSSS Lucille-Teasdale, l'IPPM et IUSMM. Actuellement en cours de réalisation, ce projet prévoit accueillir 25 personnes de l'IPPM, 15 personnes de l'IUSMM et 20 personnes en provenance d'autres établissements montréalais.
- Concernant la *clientèle avec une DI-TED* : les travaux visent l'organisation d'une offre intégrée et hiérarchisée de service pour la clientèle DI-TED tenant compte de l'expertise et des ressources de chacun afin de mieux desservir ces personnes de l'enfance à l'âge adulte, et ce, dans une logique de partenariat. Suite à un atelier Kaisen regroupant des représentants de l'IPPM, de l'HRDP, de l'IUSMM et du CRDI de Montréal, un plan de travail comportant des actions devant être réalisées localement et régionalement a été adopté par le comité des partenaires et les directeurs des établissements impliqués. Le volet régional du plan de travail a été soumis à l'ASSSM et aux deux vice-présidents de la table régionale de DI pour son actualisation.
- Soumission de la candidature de l'IUSMM-Réseau Information en collaboration avec les Centres jeunesse de Montréal, Institut universitaire, en tant que deuxième site pour le projet sur le réseau de recherche famille de la Fondation Boeckh.

DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES DE POINTE

Le développement d'au moins trois nouvelles pratiques de pointe intramuros ou en partenariat est l'une des conditions émises par le Ministre lors de la désignation de l'Institut en juillet 2011.

Les membres du comité des partenaires ont retenu, entre autres, les éléments suivants pour la désignation des pratiques de pointe :

- Intégrer les axes clinique-recherche-enseignement-évaluation ;
- Décloisonner le continuum enfance-jeunesse-adulte ;
- Décloisonner les services entre les première, deuxième et troisième lignes ;
- Réunir deux partenaires ou plus ;
- Intégrer le patient-partenaire et sa famille.

Un processus d'appel d'offres à partir d'un canevas unique a été lancé en juillet 2013. Des dix projets présentés, cinq projets ont été retenus dont deux en association.

RENCONTRE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES DE POINTE À L'IUSMM-RÉSEAU

Une rencontre a eu lieu le 23 avril 2014 à l'Institut rassemblant un auditoire d'une cinquantaine de personnes, les responsables des projets de développement des pratiques de pointe, la présidente, la vice-présidente, le président sortant ainsi que les autres membres du comité des partenaires, la présidente du conseil d'administration de l'IUSMM, le coprésident de la table de l'Est et le directeur général du CSSS Lucille-Teasdale.

M^{me} Denise Fortin, directrice générale de l'IUSMM, qualifie cet événement de grand moment de l'histoire de l'Institut, les projets de développement des pratiques de pointe marquant le début

d'une démarche stimulante de l'Institut-Réseau. Par son exposé, elle rappelle la définition d'une pratique de pointe et le processus d'appel d'offres et des soumissions ayant conduit, à la fin de l'année 2013, au choix de cinq projets de développement de pratiques de pointe en partenariat, soit :

- Trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants de 8 à 12 ans ;
- Service de prévention de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie ;
- CITÉ : Centre d'innovation, de traitement et d'expertise en troubles psychotiques ;
- Développement d'un continuum de soins pour les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale chez les jeunes de 14-25 ans ;
- Intervention précoce et continuum de services intégrés pour les personnes de 15 ans et plus avec un trouble de personnalité limite.

La diffusion d'un diaporama par les responsables des cinq projets retenus permet de présenter les collaborateurs et les membres de l'équipe de recherche de chaque projet puis d'en décrire le contexte, le cadre théorique, les objectifs de recherche et d'intervention, les étapes, l'échéancier, les modalités d'évaluation ainsi que les retombées cliniques, scientifiques, politiques, économiques et autres.

Chaque présentation est suivie d'une période de questions, de commentaires et d'échanges de références, d'instruments et de noms de chercheurs, de démarches possibles.

Un cadre de référence est également présenté. Le développement d'un tel cadre vise différents objectifs. Le premier étant de soutenir et de guider les équipes dans le développement de pratiques de pointe. Il précise la structure de soutien nécessaire en identifiant les responsabilités de chacun. En ce sens, le comité des partenaires s'est engagé à :

- S'assurer que la structuration des projets permette à terme de faire reconnaître ces projets comme des pratiques de pointe ;
- S'assurer que les axes clinique–recherche–enseignement–évaluation soient développés dans chaque projet et offrir le soutien nécessaire ;
- Soutenir au plan stratégique le développement en partenariat des projets par des démarches auprès de différentes instances telles que le CMDP, le comité d'éthique et de la recherche, etc., des différents établissements partenaires et mettre en place des actions qui faciliteront le décloisonnement administratif et l'accès aux ressources ;
- S'assurer de l'implication du réseau universitaire, l'ASSS de Mtl, etc.

Par ailleurs, ce cadre précise également les étapes de développement, la structure de suivi des projets incluant les livrables. L'objectif ultime étant de s'assurer que les projets se développent en cohérence avec les paramètres établis et en respect des critères retenus.

Plusieurs défis sont liés au développement d'un cadre de référence afin qu'il soit vraiment utile aux équipes tout au long des projets en cours et à venir. En soi, ce cadre peut également représenter un projet de développement et un objet de recherche propre à l'Institut-Réseau. Ces deux projets interreliés poursuivent un objectif de pérennité pour le développement futur des pratiques de pointe. Il vise aussi à déterminer un processus cohérent et coordonné de l'évolution des axes clinique, recherche, enseignement et évaluation.

Des démarches ont permis d'identifier une trousse développée par l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, Institut universitaire, comme proposition de départ. Cette trousse, ayant été expérimentée depuis six ans par des équipes de cet établissement, identifie les grandes étapes de développement d'une pratique de pointe, et ce, dans le cadre de la mission universitaire d'un établissement de santé. Avec leur accord, elle sera utilisée par les équipes de l'IUSMM-Réseau.

Conférences-midi *Animer l'Institut*

Dans le cadre des quatre rencontres organisées sous le thème *Comprendre, bâtir, partager et animer : les quatre premières saisons de l'Institut*, la quatrième saison *Animer l'Institut* permettra d'illustrer la mise en opération de notre désignation à titre d'institut universitaire, notamment avec la présentation des cinq pratiques de pointe.

Rappelons que les pratiques de pointe visent, entre autres, une offre de service surspécialisé, mettant en œuvre une expertise

pointue et innovante pour traiter des problèmes complexes. Elles conjuguent les axes cliniques, la recherche, l'enseignement et l'évaluation et témoignent de l'excellence d'un institut.

Au total, près de 500 personnes provenant de divers établissements ont assisté aux présentations, soit à l'IUSMM, en visioconférence ou par Lifestream à une ou plusieurs de ces conférences. Elles sont disponibles sur le site Web de l'IUSMM.

PREMIÈRE CONFÉRENCE – LE 2 OCTOBRE 2014

Service de prévention de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie

Cette première conférence est intitulée *La pomme ne tombe jamais loin du pommier*. L'équipe projet est composée de représentants de l'IUSMM et de l'HRDP. L'équipe a présenté le contexte clinique et théorique, les objectifs et le contenu du programme en cours d'élaboration. Par ailleurs, les principales cibles du projet ont été précisées :

- Prévenir le trouble anxieux ;
- Permettre une prise de conscience de l'impact du trouble anxieux sur la relation que les parents ont avec leur enfant et sur le développement de l'enfant ;
- Améliorer les pratiques parentales ;
- Améliorer la qualité de la relation avec l'enfant ;
- Augmenter le sentiment de contrôle de l'enfant (autonomie) ;
- Favoriser la consolidation des acquis du parent.

Les retombées anticipées par l'équipe :

- Projet novateur portant sur un problème clairement identifié pour lequel aucune intervention n'est actuellement disponible ;
- Projet qui pourrait contribuer à diminuer significativement la détresse présente dans plusieurs familles ;
- Poursuite du projet avec les troubles de l'humeur.

DEUXIÈME CONFÉRENCE – 16 OCTOBRE 2014

Projet de centre d'innovation, de traitement et d'expertise en troubles psychotiques (CITÉ)

Le thème de cette deuxième conférence est *Troubles psychotiques : cibler la complexité pour éviter la rupture sociale*. L'équipe projet est composée de représentants de l'IUSMM et de l'HRDP. Une fois le contexte, les enjeux cliniques et clinico-administratifs précisés, les meilleures pratiques et les données probantes expliquées, l'équipe a partagé les objectifs visés qui sont :

- Intervenir en amont pour améliorer le pronostic au premier épisode psychotique ;
- Intervenir rapidement pour susciter l'engagement et soutenir le jeune et son entourage ;
- Recenser rapidement les cas complexes pour surmonter la résistance au traitement ;

- Susciter l'engagement de la collectivité pour éviter la rupture sociale et vivre en pleine citoyenneté

L'équipe projet est actuellement à réaliser la phase 1 de 3 du projet, phases qui sont :

1. Intervenir en amont
2. Intervenir dans le milieu
3. Intervenir avec l'intensité requise

Les retombées populationnelles et cliniques attendues par l'équipe projet pour cette première phase sont :

- Accélérer l'accès aux services spécialisés et réduire ainsi la durée de la psychose non traitée;
- Diminuer l'impact fonctionnel de la psychose et ses conséquences (p. ex.: décrochage scolaire);
- Améliorer l'ancrage social des jeunes psychotiques auprès de leur famille et de leur milieu;
- Diminuer l'entrée par l'urgence aux services spécialisés et réduire l'utilisation de l'ordonnance de traitement.

TROISIÈME CONFÉRENCE – 6 NOVEMBRE 2014

Intervention précoce et continuum de services intégrés pour les personnes de 14 ans et plus avec un trouble de personnalité limite

Il s'agit d'un projet novateur développé par une équipe en provenance de l'IUSMM, de l'HRDP et du CSSS Lucille-Teasdale qui cible une clientèle ayant fait l'objet de peu d'attention des chercheurs et qui répond à des lacunes importantes au niveau de l'offre de soins, en plus d'impliquer des retombées directes sur la qualité des soins et services destinés à la clientèle TPL. Par ailleurs, il présente des opportunités multiples pour la recherche, l'enseignement et l'avancement des connaissances. La conférence a mis en perspective le contexte de développement du projet, la conceptualisation de la démarche, l'importance de l'intervention précoce pour les personnes vivant avec un TPL; un exemple de modèle d'intervention précoce ainsi que les différentes étapes du projet y ont également été présentés.

Ce projet présente trois axes distincts qui se développeront progressivement :

1. Restructuration de l'offre de service en 1^{re} ligne;
2. Clinique d'intervention précoce intégrée 14-25 ans;
3. Intégration des services 1^{re}-2^e lignes / Jeunesse-Adulte.

QUATRIÈME CONFÉRENCE – 20 NOVEMBRE 2014

Trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants de 8 à 12 ans

Ce projet élaboré par la Clinique d'intervention pour les troubles anxieux de l'HRDP a pour objectifs :

- Développer un programme de traitement spécifique à chacun des troubles anxieux (et répondant aux besoins des enfants);
- S'appuyer sur les données probantes actuelles et sur l'expérience clinique;
- Procéder à l'évaluation de ces modes d'intervention;
- Diffuser ces programmes de traitement.

Chacun des programmes ci-dessous comprendra un manuel du thérapeute, un manuel de l'enfant ainsi qu'un manuel du parent.

