

RAPPORT ANNUEL
ÉVALUATION DE
L'APPLICATION DES
MESURES DE CONTRÔLE
2024-2025

Évaluation de l'application des mesures de contrôle – Rapport annuel 2024-2025 est une production du Comité Central des mesures de contrôle, sous la coresponsabilité de la Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux, volet pratiques professionnelles (DSMSSS-PP) et de la Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles (DSI-PP) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL).

1560, rue Sherbrooke Est
Montréal, QC, H2L 4M1
www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Présenté le 18 novembre 2025 au CCCU

Adopté le 1^{er} décembre 2025 par Mme Isabelle Matte, présidente-directrice générale du CCSMTL

Rédaction :

Sylvie-Anne Ruel, conseillère cadre DSMSSS-PP, leader de la pratique clinique transversale

Réviser.res:

Nathalie De Serres, APPR DSMSSS-PP

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

Guylaine Dupuis, directrice adjointe, DSI-PP

Dr Daniel Brendon Murphy, directeur, DSPAMU

Personnes consultées :

Virginie Allard, directrice adjointe santé mentale, réadaptation enfants et adolescents, DPROGJ

Thi Kim-Anh Bui, cheffe de services professionnels hospitaliers, Hôpital de Verdun, DSM-OP

Nancy Dubeau, conseillère cadre DSMSSS-PP

Marie-Élaine Dupuis, cheffe de services professionnels hospitaliers, Hôpital Notre-Dame, DSM-OP

Jean-Michel Fortin, coordonnateur des services de 2^e et 3^e ligne du continuum SAPA

Christian Lalonde, coordonnateur, DPSMD

Bianca Larochelle, directrice adjointe de la protection de la jeunesse, direction adjointe provinciale, DPJ

Véronique Lavoie, directrice DITSA-DP

André Martin, coordonnateur intérimaire, DSMSSS-PP

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

Annick Rajotte, directrice adjointe intérimaire, continuum DITSA, DITSA-DP

Mélanie Rioux, conseillère cadre DSMSSS-PP

Joëlle Tremblay, directrice adjointe des services de 2^e et 3^e ligne du continuum SAPA

Mélanie Vinette, conseillère cadre DSMSSS-PP

Nadine Thiffault, directrice de la protection de la jeunesse / Directrice provinciale

Notes

Les pourcentages sont 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

© Gouvernement du Québec, 2025

Table des matières

1.	Définitions des termes utilisés	1
2.	Aspects législatifs et vigie	2
2.1.	Instances de vigies	5
2.1.1.	Comité Central	5
2.1.2.	Instances locales	6
3.	État de situation	6
3.1.	Prévalence annuelle	6
3.2.	Statistiques annuelles 2024-2025	7
	Tableau 1 : <i>Tableau 1 : Nombre total de mesures de contrôle déclarées au CCSMTL pour l'année 2024-2025</i>	7
4.	Réalizations	8
4.1.	Réalizations du Comité Central	8
4.2.	Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD)	9
4.3.	Direction programme santé physique générale et spécialisée (SPGS)	10
4.4.	Direction de la protection de la jeunesse et programme jeunesse	12
4.5.	Direction adjointe déficience physique (DP)	13
4.6.	Directions adjointes déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA)	14
4.7.	Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)	16
5.	Processus d'amélioration continue	17
5.1.	Incidents-accidents liés aux mesures de contrôle	17
	<i>Graphique 1 : Nombre de déclarations d'incidents-accidents liées à l'application d'une mesure de contrôle selon l'année</i>	17
	<i>Graphique 2 : Nombre de déclarations d'incidents-accidents liés à l'application d'une mesure de contrôle par direction clinique</i>	18
5.2.	Plaintes liées aux mesures de contrôle	18
	<i>Graphique 3 : Nombre total de plaintes liées à l'utilisation des mesures de contrôle selon l'année</i>	19
5.3.	Formations	19
	<i>Tableau 2 : État de situation de la formation liée aux mesures de contrôle par directions cliniques pour 2024-2025</i>	20
5.4.	Démarches d'audits	21
	<i>Tableau 3 : Résumé du processus d'audits des mesures de contrôle par directions cliniques pour 2024-2025</i>	21
6.	Objectifs transversaux du comité Central pour 2025-2026	22
7.	Conclusion	23
8.	Références	24

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. ASPECTS LÉGISLATIFS ET VIGIE

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

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.

Bien que la LSSSS ait été remplacée par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, le MSSS maintient, via l'article 393, la notion d'utilisation minimale et exceptionnelle des mesures de contrôle :

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peut être utilisé comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure doivent notamment être consignées au dossier.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations déterminées par le ministre, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

Le Comité Central des mesures de contrôle a l'obligation légale de rédiger le rapport annuel d'évaluation des mesures de contrôle. Les instances locales des directions cliniques ont la responsabilité de soutenir cette pratique en complétant et rendant disponibles au Comité Central le bilan annuel et des rapports trimestriels. La complétion de chacun de ces documents est obligatoire.

Le présent rapport aborde les activités de ces instances de vigie ainsi que les données issues des déclarations d'application des mesures de contrôle, souligne les réalisations, fait état de l'atteinte des objectifs ciblés et ce, pour la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025. Il présente également les objectifs prévus pour l'année 2025-2026.

2.1. INSTANCES DE VIGIE

Les instances de vigie du CCSMTL agissent à plusieurs niveaux soit stratégique, tactique et opérationnel. Ces niveaux se déclinent via le Comité Central (stratégique), les instances locales (tactique) et les gestionnaires des directions cliniques (opérationnel).

2.1.1. COMITÉ CENTRAL

En cohérence avec les exigences du MSSS, le recours aux mesures de contrôle exige une application conforme à la démarche clinique et une vigie rigoureuse afin d'assurer des soins sécuritaires, de qualité et en respect de la dignité de l'usager.ère. C'est dans cet esprit que le Comité Central assure la coordination et le suivi des actions transversales liées aux mesures de contrôle et présente la reddition de compte annuelle au conseil d'administration de l'établissement.

Le comité central des mesures de contrôle est sous la co-responsabilité de la DSM-PP et de la DSI-PP et occupe un rôle transversal dans le CIUSSS. Composition et mandats:	
Composition 2024-2025: <u>Promotrices de la pratique</u> Pierre-Thérèse Jean, directrice adjointe, DSM-PP Guylaine Dupuis, directrice adjointe, DSI-PP <u>Leadership de la pratique</u> Sylvie-Anne Ruel, conseillère cadre, DSM-PP Guylaine Blais, conseillère cadre, DSI-PP	Mandats: <ul style="list-style-type: none">• 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 et soutenir la direction au besoin lors des travaux de révision;• Analyser et assurer le suivi des redditions de compte trimestrielles;• Approuver les mesures autorisées au CCSMTL, à la demande des directions cliniques ;• Autoriser, soutenir, valider et coordonner les travaux transversaux liés aux mesures de contrôle;• Dernière instance de consultation lors d'impasses ou de situations complexes;• Rédiger le rapport annuel d'application des mesures de contrôle en vue d'adoption et dépôt au CAE (obligation légale).

