

# ÉVALUATION DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE AU CCSMTL

Rapport annuel 2023-2024



Évaluation de l'application des mesures de contrôle – Rapport annuel 2023-2024 est une production du Comité Central des mesures de contrôle, sous la coresponsabilité de la Direction des services multidisciplinaires, volet pratiques professionnelles (DSM-PP), de la Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles (DSI-PP) et de la Direction des services professionnels et des affaires médicales universitaires (DSPAMU) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

Adopté le 27 novembre 2024 par le conseil d'administration du CCSMTL.

1560, rue Sherbrooke Est  
Montréal, QC, H2L 4M1  
[www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca)

Rédaction:

Sylvie-Anne Ruel, conseillère cadre DSM-PP

Réviser.res:

Guylaine Blais, conseillère cadre DSI-PP

Nathalie DeSerres, APPR DSM-PP

Pierre-Thérèse Jean, directrice adjointe par intérim, DSM-PP

Guylaine Dupuis, directrice adjointe, DSI-PP

Dr Daniel Brendon Murphy, directeur, DSPAMU

Personnes consultées:

Stéphanie Guillemette, coordonnatrice réadaptation enfants - DSM - Permanence et communauté, direction adjointe programme jeunesse santé mentale, réadaptation enfants et adolescentes

Stéphanie Nolet, directrice adjointe au continuum des services de réadaptation en milieux de vie substituts DITSA-DP

Dominique Harvey, directrice adjointe au continuum DI-TSA

Marie-Claude Patry, coordonnatrice Clinico Administrative, DSI-OP

Mélanie Rioux, conseillère cadre DSM-PP

Mélanie Vinette, conseillère cadre DSM-PP

Nadine Thiffault, directrice adjointe programme jeunesse - services dans la communauté et ressources

Cathy Paquet, adjointe-cadre par intérim à la directrice de la protection de la jeunesse/ Directrice provinciale

**Notes**

En conformité avec la [Charte d'engagement sur l'inclusion des personnes de la diversité sexuelle et de genre](#) adoptée par le comité de direction du CCSMTL le 22 juin 2021, ce document est rédigé de façon inclusive.

Les pourcentages peuvent être arrondis modifiant ainsi le total de certains calculs.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est disponible en ligne sur le site Web : [www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca)

## TABLE DES MATIÈRES

1. Définitions des termes utilisés.....	4
2. Contexte.....	4
2.1 Faits saillants 2023-2024 .....	5
2.2 Instances de vigie.....	5
2.2.1 Comité central.....	5
2.2.2. Instances locales.....	6
3. État de situation et réalisations.....	6
3.1. Prévalence annuelle.....	6
3.2. Statistiques annuelles 2023-2024.....	7
<i>Tableau 1 : Nombre total de mesures de contrôle déclarées au CCSMTL pour l'année 2023-2024</i> .....	7
3.3. Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD) .....	7
3.4. Direction programme santé physique générale et spécialisée (SPGS) .....	8
3.5. Direction programme jeunesse.....	9
3.6. Directions programmes déficience physique (DP), déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA) .....	10
3.7. Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) .....	11
4. Processus d'amélioration continue .....	11
4.1. Incidents-accidents liés aux mesures de contrôle.....	11
<i>Graphique 1 : Nombre de déclarations d'incidents-accidents liées à l'application d'une mesure de contrôle selon l'année</i> .....	11
<i>Graphique 2 : Nombre de déclarations d'incidents-accidents liées à l'application d'une mesure de contrôle par direction clinique</i> .....	12
4.2. Plaintes liées aux mesures de contrôle.....	12
<i>Graphique 3 : Nombre total de plaintes liées à l'utilisation des mesures de contrôle selon l'année</i> .....	12
4.3. Formations.....	13
4.4. Démarches d'audits.....	14
5. Objectifs transversaux ciblés pour 2024-2025 .....	14
6. Conclusion.....	15
7. Références .....	16

## 1. DÉFINITION DES TERMES UTILISÉS

**Mesures de remplacement** : Aussi appelées mesures alternatives ou préventives, les mesures de remplacement font référence aux interventions qui permettent d'éviter l'utilisation d'une mesure de contrôle. Elles visent à prévenir, éliminer ou réduire les causes des réactions et des comportements qui mettent à risque la personne ou autrui.

**Mesures de contrôle** : Tout moyen ayant pour but de maîtriser un mouvement volontaire (fait de façon consciente ou par automatisme) ou de contrôler l'agir ou le comportement de la personne que l'on estime dangereux ou menaçant pour sa propre sécurité ou celle d'autrui.

**Contention** : Mesure de contrôle qui empêche ou limite la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique (ou instrumental) ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.

