

APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE AU CCSMTL

Rapport annuel 2017-2018



Application des mesures de contrôle – Rapport annuel 2017-2018 est une production du Comité central des mesures de contrôle sous la responsabilité de la Direction des services multidisciplinaires, volet pratiques professionnelles du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301 Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Auteures :

Mme Aurée Courchesne, agente de planification, programmation et recherche, DSM-PP

Mm Isabelle Coursol, conseillère-cadre au développement des pratiques professionnelles, DSM-PP

Rapport adopté par le Conseil d'administration de l'établissement le 26 septembre 2018.

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

© Gouvernement du Québec, 2018

ACRONYME

CA	Conseil d'administration
CCSMTL	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
DI-TSA	Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DSI-PP	Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles
DP	Déficience physique
DQÉPÉ	Direction qualité, évaluation, performance et éthique
DSM-PP	Direction des services multidisciplinaires, volet pratiques professionnelles
DSP	Direction des services professionnels
HND	Hôpital Notre-Dame
MVS	Milieus de vie substitut
PDGA	Président-directeur général adjoint
PDRH	Plan de développement des ressources humaines
PINÉA	Programme d'intégration des nouveaux éducateurs et agents d'intervention
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMD	Santé mentale et dépendance
SPGS	Santé physique générale et spécialisée

FAITS SAILLANTS

Ce rapport annuel fait état des activités et du recours aux mesures de contrôle pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018 au CCSMTL. L'année 2016-2017 fut l'année de l'harmonisation des documents de référence. L'année 2017-2018 fut dédiée à l'implantation active et à la consolidation du mandat et des activités des comités de vigie.

- **Déploiement du protocole et des procédures « Application des mesures de contrôle »** : Le déploiement et la diffusion ont été réalisés dans la majorité des directions programmes.
- **Révision de procédures** : L'instance locale SAPA a procédé à la révision de sa procédure et en assurera la diffusion dans le cadre d'une vague de formation prévue de septembre 2018 à avril 2019. L'instance locale SPGS révisé actuellement sa procédure suivant l'intégration d'HND à nos services en novembre 2017, incluant les services hospitaliers de psychiatrie, de dépendance et de travail social. La diffusion de cette nouvelle procédure devrait se faire au cours de l'année 2018-2019.
- **Formation sur les mesures de contention et l'isolement** : Diverses stratégies (formation, sensibilisation, capsule, etc.) sont en place dans l'ensemble des directions programmes pour assurer un transfert de connaissances approprié pour le personnel déjà en poste et les nouveaux employés.
- **État de situation** : Le nombre d'application de mesures de contrôle est en baisse dans les directions adjointes DI-TSA et MVS, en hausse dans les directions programmes SAPA et Jeunesse et stable dans les autres directions programmes. Les indicateurs statistiques utilisés actuellement ne permettent cependant pas tout le temps de bien comprendre la situation sur le terrain. Certains indicateurs sont à redéfinir.
- **Suivi des mesures de contrôle au CCSMTL** : Les instances locales sont en place et agissent, entre autres, à titre de vigie. Les instances locales, sous la co-responsabilité de la DSM-PP et des directions programmes, sont très actives dans le cycle d'amélioration continue de la pratique. Elles sont près du terrain et plusieurs enjeux leurs sont rapportés permettant des actions concrètes et ciblées. Elles se préparent à débiter le premier cycle d'évaluation incluant l'analyse des données recueillies dans le cadre de la réalisation d'audits.

CONTEXTE

Le recours aux mesures de contrôle doit, dans tout établissement, être balisé par un protocole et des procédures claires qui respectent les orientations et principes directeurs ministériels et qui sont diffusés à l'ensemble du personnel (MSSS, 2002 ; 2015 et LSSSS, art. 118.1). Le MSSS (2015) demande aussi que le recours aux mesures de contrôle fasse l'objet d'une évaluation annuelle et d'un suivi de la part du CA de l'établissement, et ce, dans une double perspective :

1. Pour valider la pertinence du recours à ces mesures et vérifier le respect des procédures.
2. Pour suivre l'objectif ministériel de réduire au minimum le recours aux mesures de contrôle.

L'année 2017-2018 fut marquée par la finalisation de l'implantation des nouvelles façons de faire, notamment par le biais de différentes stratégies de transfert de connaissances, d'implantation de registres plus fiables et efficaces pour les directions programmes qui n'en avaient pas et l'amorce d'une démarche d'évaluation par le biais d'audits de qualité. Enfin certaines procédures ont été révisées ou sont en cours de révision.

COMITÉ CENTRAL DES MESURES DE CONTRÔLE

Le comité central des mesures de contrôle est sous la responsabilité de la DSM-PP. Il chapeaute les activités des différentes instances locales et s'est réuni à trois reprises au courant de l'année 2017-2018.

Rappel du mandat du comité central

Les mandats dévolus au comité central concernent essentiellement le développement, la révision et la mise en œuvre du protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement et des procédures qui en découlent, l'approbation des mesures de contrôle autorisées au CCSMTL et l'évaluation annuelle de l'état de la situation et des travaux réalisés pour la présentation au CA.

Composition pour l'année 2017-2018

- M. Louis Rocheleau, directeur adjoint des services multidisciplinaires (DSM- PP).
- Mme Magalie Morin, directrice adjointe (par intérim) des soins infirmiers (DSI-PP).
- Dre Julie Lajeunesse, directrice des services professionnels (DSP).
- Mme Nancie Brunet, directrice adjointe qualité, risques et éthique (DQÉPÉ).
- Mme Isabelle Coursol, conseillère-cadre, DSM-PP.
- Mme Shirley Gesse, conseillère-cadre, DSI-PP.
- Mme Monique Clément, usagère ressource.