2.1.2. INSTANCES LOCALES

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

Chaque direction clinique qui applique des mesures de contrôle est tenue d'avoir une instance locale fonctionnelle. Composition recommandée et mandats:	
Composition recommandée: <ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaires de la direction clinique ; • Représentant.es de la DSM-PP ; • Représentant.es de la DSI-PP ; • Représentant.e du volet médical pour les directions SPGS et SMD; • Membres du personnel clinique représentatifs de la direction clinique ; • Usager.ère-ressource 	Mandats: <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la révision et l'adoption de la procédure de la direction clinique; • Soutenir la diffusion, l'implantation et l'animation 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 et faire les demandes de nouvelles mesures à autoriser au Comité Central; • 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 (plan d'action) et acheminer ces rapports et activités de suivis au Comité Central dans les délais convenus (obligation légale).

3. ÉTAT DE SITUATION

3.1. PRÉVALENCE ANNUELLE

La prévalence annuelle réfère au nombre de mesures de contrôle déclarées et d'usager.ères distinct.es qui ont fait l'objet de l'application d'une mesure de contrôle pour la période du 1er avril 2024 au 31 mars 2025. 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 l'application des mesures au CCSMTL. 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 2024-2025

Le MSSS oblige les directions cliniques à déclarer chacune des mesures de contrôle appliquées. Actuellement, chaque direction clinique dispose d'un outil de déclaration (appelé « registre »). Le Comité Central est en travaux afin de déployer un registre de déclaration informatisé et harmonisé pour toutes les directions cliniques.

Les données présentées dans le Tableau 1 proviennent du rapport annuel de l'année précédente, des redditions de comptes trimestriels ainsi que les bilans annuels de chacune des directions cliniques.

Tableau 1: Nombre total de mesures de contrôle déclarées au CCSMTL 2024-2025

	SMD			SPGS			JEUNESSE			DP			DI-TSA			SAPA		
	Mesures planifiées	Mesures non-planifiées	Usagers distincts	Mesures planifiées	Mesures non-planifiées	Usagers distincts	Mesures planifiées	Mesures non-planifiées	Usagers distincts	Mesures planifiées	Mesures non-planifiées	Usagers distincts	Mesures planifiées	Mesures non-planifiées	Usagers distincts	Mesures planifiées	Mesures non-planifiées	Usagers distincts
Contention Force humaine	2	91	36	3	2	5	0	2659	199	0	0	0	65	484	90	0	1	1
Retrait de l'aide technique ou équipement	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Contention instrumentale	0	5	4	56	426	297	0	198	60	1	0	1	50	129	24	131	0	109
Isolement	2	117	61	7	7	11	0	1955	185	0	0	0	66	1284	66	48	0	50
Substance chimique	3	101	57	30	139	119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	4
Sous-total	7	314	158	97	574	438	0	4812	444	1	0	1	181	1898	181	185	1	164
Total 2024-2025	321		158	671		438	4812		259	1		1	2079		181	185		164
Taux variation/ année précédente	↓29%		↓4% *	↑33 % **		↑50%	↓20 %		↑ 9 %	0%		0%	↓61 %		↑15 %	↑10 %		↑24 %
Total 2023-2024	455 ↓0,5 %		NA	506 ↓51 %		293 ↑66%	6021 ↑42 %		409 ↑ 78 %	1		0	5287 ↑268 %		158 ↑18 %	169 ↑2 %		132 ↑36 %

- Usager.ère distinct.e: un.e même usager.ère peut avoir eu plus d'une application de mesure de contrôle d'un trimestre à l'autre, d'un type de contention à l'autre ou d'un épisode à l'autre. Cette donnée doit donc être utilisé avec prudence;
- Taux de variation: hausse (↑) ou baisse (↓) par rapport à l'année précédente.

* SMD : le taux de variation pour le nombre d'usager.ères distinct.es a été calculé malgré l'indisponibilité de certaines données de l'année précédente.
** En SPGS, 109 mesures ont été déclarées après la fermeture des périodes de comptabilisation et elles ont été ajoutées dans la section « *contention instrumentale non planifiée* ». Il est possible que ces mesures soient d'autres natures ou contexte mais l'information est inaccessible.

Le Tableau 1 présente la totalité des déclarations faites au CCSMTL pour l'année 2024-2025 par directions cliniques, en fonction du type de mesure utilisée. La dernière ligne du tableau permet de comparer les données de l'année actuelle avec celles de l'année dernière. Les données ciblent les mesures déclarées donc elles pourraient varier du nombre de mesures appliquées.

4. RÉALISATIONS

Cette section aborde les réalisations 2024-2025 des directions cliniques et du Comité Central. Chaque direction clinique présente également une analyse des données provenant du Tableau 1, des objectifs pour la prochaine année ainsi que des bons coups. Ces derniers peuvent provenir du bilan annuel ou du Comité Central.

A noter que les objectifs du Comité Central pour 2025-2026 sont détaillés en section 6.

4.1. RÉALISATIONS DU COMITÉ CENTRAL

En 2024-2025, plusieurs chantiers ont été mis en œuvre au CCSMTL afin de répondre aux exigences ministérielles, aux objectifs élaborés au précédent rapport annuel et aux besoins de soutien des directions cliniques en matière d'application des mesures de contrôle.

Amélioration continue et conformité envers les exigences du MSSS :

- Élaboration d'un modèle transversal de grille d'audit, en collaboration avec la DQEPÉ;
- Soutien au développement et animation d'un atelier sur les mesures de contrôle lors de la formation « Interactions humaines et bienveillance » en SPGS;
- Travaux sur le développement du nouveau registre de déclaration des mesures de contrôle incluant des partenariats avec diverses directions, périodes de tests auprès d'équipes cliniques (DITSA, SGPS, SAPA), création des outils informatiques et de soutien, plusieurs présentations aux directeurs.trices des directions cliniques, campagne de diffusion et communications, etc.

Soutien offert aux directions cliniques :

- Travaux sur l'utilisation des couvertures lestées (DITSA);
- Soutien aux travaux sur les soins d'hygiène forcés (DITSA) ;
- Soutien aux travaux sur l'utilisation des mesures de contrôle à domicile (DITSA);
- Soutien du Comité Central auprès des directions cliniques qui poursuivent la révision des procédures;
- Soutien aux travaux d'un outil d'aide à la décision (SPGS);
- Aide-mémoire portant sur le cadre de référence du MSSS destiné aux médecins (SPGS) ;
- Travaux sur le balisage de l'utilisation des médicaments comme contention chimique (SPGS);
- Soutien apporté en lien avec des enjeux spécifiques vécus dans la direction SPGS et reliés à la conformité de l'application des mesures de contrôle (plan d'action);
- Rencontres de partage d'informations sur les mesures de contrôle:
 - 4 points de chute avec les conseillères cadres de la DSM-PP
 - 4 points de chute avec les APPR de l'équipe ECHP de la DSM-PP
- Consultations à la demande des directions cliniques :
 - Contention chimique (SAPA)
 - Contention chimique et professionnel.les habileté.es (DITSA)
 - Implication du COS et formations des agents de sécurité (SPGS)
 - Ceinture pelvienne (SGPS)

- Ballon utilisé comme mesure de contrôle (Jeunesse)
- Transport sécuritaire (Jeunesse)

Vigie :

- Archiver les rapports trimestriels et bilans annuels de chacune des directions cliniques;
- Rédaction du rapport annuel d'évaluation de l'application des mesures de contrôle;
- Rapport annuel présenté au CA pour adoption;
- Une demande d'accès à l'information au printemps 2024 pour avoir accès au rapport annuel.

