

PAR COURRIEL

Sherbrooke, le 10 mars 2025

N/Réf. ADM-2025-010

Objet : Votre demande d'accès à l'information – Conclusion

Bonjour,

Par la présente, nous souhaitons répondre à votre demande d'accès à l'information datée du 7 février 2025 visant à obtenir :

- ... « Le rapport réalisé par la firme TARGE, qui avait pour mandat de faire une analyse « des failles de sécurité pouvant mettre à risque les employés de la DPSMD, les équipes médicales et les usagers bénéficiant des soins et services offerts par la DPSMD » »...

Conformément aux articles 37 et 39 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (LADOP)*, certaines parties du rapport contiennent des avis, des recommandations stratégiques et des analyses internes relatives aux risques organisationnels et aux mesures de sécurité, lesquelles sont confidentielles.

De plus, l'article 29 *LADOP* nous impose de protéger les informations dont la divulgation pourrait compromettre l'intégrité des protocoles de surveillance, des mesures de contrôle d'accès et des dispositifs de protection physique et numérique en place. Ainsi, ces sections du rapport ne peuvent être communiquées.

Par ailleurs, les articles 53 et 54 *LADOP* protègent les renseignements personnels des usagers ou permettant de les identifier par recoupement, lesquels ont donc été caviardés, conformément à l'article 5 de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux (LRSSS)*. Enfin, certaines parties du rapport contiennent des avis juridiques qui sont couverts par le secret professionnel de l'avocat. Ces sections ne peuvent être divulguées. Nous vous transmettons donc, en pièce jointe, une version caviardée du rapport demandé.

En conformité avec l'article 51 de la *LADOP*, nous vous informons que vous pouvez demander la révision de cette décision auprès de la Commission d'accès à l'information. Vous trouverez, ci-joint, une note relative à l'exercice de ce recours.

Nous vous prions d'agréer nos salutations distinguées.

Responsable de l'accès à l'information

MFB/lr

p. j. Rapport caviardé

Avis de recours

Articles 29, 37, 39, 51, 53, 54 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*

Article 5 de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*



RAPPORT D'EXPERTISE

Analyse objective des failles pouvant mettre à risque les employés et les usagers

Présenté à :

Madame Gaele Simon, Madame Nathalie Sheehan

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Direction des programmes santé mentale et dépendance

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Date : 27 janvier 2025

Confidentialité : Ce document est strictement confidentiel et destiné uniquement aux destinataires autorisés.

Sommaire exécutif

Le Centre hospitalier universitaire (CHU) Hôtel-Dieu de Sherbrooke [REDACTED]

[REDACTED] En 2024, le service d'urgence générale a reçu 5 599 visites reliées à la santé mentale, soit une moyenne de 15 visites par jour.

Problématiques principales :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Données statistiques clés :

- 30 Micro-agressions potentielles par jour au Pavillon Paul-Émile Noël;
- 3000 appels annuels au service de sécurité, dont 50% impliquent une forme de violence;
- 33 tentatives de suicides enregistrées en 2022 et 2024.

Plusieurs incidents graves ont été répertoriés, notamment :

- Un suspect armé d'un couteau ayant tenté de s'en prendre [REDACTED];
- Une patiente ayant dégainé un couteau de 30cm devant un [REDACTED];
- Un [REDACTED] frappé au visage;
- Les membres d'une famille sont montés directement dans un bureau avec une intention agressive.

Les recommandations principales sont les suivantes :

[REDACTED]

- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]

[REDACTED]

- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]

[REDACTED]

- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]

[REDACTED]

- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]
- | [REDACTED]

[REDACTED]

Table des matières

Sommaire exécutif	2
Liste des acronymes.....	7
Liste des tableaux	7
Introduction	8
1. Mandat	9
1.1 Description du mandat	9
1.2 Équipe d'experts.....	10
2. Contexte	10
2.1 Contexte DPSMD.....	10
2.2 Analyse globale des statistiques	13
2.3 Mesures de sécurité globale	14
2.4 Stratégie en prévention de la violence	15
2.5 Environnement physique	16
2.6 Activités de formation.....	20
3. Méthodologie	20
3.1 Cueillette des informations.....	20
3.2 Analyse des risques et analyse de la conformité légale et normative.....	22
3.3 Recommandations.....	23
4. Description sommaire des lieux	23
5. Entrevues	24
5.1 Service de Police de Sherbrooke.....	24
5.2 Service de Sécurité Incendie de Sherbrooke (SSIS).....	25
5.3 Entrevues avec le personnel d'intérêt.....	25
6. Mesures de sécurité globale.....	29
7. Stratégie en prévention de la violence.....	32
8. Environnement physique	34
9. Activités de formation	36
10. Interventions extérieures	39
11. Limites de l'analyse (Ici peut-être présenter les limites sous forme de «bullet point» ? ..	41
12. Conclusion	42
Bibliographie.....	44
Annexes : Documents soumis et constats	46
Annexe 1 : Plan des Mesures d'Urgence (PMU)	46
Annexe 2 : Consignes d'urgence, Hôtel-Dieu de Sherbrooke (2021).....	47