**Isolement** : Mesure de contrôle qui confine une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

**Substances chimiques** : Mesure de contrôle qui limite la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.

## 2. CONTEXTE

Le recours aux mesures de contrôle est balisé par un protocole et des procédures qui respectent les impératifs cliniques, éthiques et légaux ainsi que les orientations et principes directeurs du MSSS<sup>1</sup>. Ces documents sont diffusés à l'ensemble du personnel clinique et aux gestionnaires de l'établissement.

Le MSSS (2015) s'attend à ce que le recours aux mesures de contrôle au sein de l'établissement fasse l'objet d'une évaluation annuelle afin de:

1. Valider la pertinence du recours à ces mesures et assurer le respect des procédures;
2. Réduire au minimum le recours aux mesures de contrôle.

Le Comité Central et les instances locales par direction clinique soutiennent cette pratique. Le présent rapport aborde les activités de ces instances de vigie, dresse un état de situation, souligne les réalisations, fait état de l'atteinte des objectifs ciblés et ce, pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024. Il présente aussi les objectifs prévus pour l'année 2023-2024. Ce rapport est présenté annuellement au conseil d'administration (CA) pour adoption.

---

<sup>1</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) art. 118.1 ; MSSS, 2002 ; 2011 ; 2015.

## 2.1. FAITS SAILLANTS 2023-2024

En 2023-2024, plusieurs chantiers ont été mis en œuvre au CCSMTL afin de répondre aux exigences ministérielles en matière d'application des mesures de contrôle:

- Avec le soutien du Comité central des mesures de contrôle, les directions cliniques ont poursuivi la révision de leur procédure;
- Le Comité central, en collaboration avec divers partenaires, a poursuivi ses travaux en vue d'améliorer le registre de déclarations des mesures de contrôle;
- Élaboration d'un plan d'un PowerBi permettant le suivi en temps réel des données en lien avec les indicateurs du MSSS lorsque le registre sera harmonisé;
- Collaboration entre le Comité Central et SAPA afin de:
  - Poursuivre des travaux visant à déterminer les orientations du CCSMTL pour les mesures de contrôle au soutien à domicile;
  - Finaliser les travaux visant le recours aux mesures de contrôle lors des soins d'hygiène forcés;
- Le Comité Central a débuté des travaux portant sur le balisage de l'utilisation des médicaments comme contention chimique;
- En collaboration avec Jeunesse, le Comité Central a poursuivi des travaux concernant :
  - Le contexte planifié et l'application des mesures de contrôle pour l'Unité Famille Naissance;
  - La finalisation des travaux en lien avec les lésions psychologiques;
- SPGS a sollicité le soutien du Comité Central pour la révision et la validation de la procédure sur la surveillance constante ;
- Le Comité Central a également:
  - Reçu et traité des consultations cliniques à la demande des instances locales lors de situations complexes;
  - Créé et diffusé une fiche de retour post-situationnel avec une personne à la suite de l'application d'une mesure de contrôle;
  - Fait les démarches afin d'ajouter les mesures de remplacement dans le titre du formulaire : *"Processus décisionnel concernant les mesures de remplacement et les mesures de contrôle"* afin de valoriser l'utilisation de ce type de mesures.

## 2.2. INSTANCES DE VIGIE

### 2.2.1. COMITÉ CENTRAL

Le comité central des mesures de contrôle est sous la coresponsabilité de la DSM-PP et de la DSI-PP. Il chapeaute les activités des différentes instances locales.

Le mandat du Comité central se résume ainsi:

- Développer, réviser et déployer le protocole des mesures de contrôle de l'établissement;
- S'assurer de la révision et de l'adoption des procédures par les directions cliniques;
- Analyser et assurer le suivi des redditions de compte trimestrielles et contribuer au rapport de sécurité du CCSMTL;
- Approuver la liste des mesures autorisées au CCSMTL;
- Autoriser et coordonner les travaux transversaux liés aux mesures de contrôle;

- Rédiger le rapport annuel d'application des mesures de contrôle en collaboration étroite avec les instances locales et les directions concernées en vue du dépôt au CA.

## **2.2.2. INSTANCES LOCALES**

Chaque direction clinique concernée par les mesures de contrôle doit être représentée par une instance locale (ou équipe) responsable d'assurer le mandat défini ci-dessous. Leur contributions et mobilisation sont primordiales pour cibler les besoins et les démarches à entreprendre afin de soutenir les équipes, tout en assurant un rôle essentiel de vigie proximale.

Le mandat des instances locales se décline ainsi:

- Assurer la révision et l'adoption de la procédure de la direction clinique;
- Soutenir la diffusion et l'implantation du protocole et des procédures dans leurs milieux cliniques;
- Déterminer les mesures autorisées dans la direction clinique en fonction de la liste des mesures autorisées dans l'établissement;
- Soutenir l'élaboration et la révision des outils cliniques et du contenu de formation en fonction des besoins du milieu et de la spécificité du milieu;
- Soutenir le processus d'amélioration continue en lien avec l'application des mesures de contrôle visant à diminuer le recours aux mesures de contrôle;
- Réaliser les redditions de compte trimestrielles et annuelles en respect du protocole, assurer les suivis qui s'imposent et acheminer ces rapports et activités de suivis au Comité Central dans les délais convenus.