4.2. DIRECTION PROGRAMME SANTÉ MENTALE DÉPENDANCE (SMD)

Analyse des données du Tableau 1

En 2024-2025, la direction de programme SMD a connu une diminution de 29% du nombre total de déclarations d'application des mesures de contrôle en comparaison avec l'année précédente. Les mesures déclarées reflètent majoritairement un recours dans un contexte non-planifié. Dans les années précédentes, les données démontraient une utilisation plus importante de l'isolement et contention chimique. Cette réalité est toujours présente, en plus d'une hausse des déclarations de l'utilisation de la force humaine (42 déclarations l'année dernière pour 93 cette année).

Les rapports trimestriels font état que certaines nouveautés peuvent expliquer la diminution globale des déclarations telles que la création de l'unité intensive brève (UIB), la nouvelle programmation clinique et la récente salle d'apaisement. Ces changements peuvent favoriser une atmosphère calme, des interventions plus adaptées auprès des usager.ères et contribuer à améliorer les capacités d'autorégulation de ces dernier.ères.

Ces rapports soulignent également que certaines pratiques pourraient être améliorées, notamment la priorisation d'interventions en prévention et en désescalade (pour diminuer les mesures non-planifiées) et l'obligation de déclarer les mesures appliquées. Ces réflexions s'ajoutent aux constats provenant d'un évènement sentinelle :

- Les contentions chimiques sont rapidement considérées, il y a peu de mesures de remplacement et les mesures utilisées sont majoritairement non-planifiées;
- La décision d'appliquer une mesure de contrôle est prise seule et lacunes dans les évaluations, suivis et surveillance des infirmier.ères (la documentation des soins infirmiers n'est pas suffisante et ne précise pas adéquatement les évaluations, suivis, surveillances, mesures de remplacement tentées, démarche clinique pour la recommandation d'une mesure en planifiée et recherche de consentement de l'usager.ère pour les mesures planifiées) ;
- Le matériel de contention devrait être vérifié de manière plus systématique;
- Un retour sur les mesures pour prévenir l'escalade et intervenir en pacification est nécessaire pour l'ensemble des équipes.

Réalisations 2024-2025

- Implantation de sous-comités opérationnel et tactique ;

- Élaboration d'un modèle de soutien pour le processus d'amélioration continue (audits et plan d'action) visant à diminuer le recours aux mesures de contrôle :
 - Retour mensuel auprès des équipes via le comité de vigie;
 - Amélioration des mesures spécifiques aux soins intensifs, notamment : l'amorce d'une démarche visant à améliorer l'environnement physique;
 - Animation et clarification de l'utilisation du registre des mesures de contrôle;
 - Réactivation d'une demande pour un pair aidant;
- Amorce d'une réflexion concernant le processus de gestion et d'entretien du matériel de contention et des salles d'isolement.

Objectifs ciblés pour 2025-2026

- Assurer la diffusion et l'implantation de la procédure de mesure de contrôle ;
- S'assurer de l'utilisation des outils cliniques et du contenu de formation disponible ;
- Mettre en place un calendrier d'entretien du matériel de contention et vérification des salles d'isolement.

Bons coups

- La gouvernance du comité local est maintenant portée par la DPSMD et a permis la nomination d'un gestionnaire porteur de la pratique;
- Amélioration de l'utilisation et des déclarations du registre des mesures de contrôle.

4.3. DIRECTION PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE (SPGS)

Analyse des données du Tableau 1

Les mesures de contrôle déclarées dans le secteur de la santé physique ont augmenté de 33% pour 2024-2025. Une situation particulière doit toutefois amener à la prudence dans l'analyse des données : le quatrième rapport trimestriel fait mention d'un oubli majeur dans les déclarations des mesures de contrôle. En effet, 109 mesures de contrôles ont été déclarées après la fermeture des périodes de comptabilisation, ce qui a rendues inaccessibles les informations qu'elles contiennent (types de mesures et de contexte). Dans une volonté de l'équipe SPGS de quantifier les données de la façon la plus transparente possible, il a été convenu avec le Comité Central que ces 109 mesures soient ajoutées dans la section « contention instrumentale non planifiée » du Tableau 1.

Malgré l'ajout des 109 mesures classées avec les contentions instrumentales non-planifiées, soulignons que comme l'année dernière, les principales mesures de contrôle utilisées sont les contentions instrumentale et chimique, majoritairement utilisées en contexte non-planifié. En effet, pour l'année dernière, 253 mesures avaient été déclarées comme étant non-planifiées pour 574 cette année. En contrepartie, 235 mesures ont été déclarées comme étant planifiées, comparativement à 97 pour la présente année.

Il n'y a pas d'explication présentes au bilan annuel pour contextualiser la diminution d'application des mesures en contexte planifié et la hausse de 33% des déclarations. Les rapports trimestriels, quant à eux, mentionnent qu'une sous-déclaration et une difficulté d'utiliser le registre actuel, situation nommée également l'année dernière,

expliquerait que les données du Tableau 1 ne représentent pas la réalité terrain (écart entre ce qui est appliqué et ce qui est déclaré).

Réalisations 2024-2025

- Finalisation de la procédure sur la surveillance constante et dépôt sur Extranet ;
- Webinaire sur les surveillances accrues auprès des assistantes et des chef.fes;
- Élaboration du protocole d'utilisation de la salle d'isolement et d'apaisement ;
- Révision de la procédure sur les mesures de contrôle SPGS ;
- Rencontre avec le gestionnaire de la sécurité afin de favoriser le travail en interdisciplinarité avec les agents d'intervention et le personnel de son secteur;
- En lien avec deux plaintes déposées au BCLPQS, mise en place d'un plan d'action afin de redresser la pratique reliée à l'application des mesures de contrôle (voir section 5.2);
- Capsule animée concernant la prise en charge des chutes et les mesures de remplacement ;
- Consultation et participation pour l'élaboration de l'atelier de sensibilisation *Interactions humaines et bienveillance* (De tout Cœur avec vous) : implication du Comité Central pour animer un atelier sur la sensibilisation en lien avec les mesures de contrôle en SPGS;
- Création d'un outil sur les mesures de remplacement et de contrôle auprès des médecins ;
- Révision de la structure de gouvernance des mesures de contrôle :
 - Meilleur partage et arrimage des responsabilités entre les directions opérationnelles et les pratiques professionnelles;
 - Intégration de l'instance locale au comité d'amélioration continue en SPGS.
- Arrimage avec le COS pour former les agent.e.s de sécurité des milieux hospitaliers en lien avec la pacification ;
- Amélioration en cours du processus d'audits des mesures de contrôle et mise en place d'un plan d'action par les unités lorsque des zones d'amélioration sont identifiées par les audits.