Annexe 3 : Alerte et coordination organisationnelle.....	50
Annexe 4 : Évacuation code vert.....	50
Annexe 5 : Politique d'intervention en situation de crise auprès de personnes présentant un potentiel de dangerosité immédiat (Code Blanc et SM)	51
Annexe 6 : Politique fouille et saisie sécuritaire.....	51
Annexe 7 : Procédure clinique, vérification des effets personnels et vérification des chambres.....	52
Annexe 8 : Note de rencontre, Marie-Michèle Boulanger avocate.....	52
Annexe 9 : Contrat no 2022-02-24 -Protocole d'entente – Services de Police-DSG	52
Annexe 10 : Audit Code SM ou Blanc.....	53
Annexe 11 : Procédures pour les systèmes de gicleurs, les systèmes de gicleurs sous- air et les systèmes de préaction	53
Annexe 12 : Cadre de référence en prévention de la violence.....	54
Annexe 13 : Directive sur la prévention et la gestion des événements de violence	56
Annexe 14 : Code de vie.....	56
Annexe 15 : Feuilletts d'information	57
Je m'informe, septembre 2021, Événements sentinelles.....	57
Je m'informe, janvier 2024, La prévention de la violence en milieu de travail	57
Annexe 16 : Procédure lors d'un accident CNESST à déclaration obligatoire.....	57
Annexe 17 : Déclaration électronique des incidents et accidents (AH-223-1).....	57
Annexe 18 : Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou accident – AH-223-1.....	57
Annexe 19 : Accident et incident au travail, Guide d'accompagnement du gestionnaire...58	58
Annexe 20 : Salle alternative en unité de psychiatrie légale à l'IUSMM	58
Annexe 21 : Offre de formation OMÉGA	58
Annexe 21 : La crise d'agitation : Agir sans s'agiter	59
Annexe 22 : Rapport intervention SST (CNESST) no RAP1339864, [REDACTED]	60
Annexe 23 : Rapport d'intervention SST (CNESST) no RAP1353421, [REDACTED]	60
Annexe 24 : Rapport d'intervention SST (CNESST) no RAP1361996, 29-09-21	62
Annexe 25 : Suivi d'intervention en SST, [REDACTED]	62
Annexe 26 : Suivi d'intervention en SST, secteur prévention SST (2024).....	63
Annexe 27 : 11.1.6 Actions posées – Sécurité sur les unités de SM à l'Hôtel-Dieu, m à j 2023-05-16	72
Annexe 28 : Plan d'action : Correction des risques à la santé et à la sécurité identifiés suivant une analyse de risques demandée par la CNESST	74

Liste des acronymes

CDD	Centre de dépistage désigné
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNRC	Conseil national de recherche du Canada
CRID	Centre de référence pour investigation désignée
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
GQ	Gouvernement du Québec
PMU	Plan des Mesures d'Urgence
PSI	Plan de Sécurité Incendie
RBQ	Régie du Bâtiment du Québec
RSST	Règlement sur la santé et la sécurité du travail
SM	Santé Mentale
SPCIS	Service de protection contre les incendies de Sherbrooke

Liste des tableaux

Tableau 2.1 Nombre de visites totales SM, page 11

Tableau 2.2 Incident/accident par catégorie, page 13

Tableau 13.4.1.A Unités de soins psychiatriques; Niveaux de sécurité par zone & aménagement sécuritaire, Page 18

Tableau 13.4.1.B Unités d'urgence : Aménagement sécuritaire, Page 19

Tableau 13.4.1.C Sécurité du personnel des soins psychiatriques, Page 19

Tableau 13.4.1.D. Les consultations avec les parties prenantes du projet : Suggestions de groupes de discussion, Page 20

Introduction

Dans le monde de la santé, où la compassion et les soins sont au cœur de la mission, un phénomène inquiétant prend de l'ampleur : la violence envers les employés hospitaliers. Ce problème, longtemps sous-estimé, est devenu une préoccupation majeure pour les établissements de santé, les professionnels du secteur et les autorités publiques. D'ailleurs, le gouvernement canadien s'apprête à modifier le Code criminel, par le projet de loi C-321, qui vise à obliger le tribunal à considérer les circonstances aggravantes pour la détermination de la peine, le fait que la victime de voies de fait est un professionnel de la santé ou un premier répondant.