Réalisations

- Adoption des procédures des différentes directions programmes (printemps 2017).
- Préparatifs pour débiter l'élaboration de la formation traitant du recours aux substances chimiques à titre de mesure de contrôle (printemps 2017).
- Demande de collaboration à la DQÉPÉ pour obtenir du soutien en lien avec la collecte de données relatives aux mesures de contrôle (été 2017).
- Création d'un canevas de reddition de compte pour les instances locales (été 2017).
- Création d'un formulaire de demande d'ajout d'une mesure de contrôle autorisée (automne 2017).
- Autorisation d'une nouvelle mesure de contrôle autorisée en SAPA (automne 2017).
- Demande d'ajustement de certaines procédures aux instances locales concernées par l'intégration d'HND (automne 2017).
- Préparation et présentation du premier rapport annuel des mesures de contrôle au CA (automne 2017).
- Intégration d'HND dans le protocole CCSMTL (hiver 2018).

Enjeux portés à l'attention du comité central

- Enjeux éthiques et légaux concernant le paiement, la gestion et l'entretien du matériel utilisé à titre de mesures de contrôle et de mesures de remplacement. Cet enjeu a été porté à l'attention du comité central par l'instance locale DI-TSA et MVS et est en travail pour 2018-2019.
- Enjeux de sécurité en lien avec l'installation de certaines mesures de contrôle instrumentales qui nécessiteraient une démarche de transfert de connaissances et des outils plus appropriés. Cet enjeu a été porté à l'attention du comité central par l'instance locale SAPA et est en travail pour 2018-2019.

INSTANCES LOCALES DES MESURES DE CONTRÔLE

En 2017-2018, les instances locales des mesures de contrôles ont été actives et fonctionnelles dans l'ensemble des directions programmes. Elles ont non seulement en majorité terminé le déploiement du protocole et de leur procédure respective¹, mais aussi été proactives et ont porté avec vaillance et détermination les principes directeurs et le processus clinique et administratif entourant le recours aux mesures de contrôle promus par le MSSS et le CCSMTL². L'application de mesures de contrôle pose des défis complexes liés très certainement à la sécurité des usagers et du personnel mais aussi à des enjeux éthiques, de collaboration interprofessionnelle et de partenariat avec nos usagers et leurs proches. Les instances locales sont des acteurs de premier choix pour assurer une vigie mais, surtout, pour cibler les besoins et les démarches à entreprendre pour soutenir les équipes et ainsi assurer un service sécuritaire et de qualité pour nos usagers.

Rappel du mandat des instances locales

- S'assurer du respect du protocole d'application des mesures de contrôle au CCSMTL et participer au développement, à la révision et à l'application de la procédure propre à leur direction programme;
- Contribuer au développement d'outils cliniques afin de consolider les connaissances;
- Identifier les besoins et les stratégies de formation et soutenir le transfert de connaissances;
- Gérer les demandes d'ajout à la liste des mesures de contrôle autorisées et s'assurer que les critères d'aménagement des salles d'isolement sont respectés;
- Répondre à titre de consultant pour des situations complexes, litigieuses et/ou récurrentes;
- S'assurer de la mise en place de mécanismes de communication, notamment sur l'application des mesures de contrôle;
- Contribuer aux audits, réaliser l'état de situation annuelle et déterminer des cibles d'action pour réduire le recours aux mesures de contrôle.

ETAT DE SITUATION

Déoulant du mandat de réduction des mesures de contrôle attribué aux établissements par le MSSS, le comité central des mesures de contrôle a coordonné une collecte de données afin de pouvoir présenter un état de situation eu égard au nombre d'applications de mesures de contrôle au CCSMTL dans chacune des directions programmes. Ce rapport annuel fait état du recours aux mesures de contrôle pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018. Ces mesures ont été appliquées essentiellement dans le cadre des nouvelles procédures, ces dernières ayant été adoptées en juin 2017. Le nombre et le type de mesures de contrôle appliquées varient d'une direction programme à l'autre en fonction des caractéristiques de la clientèle, de leurs problématiques et du milieu d'intervention. Une analyse comparative entre les différentes directions programmes n'est donc pas éclairante. Cependant, une analyse comparative, à l'intérieur d'une même direction programme, d'une année à l'autre, est possible.

¹ Seul le déploiement de l'instance locale SPGS n'a pas été finalisé compte tenu de l'intégration d'HND à l'automne 2018 rendant ainsi nécessaire la révision de leur procédure.

² Les activités détaillées de chacune des instances locales se trouvent dans l'état de situation aux pages 7 à 12 du présent document.

Il est à noter que, bien que plusieurs démarches aient été réalisées au cours de l'année 2017-2018 pour améliorer la justesse et la fiabilité des données collectées, certains enjeux demeurent. Pour les directions programmes DP (malgré le fait que les registres d'utilisation étaient implantés) et SMD, les données ont été collectées en sollicitant les gestionnaires afin qu'ils rapportent, de mémoire, les mesures de contrôle appliquées. Les statistiques de la direction programme SMD n'incluent pas les mesures de contrôle réalisées dans les services de psychiatrie et de dépendance depuis l'intégration d'HND au CCSMTL en novembre 2017, le registre n'étant pas encore en place dans ce milieu. Pour la direction SPGS, les statistiques proviennent uniquement de l'Hôpital Verdun. Dans ce milieu, le tiers des gestionnaires sollicités a fourni les registres demandés. Les données sont donc partielles et doivent être analysées avec ces considérations. Bien qu'imparfaites, il nous semblait tout de même nécessaire de diffuser les données actuelles par souci de transparence et pour marquer l'importance de poursuivre les efforts nécessaires à l'obtention d'un portrait plus juste de la situation, année après année.