Objectifs ciblés pour 2025-2026

- Déploiement et implantation de la nouvelle procédure de mesures de contrôle dans les milieux hospitaliers;
- Pérenniser les ateliers de sensibilisation *Interactions humaines et bienveillance* ;
- Favoriser l'approche interdisciplinaire et outiller les professionnel.les en ce sens par une formation spécifique;
- Continuer les démarches en cours en lien avec l'amélioration du processus d'audits.

Bons coups

- Diversité dans l'offre de formations offertes au personnel (voir Tableau 2) afin de répondre aux diverses réalités des équipes cliniques;
- Participation à la période de test du Comité Central pour le contenu de l'outil de collecte de données dans le cadre des travaux du développement d'un nouveau registre de déclarations des mesures de contrôle.

4.4. DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ) ET PROGRAMME JEUNESSE

La directrice de la protection de la jeunesse a des rôles et responsabilités bien définis dans la LPJ et la LSJPA à l'égard des enfants, c'est pourquoi elle travaille en étroite collaboration avec la Direction du programme jeunesse.

Analyse des données du Tableau 1

L'année 2024-2025 affiche une diminution de 20% des mesures de contrôle déclarées par rapport à l'année précédente. Les mesures sont toutes déclarées en contexte non-planifiées et visent uniquement la contention par la force humaine (diminution de 28% avec 2023-2024), la contention instrumentale (hausse de 28% avec 2023-2024) et l'isolement (diminution de 13% avec 2023-2024).

La variabilité des déclarations pourrait être expliquée par différents facteurs :

- À la SMREA, le plan de poste des ISPS a été revu à la hausse, permettant davantage de présence préventive auprès des équipes éducatives;
- L'utilisation du chien de soutien et d'une nouvelle salle d'apaisement accessibles sur un site reconnu pour son utilisation importante des mesures de contrôle;
- Il a été constaté que, depuis l'année dernière, les jeunes non connus à CDP étaient déplacés avec des menottes. Cela explique en partie la hausse des mesures de contention instrumentale des deux dernières années. Des actions sont en cours afin qu'une évaluation du risque réel soit faite avant l'utilisation de menottes auprès d'un jeune.
- Manque de consignation dans l'outil d'information clientèle PIJ.

Réalisations 2024-2025

- Réviser la procédure sur les mesures de contrôle (objectif toujours en cours);
- Assurer une vigie soutenue sur la qualité des mesures de contention et d'isolement (en cours) :
 - Informatisation de la grille d'audit;
 - Valider la qualité de la saisie de la mesure dans PIJ;
 - Travailler les PAI de façon concertée avec les acteurs impliqués;
- L'élaboration d'une fiche sur les mesures de remplacement et d'un prêt à animer;
- L'intégration de la voix des jeunes aux travaux (mesures de remplacement et fouille/saisie);
- La planification des premières rencontres visant la révision des documents liés au Plan d'Action Individualisé (PAI);
- 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 (objectif toujours en cours) :
 - Diffuser l'aide-mémoire aux équipes et aux partenaires psychosociaux;
 - Expérimenter les balises et le processus entourant les jeunes qui font l'objet de l'application d'un nombre élevé de mesures de contrôle (un registre a été développé afin d'assurer ces suivis) ;
 - Mettre en place des stratégies visant à diminuer le recours aux mesures de contrôle :
 - Des outils en lien avec les mesures de remplacement ont été développés et sont testés par certains milieux;
 - La mise en place d'un nouveau processus permettant d'accéder aux données en temps réel via le PowerBi en Jeunesse facilitera le suivi des mesures par les gestionnaires.

- La révision des procédures liées à la fouille conformément à la direction du MSSS sur la fouille en CRJDA.

Objectifs ciblés pour 2025-2026

- Assurer une vigie soutenue de la qualité de la démarche clinique en intégrant notamment des audits;
- 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;
- Finaliser la révision de la procédure sur les mesures de contrôle et la déployer avec les outils associés;
- Diffuser l'outil sur les mesures de remplacement.

Bons coups

- La mobilisation remarquable du personnel terrain dans les travaux liés aux mesures de contrôle;
- Le prêt à animer sur les mesures de remplacement qui vient répondre à un besoin du terrain;
- La mobilisation des co-responsables (communication des informations (ODJ et CR), démarche de consultation des jeunes du comité consultatif).

4.5. DIRECTION ADJOINTE DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP)

Analyse des données du Tableau 1

L'instance locale a été suspendu pendant plusieurs années en DP. La reprise des activités de l'instance locale des mesures de contrôle à la DP en novembre 2024 et un sondage sur les connaissances en lien avec le sujet, administré à l'IRGLM, ont permis de constater que les notions de contention et de mesures de contrôle n'étaient pas maîtrisées par l'ensemble des intervenants.

L'hypothèse d'une sous-déclaration des mesures appliquées est émise pour justifier le peu de données présentes au Tableau 1. Cette situation pourrait notamment s'expliquer par le manque de connaissance sur les mesures de contrôle et sur la procédure pour déclarer les mesures de contrôle appliquées.

Considérant l'arrivée prochaine du registre des déclarations des mesures de contrôle et la révision en cours de la procédure, la DP a l'intention de profiter de ce moment pour améliorer les connaissances générales et diffuser les obligations ainsi que le fonctionnement relatif aux mesures de contrôle et les déclarations des mesures appliquées.

Réalisations 2024-2025

- Des travaux de révision de la procédure et de la liste des mesures autorisées sont en cours;
- Un sondage sur les connaissances en lien avec l'application des mesures de contrôle a été administré à l'IRGLM.

Objectifs ciblés pour 2025-2026

- Finaliser la révision de la procédure, la faire adopter et l'animer dans les équipes;
- Évaluer les besoins de formation et de mise à niveau de la pratique;

- Déployer le registre de déclarations des mesures de contrôle;
- Débuter un processus d'audits;
- Permettre aux gestionnaires d'avoir accès à une présentation sur la complétion des déclarations d'utilisation des mesures de contrôle (déploiement du nouveau registre de déclarations des mesures de contrôle).

Bons coups

- Le sondage passé à l'IRGLM sur les connaissances au sujet des mesures de contrôle est un bon point de départ pour réactiver le sujet des mesures de contrôle.