## **3. ÉTAT DE SITUATION ET RÉALISATIONS**

### **3.1. PRÉVALENCE ANNUELLE**

La prévalence annuelle réfère au nombre de mesures de contrôle déclarées et d'usagers distinctes qui ont fait l'objet de l'application d'une mesure de contrôle pour la période du 1er avril 2023 au 31 mars 2024. Cette prévalence varie d'une direction clinique à l'autre en fonction des caractéristiques de la clientèle, de leurs problématiques et des particularités du milieu d'intervention. Une analyse comparative entre les différentes directions cliniques est donc peu pertinente. Dans ce contexte, il apparaît impossible de mettre en lumière une tendance globale de progression de l'application des mesures au CCSMTL. Lorsque possible, une analyse comparative à l'intérieur d'une même direction, d'une année à l'autre, permet de mieux apprécier le suivi de l'objectif de réduction d'application des mesures de contrôle. Dans cette logique, les données de ce rapport sont présentées en fonction des directions cliniques qui utilisent des mesures de contrôle.

### 3.2. STATISTIQUES ANNUELLES 2023-2024

Le tableau suivant présente la totalité des déclarations faites au CCSMTL pour l'année 2023-2024 par directions cliniques, en fonction du type de mesure utilisée.

Tableau 1 : Nombre total de mesures de contrôle déclarées au CCSMTL pour l'année 2023-2024

	SMD			SPGS			JEUNESSE			DP			DI-TSA			SAPA		
	P	NP	UD	P	NP	UD	P	NP	UD	P	NP	UD	P	NP	UD	P	NP	UD
Contention Force humaine	4	38	31	1	2	3	0	3609	191	0	0	0	476	412	82	2	0	2
Retrait de l'aide technique ou équipement	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1
Contention instrumentale	0	55	37	192	167	175	0	155	50	1	0	1	3071	52	14	165	1	129
Isolement	20	208	111	9	14	22	0	2257	168	0	0	0	649	626	61	0	0	0
Substance chimique	12	118	ND	50	69	91	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sous-total	36	419	ND	253	253	293	—	6021	409	1	—	1	4196	1091	158	168	1	132
Total	455 ↓0,5 %		NA	506 ↓51 %		293 ↑66%	6021 ↑42 %		409 ↑ 78 %	1 0		5287 ↑268 %		158 ↑18 %	169 ↑2 %		132 ↑36 %	

Légende du tableau 1 :

P : Contexte d'intervention planifié

NP : Contexte d'intervention non planifié

↑ : Hausse par rapport à l'année 2022-2023

↓ : Diminution par rapport à l'année 2022-2023

UD : Usager.ères distinct.es : Le nombre d'UD n'est pas cumulatif puisqu'une même personne peut avoir eu plus d'une application de mesure de contrôle

ND : Données non disponibles ou insuffisantes

NA: Non applicable en raison de données non disponibles ou insuffisantes

### 3.3. DIRECTION PROGRAMME SANTÉ MENTALE DÉPENDANCE (SMD)

En 2023-2024, la direction de programme santé mentale et dépendance a connu une stabilité quant au nombre total de déclarations d'application des mesures de contrôle en comparaison avec l'année précédente.

Les mesures de contrôle déclarées reflètent un recours à celles-ci majoritairement dans un contexte non-planifié (419 comparativement à 36 pour les mesures de contrôle en contexte planifié). Le portrait de 2022-2023 s'avère similaire à celui de cette année concernant les types de mesures de contrôle les plus souvent déclarées, soit le recours à une substance chimique et l'isolement.

Quant aux objectifs prioritaires pour 2023-2024, la DPSMD prévoit de mettre à jour un plan d'action sur les mesures de contrôle, en collaboration avec la DSI et la DSM. La direction prévoit également améliorer l'environnement physique sur l'unité des soins intensifs afin de favoriser l'apaisement et l'autorégulation chez les usager.ères. Les activités de ce plan permettront de clarifier auprès des équipes ce qui constitue une mesure de contrôle et comment déclarer celle-ci au registre. Finalement, il est attendu de l'instance locale de poursuivre les travaux de révision de la procédure sur l'application des mesures de contrôle en collaboration avec SPGS.

#### Réalisations 2023-2024 :

- La composition de l'instance locale a vécu plusieurs changements avec l'arrivée de nouveaux acteurs au sein du comité, nécessitant ainsi le besoin de redéfinir les rôles et responsabilités attendues;
- Démarches en cours afin de modifier la structure de gouvernance de l'instance locale pour permettre à cette dernière d'assumer l'ensemble de ses responsabilités.