TABLEAU 1 : STATISTIQUES ANNUELLES 2017-2018

	SMD		SPGS *		Jeunesse		Déficiences				SAPA	
	P	NP	P	NP	P	NP	DP		DI-TSA et MVS		P	NP
							P	NP	P	NP		
Contention	0	0	11	33	0	2400 ↑	1	0	74 ↓	205 ↓	366 ↑	2
Isolement	0	0	0	0	0	1561 ↑	0	0	6 ↑	52 ↓	0	0
Substances chimiques	0	0	0	0	0	0	0	0	31 ↓	0	0	0
Sous-total	0	0	11	33	0	3961 ↑	1	0	111 ↓	257 ↓	366 ↑	2
TOTAL	0		44 (↓12%)		3961 (↑59%)		1		368 (↓39%)		368 (↑14%)	
N usagers distincts	0		ND		Cont. : 271 (↑18%) Iso. : 203 (↑35%)		1		131 (↓35%)		261 (↑21%)	

*Ne concerne que l'hôpital de Verdun

P : Contexte d'intervention planifié
NP : Contexte d'intervention non planifié
ND : Données non-disponibles

↑ : Hausse par rapport à l'année 2016-2017
 ↓ : Diminution par rapport à l'année 2016-2017

À la lecture du tableau 1, on observe une hausse du nombre de mesures de contrôle appliquées et du nombre d'utilisateurs distincts touchés dans les directions programmes Jeunesse et SAPA.

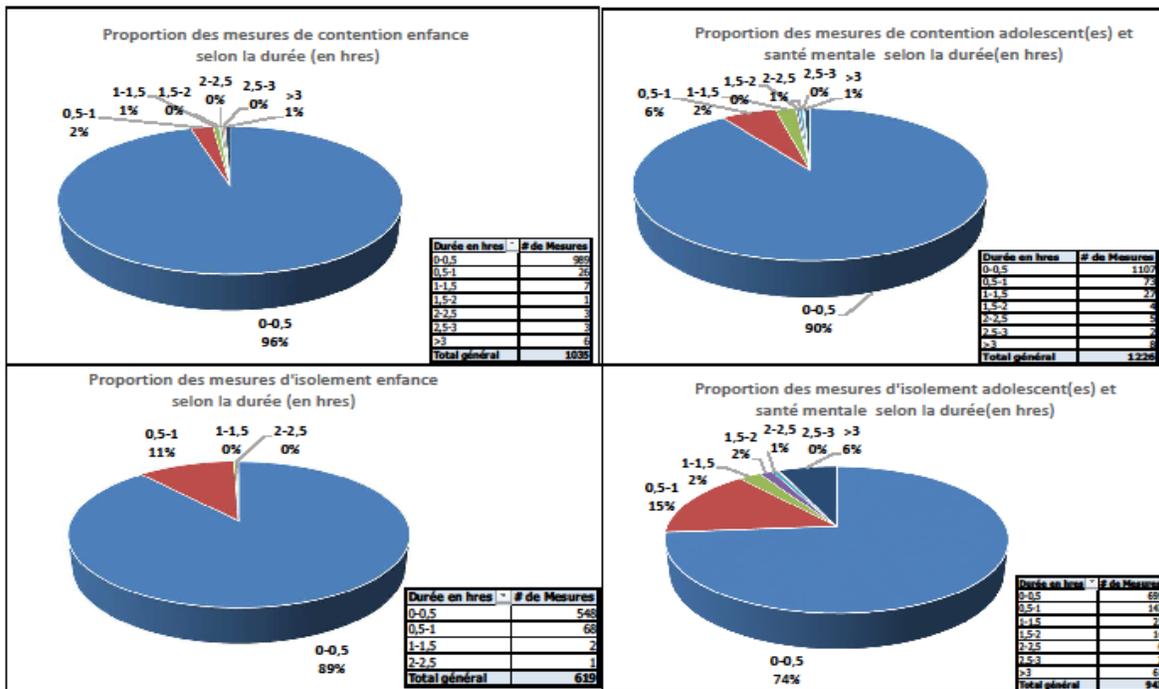
En **Jeunesse**, cette hausse s'explique par la convergence de plusieurs facteurs, le plus important étant sans doute la présence de « grands utilisateurs », des enfants extrêmement souffrants et agités, dans les services à l'enfance et les services spécialisés, générant plusieurs recours à des mesures de contrôle afin d'assurer leur protection et celle d'autrui. En effet, à titre d'illustration, chez les 6-11 ans, seulement six jeunes ont été la cible de 47% des mesures de contention avec force humaine (intervention visant à contenir le jeune ou à arrêter un comportement dangereux pour lui-même ou pour autrui) et, de la même façon, 11 jeunes ont été la cible de 70% des isolements. Il est important de noter que 96% des mesures de contention et 89% des isolements chez les 6-11 ans ont duré entre 0 et 0.5 heures, conformément à la politique en vigueur (graphique de la page suivante).

Chez les 6-17 ans qui sont hébergés dans les services spécialisés, le même phénomène est constaté car seulement cinq jeunes ont été la cible de 67% des mesures de contention avec force humaine et huit jeunes ont été la cible de 81% des isolements. Dans le cas des adolescents, il importe de mentionner que 96% des mesures de

contention et 89% des isolements avaient une durée de moins d'une heure (dont 90% et 74% respectivement sous la barre de 30 minutes).

Dans tous les cas, il importe de rappeler que le recours à la mesure de contrôle est justifié cliniquement. Néanmoins le programme jeunesse est préoccupé par cette situation et fait un suivi très étroit des mesures utilisées.