- Programme de traitement général pour les enfants
- Programme de traitement du trouble d'anxiété généralisée
- Programme de traitement du trouble obsessionnel compulsif
- Programme de traitement de l'état de stress post-traumatique
- Programme de traitement du trouble d'anxiété de séparation
- Programme de traitement du trouble panique
- Programme de traitement du mutisme sélectif

Une liaison de ce projet avec le projet *Service de prévention de la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie* permettra d'identifier une clientèle pouvant bénéficier de part et d'autre des avancées de ces projets.

CINQUIÈME CONFÉRENCE – 10 DÉCEMBRE 2014

Un réseau intégré de services pour les jeunes de 14 à 25 ans souffrant de trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie

Développement du volet pédopsychiatrique de la clinique Cormier-Lafontaine de l'IUSMM (pratique de pointe en trouble concomitant, continuum de services de 3^e ligne) avec la collaboration du CHU Ste-Justine et du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, Institut universitaire.

Le but du projet est d'offrir en un seul lieu des services intégrés de pédopsychiatrie, de psychiatrie et de toxicomanie aux adolescents et jeunes adultes montréalais entre 14-25 ans, aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie.

La présentation a permis de mieux saisir l'importance du continuum « enfance-jeunesse-adulte » pour le traitement de trouble concomitant santé mentale et de toxicomanie, le but du projet, les constats des experts, les volets cliniques et de recherche.

Les objectifs visés au plan clinique :

- Favoriser une détection précoce des troubles concomitants chez les jeunes;
- Mieux évaluer et mieux intervenir auprès de ces jeunes;
- Favoriser la continuité des services lors du passage à l'âge adulte;
- Prévenir l'aggravation des problématiques associées.

GOUVERNANCE ET RÈGLEMENTS DU COMITÉ DES PARTENAIRES

Le comité des partenaires a élaboré un document «Structure de gouvernance et règlements de l'Institut universitaire en santé mentale-Réseau» qui est adopté à l'unanimité lors de la rencontre du 12 mars 2015. Cependant, ce document devra être revu en fonction de la nouvelle configuration du réseau.

La mise en œuvre de la «Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales» au 1^{er} avril 2015 vient moduler différentes responsabilités populationnelles pour chacune des installations impliquées et pour les établissements non fusionnés. Le partenariat s'appuie maintenant sur cette nouvelle configuration entre le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, dont relève l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUS-MM) et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), celui du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, dont relève l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal (HSCM) et l'Hôpital Rivière-des Prairies (HDRP), et les établissements non fusionnés, soit l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), le Centre hospitalier universitaire Ste-Justine (CHU Ste-Justine), et l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM).

Le développement de l'IUSMM-Réseau interpelle une structure de gouvernance spécifique qui sera chapeauté par le conseil d'administration et le PDG du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Naturellement, cette structure innovante est appelée à évoluer en fonction du développement de l'organisation et des modalités de gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux et des orientations stratégiques des partenaires qui forment l'IUS-MM-Réseau. Dans ce contexte, il est primordial de définir clairement les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires et de les baliser clairement.

DÉVELOPPEMENT DES TABLES RÉSEAUX

Des tables réseaux sont en place afin d'actualiser les projets retenus pour le développement des pratiques de pointe. Elles ont une composition interdisciplinaire et interétablissements et permettent l'intégration de la clinique, la recherche, l'enseignement et l'évaluation pour chacun des projets.

Par ailleurs, considérant la situation de la pédopsychiatrie à Montréal, un comité ad hoc a été mis en place. Son mandat porte d'abord sur les différents enjeux de la pédopsychiatrie et vise à rendre compte de la situation actuelle. Cinq des sept partenaires impliqués dans le développement de l'IUSMM-Réseau offrent des services de pédopsychiatrie. Ce comité ad hoc pourra donc éventuellement proposer des solutions en termes de vision d'un pôle pédopsychiatrique et de sa participation à la mission universitaire.

Une table des partenaires de la recherche a également été mise en place. Elle regroupe les centres de recherche de l'IUSMM, de l'HSCM, de l'HMR, de l'HRDP, de l'IPPM et le CHUSJ.

Les statistiques

| TYPE DE SOINS | Nbre de départs | Nbre d'admissions |
|---------------------------|-----------------|-------------------|
| Soins de courte durée (1) | 1 884 | 1 882 |
| Soins de longue durée (3) | 47 | 29 |
| Chirurgie d'un jour (27) | 52 | 52 |

| CHIRURGIE D'UN JOUR | Pourcentage |
|---------------------|-------------|
| Chirurgie | 8% |
| Dentaire | 17% |
| Interne | 8% |
| Urologie | 67% |

| CATÉGORIES DIAGNOSTICS | Courte durée % | Longue durée % |
|---|----------------|----------------|
| Psychoses schizophréniques | 29,27% | 80,95% |
| Maladies affectives et dépressions | 22,21% | 4,76% |
| Troubles du comportement, alimentation | 4,09% | 0% |
| États psychotiques organiques, démence | 2,47% | 7,14% |
| États psychotiques non organiques | 9,17% | 4,76% |
| États délirants | 2,96% | 0% |
| Retard mental, trouble envahissant du développement | 0,92% | 2,38% |
| Troubles névrotiques | 2,40% | 0% |
| Troubles de l'adaptation | 8,46% | 0% |
| Troubles de la personnalité | 8,96% | 0% |
| Troubles liés à l'alcool, aux drogues | 7,69% | 0% |
| Autres | 1,41% | 0% |

Ressources d'hébergement

- 244 dossiers fermés (sans réadmissions dans d'autres ressources en 2014)

- 206 nouveaux usagers (qui n'étaient pas préalablement hébergés dans notre réseau)

Les ressources humaines de l'établissement

L'établissement présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi.

| Effectifs de l'établissement | Exercice en cours (31 mars 2015) | Exercice antérieur (31 mars 2014) |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| Personnel détenteur de poste (activités principales seulement) | | |
| Personnel cadre | | |
| Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 88 | 100 |
| Temps partiel | | |
| • Nombre de personnes | 6 | 5 |
| • Équivalents temps complet (a) | 3 | 3 |
| Nombre de cadres en stabilité d'emploi | 5 | 1 |
| Personnel régulier | | |
| Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 872 | 1 101 |
| Temps partiel | | |
| Nombre de personnes équivalents temps complet (b) | 340 | 384 |
| Nombre d'employés en sécurité d'emploi | 273 | 341 |
| Nombre d'employés en sécurité d'emploi | 5 | 1 |
| Occasionnels | | |
| Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 736 054 | 723 324 |
| Équivalents temps complet | 392 | 383 |

- a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
 nombre d'heures de travail selon le contrat de travail ;
 divisé par :
 nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.
- b) L'équivalent temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
 nombre d'heures rémunérées ;
 divisé par : 1826 heures.

Conseil et comités du conseil au 31 mars 2015

Conseil d'administration

| Conseil d'administration | |
|--------------------------|--|
| Membres | |
| Agathe Champoux | Population |
| Anne Côté | Agence de la santé et des services sociaux |
| Caroline Émond | Cooptée |
| Poste vacant | Population |
| Luc Valiquette | Conseil multidisciplinaire |
| Lina Beaulé | Agence de la santé et des services sociaux |
| Daniel Beauguard | Conseil des infirmières et infirmiers |
| Daniel Bourbonnais | Université de Montréal |
| Lise Chagnon | Cooptée |
| Carole Clermont | Cooptée |
| Francine Décary | Cooptée |
| Francine Dubé | Cooptée |
| Nicole Dupont | Cooptée |
| Stéphane Guay | Université de Montréal |

| Comité d'audit |
|-------------------------|
| Pierre Miron, président |
| Caroline Émond |
| Lina Beaulé |
| Carole Clermont |

| Comité de gouvernance et d'éthique |
|------------------------------------|
| Lina Beaulé |
| Agathe Champoux |
| M ^e Anne Côté |
| Caroline Émond |
| Daniel Beauguard |

Comité des ressources humaines

Lise Chagnon, présidente

Agathe Champoux

Jo-Anne Hudon

Daniel Bourbonnais

Comité de vigilance et de la qualité

Carole Clermont

Jacques Côté

Francine Dubé

Denise Fortin

Louise Paulhus

Adam Mongodin

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Au cours de la dernière année, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), comité-conseil qui transmet ses recommandations au conseil d'administration de l'établissement, a tenu 55 réunions de l'exécutif et de ses différents comités et sous-comités et assemblées. La Loi confère au CMDP des fonctions et des devoirs que nous présenterons dans ses grandes lignes.

D'abord, le CMDP voit à l'appréciation et au contrôle de la qualité des actes de ses membres. L'évaluation de la qualité des actes se fait par le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique et les sous-comités spécifiques à chaque discipline, lesquels ont tenu 18 réunions au cours du dernier exercice.

Le CMDP voit également à l'évaluation et au maintien de la compétence de ses membres avec l'aide du comité d'examen des titres. Ce dernier s'est réuni à 3 reprises afin d'étudier les dossiers de renouvellement de tous les membres ainsi que de 4 personnes qui ont adressé des demandes de nomination; des recommandations ont été acheminées au comité exécutif et au Conseil d'administration.

Le CMDP participe au traitement des plaintes à l'encontre de ses membres. Cette année, il a maintenu son implication grâce au travail de ses médecins examinateurs. Un comité de discipline s'est réuni pour compléter l'étude d'une plainte déposée à l'endroit d'un membre. Le processus est terminé et les recommandations ont été acheminées au comité exécutif et au Conseil d'administration.

Le CMDP fait des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans l'établissement. Cette année, le comité de pharmacologie et le sous-comité RUM ont tenu 11 réunions. Les protocoles révisés ainsi que les nouvelles règles d'utilisation ont été transmises aux membres.

De plus, le CMDP fait des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution des soins médicaux, dentaires et pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale de l'établissement. Il doit aussi donner des avis à la direction générale sur certains aspects administratifs, tels les moyens à mettre en œuvre pour que les services médicaux, dentaires et pharmaceutiques répondent aux besoins de la population ou encore toute autre question que ce dernier porte à son attention. Comme la directrice générale, le directeur des affaires médicales et cliniques siègent au comité exécutif, les échanges se font directement au niveau de cette table. Au cours de la dernière année, le comité exécutif a tenu 13 réunions.

Au cours de cette année, le comité exécutif s'est penché sur :

- La représentativité du CMDP au CA ;
- L'ajustement équitable des cotisations;
- L'harmonisation des statuts;
- La création du formulaire d'engagement;

COMITÉ EXÉCUTIF

AU 31 MARS 2015

Président..... D^r Marc SASSEVILLE
Vice-président..... D^r Pierre-Marc COUTURE-TRUDEL
Secrétaire..... D^{re} Marie-Claude DESMARAIS
Trésorier M. Philippe VINCENT
Premier conseiller D^r Luigi DE BENEDECTIS
Deuxième conseiller D^{re} Lyne DUMOULIN
Directeur des affaires médicales
et cliniques D^r J. André LUYET
Directrice générale..... M^{me} Denise FORTIN
Représentant au CA..... D^{re} Angela GELOSO

- La finalisation et l'application du processus de suivi des rapports d'autorisation de soins et d'hébergement;
- L'intégration du rôle du DAMC dans l'organigramme avec le souci d'éviter la représentation en amont et en aval;
- La reconnaissance des crédits pour la participation à certains comités;
- Le suivi des délais en lien avec le transfert du dosage de la Clozapine à Québec;
- La révision des protocoles cliniques tels : les absences non autorisées, les niveaux de surveillance, l'isolement et les contentions;
- Enfin, toutes les nominations ont été renouvelées en bonne et due forme.