### **3.4. DIRECTION PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE (SPGS)**

Les mesures de contrôle déclarées dans le secteur de la santé physique ont diminué de 51% pour 2023-2024. Le manque de convivialité du registre de déclaration des mesures de contrôle et la complexité pour l'utiliser seraient les causes principales d'une sous-déclaration des mesures appliquées. En ce sens, ce n'est pas nécessairement le nombre d'applications de mesures de contrôle qui a diminué mais possiblement davantage le nombre de déclarations inscrites au registre.

Parmi les mesures déclarées, soulignons que les principales mesures de contrôle utilisées sont la contention instrumentale (majoritairement utilisée en contexte planifié) et la contention chimique. Il est difficile de comparer les données avec celle du rapport précédent en raison de la sous-déclaration des mesures.

La procédure d'application des mesures de contrôle SPGS est en cours de révision; en effet, cette révision nécessite la restructuration de son contenu afin d'intégrer le volet pédiatrique, l'Unité Famille Naissance (en collaboration avec jeunesse), les unités de santé mentale et les équipes de travailleurs sociaux SAPA qui exercent en milieux hospitaliers, tout en assurant une collaboration avec les porteurs transversaux. Il est attendu que sa complétion soit assurée pour 2024-2025 et arrimée avec la diffusion de la procédure pour la surveillance constante.

Pour 2024-2025, SPGS prévoit également développer un arrimage avec le COS pour développer de la formation pour les agents de sécurité pour tout le volet en lien avec la pacification, participer activement à l'implantation du nouveau registre de déclaration des mesures de contrôle et développer le processus d'audits en misant sur un plan d'action élaboré par les unités lorsque des zones d'amélioration sont identifiées à la suite des audits.

#### Réalisations 2023-2024 :

- Formation ENA identifiée pour renforcer les rôles et responsabilités concernant le recours aux mesures de contrôle pour la DSI ;
- Capsules sur les rôles et responsabilités déployées dans les 2 urgences et dans 75% des unités de soins;
- Finalisation de la procédure sur la surveillance constante et diffusion sur extranet ;
- Intégration d'audits d'application des mesures de contrôle dans le calendrier intégré SPGS.



### 3.5. DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ) ET PROGRAMME JEUNESSE

La directrice de la protection de la jeunesse (DPJ) est personnellement imputable et responsable de la situation de chaque enfant pris en charge en vertu de la [Loi sur la protection de la jeunesse](#) (LPJ) ou de la [Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents](#) (LSJPA). C'est pourquoi il travaille en étroite collaboration avec la Direction du programme jeunesse.

L'année 2023-2024 affiche une augmentation de 42% des mesures de contrôle déclarées par rapport à l'année précédente. Le nombre important de mesures appliquées en centre de réadaptation et en foyer de groupe pourrait être expliqué par différents facteurs tel que le roulement de personnel et le manque d'expérience des intervenant.es, situations pouvant amener une certaine fragilité chez les jeunes. Certains milieux présentent également une pleine capacité et l'ouverture ou le maintien d'unités de désengorgement en contexte de pénurie de personnel sont des facteurs forçant l'embauche d'employé.es issu.es de la main d'œuvre indépendante; cette instabilité provoque une augmentation du recours à l'utilisation de mesures de contrôle par le personnel.

Afin d'assurer une vigie, la DPJ et la Direction du programme jeunesse s'assurent conjointement du suivi rigoureux entourant les mesures de contrôle appliquées pour chacun des jeunes hébergé.es : les chef.fes de service reçoivent systématiquement par courriel dans un délai maximal de 24 heures l'information qu'un.e jeune dans leur milieu fait l'objet de l'application d'une mesure de contrôle. De plus, mensuellement, les chef.fes sont avisé.es lorsque l'application d'une mesure de contrôle a dépassé certains délais convenus par la direction afin de permettre un suivi de la situation.

En ce qui a trait à la révision de la procédure, l'intégration des mesures de contrôle en contexte planifié est un changement de pratique majeur pour les Directions Jeunesse et nécessite de nombreux arrimages. Le roulement de personnel et la difficulté à libérer les intervenant.es ont aussi eu un impact sur la planification initiale. La fin des travaux est prévue pour décembre 2024.

Les objectifs ciblés pour 2024-2025 sont d'assurer la formation en continue des intervenant.es sur les mesures de contrôle (former les nouveaux intervenant.es, procéder à une animation annuelle sur le thème des mesures de contrôle pour le personnel déjà formé et former le personnel infirmier à Oméga), assurer une vigie soutenue sur la qualité des mesures de contention et d'isolement en actualisant notamment le processus annuel d'audit et, finalement, formaliser un processus de suivi clinique en continu pour les jeunes qui font l'objet de l'application d'un nombre élevé de mesures de contrôle.