Mesures particulières 1er avril 2017 au 31 mars 2018



D'importants travaux sont en cours dans cette direction, en collaboration avec les ressources humaines de l'établissement, pour pallier à certains enjeux dans l'environnement qui pourraient exacerber la situation. On pense notamment à l'instabilité du personnel qui a un impact autant sur les usagers que sur les intervenants et au sentiment d'insécurité qui augmente pour tous lorsque survient des événements difficiles dans le milieu de travail. De plus, le programme Jeunesse entend suivre l'évolution de l'application des mesures de contrôle en temps réel à l'aide d'un tableau de bord afin de pouvoir cibler promptement et localement les démarches à entreprendre. Il prévoit aussi refaire des animations dans les équipes et travailler de concert avec les centres hospitaliers concernant les jeunes qui demeurent hébergés dans leurs services en attente d'être hospitalisés, car les jeunes étant assujettis aux mesures de contrôle ont souvent des troubles de santé mentale.

En **SAPA**, des enjeux liés à des disparités au niveau de la déclaration des mesures de contrôle pourraient expliquer cette hausse (ex : doublons, déclaration de mesures de convenance, etc.). La direction programme SAPA prévoit une vague de formation pour 2018-2019 qui sera l'occasion d'adresser, entre autres, cette situation.

D'un autre côté, on observe une diminution significative du nombre de mesures de contrôle et du nombre d'utilisateurs distincts touchés dans les directions adjointes **DI-TSA et MVS**. Pour expliquer cette diminution, il importe de rappeler que beaucoup d'efforts ont été déployés (sensibilisation, formation, suivi trimestriel auprès des gestionnaires, etc.) afin d'actualiser le processus clinique et administratif entourant le recours aux mesures de contrôle. Le constat qui ressort est que les équipes semblent généralement plus mobilisées autour de ces mesures. Néanmoins, suivant la réorganisation des équipes et les nombreux mouvements au niveau du personnel de gestion, il n'est pas exclu que le réflexe de déclarer le recours aux mesures ait besoin d'être consolidé de nouveau dans les équipes.

Les pages qui suivent détaillent de façon plus approfondie l'état de situation 2017-2018 pour chacune des directions programmes en abordant les faits saillants de l'année, la formation du personnel, les incidents-accidents et les plaintes associées à l'application d'une mesure de contrôle, l'atteinte des objectifs fixés pour 2017-2018 et les objectifs à atteindre pour la prochaine année.

Instance locale des directions adjointes DI-TSA et MVS

FAITS SAILLANTS

- Diffusion d'un outil de soutien à l'objectivation d'un risque en contexte de refus de soin destiné aux équipes cliniques.
- Diffusion de bulletins d'information trimestriels destinés aux intervenants.
- Consultation offerte à deux équipes pour des situations cliniques complexes, litigieuses ou récurrentes.
- Révision de la formation pour offrir une journée complète plutôt que 4h00 au nouveau personnel.
- Exposition de la problématique concernant le paiement et l'entretien du matériel utilisé à titre de mesures de contrôle / remplacement.
- Participation aux réflexions entourant la présence des agents d'intervention en RAC et le recours aux menottes.

Formation	
Nouveau personnel <ul style="list-style-type: none"> • Formation intégrée au Plan de développement des ressources humaines (PDRH) • Près de la moitié du personnel embauché en 2017-2018 a été formé aux mesures de contrôle 	Employés déjà en poste³ <ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble du personnel avait été formé en 2016-2017. • En 2017-2018 : Sensibilisation des équipes de 1^{ère} ligne, formation des TS/ARH (pour sensibilisation des ressources), du personnel du Pavillon Pierrefonds, des RAC-DP et de la RAC école Nicolas-Moisan.
Nombre de mesures de contrôle	
Mesures de contrôle planifiées : ↓ de 27% des mesures de contrôle et ↓ du tiers du nombre de personnes distinctes touchées. Mesures de contrôle non planifiées : ↓ de 43% des mesures de contrôle et ↓ de 42 % du nombre de personnes distinctes touchées.	
Rapports incidents-accidents (AH-223)	
Près de 2 X moins d'AH-223 remplis en 2017-2018 (N = 7) comparativement à 2016-2017 (N = 12). Les incidents-accidents ont générés des conséquences mineures et temporaires ou sont liés au non-respect de la procédure.	
Plaintes	
1 plainte liée à l'application d'une mesure de contrôle a été traitée et a fait l'objet d'une mesure (rencontre et mise au point sur les interventions à préconiser avec la personne responsable).	
Audits	
Les audits se font en continu par le biais d'un tableau de bord de gestion et de suivis trimestriels aux gestionnaires. Un audit ciblant la clientèle adulte résidant en RI-RTF est prévu à l'automne 2018 et l'hiver 2019 (audits de dossier et observations terrain).	
Atteintes des objectifs de 2017-2018	
Objectif 1 : Intégrer des intervenants / professionnels de la 1 ^{ère} ligne à l'instance locale. Objectif 2 : Intégrer la 1 ^{ère} ligne dans le plan de déploiement de la formation. Objectif 3 : Réaliser les audits en fonction du calendrier d'audits du CCSMTL. Objectif 4 : Améliorer le respect des délais pour les renouvellements annuels des ententes. ↓ de 34% des mesures échues mais ↑ de la moyenne de jours de retard Objectif 5 : Améliorer le respect des délais pour les révisions trimestrielles des ententes. ↑ jusqu'à 58% des révisions reçues mais pas de diminution du nombre moyen de jours de retard Objectif 6 : Régulariser les situations de recours à des contentions chimiques en fonction des nouvelles balises. ↓ de 240% des contentions chimiques échues Objectif 7 : Finaliser l'implantation du protocole et de la procédure inhérente aux deux directions adjointes. Objectif 8 : Poursuivre les travaux en cours, notamment ceux relatifs aux maintiens physiques dans des situations d'interférence aux soins (ex: sondage, tester des outils, déploiement d'outils, etc.).	Atteinte Atteinte Atteinte Atteinte partielle Atteinte partielle Atteinte Atteinte Atteinte partielle
Objectifs pour 2018-2019	
Objectif 1 : S'assurer que la tenue du registre d'application des mesures de contrôle se fait de façon continue et rigoureuse et faire parvenir un rapport de reddition de compte trimestriel (30 juin, 30 septembre, 31 décembre, 31 mars) au comité central. Objectif 2 : Interpeler les gestionnaires pour élaborer une stratégie concernant le respect de délais de renouvellement et de révision. Objectif 3 : Poursuivre les travaux pour baliser le recours aux mesures de contrôle en contexte d'interférence aux soins. Objectif 4 : Élaborer une stratégie pour favoriser l'implication de l'ensemble des professionnels habilités notamment les infirmiers(ères), les psychologues et les travailleurs sociaux (avec la collaboration des DA et de la DSI). Objectif 5 : Élaborer une stratégie pour assurer la pérennité des actions de sensibilisation des ressources entreprises en 2017-2018.	