4.6. DIRECTIONS ADJOINTES DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (DITSA)

Analyse des données du Tableau 1

Les directions adjointes de programmes DI-TSA, incluent les continuums 1e, 2e et 3e lignes ainsi que les services de réadaptation en milieux de vie substituts (MVS). La majorité des mesures de contrôle sont appliquées dans la direction qui offrent les services de réadaptation en milieux de vie substituts (MVS).

Le nombre de mesures de contrôle déclarées a diminué de façon significative en comparaison avec l'année dernière, soit de 61%. Le bilan annuel et les redditions de compte trimestriels ne permettent toutefois pas d'expliquer cet écart. Malgré cette baisse, il est à noter que certaines mesures ont été déclarées en retard (donc appliquée l'année dernière) et par soucis de transparence, elles ont été intégrées au présent bilan, biaisant ainsi les données. Il est aussi à noter que les dossiers de 2 usagers ayant une mesure appliquée quotidiennement en contexte non-planifié n'ont pas été révisés afin de permettre le transfert en mesure planifiées, augmentant donc considérablement les mesures non planifiées notamment pour l'isolement et l'instrumental. Malgré ce contexte, il est tout de même possible de constater l'écart important entre les mesures appliquées en contexte planifié (181) versus en contexte non-planifié (1898).

Réalisations 2024-2025

- Restructuration du processus de réception des demandes de consultations adressées à l'instance locale; cinq équipes ont effectué une demande officielle de consultation à l'instance locale des mesures de contrôles;
- Sondage sur les connaissances du personnel envers le rôle de l'instance locale;
- Mise en place de stratégies afin de promouvoir l'instance locale auprès des équipes cliniques (en cours);
- Démarche de recrutement d'un proche-ressource en cours;
- Participation, à la demande du Comité Central, à la révision et relecture d'un document sur les couvertures lestées;
- Recrutement de formateurs.trices pour la formation *Mesures de contrôle*;
- Lot de travail sur le soutien à la réflexion concernant les soins d'hygiène forcés;

- Lot de travail sur le soutien concernant le recours aux mesures de contrôle en milieu naturel et rédaction (toujours en cours) d'un document synthèse à l'intention des équipes cliniques;
- Redéfinition complète de la structure de gouvernance du comité et de son fonctionnement et nomination d'une nouvelle gestionnaire porteuse;
- Le futur formulaire uniformisé pour le registre de déclarations des mesures de contrôle du Comité Central fut testé par des membres de l'instance.

Objectifs ciblés pour 2025-2026

- Visibilité et accessibilité de l'instance Locale :
 - Continuer les démarches de visibilité de l'instance locale dans les équipes cliniques afin de faire connaître le rôle de l'instance et le soutien possible;
 - Réflexion sur des travaux possibles au sujet des mesures restrictives et de la création d'un document pour répertorier les situations. Si l'instance locale n'est pas la bonne instance, clarifier qui doit s'en occuper.
- Promotion des bonnes pratiques quant aux mesures de contrôle :
 - Proposer des activités de promotion des bonnes pratiques visant à réduire l'application des mesures de contrôle afin de valoriser les mesures de remplacement et les diffuser dans les équipes cliniques;
 - Diffuser les documents créés pour les soins d'hygiène forcés et les MdeC à domicile;
 - Évaluer la possibilité de diffuser le document sur les couvertures lestées.
- Suivi de la qualité et amélioration continue
 - Identifier les besoins et déterminer les pistes d'amélioration à mettre en place suivant les résultats des audits à venir dans l'année courante;
 - Organiser le déploiement du nouveau registre des mesures de contrôle et voir le rôle de l'instance locale pour en assurer le bon fonctionnement.
- Encadrement et soutien des professionnel.les habilité.es
 - Rédiger une note de service pour clarifier les responsabilités des professionnel.les habilité.es et les informer d'un modèle de soutien à venir;
 - Création d'un modèle de soutien (formation, capsule, codéveloppement, etc.) pour les professionnel.les habilité.es afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

Bons coups

- La fidélisation importante des membres de l'instance locale des mesures de contrôle, sa composition hétérogène (compétences et expériences diversifiées) qui représente les deux directions adjointes ainsi que ses membres engagés, son climat de bienveillance et ce, malgré des discussions pouvant susciter des divergences d'opinion;
- L'efficacité du nouveau processus des demandes de consultations et la capacité de mobiliser la majorité des membres de l'instance locale pour y répondre très rapidement;
- Participation à la période de test du Comité Central pour le contenu de l'outil de collecte de données dans le cadre des travaux du développement d'un nouveau registre de déclarations des mesures de contrôle.

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

Analyse des données du Tableau 1

Les données d'application des mesures de contrôle colligées au cours de l'année 2024-2025 démontrent une hausse de 10% par rapport à l'année précédente. Cette augmentation, qui implique 11 déclarations supplémentaires, est reliée aux efforts d'amélioration du processus de déclaration. En effet, ces données ne sont pas en lien avec le fait qu'il y a davantage de mesures appliquées mais plutôt parce que les grenouillères et bracelets anti-fugue sont maintenant des mesures déclarées. Par ailleurs, à une exception près, toutes les mesures déclarées sont en contexte planifié, ce qui rejoint les données de l'année dernière. Ces données indiquent que les efforts déployés dans les années précédentes afin d'éviter les mesures en contexte non-planifié se maintiennent.

Réalisations 2024-2025

- Développement de capsules de formation sur le processus clinique en hébergement;
- Débuter des travaux entourant les mesures de contrôle chimique ;
- Modalité de soutien clinique offert aux leaders des mesures de contrôle en hébergement;
- Reprise des rencontres avec les cadres pivots de SAPA hébergement;
- Représentation des unités de courte durée dans les instances.

Objectifs ciblés pour 2025-2026

- Déploiement de la procédure révisée (formation, soutien aux leaders cliniques, capsules informatives, etc.);
- Proposer des modalités de soutien pour le SAD;
- Former les gestionnaires;
- Élaboration d'un plan spécifique pour les services de courte durée;
- Déployer le registre des mesures de contrôle.

Bons coups

- Élaboration d'un plan de déploiement de la procédure révisée, basé sur la formation et le soutien clinique;
- Participation à la période de test du Comité Central pour le contenu de l'outil de collecte de données dans le cadre des travaux du développement d'un nouveau registre de déclarations des mesures de contrôle.