#### Réalisations 2023-2024 :

- Le dépôt, au comité dossier usager jeunesse, des recommandations du sous-groupe de travail visant la mise à jour de la convention de sens sur les mesures particulières;
- La finalisation des travaux des différents sous-comités de travail (processus/grille d'audits et mesures de remplacements);
- L'envoi rapide des comptes rendus a permis un meilleur suivi des actions et des décisions.

### **3.6. DIRECTION PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP), DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)**

Compte tenu que les activités de l'instance locale de la direction DP ont été suspendues dans le contexte de la pandémie à la COVID-19, les objectifs ciblés n'ont pas été atteints. Une mesure de contrôle a été déclarée à la direction de programme DP en 2023-2024, contrairement à aucune en 2022-2023. Il est à noter que des travaux ont reconnu la reprise de l'instance locale au sein de la DP comme étant prioritaires pour 2024-2025. Par ailleurs, lors du processus d'accueil, d'orientation et d'intégration, le personnel infirmier ainsi que les préposé.es aux bénéficiaires sont sensibilisé.es à l'application des mesures de contrôle. Pour 2024-2025, il est prévu que l'instance locale produise un état de situation à partir duquel sera élaboré un plan d'action comportant notamment des objectifs visant la révision de la procédure locale, la réalisation d'audits et l'évaluation des besoins de formations.

En ce qui a trait aux directions ajointes de programmes DI-TSA, incluant les continuum 1e, 2e et 3e lignes ainsi que les services de réadaptation en milieux de vie substitués (MVS), le nombre de mesures de contrôle déclarées a augmenté de façon significative, soit de 268%. L'année 2023-2024 est caractérisée par un changement important quant à la compilation des données, qui se fait maintenant avec une double vérification, ce qui a eu pour effet de diminuer la marge d'erreur. Toutefois, l'explication la plus plausible qui justifie cette hausse est sans contredit que, précédemment, les mesures planifiées n'étaient déclarées qu'une seule fois et que, par rigueur et souci de transparence, l'instance locale a pris la décision de comptabiliser chaque application. Par exemple, l'utilisation à chaque nuit d'une grenouillère chez un usager n'était comptabilisée qu'une seule fois; désormais, elle l'est quotidiennement. Par ailleurs, la diminution du nombre d'applications de mesures en contexte non planifié est aussi à considérer et s'explique principalement par le fait d'avoir outillé le personnel via une capsule vidéo, du coaching, la mise en place de nouvelle technique de raccompagnement et le réaménagement physique de certains lieux à la suite de l'ouverture de deux milieux de vie plus adaptés.

Pour 2024-2025, la DITSA-MVS prévoit poursuivre les activités entamées en 2022-2023, soit de continuer la mise en place de stratégies de promotion du rôle de consultation clinique offert par l'instance locale et d'améliorer le processus de diffusion d'informations dans les équipes cliniques. L'instance locale souhaite aussi redéfinir sa structure de gouvernance et son fonctionnement, participer aux démarches de test du nouveau registre de déclarations des mesures de contrôle et éventuellement, implanter le registre. Il convient également de développer des objectifs supplémentaires notamment au regard des résultats des audits présentés précédemment.

#### Réalisations 2023-2024 en DITSA:

- La révision de la procédure est terminée et le déploiement est prévu pour l'année à venir;
- Recrutement d'une proche-ressource à l'instance locale;
- Lors de la révision de la procédure : clarification des attentes quant à la tenue de dossier, révision des algorithmes de type "aide à la décision" pour soutenir le personnel lors du recours à l'utilisation d'une mesure de contrôle, bonification de la section sur l'intervention post-situationnelle et ajout d'une case pour préciser si la grille d'observation s'applique à une mesure planifiée ou non planifiée.

### 3.7. DIRECTION PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

Les données d'application des mesures de contrôle colligées au cours de l'année 2023-2024 démontrent une stabilité dans les déclarations par rapport à l'année précédente. Ainsi, la majorité des mesures déclarées dans les milieux cliniques de SAPA sont des contentions instrumentales en contexte planifié. Ces données indiquent que les efforts déployés se maintiennent dans les équipes afin d'éviter l'application des mesures en contexte non-planifié et que les concertations interdisciplinaires favorisent la coordination des actions.

Les objectifs prioritaires pour l'année 2023-2024 visent à terminer puis à déployer la procédure, débiter des travaux entourant l'établissement de balises pour l'utilisation de la contention chimique et assurer le soutien clinique offert aux leaders des mesures de contrôle.