³ Les employés déjà en poste peuvent participer au besoin à la formation sur les mesures de contrôle offerte au nouveau personnel et intégrée au PDRH.

Instance locale de la direction adjointe DP

FAITS SAILLANTS

- Déploiement et diffusion complétés pour l'ensemble de la DP soit par capsule (stratégie pour la clientèle inscrite) ou à l'intérieur d'une formation (stratégie pour la clientèle admise).
- Formation d'environ 80% du personnel clinique de la DA.
- Formation à l'ensemble des membres de l'instance locale.
- Instauration d'un registre d'utilisation des mesures de contrôle.

Formation	
Nouveau personnel <ul style="list-style-type: none"> • Formation offerte deux fois par année pour ceux travaillant avec la clientèle admise • Lors de parrainage (aide-mémoire) et de la rencontre offerte par la DSM pour ceux travaillant avec la clientèle inscrite. 	Employés déjà en poste <ul style="list-style-type: none"> • Clientèle inscrite : Plus de 90% des intervenants ont reçu la capsule de sensibilisation. • Clientèle admise : 81% des infirmiers(ères) et infirmiers (ères)-auxiliaires et 85% des professionnels de la coordination neurologie et locomoteur ont reçu une formation de 2 heures. 18% des préposés aux bénéficiaires ont reçu une formation d'1h00 (manque d'effectif).
Nombre de mesures de contrôle	
Mesures de contrôle planifiées <ul style="list-style-type: none"> • 1 mesure de contrôle instrumentale en contexte d'intervention planifiée 	Mesures de contrôle non planifiées <ul style="list-style-type: none"> • Aucune mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée
<p>Le registre a été instauré en mars 2018. Les données 2017-2018 ont été colligées en demandant aux chefs d'unité et aux coordonnateurs d'activités. Les données seront plus fiables pour la prochaine année.</p>	
Rapports incidents-accidents (AH-223)	
<p>Aucun AH-223 lié à l'application d'une mesure de contrôle n'a été recensé.</p>	
Plaintes	
<p>Aucune plainte liée à l'application d'une mesure de contrôle n'a été recensée.</p>	
Audits	
<p>Un audit est prévu pour l'été 2018.</p>	
Atteintes des objectifs de 2017-2018	
Objectif 1 : Déployer le protocole et la procédure dans l'ensemble des milieux d'intervention de la DA.	Atteinte
Objectif 2 : Déployer la formation à l'ensemble du personnel clinique de la DA	Atteinte partielle
Objectif 3 : Instaurer un registre d'utilisation des mesures de contrôle.	Atteinte
Objectifs pour 2018-2019	
Objectif 1 : S'assurer que la tenue du registre d'application des mesures de contrôle se fait de façon continue et rigoureuse et faire parvenir un rapport de reddition de compte trimestriel (30 juin, 30 septembre, 31 décembre, 31 mars) au comité central.	
Objectif 2 : Compléter le déploiement de la formation auprès des PAB.	
Objectif 3 : Mettre en place la formation pour les nouveaux employés travaillant auprès de la clientèle admise.	
Objectif 4 : S'assurer de l'application des recommandations de l'audit qui aura lieu en juin 2018.	
Objectif 5 : S'assurer d'obtenir les registres d'utilisation aux trois mois de la part des unités.	
Objectif 6 : Réaliser une 2 ^e démarche d'audit au courant de l'année 2018-2019.	

Instance locale du programme Jeunesse

FAITS SAILLANTS

- Réalisation d'un sondage auprès d'enfants et d'adolescent(e)s hébergé(e)s concernant leur compréhension et leurs perceptions des mesures de contrôle et de leurs impacts. Le taux de participation a été au-delà des attentes et les informations qui en ressortent influenceront les actions de l'instance locale.
- Suivi du recours aux mesures de contrôle en temps réel dans la salle de pilotage du comité de gestion du programme jeunesse qui a mené à l'élaboration de tableaux de bord efficaces.