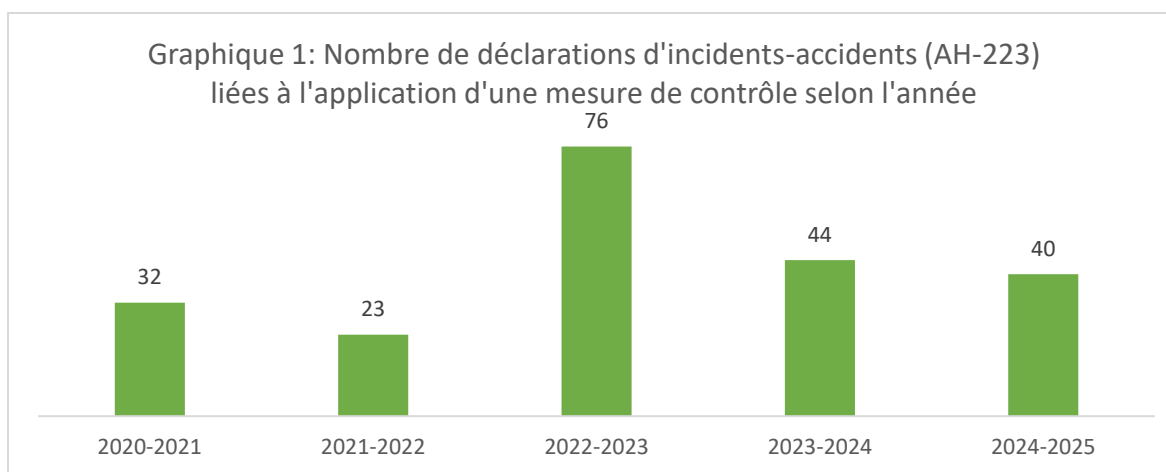
5. PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE

La prochaine section aborde l'amélioration continue, présentée sous quatre axes principaux :

- Les incidents-accidents liés à l'application des mesures de contrôle;
- Les plaintes liées à l'application d'une mesure de contrôle traitées par le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ;
- Les formations;
- La démarche d'audits.

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

En 2024-2025, il y a 40 incidents-accidents déclarés en lien avec l'application des mesures de contrôle (voir graphique 1), contrairement à 44 en 2023-2024. Certaines informations ne sont pas précisées dans cette section afin de protéger l'identité des usager.ères.

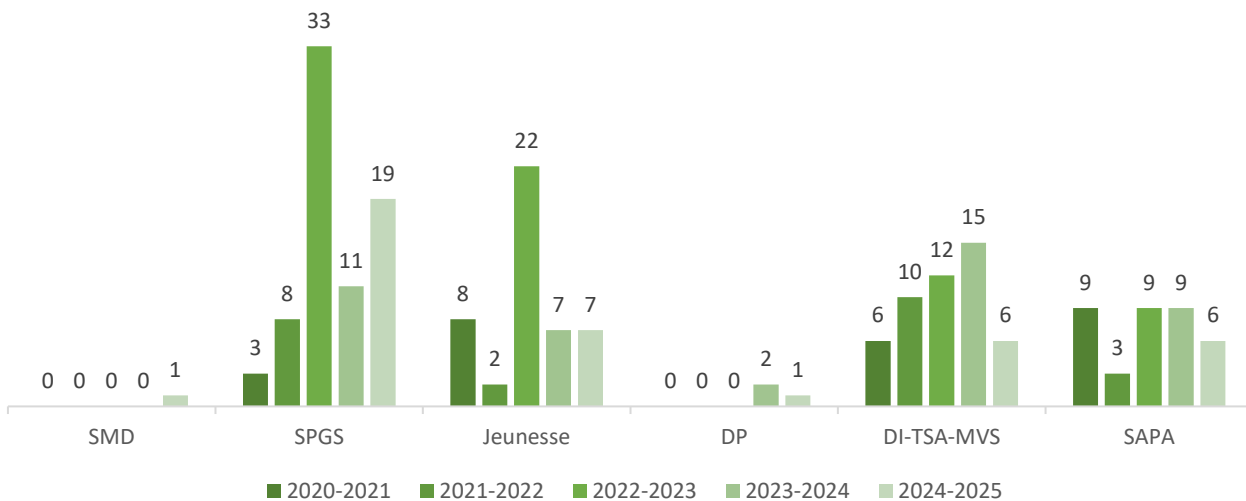


Le graphique 2 met en lumière les incidents-accidents déclarés par direction clinique au cours des 5 dernières années. Les déclarations d'incidents-accidents liées à l'application d'une mesure de contrôle ont globalement uniquement augmenté en SPGS. Les directions Jeunesse, SMD et DP sont relativement stables par rapport à l'année précédente. Les directions DITSA et SAPA ont, quant à elles, vu leurs données diminuer en comparaison avec l'année dernière.

Pour SAPA, sur les 6 rapports AH-223, 5 sont en lien avec la non-conformité de la démarche clinique ou de l'application.

En Jeunesse, il y a eu une situation où la conséquence fut temporaire tout en nécessitant des soins non spécialisés. Aucun événement sentinelle n'a été rapporté.

Graphique 2: Total des déclarations d'incidents-accidents (AH-223) liées à l'application d'une mesure de contrôle par direction clinique



Pour la direction adjointe DITSA, sur les six déclarations AH-223, seulement trois d'entre elles sont des déclarations d'accident lors d'un recours à une mesure de contrôle. Les trois autres sont des déclarations de recours à une mesure. Ces événements auraient dû être déclarés au registre des mesures de contrôle. De la sensibilisation a été faite auprès des équipes à cet effet. L'ensemble des événements déclarés cette année a mené à des conséquences mineures et temporaires.

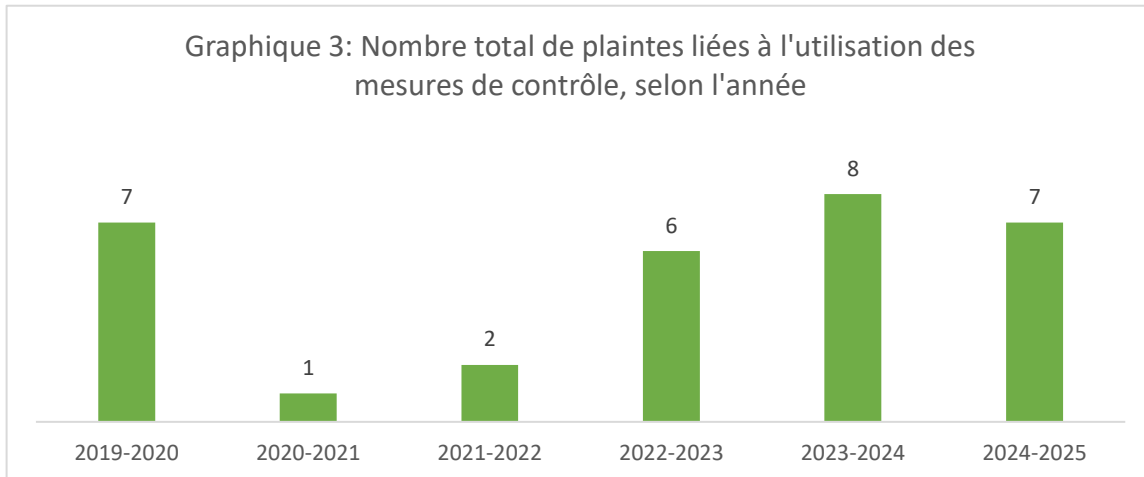
De son côté, la direction adjointe DP fait état d'un formulaire AH-223 complété mais le bilan annuel ne donne aucune information sur la nature et les conséquences possibles reliés à l'évènement.