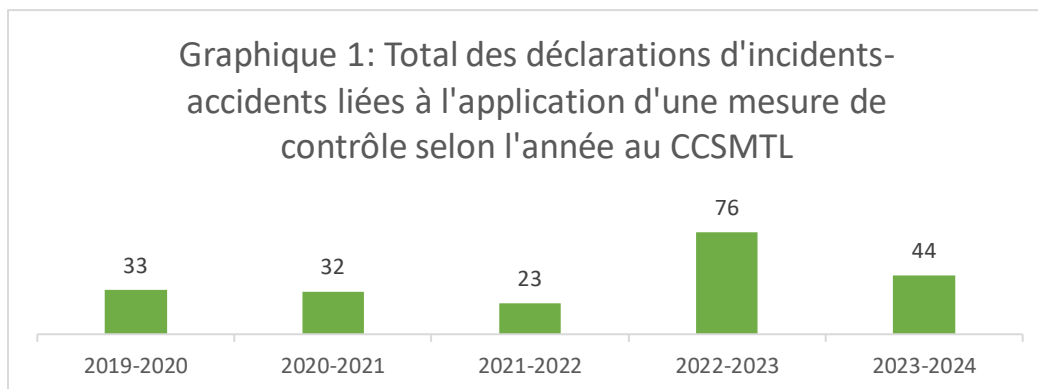
#### Réalisations 2023-2024 :

- Élaboration d'un outil destiné aux préposé.es aux bénéficiaires et personnel infirmier pour expliquer leurs rôles et présenter les balises entourant l'utilisation de la force humaine lors d'un soin d'hygiène forcé;
- Groupe de travail toujours actif pour réviser la procédure et les outils associés;
- Révision de la structure de soutien interdisciplinaire pour les équipes lors de cas complexes impliquant l'utilisation de mesures de contrôle;
- Mise en place d'un processus pour la gestion et l'entretien du matériel de contention dans les milieux d'hébergement.

## 4. PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE

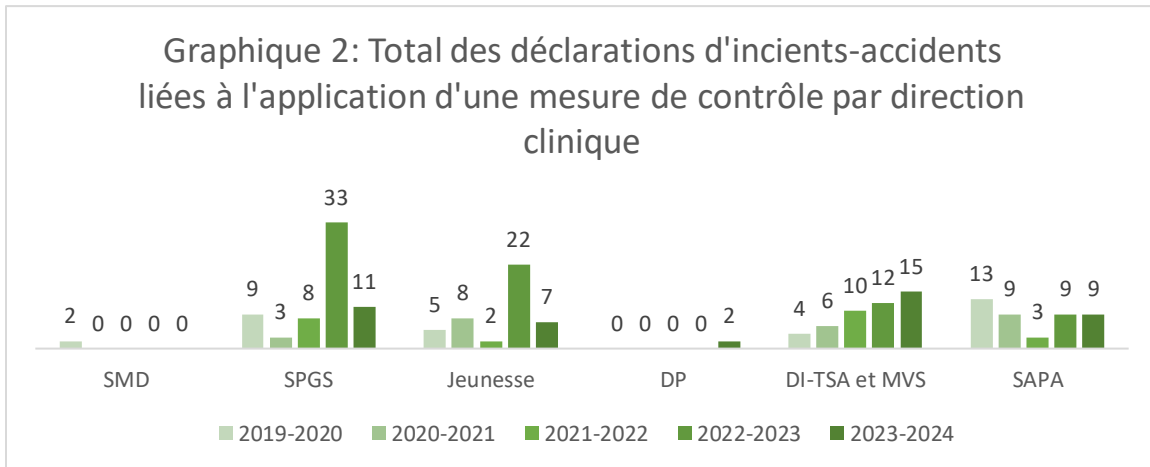
### 4.1. INCIDENTS-ACCIDENTS LIÉS À L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

En 2023-2024, il y a 44 déclarations d'incidents-accidents en lien avec l'application des mesures de contrôle (voir graphique 1), contrairement à 76 en 2022-2023.



Les déclarations d'incidents-accidents liées à l'application d'une mesure de contrôle ont significativement diminué en SPGS et Jeunesse et se sont relativement maintenu dans les autres directions cliniques, tel que démontré dans les graphiques 1 et 2.

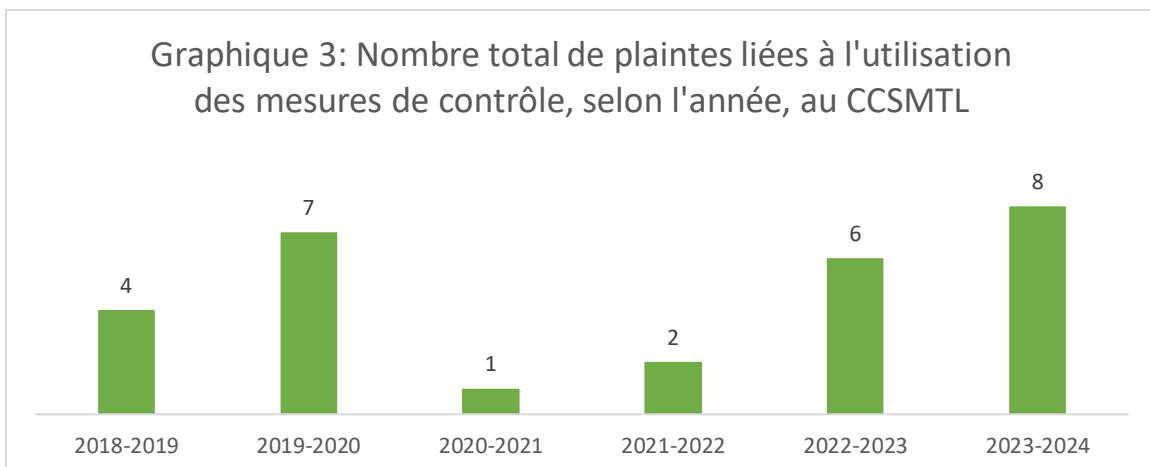
Le graphique 2 met en lumière les incidents-accidents déclarés par direction clinique au cours des 5 dernières années.