Formation	
Nouveau personnel : <ul style="list-style-type: none"> • Intégrée au PINÉA⁴ (230 nouveaux employés formés) 	Employés déjà en poste : <ul style="list-style-type: none"> • Rappel annuel par le biais d'animation dans les équipes
Nombre de mesures de contrôle	
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total en 2017-2018 = 3961 (↑ 59%) comparativement à 2487 en 2016-2017. On observe une augmentation du recours à la contention physique force humaine et à l'isolement mais une diminution du recours à la contention mécanique. • 271 jeunes différents ont fait l'objet d'une contention alors que c'est le cas de 203 jeunes pour l'isolement. ** Il se peut qu'il y ait quelques doublons dû à des jeunes ayant transféré d'un service à un autre en cours d'année. • Cette hausse s'expliquerait par une combinaison de facteurs : présence de très grands utilisateurs dans les services en santé mentale et à l'enfance. La situation a pu être exacerbée par les enjeux suivants : instabilité du personnel, engorgement des services, événements qui ont généré un sentiment d'insécurité chez les intervenants. 	
Rapports incidents-accidents (AH-223)	
2.5X plus d'AH-223 remplis en 2017-2018 (N = 41) comparativement à 2016-2017 (N = 16). Les incidents-accidents sont survenus à 80% en unité d'hébergement et en foyer de groupe avec des conséquences mineures et temporaires.	
Plaintes	
2 plaintes liées à l'application d'une mesure de contrôle ont été traitées. L'une d'elles portant sur la durée de la contention a fait l'objet d'une mesure (rappel à des gestionnaires et un agent d'intervention de limiter la contention au temps nécessaire).	
Audits	
Les audits se font en continu par le biais du SCJ-PIJ pour les mesures de contrôle qui dépassent 30 minutes (jeunes de - de 12 ans) ou 60 minutes (jeunes de 12 ans et +). Un projet-pilote pour tester une grille d'audit dans 4 services est prévu à l'été 2018 et la planification d'audits plus ciblés en fonction du bilan du projet-pilote est prévu à l'automne 2018.	
Atteintes des objectifs de 2017-2018	
Objectif 1 : Diminuer de 2% l'utilisation des mesures d'isolement.	Non atteint
Objectif 2 : Diminuer de 2% l'utilisation des mesures de contention.	Non atteint
Objectif 3 : Taux de conformité des motifs saisis pour le recours à la contention physique de 70%.	Atteint
Objectif 4 : Ajouter des intervenants/professionnels représentatifs des coordinations et de la 1ère ligne.	Atteint
Objectifs pour 2018-2019	
Objectif 1 : S'assurer que la tenue du registre d'application des mesures de contrôle se fait de façon continue et rigoureuse et faire parvenir un rapport de reddition de compte trimestriel (30 juin, 30 septembre, 31 décembre, 31 mars) au comité central.	
Objectif 2 : Diminuer de 2% l'utilisation des mesures d'isolement.	
Objectif 3 : Diminuer de 2% l'utilisation des mesures de contention.	
Objectif 4 : Taux de conformité des motifs saisis pour le recours à la contention physique de 80%.	
Objectif 5 : Revoir la configuration de l'instance locale pour favoriser une meilleure représentativité (intervenants, acteurs décisionnels, usagers/parents partenaires) tout en permettant un travail efficace.	
Objectif 6 : Diffuser la formation aux professionnels de la 1 ^{ère} ligne.	

⁴ Programme d'intégration des nouveaux éducateurs et agents d'intervention

Instance locale du programme SAPA

FAITS SAILLANTS

- Création d'équipes pivots (trio d'infirmier(ère), de professionnel et de gestionnaire) responsable du soutien et de la formation du personnel.
- Révision de la procédure SAPA et des formulaires associés.
- Création d'un outil de communication sur les mesures de remplacement en RI.
- Consultation de la communauté de pratique des ergothérapeutes en hébergement pour obtenir des recommandations concernant la révision de la liste des mesures de contrôle autorisées en SAPA.

Formation	
Nouveau personnel <ul style="list-style-type: none"> • Tous les nouveaux employés en soins infirmiers et PAB (365) ont reçu une capsule de 1h00. 	Employés déjà en poste <ul style="list-style-type: none"> • Formation de 65 infirmières-professionnels-gestionnaires (équipes pivots) qui seront responsables de la formation du personnel.
Nombre de mesures de contrôle	
Mesures de contrôle planifiées <ul style="list-style-type: none"> • 364 mesures de contrôle instrumentales en contexte d'intervention planifiée • Augmentation de 14% des mesures de contrôle appliquées comparativement à l'an passé (N = 323). Des enjeux liés à des disparités au niveau de la déclaration des mesures de contrôle pourraient expliquer cette hausse. • 97% des mesures de contrôles ont lieu en hébergement. Nouveauté : 5 déclarations au SAD et 5 en service ambulatoire. 	Mesures de contrôle non planifiées <ul style="list-style-type: none"> • 2 mesures de contrôle instrumentales en contexte d'intervention non planifiée en hébergement
Rapports incidents-accidents (AH-223)	
<ul style="list-style-type: none"> • ↑ de près de 30% des AH-223 lié à l'application d'une mesure de contrôle (57 en 2017-2017 contre 44 en 2016-2017) en lien majoritairement avec une installation inadéquate de la mesure de contrôle. • Afin de pallier à cette hausse, l'instance locale priorisera certains centres pour former le personnel en lien avec l'installation des contentions et la diffusion de guides d'installation lors de l'activité AAPA (Approche adaptée à la personne âgée). 	
Plaintes	
Aucune plainte liée à l'application d'une mesure de contrôle n'a été recensée.	
Audits	
<ul style="list-style-type: none"> • Automne 2018 : Les 5 sites avec le plus grand nombre de contentions feront l'objet d'un audit (5 dossiers par sites – total 25 dossier - audités par les chefs à l'aide de la grille d'audit). • Printemps 2019 : Tous les sites feront l'objet d'un audit (3 dossiers minimum - 10 % du nombre de contentions seront audités pour chaque site à l'aide de la grille d'audit et de GEMBA). 	
Atteintes des objectifs de 2017-2018	
Objectif 1 : Intégrer des acteurs clés d'HND à l'instance locale	N/A
Objectif 2 : Faire le lien avec la direction SPGS pour s'assurer que les TS du SAD dans les hôpitaux sont inclus dans les formations sur les mesures de contrôle et dans leur procédure.	Atteinte
Objectif 3 : Instaurer un registre informatisé. Clinibase sera utilisé en hébergement. Le registre reste à implanter pour le SAD-RI et les SAAC.	Atteinte partielle
Objectif 4 : Cibler les centres avec le plus grand nombre de contentions pour la formation.	Atteinte
Objectif 5 : Identifier des personnes soutien dans chacun des sites pour soutenir la démarche interprofessionnelle.	Atteinte
Objectifs pour 2018-2019	
Objectif 1 : S'assurer que la tenue du registre d'application des mesures de contrôle se fait de façon continue et rigoureuse et faire parvenir un rapport de reddition de compte trimestriel (30 juin, 30 septembre, 31 décembre, 31 mars) au comité central.	
Objectif 2 : Réduire le nombre d'application des mesures de contrôle.	
Objectif 3 : Former 3500 employés sur les mesures de contrôle entre septembre 2018 et avril 2019.	
Objectif 4 : Réviser les mesures de contrôle autorisées et élaborer des guides d'installation.	
Objectif 5 : Former le personnel en lien avec l'installation des contentions par le biais de capsules AAPA.	
Objectif 6 : Intégrer le volet SAD à la Procédure Application des mesures de contrôle SAPA.	
Objectif 7 : Harmoniser la collecte de données en lien avec les contentions.	
Objectif 8 : Développer le volet communication de l'instance locale.	