La direction SPGS recense 10 événements qui ont eu lieu à l'hôpital Notre-Dame, alors que 9 se sont produits à l'hôpital de Verdun. Après analyse, parmi les 19 événements, 5 déclarations contiennent des erreurs quant à la nature de l'évènement puisqu'il ne s'agit pas d'application de mesure de contrôle. En ce sens, 14 événements sont répertoriés en SPGS et aucun AH-223 n'a été traité en évènement sentinelle.

Finalement, la direction SMD a une déclaration en lien avec une mauvaise installation des contentions. Il n'y a pas eu de blessure et des rappels ont été faits au personnel.

5.2. PLAINTES LIÉES À L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

L'année 2024-2025 fait état de 7 plaintes déposées au Bureau de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (BCLPQS), tel que le démontre le graphique 3. Les informations de cette section sont volontairement limitées dans l'objectif de protéger l'identité des usagers.



En bref, certaines directions ont relevé des informations pertinentes en lien avec les plaintes.

La DITSA constate notamment que les signalements d'insatisfactions des services faits par les parents ou les proches à la DPJ ne sont pas comptabilisés comme des plaintes dans les données du BCLPQS. Il est donc possible qu'il y ait plus d'événements que ceux présentés ici mais la ventilation des données annuelles de la DPJ ne permet pas d'avoir accès à cette information. Par ailleurs, lors de la formation offerte aux employé.es, l'importance de signaler les situations non-conformes est également abordée.

En Jeunesse, la Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ) n'a pas été interpellée pour une situation liée à l'application d'une mesure de contrôle donc les plaintes ont uniquement été déposées au BCLPQS.

Dans la direction SPGS, 2 demandes d'assistance ou de plaintes déposées au BCLPQS ont été traitées. La DSM et la DSI ont mis en place un plan d'action pour redresser la pratique reliée à l'application des mesures de contrôle en SPGS : formations, rappels, vigie quotidienne par les chef.fes, sensibilisation auprès des médecins, mise à jour d'algorithmes, etc. En date du 13 mars 2025, le dossier a été fermé par le BCLPQS, les initiatives déployées étant jugées satisfaisantes pour assurer la sécurité des usager.ères.

5.3. FORMATIONS

Le tableau 2 présente un portrait global des formations déployées dans chacune des directions cliniques, en lien avec les mesures de contrôle.

Tableau 2 : État de situation de la formation liée aux mesures de contrôle par directions cliniques pour 2024-2025

	Titres des formations suivies	Nombre d'employés formés
DITSA	Formation ENA - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle	20
	Mesures de contrôle (formation de la DITSA)	100
	Mesures de contrôle - Agent d'intervention	6
Jeunesse	Formation ENA - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle	7
	Rencontre de sensibilisation pour le nouveau personnel	270
	Coaching de 6 semaines (DAPJ-Hébergement)	187
	Capsule sur les mesures alternatives et de contrôle – DAPJ-Hébergement (pas de suivi des visionnements)	NA
DP	Les nouveaux employés PAB et soins infirmiers reçoivent une sensibilisation lors du tronc commun d'orientation.	NA
SPGS	Formation ENA - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle	408
	Formation théorique intégrée au tronc commun des soins infirmiers et PAB	240
	Mesures de contention et isolement (MCI). Éviter les automatismes: STOP posons-nous des questions!	16
	Mesures de contention et isolement (MCI). Le travail de collaboration: la complémentarité des interventions	16
	Capsule de sensibilisation intégrée à l'atelier "Interactions humaines et bienveillance"	200
SAPA	Formation ENA - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle	235
SMD	Formation ENA - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle	9
	Chute/Post chute, Mesures de contrôle	2
	Mesure de contrôle	40
	AAPA - Mesures de contrôle	4
	Mesure de contrôle et contentions	4
	Mesure de contrôle et surveillance accrue	4
	Mesures de contrôle Modules 123	7
	Mesures de contrôle - Protocole du CIUSSS	3
	Mesures de contrôle - Vidéo contention	6
	Mesures de contrôle éclosion zones de confinement	3

Il est à noter que le Comité Central a communiqué à toutes les directions cliniques, en avril 2024, l'orientation que la Formation ENA - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (données en rouge dans le Tableau 2) doit être suivie par tout le personnel incluant les gestionnaires et les médecins qui œuvrent dans les équipes où des mesures de contrôle sont appliquées. Les bilans annuels des directions font état qu'en 2024-2025, 679 employés ont suivi cette formation. Chaque direction clinique est également imputable d'offrir des formations spécifiques à son personnel, si nécessaire.

Par ailleurs, certaines formations permettent 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 favoriser l'utilisation des mesures de remplacement et diminuer, voir éviter, le recours aux mesures de contrôle. Il est de la responsabilité de chaque direction clinique d'intégrer les formations complémentaires dans son plan de formation annuel. Exemples de formations :

- OMÉGA et Intervention thérapeutique lors des conduites agressives (ITCA);

- Code blanc;
- Approche adaptée à la personne âgée (AAPA);
- Analyse et intervention multimodale (AIMM).

5.4. DÉMARCHES D'AUDITS

Le Comité Central a élaboré et rendu accessible un modèle transversal de grille d'audit comportant des questions en lien avec la démarche clinique. Les directions cliniques sont invitées à l'utiliser et à sélectionner les questions en lien avec les indicateurs priorisés dans leurs équipes. Le Tableau 3 résume le processus d'audits et les résultats des démarches pour les directions cliniques.

Tableau 3 : Résumé du processus d'audits des mesures de contrôle par directions cliniques pour 2024-2025

	Audits réalisés	Résumé des résultats d'analyse des audits	Informations sur le processus d'audits
DITSA	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure recommandée par un-e professionnel-le habilitée (100%); • Le formulaire SMO1865 est complété (75%); • Présence d'un protocole d'application et rédigé selon les normes (75%); • Démarche de consentement conforme (75%); • Présence de rencontres post-événement (33%); • Respect des balises de tenue de dossier (50%); • Objectif au PI relié au développement de compétence afin de diminuer le recours à la mesure de contrôle (50%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les audits furent conduits uniquement dans la direction adjointe des milieux de vie substitués; • L'audit a été conduit avec un échantillon de convenance de 6 dossiers. Il convient donc d'interpréter les résultats avec prudence puisque l'échantillon n'est pas représentatif. • Les résultats ont été présentés aux équipes de la direction adjointe MVS.
Jeunesse	Non	NA	<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes de vigie interviennent rapidement au besoin. • Formulaire d'audit finalisé. Des audits sont prévus en juin 2025 et un plan d'action sera élaboré.
DP	Non	NA	NA
SPGS	Oui	Données non disponibles au bilan annuel de la direction clinique.	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les unités de soins à HND et à HV sont ciblées; • Les audits sont complétés par les gestionnaires d'unité et sont réalisés 3 fois dans l'année.
SAPA	Oui	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire Processus décisionnel interdisciplinaire est utilisé adéquatement (94%); • Réévaluation effectuée aux 3 mois (88%); • Utilisation conforme du formulaire de consentement (75%); • Les grilles de surveillance sont complétées (88%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Audits réalisés dans 17 centres d'hébergement; • Les résultats et analyses des audits ont été présentés aux gestionnaires des centres et à la direction SAPA hébergement.
SMD	Oui	<p>Améliorations à poursuivre qui font partie d'un plan d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventions en amont (recherche de mesures de remplacement et mesures planifiées); • Retour post-événement avec l'utilisateur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Audit mensuels avec objectifs de: <ul style="list-style-type: none"> o Analyser les mesures appliquées et apporter des corrections; o Vérifier le nombre de mesures rapportées vs le nombre réel; o Faire un retour sur les événements majeurs; o Prévoir des mesures alternatives/préventives; o Modifier certains plan d'intervention.