L'ensemble des événements déclarés cette année a mené à des conséquences mineures et temporaires et a fait l'objet, lorsque pertinent, d'actions correctives. Un rapport en Jeunesse fait état de conséquence temporaire nécessitant des soins supplémentaires spécialisés avec hospitalisation.

#### 4.2. PLAINTES LIÉES À L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Le nombre de plaintes liées à l'application d'une mesure de contrôle traitées par le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CCSMTL a légèrement augmenté dans la dernière année, pour un total de 8.



Pour 2023-2024, une plainte a été traitée sans nécessiter d'action corrective. Des démarches d'amélioration (rappels, clarifications et formations offertes) ont été effectuées pour 6 plaintes afin de s'assurer d'un suivi adéquat auprès du personnel concerné. Finalement, une des plaintes était toujours en traitement lors de la fermeture de l'année et les données à son sujet seront disponibles au prochain rapport annuel.

### 4.3 FORMATIONS

L'offre de formation pour le personnel se décline sous plusieurs formes. L'ensemble du nouveau personnel a accès à des capsules de sensibilisation sur les mesures de contrôle lors de la période d'orientation et si pertinent aux fonctions, à une possible formation complémentaire ultérieurement en lien avec la recommandation et l'application des mesures de contrôle. Dans la majorité des directions cliniques, les employés concernés déjà en poste ont reçu ou ont accès à une formation adaptée. Certaines directions nomment que la pénurie de personnel continue de limiter le recrutement de formateurs/trices pour offrir les formations complémentaires spécifiques aux employés qui recommandent ou appliquent les mesures de contrôle.

Voici en bref quelques faits saillants en lien avec la formation pour l'année 2023-2024:



Finalement, certaines formations bonifient celles offertes sur les mesures de contrôle. Leur contenu permet d'identifier et d'agir sur les causes des comportements à risque qui mènent souvent à l'application d'une mesure de contrôle. Ces formations peuvent avoir un impact pour diminuer le nombre de mesures de contrôle appliquées. L'ensemble des différentes directions concernées peut offrir ces formations, notamment:

- OMÉGA et Intervention thérapeutique lors des conduites agressives (ITCA) qui abordent l'intervention en situation de crise comportementale;
- Code blanc qui aborde la demande d'aide immédiate lorsqu'un.e employé.e sent son intégrité physique ou celle d'autrui menacée;
- Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) ainsi que Symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD) qui visent notamment à mieux répondre aux besoins d'une clientèle vieillissante et minimiser les comportements perturbateurs;
- Analyse et intervention multimodale (AIMM) qui proposent un cadre d'analyse et d'intervention auprès des personnes qui présentent un trouble grave du comportement (TGC);
- Formations sur les troubles de l'attachement qui permettent aux intervenant.es de mieux saisir les enjeux des comportements des enfants et d'adapter l'intervention aux besoins spécifiques de ceux-ci.

#### **4.4. DÉMARCHES D'AUDITS**

A la Direction SAPA, des audits ont eu lieu dans les 17 centres d'hébergement SAPA. Les points forts de l'exercice démontrent que l'utilisation du formulaire *Processus décisionnel interdisciplinaire* ainsi que les grilles de surveillance des mesures de contrôle et des mesures alternatives sont habituellement bien utilisées. Les points d'amélioration se trouvent dans la réévaluation aux 3 mois des mesures de contrôle et dans l'utilisation du formulaire de consentement. En effet, il a été audité que le consentement à la mesure de contrôle est signé par le.la résident.e ou son.sa représentant.e mais que les risques liés à son utilisation n'étaient pas suffisamment documentés sur le formulaire. Les résultats des audits et les points d'amélioration ont été présentés aux gestionnaires des centres et à la direction SAPA hébergement.