Les incidents de violence, qu'ils soient verbaux ou physiques, touchent un large éventail de personnel professionnel, clinique et administratif. Ces agressions, qui peuvent provenir de patients, de leurs proches ou même de collègues, entraînent des conséquences graves sur la santé physique et mentale des employés, ainsi que sur la qualité des soins prodigués. Selon les informations recueillies, le Pavillon Paul-Émile Noël ainsi que l'urgence santé mentale (SM) n'échappent pas à ce phénomène. En fait, le nombre d'épisodes de violence est sous-estimé et nous observons une menace aggravée par des gestes d'agressivité plus intense, telle que l'utilisation d'arme blanche ou de fausses armes

Face à cette situation préoccupante, il est crucial de mettre en place des stratégies efficaces pour protéger les employés hospitaliers et maintenir un environnement de travail sûr et respectueux. Cette introduction ouvre la voie à une discussion approfondie sur les mesures à prendre pour lutter contre ce phénomène et assurer la sécurité de ceux qui se consacrent à soigner les autres.

Le présent rapport est le fruit d'observations sur les lieux de travail, d'analyses de documents reliés à la violence et d'entrevues menées avec le personnel clé confronté à des gestes d'agressivité.

Le chapitre 1 présente la description du mandat, le chapitre 2 la mise en contexte, le chapitre 3 la méthodologie et le chapitre 4 la description sommaire des lieux. Le chapitre 5 relate les entrevues avec les intervenants d'urgence externes et le personnel d'intérêt. Les chapitres 6 à 10 présentent le cœur de l'analyse, soit les mesures de sécurité globales, les stratégies de prévention, l'environnement physique, les activités de formation et les interventions externes. Le chapitre 11 présente les limites de l'analyse et le chapitre 12 la conclusion.

1. Mandat

1.1 Description du mandat

TARGE Risques Management a été mandaté par Madame Vickie St-Denis, Adjointe au Directeur, Direction des programmes santé mentale et dépendance, pour effectuer une analyse objective des failles pouvant mettre à risque les employés et les usagers afin d'émettre des recommandations en lien avec :

- Les mesures de sécurité globales;
- La stratégie en prévention de la violence au travail;
- L'environnement physique;
- Les activités de formation à entreprendre.

Le mandat concerne l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, situé au 580 rue Bowen Sud, ville de Sherbrooke, et porte sur les services suivants :

- Urgence Générale;
- Unité de psychiatrie légale, Pavillon Paul-Émile Noël, 7^e -8^e -9^e et 10^e étage;
- Urgence psychiatrique;
- Unité de stabilisation rapide annexée à l'urgence générale;
- Services cliniques externes (4^e -5^e -6^e étage);
- Accueil et suivi dans la communauté (3^e étage);
- Une unité de débordement.

1.2 Équipe d'experts

Les membres de l'équipe d'expert affectés au dossier sont les suivants :

- **Pierre Pilon B.Sc., B.Ed., M. Env., 3ème Env.:** Directeur Formation et Expertise Targe Risques Management, Spécialiste en Gestion des mesures d'urgence et en Sécurité Incendie ;
- **Martin Ruel B.Sc., B. Ed., MBA:** Président Targe Risques Management, Spécialiste en Évaluation des risques ;
- **Luc Blouin MAP:** Consultant Senior Targe Risques Management, Spécialiste en Interventions policières.

Collaborateurs:

- **Michel Pérusse Ph.D.:** Professeur associé Université de Sherbrooke, Spécialiste en Santé et Sécurité au Travail ;
- **François Trottier-Duclos MD, M.Sc., FRCPC:** Médecin Psychiatre, Spécialiste en Santé mentale et Dépendance ;
- **Éric Bégin T.P., B.A.A, MGP, Adm.A.:** Directeur Général Targe Risques Management, Spécialiste en Gestion des Ressource Humaines ;
- **Antoine Ortuso B.Ed.:** Directeur Adjoint Équipe de Sauvetage Technique et Expertise Targe Risques Management, Spécialiste en soins Pré-Hospitaliers.

2. Contexte

Le chapitre contexte présente un survol de la conjoncture actuel du DPSMD ainsi qu'une approche globale des sujets spécifiques reliés au mandat, soit la violence en milieu hospitalier.