Ces travaux amorcés se poursuivront au cours de l'an qui vient :

- Questionnement sur la façon de surveiller la qualité de l'exercice au sein de l'enseignement;
- Questionnement sur la façon de surveiller la qualité de l'exercice au sein de la recherche;
- Questionnement sur le dépistage systématique de l'usage de substance (avec analyse de laboratoire à l'appui);
- Le déploiement du programme de soins physiques à la DSC;
- Le suivi des impacts du projet de loi 10;
- Le suivi des impacts du projet de loi 20;
- Le suivi de l'implantation de la dictée centralisée;
- La gouvernance du comité des ordonnances collectives.

Soulignons enfin que l'apport des médecins, dentistes et pharmaciens au niveau de l'Institut se fait en participant aux comités de l'établissement. Durant l'année, plusieurs membres du comité exécutif du CMDP ont siégé sur des comités relevant tant du conseil d'administration que des associations professionnelles de ses membres, de l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal, de l'Université de Montréal et du MSSS, et ce, en plus des comités propres au CMDP.

Le CMDP rassemble 90 médecins, 4 dentistes et 13 pharmaciens.

Le président,
Marc Sasseville, M.D.

Le conseil des infirmières et infirmiers

Le Conseil exécutif des infirmières et infirmiers (CII), souhaitait une plus grande mobilisation de ses membres et leur implication dans différents projets pour contribuer à maintenir ou à améliorer la pratique infirmière dans la réalisation de la mission de l'Institut qui est de voir au mieux-être des personnes, en offrant les meilleurs soins et services spécialisés et surspécialisés en santé mentale. Le CECII était également préoccupé par la formation continue des infirmières et la transmission du savoir. Il avait initié la préparation d'une formation consacrée spécifiquement à des échanges entre novices et expertes. Le but étant de bonifier l'expérience d'intervention auprès de la clientèle au moyen d'un parcours de différentes situations cliniques. Mais le CECII a aussi été touché par l'annonce du projet de Loi 10, qui au fil des mois s'est concrétisé et a influencé fortement le travail du comité.

COMPOSITION

CII : Le conseil des infirmières et infirmiers de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal regroupe environ 315 infirmières œuvrant au sein de la DDPP, DSC, DSIS, DSP et du Centre de recherche Fernand-Seguin.

CECII : Le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers doit être composé de cinq infirmières désignées par le conseil, de deux infirmières et infirmiers auxiliaires du CIA, de la directrice générale, de la directrice des soins infirmiers et d'un membre du CII désigné au CA (sans droit de vote). Le comité exécutif a tenu sept réunions de travail.

CIA : Le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires n'a tenu aucune réunion officielle. Des démarches ont été effectuées par les membres du comité pour le recrutement d'infirmières auxiliaires pour réactiver le comité. Cette année, aucune candidate n'a manifesté d'intérêt pour faire partie du CIA.

LE COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS :

- Présidente : M^{me} Josée Labbé, infirmière clinicienne
- Vice-présidente : M^{me} Marie-Ève Savard, infirmière
- Secrétaire : M. Denis Garneau, infirmier clinicien, ICASI
- Conseillère : M^{me} Hélène Comeau, conseillère clinicienne en soins infirmiers, (mandat)
- Conseillère : M^{me} Lyne Bouchard, directrice des soins infirmiers, intérimaire
- Conseillère : M^{me} Diane Ngoyi, infirmière clinicienne, chef d'unité
- M^{me} Denise Fortin, directrice générale
- M. Daniel Beauregard, infirmier, ASI, membre du CII désigné au CA

MANDAT ET RÉALISATIONS DU CII

1. Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés dans le centre et, le cas échéant, en collaboration avec le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, des activités visées par la Loi sur les infirmières et infirmiers et exercées dans le centre.
 - Le CII s'implique de façon continue dans tous les dossiers ayant un impact majeur sur de nombreuses facettes de l'exercice infirmier. Voici les deux principaux dossiers dans lequel il s'est impliqué : Plan d'amélioration de l'OIIQ et Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : isolement-contention
2. Faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à leurs membres dans le centre.
 - Consultation et recommandations pour les trois procédures suivantes :
 - 1) Procédure, chariot d'urgence avec Oxygène,
 - 2) L'approvisionnement, la gestion, la vérification et l'enregistrement des narcotiques dans les unités de soins
 - 3) L'approvisionnement, la gestion, la vérification et l'enregistrement des benzodiazépines et autres substances ciblées
 - Présentation des modifications apportées au protocole d'Influenza saisonnière, pour information.
3. Faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables à leurs membres dans le centre.
4. Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs membres dans le centre;
 - Un travail avait été amorcé dans ce sens l'année dernière par le biais d'un sondage auprès des membres. Des éléments d'organisation avaient été soulevés. Toutefois, les priorités retenues à ce moment concernaient la formation continue des infirmières. C'est ce dont le CECII s'est occupé.
5. Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Conformément aux règlements de l'Institut, le conseil des infirmières et infirmiers est, pour chaque centre exploité par l'Institut, responsable envers la directrice générale, de donner son avis sur les questions suivantes :

1. Organisation scientifique et technique du centre;
 2. Moyens à prendre pour évaluer ou maintenir les compétences des infirmières et infirmiers
- Le CECII s'est penché sur la formation et les compétences des infirmières. A ce sujet, la direction des ressources humaines a présenté aux membres de l'exécutif un portrait de la situation des infirmières à l'Institut. Ces résultats confirment la préoccupation du CECII d'adapter une formation en soins infirmiers pour les nouvelles recrues dans un but

de transmission des connaissances et de rétention des nouvelles embauches.

- Toute autre question que la directrice générale porte à son attention.

COMITÉS

- Comité d'évaluation et d'application du protocole isolement-contentions (céapic)
- Comité des formulaires du dossier de l'utilisateur
- Comité promouvoir un institut sans fumée
- Comité ordonnances collectives
- Entreprise en santé
- Banque signature
- Champions cliniques

Conseil multidisciplinaire

En 2014-2015, le CECM s'est rencontré à cinq reprises en rencontres officielles ainsi qu'à cinq reprises en rencontres de travail.

LORS DE CETTE PÉRIODE LE CECM A :

Émis un avis sur la nomination du directeur de l'enseignement de l'IUSMM;

- Continué et terminé la révision du guide pour les comités de pairs;
- Suivi les dossiers importants dans le développement et la transformation de l'IUSMM, notamment :
 - Psychiatrie légale
 - Hospitalisation à domicile – gérontopsychiatrie
 - Services intégrés (amont de l'urgence et gérontopsychiatrie)
 - Développement des pratiques de pointes
 - Création d'une 2^e équipe PACT
 - Informatisation clinique
 - Actualisation de la vision clinique de la pleine citoyenneté
 - Protocole de mesure de contrôle
- Cherché à améliorer la communication avec ses membres, notamment via notre section intranet;
- Organisé, conjointement avec le Conseil des Infirmières et Infirmiers une assemblée générale spéciale portant sur l'impact de la loi 10 sur les conseils de l'IUSMM. Lors de cette rencontre, 30 membres du CII et 62 du CM se sont présentés. Plus de 158 personnes visionnèrent cette rencontre via Livesream.
- Organisé un comité de réflexion sur l'avenir du CM de l'IUSMM dans le nouveau CIUSSS pour :
 - S'assurer d'avoir une consultation adéquate des membres du CM afin de faire valoir nos positions lors des négociations à venir sur la création du CECM du CIUSSS
 - S'assurer que les enjeux de la santé mentale ne soient pas escamotés dans les nouvelles structures
- Participé à la table d'échange des CECM de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (et CECM transitoire du CIUSSS)
- Soutenu huit comités de pairs

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF

Présidente : Louise Soucy, psychoéducatrice
Vice-présidente : Valérie Beauchamp, archiviste médicale
Secrétaire : Luc Valiquette, agent planification, programmation et recherche (membre du CM désigné au CA)
Conseillère : Roxanne Major-Gariépy, travailleuse sociale
Conseiller : Pierre-Alexandre Richard, intervenant en soins spirituels
Conseillère : Christiane Rousseau, technologiste médicale
Conseillère : Manon Hurteau, technologiste médicale
Conseiller : poste vacant

Directrice générale : Denise Fortin
Directeur des services multidisciplinaires (intérimaire) :
Caroline Lafond

MANDAT DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le Conseil multidisciplinaire (CM) regroupe 467 membres provenant de 32 disciplines offrant des soins et services cliniques aux usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Sous réserve des responsabilités confiées au Conseil des médecins dentistes et pharmaciens, ainsi qu'au Conseil des infirmières et infirmiers et conformément aux règlements de l'établissement, le CM est responsable envers le Conseil d'administration :

- de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres;
- de 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;
- d'assumer toute autre fonction que lui confie le Conseil d'administration.

De plus, conformément aux règlements de l'établissement, le CM est responsable envers la directrice générale de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'Institut ;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ;
- toute autre question que la directrice générale porte à son attention.

Comité des usagers

Afin de continuer à assurer notre rôle auprès de la clientèle, l'année 2014-2015 fût militante. Aussitôt le projet de loi 10 annoncé, en automne 2014, le comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et le comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec ont réuni leurs efforts pour déposer le mémoire: « Mémoire pour conserver les comités des usagers par installation de santé : L'expérience et le point de vue des comités des usagers en santé mentale ». De plus, à l'initiative de notre comité et avec le soutien du Conseil pour la protection des malades, une pétition a été déposée à l'Assemblée Nationale pour le maintien des comités des usagers par installation. Pour une deuxième année consécutive, nous avons continué d'offrir des ateliers informatifs dans nos locaux dans le but de renseigner les usagers sur leurs droits et autres thématiques importantes à la grande satisfaction des participants.

Le bon fonctionnement du comité des usagers n'aurait pas lieu sans l'engagement bénévole et l'excellent travail de la part de ses membres. J'aimerais remercier chaleureusement tous ceux et celles qui en font partie : Carmen Baril, Richard Breton, Marc-André Brouillard-Bergeron, Jacques Côté, Philippe Crevier, Jo-Ann Hudon-Duchesnes, Huguette Desautels, Sabino Grassi, Maria Teresa Justino. Également, j'aimerais souligner la qualité du travail de Suzanne Desbiens, notre adjointe, qui répond aux demandes des usagers avec toute l'humanité que cela requiert. Finalement, merci à Mélissa Couture, notre coordonnatrice, pour sa proactivité dans un contexte où l'Institut subit d'énormes changements structurels qui affectent les services offerts aux usagers et qui ont une répercussion sur le nombre de plaintes acheminées.

En conclusion, j'aimerais remercier madame Louise Paulhus, la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, pour ses précieux conseils et sa belle collaboration depuis plusieurs années déjà. Nous sommes heureux que monsieur Adam Mongodin et les affaires juridiques collaborent aux activités du comité et nous donnent leur appui. Un merci spécial à madame Denise Fortin, ancienne directrice générale de l'IUSMM, pour le soutien au comité des usagers et de son dévouement pour la santé mentale. Au nom du comité des usagers, nous tenons à la féliciter pour sa nomination à titre de présidente-directrice générale adjointe (PDGA) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Au plaisir,

Patricia Clavet

Présidente du comité des usagers, 2014-2015

SOMMAIRE DES ACTIVITÉS RÉALISÉES

1. Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Rencontres d'information et consultations diverses
- Production du bulletin d'informations du comité des usagers de l'IUSMM
- Diffusion du mandat via notre dépliant
- Diffusion de dépliants sur les droits et obligations des usagers (consentement aux soins, etc.)