6. OBJECTIFS TRANSVERSAUX DU COMITÉ CENTRAL POUR 2025-2026

Les objectifs de la prochaine année s'inscrivent en continuité avec ceux de l'an dernier.

Sur le plan transversal (CCSMTL), le Comité Central prévoit de maintenir certains objectifs d'une année à l'autre :

- Maintenir les consultations cliniques à la demande des équipes en cas de cas complexes, impasses ou enjeux particuliers;
- Soutenir les directions cliniques concernant la révision des procédures et des documents associés ;
- Assurer la coordination et le suivi des activités et documents transversaux liées aux mesures de contrôle ;
- Recevoir les documents de reddition de compte trimestriels et annuels et les traiter ;
- Rédiger, coordonner le processus de validation de contenu et présenter le rapport annuel au Conseil d'administration d'établissement (CAE).

Le Comité Central prévoit également de :

- Finaliser les démarches de développement du registre de déclarations des mesures de contrôle;
- Déployer le registre informatisé des déclarations des mesures de contrôle au sein des directions cliniques;
- Sonder la satisfaction des directions cliniques quant au registre et ses outils de soutien;
- Débuter la révision du Protocole d'établissement et les documents associés;
- Réviser le gabarit du bilan annuel remis aux directions cliniques;
- Revoir l'organisation (structure, objectifs et les participants) des diverses rencontres de communications avec les Pratiques Professionnelles :
 - Conseillères cadres DSM-PP et DSI-PP
 - Conseiller.ères en soins infirmiers DSI-PP et APPR ECHP DSM-PP
- Quantifier le nombre d'applications de mesures de contrôle initiées par les proches au domicile de l'usager.ère afin d'évaluer et de sonder les besoins de soutien quant à cette réalité ;
- Revoir la composition du Comité Central, sa structure de gouvernance ainsi que ses rôles et responsabilités et définir le processus de vigie de conformité de la pratique ;
- Améliorer le système permettant de quantifier et documenter les diverses implications du Comité Central (consultations réalisées, travaux faits ou validés, rencontres, etc.) ;
- Arrimer le Comité Central avec la pratique contre la maltraitance (rencontres aux 8 à 12 semaines) et coordonner des travaux, si pertinent.

A chaque année, le Comité Central s'engage également à assurer le suivi d'indicateurs spécifiques afin de se conformer aux exigences du MSSS. Plusieurs objectifs nommés précédemment sont d'ailleurs en lien avec l'amélioration de ce suivi. Il est à noter que l'arrivée du PowerBi Registre de déclarations des mesures de contrôle, qui sera déployé dans la prochaine année, permettra d'optimiser cette démarche. Les données issues de ces indicateurs sont annuellement colligées au rapport annuel :

- Reddition de compte trimestrielle de chaque direction clinique :
 - Nombre de mesures de contrôle appliquées et les modalités de ces dernières (contexte planifié ou non-planifié, types de mesures (contentions physique, chimique ou isolement);

- Actuellement, certains indicateurs suivis sont plus ou moins valides compte tenu du manque de fiabilité des différents registres de déclarations actuellement utilisés, comme le nombre d'usager.ères distinct.es par exemple.
- Bilan annuel de chaque direction clinique :
 - Le nombre d'employé.es formé.es en lien avec les mesures de contrôle;
 - Un suivi des AH-223;
 - Un suivi des plaintes au Bureau de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
 - Un suivi des audits réalisés;
 - Un état de situation quant aux objectifs de l'année précédente et ceux de l'année à venir, toujours en lien avec les mesures de contrôle.

La venue du nouveau registre de déclarations des mesures de contrôle permettra, en plus de quantifier les mesures appliquées, de répondre à tous les indicateurs exigés par le MSSS:

- Durée moyenne d'application
- Consentement
- Nombre d'usager.ères distinct.es
- Nombre de mesures appliquées pendant plus de 24h
- Application d'une mesure de remplacement avant la mesure de contrôle
- Mesures de contrôle planifiées inscrites au PI-PTI.

7. CONCLUSION

En 2024-2025, le Comité Central a mobilisé des efforts considérables pour mener à termes les travaux en lien avec le nouveau registre de déclaration des mesures de contrôle. Ce projet, répondant entre autres à une demande des directions cliniques de faciliter et optimiser la démarche de reddition de compte, permettra également au CCSMTL de se conformer aux exigences du MSSS. L'année 2025-2026 sera témoin de son déploiement et sera aussi porteuse de changements importants pour le Comité Central, considérant la nature des objectifs élaborés pour améliorer le fonctionnement du comité.

Il demeure prioritaire pour le Comité Central que l'application des mesures de contrôle s'intègre dans une démarche clinique rigoureuse et professionnelle visant la qualité et la conformité ainsi que la diminution globale du recours aux mesures de contrôle. Les travaux prévus pour la prochaine année sont en concordance avec cet élément.

8. RÉFÉRENCES

Évaluation de l'application des mesures de contrôle – Rapport annuel 2023-2024 du Comité Central des mesures de contrôle du CCSMTL.

Rapports trimestriels 2024-2025 de chacune des directions cliniques.

Bilans annuels 2024-2025 de chacune des directions cliniques.

Rapport 2024-2025 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 2024-2025 de l'équipe en gestion intégrée des risques (AH-223) concernant les rapports incidents-accidents complétés en lien avec des mesures de contrôle.

Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle (MSSS, 2015).

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, MSSS.

A noter :

Les redditions de compte provenant de Jeunesse sont également encadrées par les références suivantes :

- Rapport annuel de la directrice nationale de la protection de la jeunesse 2024-2025.
- Directive concernant les balises à respecter pour les mesures disciplinaires en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés (Directrice nationale de la protection de la jeunesse (DNPJ), juin 2025.
- Directive ministérielle en matière de fouilles pour les jeunes hébergés dans un milieu de réadaptation ((Directrice nationale de la protection de la jeunesse (DNPJ), Direction des milieux de vie jeunesse (DMVJ)), Juillet 2025.

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