2.1 Contexte DPSMD

Depuis plusieurs années, la DPSMD

La situation s'aggrave au fil des ans puisque la prévalence des troubles mentaux en Estrie est en croissance et engendre une augmentation constante de l'achalandage à l'urgence de l'Hôtel-Dieu et dans les services de proximité.

En 2024, le service d'urgence générale a reçu 5599 visites reliées à la Santé Mentale, soit une moyenne de 15 visites par jour.

Tableau 2.1 Nombre de visites totales SM

Période	Nombre de visites totales - santé mentale							
	'17-18	'18-19	'19-20	'20-21	'21-22	'22-23	'23-24	'24-25
1	479	461	464	295	357	397	388	555
2	453	501	431	365	449	463	487	397
3	428	455	475	438	452	480	443	422
4	460	479	492	464	380	466	429	448
5	471	469	513	440	474	530	425	432
6	504	486	494	513	481	474	453	351
7	476	522	515	456	483	462	458	.
8	492	485	516	511	465	487	417	.
9	463	520	501	434	477	430	453	.
10	367	431	421	369	407	361	398	.
11	433	463	471	390	392	424	363	.
12	458	489	517	403	401	430	390	.
13	446	487	515	447	535	569	495	.
Moyenne par période	456	481	487	425	443	459	431	434
Total	5 930	6 248	6 325	5 525	5 753	5 973	5 599	2 605

Toujours en 2024, la moyenne DMS Globale Pts-Civières est passée à 30,1, soit 6,2 de plus qu'en 2022-2023. En ce qui a trait à 2024-2025, sur 5 périodes répertoriées, la moyenne par période passe à 32,1.

Finalement, en ce qui touche le DMS Pts-Hospitalisés, la moyenne par période en 2023-2024 est de 63, soit 12,3 de plus qu'en 2022-2023. L'année 2024-2025 démontre pour 5 périodes une augmentation à 63,8.

Au sein du Pavillon Paul-Émile Noël, la situation des infrastructures [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]. Quant aux employés et médecins, ceux-ci sont à risque d'événements à caractère violent de la part des usagers qui fréquentent les services externes.

« Un événement sentinelle est un événement qui a eu ou aurait pu avoir des conséquences majeures sur la santé et le bien-être d'un usager ou un événement qui se produit à une grande fréquence, et qui, même si pris individuellement, n'entraîne pas de conséquence majeure. ¹ »

Or cette situation s'est produite à quelques reprises au Pavillon Paul-Émile Noël. Le [REDACTED], un suspect armé d'un couteau a tenté de s'en prendre aux agents de sécurité. Une patiente a dégainé un couteau de 30cm devant un psychiatre. Un autre psychiatre a été frappé au visage par un coup de poing. Les membres d'une famille sont montés directement au bureau d'un psychiatre avec l'intention de l'agresser. Un patient est monté au 6^e étage, sans rendez-vous et a mentionné qu'il y avait une bombe dans son sac. Heureusement aucune blessure physique n'a été recensée, mais le sentiment d'insécurité grandit et la confiance aux mesures actuellement en place s'effrite. L'introduction du même article de La Presse cite les écrits d'une lettre appuyée par 150 collègues :

« Tous les acteurs du système doivent se sortir la tête du sable, enlever leurs lunettes roses et agir pour sécuriser nos hôpitaux. »

À la suite d'une tentative de meurtre sur [REDACTED] à l'aide d'une arme blanche par un patient, [REDACTED] employés sont demeurés à leurs postes et [REDACTED] ont été placés en arrêt de travail.

« Dans les heures qui ont suivi, [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] ».

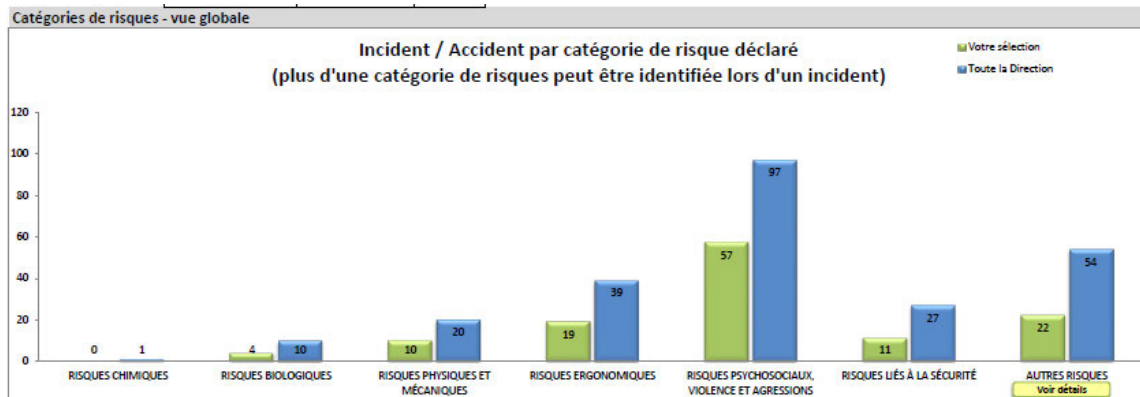
Ces situations témoignent des dommages collatéraux des impacts de la violence en santé mentale qui s'est produit en 2019 et qui sont malheureusement peu documentés.