- Production du calendrier annuel
- Diffusion de nombreux documents des ressources communautaires et services gouvernementaux
- Tableau d'affichage
- Page Facebook du comité des usagers

2. Défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers ou, à la demande d'un usager, défendre ses droits et ses intérêts en tant qu'usager

- Assistance lors de la présentation de diverses requêtes (garde en établissement, autorisation de traitement ou d'hébergement, régime de protection, procédures judiciaires diverses, etc.)
- Collaborations, rencontres et échanges avec les médecins, les intervenants, les gestionnaires et les équipes de soins et de services dans les divers points de services de l'Institut

3. Accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend, y compris lorsqu'il désire porter plainte

- Assistance et accompagnement des usagers dans toute démarche auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi qu'auprès des diverses instances de l'Institut et de divers organismes communautaires
- Assistance auprès de diverses instances gouvernementales (Curateur public, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Ministère du Revenu, Régie de l'assurance-maladie, Régie du logement, etc.)
- Service de références selon la problématique de l'usager

4. Promouvoir l'amélioration de la qualité des services et évaluer la satisfaction des usagers

- Visite sur toutes les unités concernant la fermeture des fumeurs
- Sondage sur la satisfaction de la clientèle au printemps 2014, avec la firme Groupe Médaille Conseil
- Consultations fréquentes auprès des membres et observateurs du comité des usagers sur tout ce qui concerne la qualité des services dans l'Institut

LES MEMBRES DU COMITÉ

Carmen Baril, conseillère
Richard Breton, vice-président
Marc-André Brouillard-Bergeron, conseiller
Patricia Clavet, présidente
Jacques Côté, conseiller
Philippe Crevier, conseiller
Sabino Grassi, trésorier
Jo-Anne Hudon-Duchesne, conseillère
Maria Teresa Justino, conseillère

Suivi entente de gestion

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL (IUSMM)

| ligne | TITRE | SOUS-TITRE | ATTENTES ADMINISTRATIVES ÉTABLISSEMENTS 2014-2015 | Institut universitaire en santé mentale de Montréal | |
|-------|-------|------------|--|---|--------------------|
| | | | | IUSM | RESPECT OUI/NON |
| 1 | 1 | 0 | SANTÉ PUBLIQUE | | |
| 3 | 2 | 0 | SERVICES GÉNÉRAUX | | |
| 9 | 3 | 0 | SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA) | 0 | |
| 14 | 4.5 | 0 | DÉFICIENCES | 0 | |
| 17 | 6 | 0 | JEUNES EN DIFFICULTÉ (JED) | | |
| 18.7 | 7 | 21 | DÉPENDANCES | 0 | |
| 18.8 | 8 | 22 | SANTÉ MENTALE (SM) | 0 | |
| 18.83 | 8 | 22 | Déposer à l'Agence le portrait de l'offre de services de 2e et de 3e ligne, à partir de l'outil transmis à cet effet par l'Agence. | x | oui |
| 18.84 | 8 | 22 | Intégrer et compléter l'outil de suivi des urgences qui sera transmis aux établissements par l'Agence. | x | |
| 18.86 | 8 | 22 | Procéder à la réorganisation des services nécessaires à la mise en place des services de suivi intensif dans le milieu et de suivi d'intensité variable, conformément au plan de déploiement régional élaboré par l'Agence. | x | oui |
| 18.87 | 8 | 22 | Offrir aux CSSS le nombre de demi-journées de médecins spécialistes répondants en psychiatrie prévu au Plan d'action santé mentale (PASM). | x | oui |
| 18.89 | 8 | 22 | Conclure les ententes avec les établissements gestionnaires des ressources résidentielles, de manière à assurer les services requis aux usagers. | remplacer "gestionnaires" par "utilisateurs" | oui |
| 18.9 | 8 | 22 | Assurer la mise à jour de l'ensemble des plans d'intervention des usagers en ressources résidentielles en santé mentale sous la responsabilité clinique de l'établissement. | x | oui |
| 18.92 | 8 | 22 | S'approprier le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2014-2020 et en entreprendre la mise en œuvre en accord avec le plan de mise en œuvre régional qui suivra le PASM. Les requis inscrits au PASM 2005-2010 sont toujours valides. | x | n/a |
| 19 | 9 | 19 | SANTÉ PHYSIQUE | | |
| 26.1 | 9 | 20 | URGENCE | | |
| 27 | 0 | 0 | Optimisation | | |
| 0 | 11 | 34 | QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES | | |
| 30 | 11 | 34.1 | Registre des incidents-accidents : • En vertu des articles 183.1 à 183.4, analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer et d'améliorer la sécurité des usagers. • S'assurer d'alimenter dans les délais prescrits le système de surveillance des accidents/incidents. • Selon la mission de votre établissement, donner suite aux recommandations du Groupe Vigilance sur la sécurité des soins au sein de votre établissement (prévention des chutes et des événements reliés à la médication). | x | oui |
| 31 | 11 | 34.2 | Comité des usagers : • En vertu de l'article 211 de la LSSS, favoriser le bon fonctionnement du comité des usagers et informer par écrit chaque usager de l'existence du comité des usagers. | x | oui |
| 31.1 | 11 | 34.3 | Contention, isolement et substances chimiques : • En vertu de l'article 118.1 de la LSSS, adopter un protocole d'application des mesures de contention, d'isolement et d'utilisation de substances chimiques en tenant compte des orientations ministérielles. • Diffuser le protocole auprès des usagers. • Évaluer annuellement l'application desdites mesures. • Former 66% du personnel concerné par les mesures de contrôle. | x | oui |
| 32 | 0 | 0 | AUTRES DOSSIERS RÉGIONAUX | | |
| 33 | 0 | 0 | SÉCURITÉ CIVILE | | |
| 34 | 0 | 0 | L'Agence de Montréal s'attend, tout au long de l'année financière 2014-2015 à ce que les établissements : • Intègrent les préoccupations de mesures d'urgence/sécurité civile de niveau stratégique au comité de direction de l'établissement. • Désignent un responsable des mesures d'urgence/sécurité civile qui assure la coordination au sein de l'établissement en effectuant les liens nécessaires avec la coordination régionale des mesures d'urgence/sécurité civile de l'Agence de Montréal, entre les différents acteurs de son organisation ainsi qu'avec les partenaires locaux. • Maintiennent au sein de l'établissement, une instance de coordination active en mesures d'urgence/sécurité civile, dans le but d'assurer un leadership de coordination. Cette instance doit regrouper des représentants de différents secteurs de l'organisation (ex : soins infirmiers, communications, ressources matérielles, ressources humaines, psychosocial, DSP, etc.). • Établissent un plan d'action en lien avec les orientations régionales en mesures d'urgence/sécurité civile. • Rendent disponible auprès de l'Agence de Montréal, le numéro 24/7 par lequel l'établissement peut être alerté en cas d'urgence. • Signalent, dans les meilleurs délais à la garde 24/7 de l'Agence de Montréal, toute situation d'urgence pouvant affecter la santé et le bien-être de la population de son territoire ou de son organisation ou le maintien des services essentiels. • Participent aux rencontres des coordonnateurs locaux. | x | oui |
| 35 | 0 | 0 | PLANIFICATION STRATÉGIQUE 2015-2020 | | |
| 36 | 0 | 0 | • Adopter la planification stratégique 2015-2020 de votre établissement d'ici le 31 mars 2015. | x | non |
| 37 | 0 | 0 | TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION (TI) | | |
| 38 | 0 | 0 | Dossier santé Québec (DSQ) : Au cours de l'année 2014-2015, le déploiement du DSQ s'étendra à l'ensemble de la région de Montréal pour les domaines laboratoire, imagerie médicale et médicament. Le suivi de la réalisation se fera aux périodes financières 3, 6, 10 et 13 par l'entremise d'un formulaire prévu à cet effet. Votre établissement devra donc avoir complété une ou plusieurs des étapes suivantes : | x | |
| 39 | 0 | 0 | • Finaliser l'implantation et le rehaussement des systèmes de laboratoires (SIL) selon la plan de l'équipe MSSS-DSQ-Laboratoire de février 2014 et ce, pour le 31 mars 2015 afin de respecter les échéanciers de l'alimentation du domaine laboratoire du DSQ - incluant la normalisation des 100 procédures. | x | oui |
| 40 | 0 | 0 | • Planifier et coordonner avec l'équipe régionale le déploiement du Visualiseur DSQ (qui donne accès aux 3 domaines du DSQ, en consultation). | x | oui |
| 41 | 0 | 0 | Dossier clinique informatisé (DCI) OASIS : Au cours de l'année 2014-2015, votre établissement aura à compléter une ou plusieurs des étapes suivantes dont la mise en œuvre sera suivie aux périodes financières 3, 6, 10 et 13 par l'entremise d'un formulaire prévu à cet effet : | x | |
| 42 | 0 | 0 | • Réaliser le déploiement des phases 1 et 2 du DCI-OACIS, incluant la numérisation des dossiers cliniques suivant les orientations de l'Agence, avec une priorisation de déploiement dans les cliniques externes d'ici le 30 septembre 2014. | x | non |
| 44 | 0 | 0 | • Assurer l'application de la circulaire 04.02.11.02 portant sur les orientations ministérielles concernant l'identification des usagers. | x | oui |
| 45 | 0 | 0 | Dossier médical électronique (DMÉ) : Suite à la livraison de la solution régionale des laboratoires (SRL) planifié pour l'automne 2014, votre établissement devra produire un plan d'intégration au SRL et ce, au 31 mars 2015 pour une implantation 2015-2016. | x | n/a |