Instance locale du programme SMD

FAITS SAILLANTS

- Inclusion des unités de psychiatrie et de dépendance du programme SMD situées à l'HND à la procédure SPGS afin de favoriser une pratique clinique harmonisées au sein des différentes unités de l'hôpital en matière de recours aux mesures de contrôle.
- Malgré le fait que la direction programme SMD n'autorise pas le recours aux mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée, l'instance locale déploie des efforts de relance pour s'assurer que les équipes sont informées et demeurent vigilantes par rapport à l'application de mesures de contrôle en non planifiée (urgence).

Formation	
Nouveau personnel Environ 30% des chefs ont transmis le matériel de déploiement ainsi que le protocole et la procédure à leurs nouveaux employés. Les autres chefs ont été invités à la faire d'ici le 15 octobre 2018.	Employés déjà en poste Diffusion auprès de 85% des équipes par les chefs à l'aide du matériel de déploiement (PP et aide-mémoire). La diffusion auprès des 2 équipes manquantes devrait se faire d'ici le 15 octobre 2018.
Nombre de mesures de contrôle	
Aucune mesure de contrôle n'a été appliquée.	
Rapports incidents-accidents (AH-223)	
Aucun rapport incident-accident lié à l'application d'une mesure de contrôle.	
Plaintes	
Aucune plainte liée à l'application d'une mesure de contrôle n'a été recensée.	
Audits	
Démarche d'audit prévue au printemps 2019.	
Atteintes des objectifs de 2017-2018	
Objectif 1 : Concernant l'instance locale	
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer une conseillère-cadre de la DSI attitrée à la direction programme SMD. • Intégrer des acteurs clés d'HND pour les unités de psychiatrie et de dépendance. • Intégrer des intervenants/professionnels représentatifs de chacune des coordinations de programme. 	Atteint N/A (SPGS) N/A (SPGS)
Objectif 2 : Concernant le plan de déploiement du protocole et de la procédure	
<ul style="list-style-type: none"> • Considérant l'intégration prochaine des lits en psychiatrie et en dépendance d'HND, réviser la procédure actuelle tout en respectant le protocole CIUSSS. 	N/A (SPGS)
Objectif 3 : Concernant le plan de déploiement de la formation	
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer un volet de réflexion sur l'application réelle ou non des mesures de contrôle dans la direction programme lors de la sensibilisation. • Présenter un plan de déploiement de formation pour le personnel SMD qui travaille dans les unités de psychiatrie et de dépendance d'HND. 	Non atteint N/A (SPGS)
Objectifs pour 2018-2019	
Objectif 1 : S'assurer que la tenue du registre d'application des mesures de contrôle se fait de façon continue et rigoureuse et faire parvenir un rapport de reddition de compte trimestriel (30 juin, 30 septembre, 31 décembre, 31 mars) au comité central.	
Objectif 2 : Intégrer un volet de réflexion sur l'application réelle ou non des mesures de contrôle dans la direction lors de la sensibilisation.	
Objectif 3 : Valider avec les différents services la nécessité de soumettre une révision de la procédure SMD suivant l'an 1 de son application.	
Objectif 4 : Adresser une demande à DQÉPÉ pour obtenir un rapport informatisé sur les mesures de contrôle appliquées dans les sites d'injections supervisés (SIS) pour faciliter la reddition de compte.	