Pour les directions adjointes DITSA-MVS, des audits ont été produits dans la direction adjointe des services de réadaptation en milieux de vie substitués (MVS). Les résultats, présentés aux équipes MVS, mettent en lumière l'importance de revaloriser les rencontres post-événements, de rappeler les normes de tenue de dossier et l'obligation d'avoir un objectif qui explique l'utilisation d'une mesure de contrôle au plan d'intervention. Du côté de la direction adjointe DP, aucun audit n'a été réalisé cette année mais elle maintient la volonté d'en produire pour 2024-2025.

Finalement, pour les directions PSMD, SPGS et Programme jeunesse, aucun audit n'a été réalisé cette année et des réflexions sont en cours pour développer le processus en 2024-2025.

### **5. OBJECTIFS TRANSVERSAUX CIBLÉS POUR 2024-2025**

Les objectifs de la prochaine année s'inscrivent en continuité avec ceux de l'an dernier. Sur le plan transversal (CCSMTL), les objectifs du Comité Central sont de :

- Continuer à coordonner et soutenir le processus de révision des procédures des directions cliniques;

- Poursuivre la démarche de développement d'un registre harmonisé en collaboration avec les partenaires du CCSMTL concernés et débiter une phase de test du nouveau formulaire de déclarations avec les directions intéressées;
- Maintenir les consultations cliniques à la demande des instances locales, le personnel ou les gestionnaires lors de situations complexes et mettre en place une reddition de compte afin de comptabiliser et qualifier les demandes de consultations adressées au Comité Central;
- Bonifier la formation de sensibilisation pour tout le personnel clinique du CIUSSS incluant les gestionnaires et le personnel médical. Cette formation, disponible sur ENA, permet une reddition de compte plus efficiente concernant le nombre de personnes formées. Des démarches sont à venir pour que la formation soit aussi disponible sur ENA-Partenaires afin de soutenir les ressources privées qui hébergent les usager.ères du CCSMTL dans le développement des bonnes pratiques;
- Débiter la révision du protocole des mesures de contrôle;
- Finaliser et diffuser les travaux visant à déterminer les orientations du CCSMTL pour:
  - Le recours aux mesures de contrôle lors des soins d'hygiène forcés;
  - La contention chimique;
  - Les couvertures lestées;
  - Les rôles et responsabilités reliées aux mesures de contrôle à domicile;
  - En collaboration avec la DQEPE, développer et déposer sur Extranet une grille d'audit afin de soutenir les directions cliniques dans leur processus d'amélioration continue;
  - En soutien à SPGS:
    - Participer à la révision de la procédure de la salle d'apaisement et des salles d'isolement dans les urgences des hôpitaux;
    - Participer à des discussions au sujet des balises entourant le Code blanc.

## 6. CONCLUSION

En 2023-2024, le Comité Central a poursuivi ses activités de vigie et de soutien afin de s'assurer que les directions disposent des ressources et outils permettant que l'utilisation des mesures de contrôle dans leurs équipes cliniques se fasse en respectant la sécurité et les droits fondamentaux des usager.ères. Il est prioritaire pour le Comité Central que l'application des mesures de contrôle s'intègre dans une démarche clinique rigoureuse et professionnelle visant la diminution globale du recours aux mesures de contrôle.

Dans les dernières années, les orientations stratégiques du Comité Central ont teinté les actions réalisées et à venir et se résument brièvement ainsi:

1. Colliger les redditions de compte faisant état du nombre de déclarations d'application de mesures de contrôle, les consigner au rapport annuel, présenter ce dernier au CA de l'établissement et le rendre disponible sur Extranet et à la population via le site Internet du CIUSSS;
2. Assurer un suivi de proximité avec les instances locales afin de :
  - a. Favoriser une réponse clinique adaptée et diligente;
  - b. Orienter le soutien offert aux instances locales ou équipes cliniques avec l'objectif de valoriser la diminution de l'application des mesures de contrôle et de promouvoir et privilégier les mesures de remplacement;

- c. Permettre le développement d'outils élaborés pour ou par les directions cliniques en répondant aux besoins des équipes cliniques, des directions et des besoins spécifiques des usagers;
3. L'accès à une formation qui sensibilise tout le personnel clinique à la réalité des mesures de contrôle tout en mettant l'accent sur l'importance que les directions cliniques développent des formations spécifiques complémentaires afin de soutenir les membres du personnel habilités à recommander et/ou appliquer des mesures de contrôle.

## **7. RÉFÉRENCES**

- Évaluation de l'application des mesures de contrôle – Rapport annuel 2022-2023 du Comité Central
- Rapports trimestriels 2023-2024 de chacune des directions cliniques
- Bilans annuels 2023-2024 de chacune des directions cliniques
- Rapport demandé du bureau de la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services en lien avec les plaintes déposées au sujet des mesures de contrôle
- Rapport demandé à l'équipe en gestion intégrée des risques (AH-223) concernant les rapports incidents-accidents complétés en lien avec des mesures de contrôle



**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'île-de-Montréal**

**Québec** 