| | | | | | |
|-------|---|---|--|---|-----|
| 46 | 0 | 0 | La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles : • Respecter le cadre de gestion du Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI) établi dans la circulaire 2012-021 (03.02.30.15) qui détermine les conditions et les modalités relatives aux outils de gestion. Ce cadre de gestion pose les assises, entre autres, des rôles, des responsabilités et des dates de production des documents, le tout à l'aide de l'application informatique Actifs + Réseau. Le PGRI est complété par un processus d'autorisation où tous les projets à démarrer par un établissement doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation ministérielle accompagnée des documents justificatifs appropriés. • Au cours de 2014-2015, les documents suivants devront être produits selon les échéanciers fournis : 1. Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles : transmettre à l'Agence le PTPARI au 30 septembre 2014. 2. Programmation annuelle des projets et activités en ressources informationnelles (PARI 2014-2015) : transmettre à l'Agence le PARI, au 1er avril 2014. 3. Bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles : transmettre à l'Agence le BARRI, au 1er septembre 2014. 4. État de santé des projets (ESP) : produire une déclaration concernant l'ESP dans Actifs + Réseau pour les projets de plus de 100 000 \$ en cours de réalisation, d'implantation ou de rodage. | x | oui |
| 46.1 | | | RESSOURCES INFORMATIONNELLES | | |
| 46.2 | 0 | 0 | Architecture d'intégration technologique : • Compte tenu des enjeux liés aux projets d'optimisation de l'infrastructure TI, le MSSS introduit la nécessité de gérer ces projets de manière intégrée. Cette vision se traduit par la définition d'une architecture d'intégration technologique cible (AITC) et vise à soutenir les agences dans la réflexion et la réalisation de leur plan de mise à niveau de l'infrastructure TI. Votre établissement est donc tenu de collaborer au projet conduit par l'Agence afin de définir l'AITC de la région. L'échéancier ciblé est l'automne 2014. Au cours de l'année 2014-2015, l'AITC portera particulièrement sur les projets d'infrastructure suivants : 1. Projet de gestion du parc des postes de travail (en priorisant la migration du système d'exploitation Windows XP); 2. Projet de courrier électronique (prioritaire pour l'installation du client Lotus Notes et rattaché au projet de mise à niveau du système d'exploitation); 3. Projet de consolidation des centres de traitement informatique (consolidation, normalisation). | x | oui |
| 46.3 | 0 | 0 | Mise à niveau des postes de travail (Windows, IE, Office, Lotus Notes) : • Afin de faciliter le traitement des dépendances entre les projets et aider les organisations du RSSS, le MSSS a décidé d'arrimer les projets de mise à niveau du système d'exploitation des postes de travail et de la virtualisation des postes (gestion du parc des postes de travail [GPPT]). La priorité demeure la mise à niveau de Windows XP vers Windows 7. La virtualisation, considérée comme un « accélérateur » de la mise à niveau, est désormais considérée comme faisant partie du projet. Pour l'année 2014-2015, votre établissement doit : 1. Identifier les applications, sites web, périphériques et ordinateurs n'étant pas compatibles avec la nouvelle version du système d'exploitation et soumettre cet inventaire via l'outil présenté par l'Agence et ce, avant le 30 mai 2014; 2. Soumettre à l'Agence le plan de projet de la mise à niveau du système d'exploitation selon le gabarit fourni et ce, avant le 15 juillet 2014; 3. Réaliser, au minimum, 40% de la migration des postes de travail. Pour des raisons de sécurité, aucun poste Windows XP ne pourra être relié au réseau informatique du RSSS à partir du 1er avril 2016. | x | oui |
| 46.4 | 0 | 0 | Mise à niveau du courrier électronique Lotus Notes : • Le MSSS a pour orientation de s'arrimer à un éventuel projet gouvernemental de courrier électronique et les actions posées visent à assurer la continuité du service de courrier électronique dans le RSSS de façon intérimaire. Pour l'année 2014-2015, votre établissement devra : 1. Réaliser la mise à jour du client Notes au rythme de la mise à niveau Windows. 2. Réaliser et soumettre à l'Agence les analyses requises pour remplacer ou normaliser les applications Notes afin de les rendre indépendantes du client Notes. | x | oui |
| 46.5 | 0 | 0 | Optimisation des centres de traitement (CTI) : • En cohérence avec l'arrimage du MSSS au projet de CTI gouvernemental, l'Agence en collaborant avec les établissements de la région, établira la stratégie régionale de mise en oeuvre pour consolider et normaliser les infrastructures technologiques de l'information. Pour l'année 2014-2015, votre établissement devra : 1. Réaliser un état de situation de son infrastructure TI selon le gabarit qui sera fourni par l'Agence ainsi que le plan d'évolution pour les 5 prochaines années complété par une description des risques associés à l'infrastructure TI. 2. Présenter à la DTSI, tout projet d'agrandissement, de rénovation ou de relocalisation en tout ou en partie d'un CTI. | x | oui |
| #REF! | 0 | 0 | Sécurité de l'information : Bilan annuel en sécurité de l'information : • Rédiger d'ici le 30 juin 2014 un bilan suivant le gabarit ministériel comprenant : 1. Un état de situation en relation avec chacune des 64 mesures de sécurité du Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité. 2. Le plan d'action du Programme de sécurité de l'information de votre établissement pour l'année en cours ainsi que les principales activités réalisées. 3. Les principaux enjeux, risques ou problématiques actuels de votre établissement en matière de sécurité de l'information ainsi que ceux de l'année à venir. 4. Une autoévaluation des principales forces de votre établissement en sécurité de l'information ainsi que les points à améliorer; 5. Une autoévaluation globale de l'état de maturité de votre établissement en terme de sécurité de l'information. | x | oui |

États financiers

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL
État des résultats
Tous les fonds
exercice terminé le 31/03/2015

| | Exercice courant | | | | Exercice précédent | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------|
| | Budget | Fonds d'exploitation | | Fonds d'immobilisations | | Total |
| | | Activités principales | Activités accessoires | | | |
| Revenus | | | | | | |
| Subventions Agence et MSSS | 167,442,000 \$ | 161,514,796 \$ | | 6,452,134 \$ | 167,966,930 \$ | |
| Subventions Gouvernement du Canada | 2,023,000 \$ | | 1,550,644 \$ | 23,005 \$ | 1,573,649 \$ | |
| Contributions des usagers | 13,040,000 \$ | 12,451,986 \$ | | | 12,451,986 \$ | |
| Ventes de services et recouvrements | 3,215,000 \$ | 3,365,376 \$ | | | 3,365,376 \$ | |
| Donations | 8,300 \$ | 160,528 \$ | | 35,981 \$ | 196,509 \$ | |
| Revenus de placement | 185,000 \$ | 127,836 \$ | | 42,255 \$ | 170,091 \$ | |
| Revenus de type commercial | 850,000 \$ | | 1,055,315 \$ | | 1,055,315 \$ | |
| Autres revenus | 2,245,000 \$ | 364,016 \$ | 2,993,402 \$ | | 3,357,418 \$ | |
| Total | 189,008,300 \$ | 177,984,538 \$ | 5,599,361 \$ | 6,553,375 \$ | 190,137,274 \$ | |
| Charges | | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales | 116,152,000 \$ | 114,910,230 \$ | 2,953,667 \$ | | 117,863,897 \$ | |
| Médicaments | 1,000,000 \$ | 909,606 \$ | | | 909,606 \$ | |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 339,300 \$ | 248,344 \$ | | | 248,344 \$ | |
| Denrées alimentaires | 2,711,000 \$ | 2,448,889 \$ | | | 2,448,889 \$ | |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles | 44,459,000 \$ | 45,616,816 \$ | | | 45,616,816 \$ | |
| Frais financiers | 1,400,000 \$ | | | 1,278,566 \$ | 1,278,566 \$ | |
| Entr., réparations et dépenses non cap. relatives aux immo. | 2,096,263 \$ | 1,856,668 \$ | 10,590 \$ | | 1,867,258 \$ | |
| Créances douteuses | | 46,983 \$ | | | 46,983 \$ | |
| Loyers | 2,732,484 \$ | 2,726,263 \$ | | | 2,726,263 \$ | |
| Amortissement des immobilisations | 3,900,000 \$ | | | 4,482,468 \$ | 4,482,468 \$ | |
| Perte sur disposition d'immobilisations | | | | | - \$ | |
| Autres charges | 13,281,638 \$ | 10,429,228 \$ | 2,404,470 \$ | 123,302 \$ | 12,957,000 \$ | |
| Total | 188,071,685 \$ | 179,193,027 \$ | 5,368,727 \$ | 5,884,336 \$ | 190,446,090 \$ | |
| Surplus (déficit) de l'exercice | 936,615 \$ | (1,208,489) \$ | 230,634 \$ | 669,039 \$ | (308,816) \$ | |

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL
État des surplus (déficits) cumulés
Tous les fonds
exercice terminé le 31/03/2015

| | Exercice courant | | | Exercice précédent |
|--|----------------------|-------------------------|---------------|--------------------|
| | Fonds d'exploitation | Fonds d'immobilisations | Total | |
| Surplus (déficits) cumulés au début déjà établis Modif. comptables sans retraitement années ant. | 556,207 \$ | 14,355,071 \$ | 14,911,278 \$ | 15,319,599 \$ |
| | | | - \$ | |
| Surplus (déficits) cumulés au début redressés | 556,207 \$ | 14,355,071 \$ | 14,911,278 \$ | 15,319,599 \$ |
| Surplus (déficit) de l'exercice | (977,855) \$ | 669,039 \$ | (308,816) \$ | (408,321) \$ |
| Autres variations: | | | | |
| Transferts interfonds | (586,507) \$ | 586,507 \$ | | |
| Surplus (déficits) cumulés à la fin | (1,008,155) \$ | 15,610,617 \$ | 14,602,462 \$ | 14,911,278 \$ |
| Constitués des éléments suivants: | | | | |
| Solde non affecté | | | 14,602,462 \$ | 14,911,278 \$ |

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

 État de la situation financière
 Tous les fonds
 exercice terminé le 31/03/2015

| | Exercice courant | | | Exercice précédent |
|---|-----------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| | Fonds d'exploitation | Fonds d'immobilisations | Total | |
| Actifs financiers | | | | |
| Encaisse | 8,762,273 \$ | | 8,762,273 \$ | 11,564,937 \$ |
| Placements temporaires | 9,029,065 \$ | 4,597,752 \$ | 13,626,817 \$ | 2,500,000 \$ |
| Débiteurs - Agence et MSSS | 297,464 \$ | 6,657,023 \$ | 6,954,487 \$ | 7,844,903 \$ |
| Autres débiteurs | 2,061,902 \$ | 613,655 \$ | 2,675,557 \$ | 2,021,761 \$ |
| Créances interfonds | (3,198,758) \$ | 3,198,758 \$ | | |
| Subv. à recevoir (perçue d'avance) - Réf. comptable | 14,241,232 \$ | (19,243,163) \$ | (5,001,931) \$ | (6,433,528) \$ |
| Frais reportés liés aux dettes | | 188,390 \$ | 188,390 \$ | 151,188 \$ |
| Autres éléments | 243,290 \$ | | 243,290 \$ | 5,158,735 \$ |
| Total des actifs financiers | 31,436,468 \$ | (3,987,585) \$ | 27,448,883 \$ | 22,807,996 \$ |
| Passifs | | | | |
| Emprunts temporaires | | 2,026,087 \$ | 2,026,087 \$ | 3,211,959 \$ |
| Autres créditeurs et autres charges à payer | 15,855,195 \$ | | 15,855,195 \$ | 12,631,993 \$ |
| Avances de fonds de l'Agence - Env. décentralisées | | 7,048,208 \$ | 7,048,208 \$ | 2,260,798 \$ |
| Intérêts courus à payer | | 368,634 \$ | 368,634 \$ | 438,511 \$ |
| Revenus reportés | 2,287,784 \$ | 1,106,768 \$ | 3,394,552 \$ | 3,768,433 \$ |
| Dettes à long terme | | 46,428,015 \$ | 46,428,015 \$ | 43,933,127 \$ |
| Passifs environnementaux | | 6,288,389 \$ | 6,288,389 \$ | 6,165,087 \$ |
| Passif au titre des avantages sociaux futurs | 15,290,971 \$ | | 15,290,971 \$ | 15,310,817 \$ |
| Autres éléments | 152,339 \$ | | 152,339 \$ | 436,260 \$ |
| Total des passifs | 33,586,289 \$ | 63,266,101 \$ | 96,852,390 \$ | 88,156,985 \$ |
| Actifs financiers nets (dette nette) | (2,149,821) \$ | (67,253,686) \$ | (69,403,507) \$ | (65,348,989) \$ |
| Actifs non financiers | | | | |
| Immobilisations | | 82,864,303 \$ | 82,864,303 \$ | 79,230,612 \$ |
| Stocks de fournitures | 726,250 \$ | | 726,250 \$ | 694,661 \$ |
| Frais payés d'avance | 415,416 \$ | | 415,416 \$ | 334,994 \$ |
| Total des actifs non financiers | 1,141,666 \$ | 82,864,303 \$ | 84,005,969 \$ | 80,260,267 \$ |
| Suplus (déficits) cumulés | (1,008,155) \$ | 15,610,617 \$ | 14,602,462 \$ | 14,911,278 \$ |