Instance locale du programme SPGS

FAITS SAILLANTS

- Nécessité de réviser la procédure SPGS incluant l'unité de santé mentale suite à l'intégration de l'HND
- Révision de la composition de l'instance locale SPGS des gestionnaires et des intervenants-terrains intégrant les deux hôpitaux
- Intégration de l'HND a retardé l'implantation du protocole et de la procédure SPGS
- Mise en place des registres

Formation	
Nouveau personnel Tous les nouveaux lors de la journée d'accueil sont sensibilisés aux mesures de contrôle	Employés déjà en poste 109 personnes de l'hôpital Verdun La formation a été suspendue suite à la pénurie d'infirmières et l'intégration de HND
Nombre de mesures de contrôle	
Hôpital Verdun* : Total : 44 Mesures de contrôle planifiées : 11 Mesures de contrôle non planifiées : 33 *Environ le tiers des gestionnaires ont fourni les registres tel que demandé.	
Constats généraux : <ul style="list-style-type: none"> • Les mesures de contrôle sont utilisées de façon ponctuelle; • Les services privés sont surutilisés; • La complétion des registres reste à être mieux rédiger dans la cadre de l'amélioration continue. 	
Hôpital Notre-Dame Aucun registre répertorié pour l'année financière 2017-2018 compte tenu du transfert de l'hôpital Notre-Dame par le CHUM au CCSMTL le 27 novembre 2017. Les gestionnaires de HND ont reçu l'information sur la procédure et le registre à compléter.	
Rapports incidents-accidents (AH-223)	
CH Verdun : 1 CH Notre-Dame : 1 Lié au respect de la procédure (consentement et discussion moyens alternatifs) sans conséquence	
Plaintes	
Une plainte à l'hôpital de Verdun en traitement en juin suite à une admission à l'urgence (garde préventive).	
Audits	
Prévus à l'automne 2018 .	
Atteintes des objectifs de 2017-2018	
Objectif 1 : Instaurer rapidement l'instance locale à l'intérieur d'une structure proposée des pratiques professionnelles en respectant la composition indiquée dans le protocole des mesures de contrôle. Intégrer des acteurs clés de l'HND.	Atteint
Objectif 2 : Réviser la procédure actuelle en intégrant l'HND tout en respectant le protocole CIUSSS.	En cours
Objectif 3 : Instaurer un registre d'utilisation des mesures de contrôle. Proposer minimalement une solution temporaire.	Atteint
Objectif 4 : Prévoir des audits de dossiers dans le but d'informer les équipes de l'implantation de la procédure et du suivi du nombre de mesures de contrôle.	Non atteint
Objectif 5 : Prévoir une formation pour les chefs d'unité afin de soutenir l'implantation de la procédure locale et la gestion du changement vers une responsabilité partagée interprofessionnelle	Non atteint
Objectifs pour 2018-2019	
Objectif 1 : S'assurer que la tenue du registre d'application des mesures de contrôle se fait de façon continue et rigoureuse et faire parvenir un rapport de reddition de compte trimestriel (30 juin, 30 septembre, 31 décembre, 31 mars) au comité central.	
Objectif 2 : Poursuivre la révision de la procédure SPGS suite à l'intégration de l'hôpital Notre-Dame et des formulaires associés;	
Objectif 3 : Revoir la composition du comité instance locale de la SPGS avec des personnes clés telles que : coordonnateurs; chefs d'unité, intervenants terrains (ergo; physio, TS), provenant des 2 hôpitaux (Verdun et Notre-Dame);	
Objectif 4 : Instaurer un registre d'utilisation des mesures de contrôle dans Clinibase;	
Objectif 5 : Élaborer une formation spécifique pour les deux urgences (HND et Verdun) en priorité et les former à l'automne 2018	
Objectif 6 : Former tous les intervenants de la SPGS, afin d'appliquer de manière adéquate, la procédure, en mettant l'accent sur les mesures de remplacement.	
Objectif 7 : Réfléchir sur l'organisation et l'environnement de travail afin de pouvoir appliquer le protocole et la procédure de façon conforme.	

CONCLUSION

Le comité central a à cœur de s'assurer que le recours aux mesures de contrôle au CCSMTL respecte la sécurité et les droits fondamentaux des personnes qui suscitent l'intervention et qu'il s'intègre à une démarche rigoureuse, encadrée et professionnelle visant les meilleures pratiques et la diminution des mesures de contrôle appliquées au profit des mesures de remplacement.

L'année 2017-2018 fut marquée par l'actualisation d'un nouveau protocole et de nouvelles procédures ainsi que la consolidation du mandat et des activités des comités de vigie (comité central et instances locales). L'année qui vient marquera certainement, outre la poursuite de certaines démarches entamées en 2017-2018, le début d'une nouvelle ère en matières de recours aux mesures de contrôle au CCSMTL : celle des actions concertées entre les différentes instances locales les directions programmes, lorsque la situation s'y prête, afin d'unir les forces de chacun pour répondre aux défis et enjeux qui se vivent transversalement.

Ainsi, l'année 2018-2019 devrait permettre :

- La poursuite de la révision et la diffusion de la procédure SPGS suite à l'intégration d'HND;
- La poursuite des démarches pour la formation des médecins concernant les substances chimiques utilisées à titre de mesure de contrôle;
- La finalisation de l'implantation de registres fiables et efficaces pour les directions programmes concernées;
- La réalisation d'audits de qualité;
- La création et la diffusion d'un outil de communication destiné aux usagers et à leurs proches concernant le recours aux mesures de contrôle au CCSMTL;
- Une démarche concertée de réflexion éthique et légale concernant le paiement, la gestion et l'entretien du matériel utilisé à titre de mesures de contrôle et de mesures de remplacement. Cette démarche réunira le comité central, l'ensemble des instances locales, ainsi que la DSI, le service de consultation éthique de la DQÉPÉ et le contentieux;
- Une démarche concertée d'élaboration de guides d'installation pour certaines mesures de contrôle instrumentales ciblées. Cette démarche réunira le comité central, les instances locales SAPA, DI-TSA et MVS, DP et SPGS, ainsi que la DSI;
- Réflexion sur les indicateurs statistiques les plus pertinents pour suivre l'évolution du recours aux mesures de contrôle au CCSMTL.

Perspective de développement

Développement d'un guide des bonnes pratiques en ce qui a trait aux mesures de remplacement.

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

Québec 