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

 État de la variation des actifs financiers nets (Dette nette)
 Tous les fonds
 exercice terminé le 31/03/2015

| | Budget | Exercice courant | | | Exercice précédent |
|--|------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| | | Fonds d'exploitation | Fonds d'immobilisations | Total | |
| Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établis | (77,553,660) \$ | (473,448) \$ | (64,875,541) \$ | (65,348,989) \$ | (62,295,897) \$ |
| Modif. comptables sans retraitements années ant. | | | | - \$ | |
| Actifs financiers nets (dette nette) au début redressé | (77,553,660) \$ | (473,448) \$ | (64,875,541) \$ | (65,348,989) \$ | (62,295,897) \$ |
| Surplus (déficit) de l'exercice | 936,615 \$ | (977,855) \$ | 669,039 \$ | (308,816) \$ | (408,321) \$ |
| Variations dues aux immobilisations | | | | | |
| Acquisitions | (6,000,000) \$ | | (8,116,159) \$ | (8,116,159) \$ | (6,558,311) \$ |
| Amortissement de l'exercice | 3,900,000 \$ | | 4,482,468 \$ | 4,482,468 \$ | 3,927,257 \$ |
| (Gain)/perte sur dispositions | | | | - \$ | 778 \$ |
| Produits sur dispositions | | | | - \$ | 7,131 \$ |
| Total des variations dues aux immobilisations | (2,100,000) \$ | | (3,633,691) \$ | (3,633,691) \$ | (2,623,145) \$ |
| Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance | | | | | |
| Acquisition de stocks de fournitures | (5,749,000) \$ | (5,910,552) \$ | | (5,910,552) \$ | (6,051,858) \$ |
| Acquisition de frais payés d'avance | (335,000) \$ | (415,416) \$ | | (415,416) \$ | (334,994) \$ |
| Utilisation de stocks de fournitures | 5,800,000 \$ | 5,878,963 \$ | | 5,878,963 \$ | 6,102,854 \$ |
| Utilisation de frais payés d'avance | 334,994 \$ | 334,994 \$ | | 334,994 \$ | 262,372 \$ |
| Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance | 50,994 \$ | (112,011) \$ | | (112,011) \$ | (21,626) \$ |
| Autres variations des surplus (déficits) cumulés | | (586,507) \$ | 586,507 \$ | | |
| Augmentation (Diminution) des actifs financiers nets (dette nette) | (1,112,391) \$ | (1,676,373) \$ | (2,378,145) \$ | (4,054,518) \$ | (3,053,092) \$ |
| Actifs financiers nets (dette nette) à la fin | (78,666,051) \$ | (2,149,821) \$ | (67,253,686) \$ | (69,403,507) \$ | (65,348,989) \$ |

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

État des flux de trésorerie

Tous les fonds

exercice terminé le 31/03/2015

| | <u>Exercice courant</u> | <u>Exercice précédent</u> |
|---|-------------------------|---------------------------|
| Activités de fonctionnement | | |
| Surplus (déficit) de l'exercice | (308,816) \$ | (408,321) \$ |
| Éléments sans incidence sur la trésorerie | | |
| Stocks de fournitures et frais payés d'avance | (112,011) \$ | (21,626) \$ |
| Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations | | 778 \$ |
| Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations: | | |
| Gouvernement du Canada | (22,318) \$ | |
| Autres | 556,564 \$ | |
| Amortissement des immobilisations | 4,482,468 \$ | 3,927,257 \$ |
| Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes | 39,034 \$ | 30,865 \$ |
| Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations | (1,613,828) \$ | |
| Autres | | 1,150,413 \$ |
| Total des éléments sans incidence sur la trésorerie | 3,329,909 \$ | 5,087,687 \$ |
| Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement | 12,186,439 \$ | (2,620,479) \$ |
| Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement | <u>15,207,532 \$</u> | <u>2,058,887 \$</u> |
| Activités d'investissement en Immobilisations | | |
| Acquisitions d'immobilisations | (8,116,159) \$ | (6,558,311) \$ |
| Produits de disposition d'immobilisations | | 7,131 \$ |
| Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immo. | <u>(8,116,159) \$</u> | <u>(6,551,180) \$</u> |
| Activités de financement | | |
| Dettes à long terme: | | |
| Emprunts effectués - Dettes à long terme | 14,170,953 \$ | 13,038,625 \$ |
| Emprunts remboursés - Dettes à long terme | (2,855,085) \$ | (1,891,613) \$ |
| Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme | (8,820,980) \$ | (3,023,605) \$ |
| Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette | (76,236) \$ | (56,068) \$ |
| Emprunts temporaires-fonds d'immobilisations: | | |
| Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations | 13,196,830 \$ | 9,683,902 \$ |
| Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations | (211,749) \$ | (2,682,114) \$ |
| Empunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immo. | (14,170,953) \$ | (13,038,625) \$ |
| Flux de trésorerie liés aux activités de financement | <u>1,232,780 \$</u> | <u>2,030,502 \$</u> |
| Augmentation (diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie | <u>8,324,153 \$</u> | <u>(2,461,791) \$</u> |
| Trésorerie et équivalents de trésorerie au début | 14,064,937 \$ | 16,526,728 \$ |
| Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin | <u>22,389,090 \$</u> | <u>14,064,937 \$</u> |
| Trésorerie et équivalents de trésorerie à la fin comprennent: | | |
| Encaisse | 8,762,273 \$ | 11,564,937 \$ |
| Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois | 13,626,817 \$ | 2,500,000 \$ |
| Total | <u>22,389,090 \$</u> | <u>14,064,937 \$</u> |

Autres informations (non auditées)

Dépenses selon les catégories distinctes

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL DÉPENSES SELON LES CATÉGORIES DISTINCTES

| | 2015 | 2014 |
|---|-------|-------|
| RI/RTF | 28.0% | 27.6% |
| HOSPITALISATION | 20.4% | 20.5% |
| SERVICES PROF. ET PHARMACIE-HOSPITALISATION AMBULATOIRES | 4.0% | 4.4% |
| RESSOURCES D'ÉTABLISSEMENT (RE) | 7.7% | 8.2% |
| SOUTIEN À L'HÉBERGEMENT ET À LA COMMUNAUTÉ | 7.6% | 7.4% |
| PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE | 0.8% | 1.1% |
| ADMINISTRATION CLINIQUE | 3.7% | 3.5% |
| ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES | 4.3% | 4.2% |
| GESTION DES BÂTIMENTS ET DES SERVICES AUXILIAIRES | 8.8% | 8.4% |
| AUTRES | 13.6% | 14.5% |
| | 1.0% | 0.1% |

Principaux projets d'investissements

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

Total des projets d'investissements 2014-2015 **8,116,000 \$**

Principaux projets d'investissements

| | |
|---|--------------|
| Projets divers de maintien d'actifs (Travaux de maçonnerie, réhabilitation des pavillons Bédard et Riel, mise à niveau du système d'incendie, travaux sur la façade du Jeanne-Leber) | 3,733,000 \$ |
| Autres projets de rénovation fonctionnelle (Réaménagement de l'unité 401, aménagement d'une nouvelle salle des serveurs) | 3,053,000 \$ |
| Équipements | 1,249,000 \$ |

Le financement des fondations

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

| | activités avec les usagers | recherche | aménagements spéciaux | total |
|-------------------|-------------------------------|------------|--------------------------|------------|
| Fondation Gamelin | 30,000 \$ | | | 30,000 \$ |
| Fondation IUSMM | 137,905 \$ | 272,885 \$ | 86,208 \$ | 496,998 \$ |

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

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

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

| ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT | | | | | | |
|---|------------------|--------------------------|---|--|---------|---------|
| Description des réserves, commentaires et observations | Année 20XX-XX | Nature (R, O ou C) | Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée | État de la problématique au 31 mars 2015 | | |
| | | | | R 5 | PR 6 | NR 7 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| <i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| <i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| <i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| <i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i> | | | | | | |
| L'établissement ne s'est pas conformé à l'alinéa 3 de l'article 265 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. En effet l'établissement cautionne les loyers de ses usagers dans les ressources externes | 2011-2012 | O | Au 31 mars 2015, l'établissement ne cautionne plus les loyers des usagers d'une ressource externe. | R | | |
| Des comptes à recevoir de 512 525 \$ relatifs aux activités de recherche ont été présentés en déduction des revenus reportés au lieu d'être présentés dans les débiteurs | 2014-2015 | O | Il ne s'agit que d'une question de présentation entre les actifs et les passifs et le montant n'est pas significatif. | | | NR |
| L'établissement ne s'est pas conformé aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé; les résultats de l'exercice | 2014-2015 | O | L'établissement a été fusionné avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux le 1er avril 2015 afin de | | | NR |

| | | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|--|--|
| terminé le 31 mars 2015 montrent un excédent des charges sur les revenus de 308 816\$ | | | former le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS). Le CIUSSS s'assurera de se conformer aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé. | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| <i>Rapport à la gouvernance</i> | | | | | | |
| Dans le cas de l'application Espresso-Paie, le pilote a les droits de mise à jour des profils et des utilisateurs dans l'application. | 2011-2012 | O | En 2013-2014 nous avons mis en place un processus visant à séparer les tâches d'autorisation et d'octroi des accès mais nous l'avions pas appliqué pendant cette période. Au courant de 2014-2015, le processus a été appliqué. | R | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Rapport des plaintes

Rapport sur l'application de la procédure d'examen de plaintes des usagers

Introduction

Conformément à l'article 76.11 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers comprend le bilan des activités de la commissaire et intègre le rapport du médecin examinateur et celui du comité de révision.

Il décrit les motifs de plaintes reçues et indique pour chaque type de plaintes :

1. le nombre de plaintes reçues, rejetées sur examen sommaire, examinées, refusées ou abandonnées depuis le dernier rapport;
2. les délais d'examen des plaintes;
3. les suites qui ont été données après leur examen;
4. le nombre de plaintes et les motifs des plaintes qui ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen.

Il doit également faire état des mesures recommandées par la commissaire et indiquer les mesures prises en vue d'améliorer la satisfaction des usagers et de favoriser le respect de leurs droits.

Le présent rapport s'inscrit dans la responsabilité légale de l'Institut et vise à dresser un bilan de l'état de l'application de la procédure d'examen des plaintes adressées à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Ce document se divise en cinq chapitres. Le premier chapitre fait état de l'application du régime d'examen des plaintes pour l'Institut. Le second chapitre donne le bilan des activités de la commissaire et des dossiers de plaintes conclues au cours de la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 ainsi que les dossiers transmis en deuxième instance au Protecteur du citoyen. Le troisième chapitre contient l'information et l'analyse de l'ensemble des motifs de plaintes traités par la commissaire. Le chapitre 4 contient l'information sur les motifs de plaintes traités par le médecin examinateur et finalement le chapitre 5 contient le rapport du comité de révision.

Recommandations

Recommandations pour l'année 2014-2015

- ✚ Que l'on s'assure que les équipes et les intervenants connaissent et respectent les droits des familles et des proches et qu'ils soutiennent leur participation lorsque cela est requis.

À maintenir : Valeur phare pour l'établissement.

- ✚ Que l'on intensifie les travaux du comité sur l'amélioration des interventions auprès des patients utilisateurs de services présentant un comportement agressif (par des morsures ou des crachats) afin d'assurer leur sécurité et celles des intervenants.

Une directive a été émise le 5 décembre 2014 concernant le bannissement de l'utilisation de la serviette lors d'une intervention physique.

L'unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé mentale (UETMISM) a émis une note informative sur les options pour une mobilisation sécuritaire à l'égard des usagers.

CHAPITRE 1

Application du régime d'examen des plaintes

Le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers a pour objet d'établir la procédure à suivre pour la mise en œuvre des fonctions reliées à l'examen des plaintes. Il définit également le rôle des différents acteurs du régime d'examen des plaintes au sein de l'établissement :

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Nommée par le conseil d'administration de l'établissement, et relevant de ce dernier, conformément à l'article 30 de la Loi. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Médecin examinateur

Désigné par le conseil d'administration sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) conformément aux articles 42 et 44 de la Loi, en plus de ses fonctions reliées à l'application de la procédure d'examen des plaintes des usagers, le médecin examinateur procède à l'examen de toute plainte qui concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de même qu'un résident, formulé par toute autre personne qu'un usager ou son représentant.

Médecin examinateur substitut

Désigné par le conseil d'administration sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Le médecin examinateur substitut entre en fonction lors d'une absence du médecin examinateur ou afin d'éviter tout conflit d'intérêts pouvant survenir pour ce dernier.

Comité de révision

Le comité de révision est composé de trois membres nommés par le conseil d'administration. Le président est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration et les deux autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans l'établissement selon l'article 51 de la Loi. Afin d'éviter tout conflit d'intérêts pouvant survenir pour l'un ou pour les médecins, dentistes ou pharmaciens membres du comité de révision, ou pour éviter tout retard indu, le conseil d'administration désigne de la même manière deux autres membres sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Le comité est mis en place par le conseil d'administration pour réviser le traitement de la plainte concernant un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un résident, lorsque le plaignant n'est pas satisfait du traitement de la plainte par le médecin examinateur et fait appel à cet effet.

Tableau 1 – Fonctions

| Traitement des plaintes | |
|--|--|
| Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services | Madame Louise Paulhus |
| Médecin examinateur | Docteur Guy Leblanc |
| Médecins examinateurs substitut | Docteure Lyne Dumoulin Docteur Michel Léveillé Docteur Robert-Yves Vaucher |
| Comité de révision | |
| Présidente | Madame Agathe Champoux |
| Représentants du CMDP | Docteure Joanne Cyr Docteur Olivier Lipp |
| Représentant du CMDP (substitut) | Docteure Jocelyne Cournoyer Docteur Félix-Antoine Bérubé |

Définition des niveaux de traitement et des types d'action

En cours de traitement, la plainte ou un de ses motifs peut recevoir différents niveaux de traitement. Voici une définition des différents niveaux de traitement que l'on peut retrouver.

Rejeté sur examen sommaire

- Il s'agit de motifs de plaintes qui sont rejetés sur examen sommaire parce qu'ils s'avèrent frivoles, vexatoires ou faits de mauvaise foi.

Abandonné

- Lors du désistement de l'utilisateur ou de son représentant.
- Lorsque le problème est réglé avant la fin de l'examen.

Traitement refusé ou interrompu

- S'il y a absence de consentement de l'utilisateur ou de son représentant.
- Lorsque le motif est hors compétence, par exemple si la plainte devait être formulée à la SAAQ ou à une instance politique.
- Lorsque le plaignant refuse de collaborer et que sa collaboration est nécessaire à l'examen de la plainte.

Traitement complété sans mesures identifiées

- Même si aucune mesure n'est identifiée, différentes actions sont posées:
 - **Information**

Type d'action qui consiste à transmettre les informations pertinentes ou à apporter les clarifications nécessaires à la compréhension d'une situation.
 - **Assistance**

Type d'action qui nécessite des démarches en vue de répondre à une demande. Ce type d'action peut être posé en vue de :

 - Établir ou rétablir les liens entre l'utilisateur et les intervenants;
 - Conduire un processus de conciliation;
 - Aider la personne dans la formulation de sa plainte;
 - Obtenir un soin ou un service;
 - Orienter l'utilisateur vers la ressource externe la mieux adaptée pour lui venir en aide.
 - **Conseil**

Suggestion donnée à toute personne qui consulte sur un problème ou un dossier en particulier.

Traitement complété avec mesures identifiées

- Il s'agit de mesures identifiées par les instances concernées afin de résoudre les problèmes identifiés; d'identifier les opportunités d'amélioration de la qualité des services; de faire respecter les droits des usagers; d'éviter que certaines situations se reproduisent ou autres.

Le traitement peut aussi être complété avec des recommandations de mesures. Les recommandations peuvent répondre à des besoins sur un plan individuel ou sur un plan systémique. La formulation d'une recommandation peut concerner une ou plusieurs mesures. Il s'agit de recommandations qui peuvent être acheminées aux autorités de l'instance visée ou de l'instance concernée par la demande.

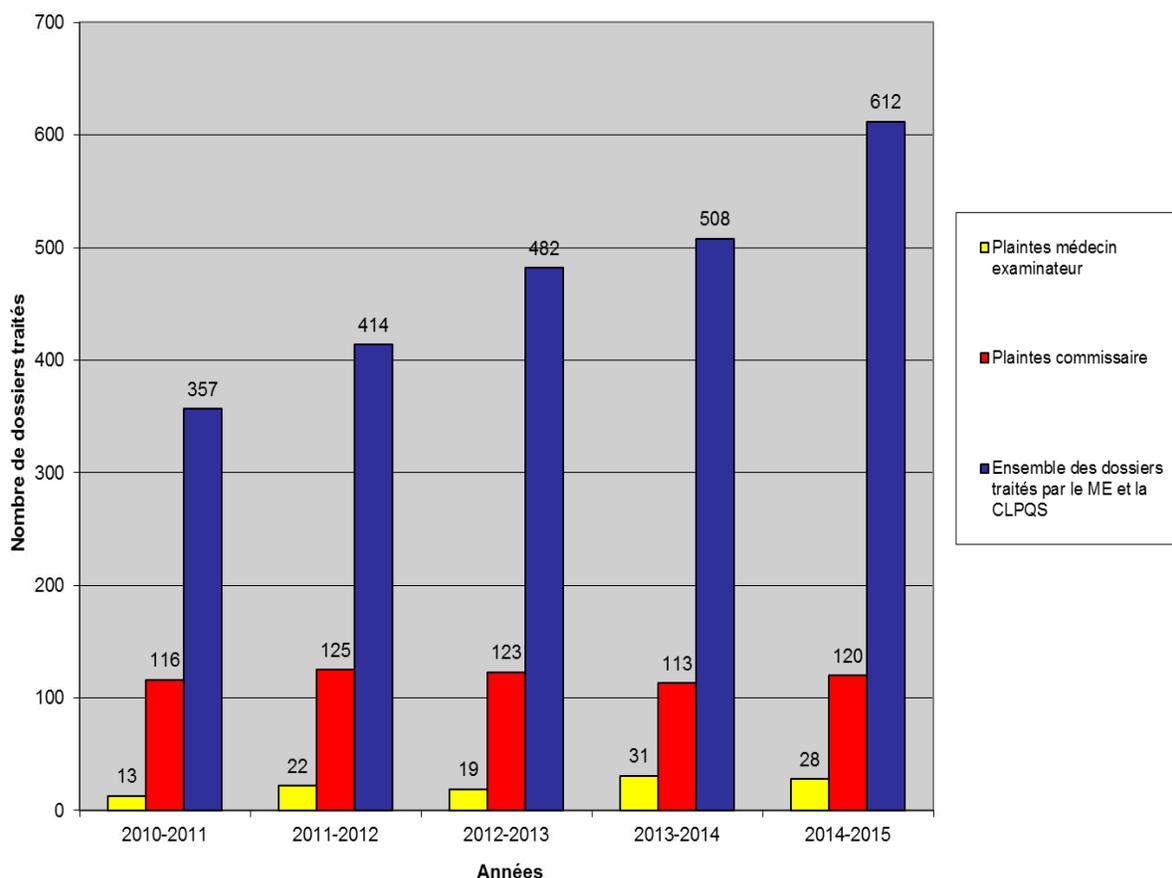
CHAPITRE 2

Bilan des activités de la commissaire et dossiers de plaintes conclues en 2014-2015

Tableau comparatif des cinq dernières années.

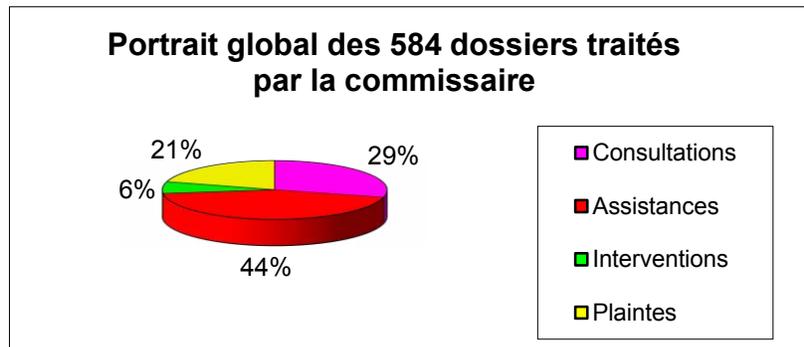
Ce tableau représente les plaintes traitées par le médecin examinateur et la commissaire. La colonne en bleu représente l'ensemble des dossiers traités. On observe une augmentation de 71% du nombre de dossiers traités depuis 5 ans.

Pour l'année 2014-2015, une légère augmentation des dossiers de plaintes est observée pour la commissaire. En ce qui concerne le médecin examinateur, on note une légère diminution des plaintes.



Bilan des dossiers traités

- En 2014-2015, l'Institut a conclu un total 612 dossiers traités détaillés comme suit : dossiers de plaintes 148, demandes d'assistance 256, demandes de consultation 170 et dossiers d'intervention 38.



Délais de traitement des dossiers de plaintes conclues

| Délai de traitement | Commissaire | | Médecin examinateur | |
|---------------------|-------------|------|---------------------|------|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Moins de 3 jours | 62 | 52% | 3 | 11% |
| De 4 à 15 jours | 31 | 26% | 6 | 22% |
| De 16 à 30 jours | 17 | 14% | 5 | 17% |
| De 31 à 45 jours | 7 | 6% | 10 | 36% |
| 46 jours et plus | 3 | 2% | 4 | 14% |
| Total | 120 | 100% | 28 | 100% |

Ce tableau porte sur les délais de traitement. Il indique que, pour la commissaire, 97% des dossiers de plaintes ont été traités à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours.

Pour ce qui concerne les plaintes traitées par le médecin examinateur, 96% des dossiers de plaintes ont été traités à l'intérieur du délai prescrit de 45 jours.

Les raisons qui peuvent expliquer un délai excédant les 45 jours dans le traitement des plaintes sont diverses.

- Plaintes nécessitant un traitement plus complexe ;
- Rencontres avec plusieurs personnes ;
- Dossier qui soulève des questions d'ordre disciplinaire.

Motifs de plaintes conclues

Une même plainte peut porter sur plusieurs motifs, ce qui explique que le nombre de motifs soit plus élevé que le nombre de plaintes reçues.

| NOMBRE DE MOTIFS DE PLAINTES PAR CATÉGORIE POUR LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|
| | 2014-2015 | 2013-2014 | 2012-2013 |
| Accessibilité | 4 | 4 | 12 |
| Soins et services dispensés | 56 | 42 | 49 |
| Organisation du milieu | 25 | 32 | 33 |
| Relations interpersonnelles | 26 | 30 | 24 |
| Droits particuliers | 14 | 16 | 13 |
| Aspect financier | 5 | 3 | 9 |
| TOTAL | 130 | 127 | 140 |

CHAPITRE 3

Plaintes traitées par la commissaire

LES MOTIFS DE PLAINTES

3.1 Accessibilité

Cette catégorie vise à identifier les problèmes structurels reliés principalement à l'accessibilité des services. Elle permet également de faire état des difficultés concernant les modalités, les mécanismes d'accès ou les conditions qui doivent être présentes pour mettre en application le droit aux services.

Ce droit aux services suppose qu'un usager ait accès au bon service au moment opportun et que les services requis par son état soient dispensés aussi longtemps que nécessaire.

Principaux motifs (4 motifs)

- **L'accessibilité est le motif de plainte le moins fréquent soit 3%.**
Refus de donner un rendez-vous ;
Difficulté à obtenir un rendez-vous ou à un service.

3.2 Soins et services dispensés

Les soins et services dispensés touchent l'application de connaissances, du savoir-faire et des normes de pratique à la situation de l'utilisateur.

Il s'agit des actes posés par les professionnels. La notion de services adéquats signifie que les services doivent être rendus en conformité avec les normes généralement reconnues dans les milieux professionnels et scientifiques.

La continuité s'inscrit également dans cette catégorie. La continuité est l'absence d'interruption dans les services requis et le maintien d'une cohésion, d'une cohérence entre les séquences successives de services, ce qui suppose la circulation des informations pertinentes, la mise en œuvre d'approches concertées tel le mécanisme de coordination multidisciplinaire ou inter établissement, par exemple.

Les soins et services dispensés sont le motif le plus fréquent soit 43%.

Principaux motifs (56 motifs)

- Traitement et intervention (action faite);
Habilités techniques et professionnelles (capacité de base à faire le travail);
Continuité, arrêt de service ;
- Évaluation et jugement professionnel ;
- Organisation des soins et services propres à l'établissement.

3.3 Relations interpersonnelles

L'aspect interpersonnel renvoie aux caractéristiques socio psychologique de la relation praticien client. La notion de relation interpersonnelle rejoint le savoir-être des professionnels et des intervenants. Il s'agit d'une relation d'aide, d'assistance ou de soutien, conformément à l'éthique du milieu, dans le respect et la dignité, des valeurs, des droits et libertés, des attentes et des aspirations légitimes de l'utilisateur.

Principaux motifs (26 motifs) 20%

- Communication, attitude, manque d'empathie, commentaires inappropriés et attitude non verbale inappropriée ;
- Respect, manque de politesse et manque à l'égard de la personne ;
- Abus d'autorité par un intervenant, un professionnel, abus verbal, abus sexuel par un usager ou par un tiers non intervenant.

3.4 Organisation du milieu et ressources matérielles

Il s'agit de l'environnement matériel, physique et humain au sein duquel le service est donné et qui influe sur la qualité des services. Cet environnement fait référence aux notions d'intimité, mixité des clientèles, hygiène et salubrité, propreté des lieux, organisation spatiale, sécurité et protection.

Cela fait également référence aux règles et procédures du milieu de vie.

Principaux motifs (25 motifs) 19%

- Sécurité et protection des biens personnels, perte ou vol;
- Confort et commodité ;
- Alimentation, goûts et la quantité des aliments;

3.5 Aspect financier

Il s'agit notamment de contribution financière des usagers à certains services administratifs selon les normes prévues par la loi ou encore de prestations qui leur sont allouées. Ces motifs de plaintes font entre autres référence aux items suivants : compte d'hôpital, frais d'hébergement, aide matérielle et financière.

Principaux motifs (5 motifs) 4%

- Processus de réclamation ;
- Frais de transport ambulancier ;
- Aide financière, prestations reçues par les usagers ;

3.6 Droits particuliers et autres motifs

Les droits particuliers réfèrent à l'obligation d'informer adéquatement les usagers sur:

- ❖ Leur état de santé et de bien-être; les traitements et options possibles;
- ❖ Les services et leurs modes d'accès; leurs droits et recours et leurs obligations;
- ❖ La participation de l'usager à toutes décisions affectant son état de santé et de bien-être;
- ❖ Le plan d'intervention, le plan de services individualisés; le consentement aux soins; le droit de porter plainte.

Principaux motifs (14 motifs) 11%.

- Confidentialité; obtention d'une attestation, d'un formulaire complété ;
- Droit à l'information sur l'état de santé, droit de communiquer;
- Consentement libre et éclairé aux services;
- Refus de consentir au service disponible ou offert.

| Ensemble des motifs de plaintes | Nombre | | % |
|---|--------|--|------|
| Rejeté sur examen sommaire | 0 | | 0% |
| Traitement non complété : abandonné ou interrompu par l'utilisateur, hors compétence, problème réglé avant la fin de l'examen | 27 | | 21% |
| Traitement complété sans mesures | 83 | | 64% |
| Traitement complété avec mesures | 20 | | 15% |
| Total | 130 | | 100% |

Dossiers transmis en deuxième instance au Protecteur du citoyen

Au cours de l'année, deux dossiers de plainte ont été transmis au Protecteur du citoyen. Les motifs de plainte qui ont fait l'objet de recours concernaient :

- ✓ L'organisation du milieu et ressource matérielle, sécurité et protection
- ✓ Droits particuliers \ Accès au dossier de l'utilisateur et dossier de plainte \ Confidentialité

Le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions de la commissaire pour ces deux dossiers.

Par ailleurs, cette instance a sollicité notre collaboration à quelques occasions pour obtenir de l'information sur les soins et services donnés en santé mentale.

CHAPITRE 4

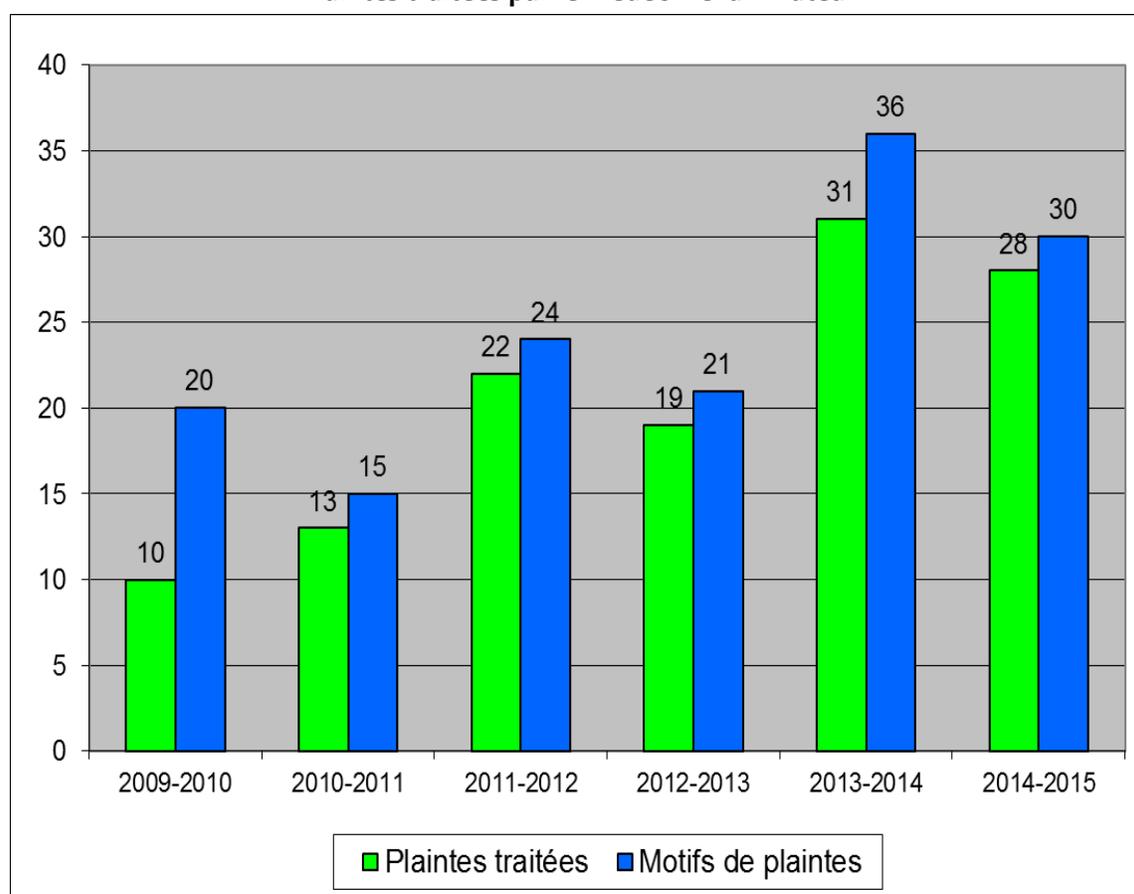
Plaintes traitées par le médecin examinateur

Au cours de l'année 2014-2015, le médecin examinateur a reçu 28 plaintes. 25 plaintes ont été traitées et conclues et 3 étaient en cours de traitement au 31 mars dernier. 22 des 25 dossiers de plaintes conclus ont été traités à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la Loi. Le délai moyen a été de 26 jours.

Quant aux 3 dossiers de plaintes conclus hors du délai légal, la période de vacances d'été et de Noël ainsi qu'une disponibilité réduite de la plaignante expliquent ces délais.

Le graphique suivant indique le nombre de dossiers de plaintes et de motifs de plaintes traités par le médecin examinateur au cours des 6 dernières années.

Plaintes traitées par le médecin examinateur



Provenance des plaintes

| Provenance | Troubles anxieux et de l'humeur | Troubles psychotiques | Urgence évaluation intervention brève | Géronto-psychiatrie | DAMC |
|--------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------|------|
| Nombre de plaintes | 5 | 12 | 5 | 3 | 2 |

Motifs de plaintes examinés pour les 28 dossiers

| Motifs de plaintes | Nombre | % |
|-----------------------------|--------|------|
| Aspect financier | 1 | 3% |
| Accessibilité | 2 | 7% |
| Relations interpersonnelles | 2 | 7% |
| Droits particuliers | 3 | 10% |
| Soins et services dispensés | 22 | 73% |
| Total | 30 | 100% |

Niveau de traitement des plaintes pour les 25 dossiers conclus

| Ensemble des motifs de plaintes | Nombre | % |
|---|--------|------|
| Rejeté sur examen sommaire | 12 | 44% |
| Désistement/Refus de collaborer/refuser | 4 | 15% |
| Traitement complété sans mesure | 10 | 37% |
| Traitement complété avec mesure | 1 | 4% |
| Total | 27 | 100% |

CHAPITRE 5

Rapport du Comité de révision

Pour l'année 2014-2015, une demande de révision a été acheminée à notre comité, mais la plainte avait été rejetée par le médecin examinateur. Nous ne pouvions pas être saisis d'une demande ayant été rejetée par le ME et en avons avisé la plaignante.

Remerciement

Je tiens à remercier les usagers, les familles et les proches pour la confiance qu'ils m'ont témoignée tout au long de cette année. Nous avons travaillé ensemble dans un seul but : l'amélioration des soins et des services offerts.

Je tiens également à remercier mes nombreux partenaires de travail pour leur engagement quotidien et le soutien qu'ils m'ont si généreusement apporté. Merci à toutes les directions, les membres du conseil d'administration. Un grand merci au Comité des usagers sans vous je me sentirais bien seule.

Merci enfin au Dr Guy Leblanc, médecin examinateur.

Louise Paulhus

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des orientations générales de l'établissement;
3. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000

RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
9. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;
10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

1. Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000

RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
5. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;
6. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;
7. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;
8. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

2. L'identification de situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;
2. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000

RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

3. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur ou par la composition du conseil d'administration;
4. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
5. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :
 - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés,
 - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
6. Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
7. Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000

RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

8. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

1. Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
2. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
3. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
4. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000

RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

RÉGIME DE SANCTIONS

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;
4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;
6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000

RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

1. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
2. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000

RÈGLEMENTS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

LA PUBLICITÉ DU CODE

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;
2. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;
3. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
 - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
 - d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Adopté par le Conseil d'administration octobre 2000



Rapport de l’auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Aux membres du conseil d’administration de
l’Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l’état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l’exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l’Institut universitaire en santé mentale de Montréal pour l’exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d’événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l’Institut universitaire en santé mentale de Montréal .

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l’auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l’institut universitaire en santé mentale de Montréal pour l’exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères

décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion sans réserve indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

Montréal
Le 29 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

Annexe 2 – Contrats de service

LOI SUR LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

Contrats de services

Aucun contrat de services, comportant une dépense de 25000\$ et plus, n'a été conclu entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015.

| | Nombre | Valeur |
|--|--------|--------|
| Contrats de services avec une personne physique ¹ | 0 | 0 \$ |
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ² | 0 | 0 \$ |
| Total des contrats de services | 0 | 0 \$ |

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.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 