¹ Je m'informe, Fiche d'information, (Septembre 2021) *Événements sentinelles*, (p.1), CIUSSS de l'Estrie.

2.2 Analyse globale des statistiques

Les rapports statistiques reliés à la violence au travail, intitulés « Sommaire des incidents et accidents de travail », démontrent que les risques psychosociaux, violences et agressions viennent en tête de liste des incidents / accidents.

Tableau 2.2 Incident/accident par catégorie



Toutefois, le nombre d'événements recensé est nettement inférieur à la réalité vécue par le personnel en place.

À titre d'exemple, les employés qui travaillent au Pavillon Paul-Émile Noël (étages 6 à 10) peuvent recevoir jusqu'à 30 micro-agressions par jour, non répertoriées.

De l'aveu d'un employé du Pavillon, « lorsque l'un des membres de l'équipe subit une agression quelconque, c'est toute l'équipe qui le subit. » Cette citation peut être reliée à la tentative de meurtre envers ██████████ qui avait eu des conséquences collatérales, et sur les employés, et sur les patients.

Du côté de l'accueil situé au 3^e étage, la personne sur place peut recevoir jusqu'à une dizaine de micro-agressions par jour. Quant au service de sécurité, les agents répondent à environ 3000 appels par années dont 50% sont des événements impliquant une forme de violence, mais qui ne sont répertoriées.

Quant aux médecins psychiatres, ils ne déclarent pas les incidents impliquant de la violence car ils sont confrontés à la confidentialité et secret professionnel. Cependant, ils sont régulièrement confrontés à des situations de violence à risque élevé.

des blessures physiques au personnel. En plus des conséquences au niveau physique et psychologique, les comportements violents ont aussi des implications financières importantes (3). »

Plus bas, il cite Kolajenko, Cunningham, Sachs, Gore, Barata, Gates et al. sur les risques de violence à l'urgence :

« L'unité d'urgence est un autre endroit où la sécurité de patients et du personnel est un enjeu important. La violence au travail a augmenté dans les dernières années aux États-Unis, et les services d'urgence ont été identifiés comme étant à haut risque (6). Dans une étude menée à Michigan sur les médecins d'urgence (6), plus d'un quart de médecins d'urgence et des infirmières ont rapporté qu'ils étaient victimes d'agressions physiques. Un autre auteur a montré que jusqu'au 80 % des incidents dans le milieu hospitalier se passent aux services d'urgence (7) »

Selon Fortier, L. & Carrier, A. (2021) près d'une personne sur cinq est atteinte d'un trouble mental, ce qui représente environ 15% des problèmes de santé. Elles ajoutent que « la violence vécue par le personnel dans les urgences est un facteur qui contribue à la pénurie de ressources humaines. » (p.28)

2.4 Stratégie en prévention de la violence

Une étude française parue en 2016 (Copyright 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés) traite des pratiques d'évaluation des risques de violence et des conduites à adopter destinée aux professionnels de la santé. Les deux premières phrases du résumé expriment **l'importance d'un programme de formation** face à des événements violents.

« Les professionnels de santé mentale déclarent être exposés à de plus en plus d'événements indésirables violents dans les institutions psychiatriques. Or, la baisse ressentie du niveau de formation augmente le risque d'incident, et le sentiment d'insécurité qui en découle alimente un cercle vicieux de violence. (p.608) »

Il existe un lien entre les stratégies de prévention et la formation du personnel soignant.

Fortier, L. & Dallaire, C. présentent un outil pour dépister le risque de violence. Il s'agit d'un formulaire, recto / verso qui s'intitule « Outil de dépistage du risque de violence – Soins actifs », et qui contient 3 sections.

- Section A : Indicateur de risque
- Section B : Les interventions selon le risque établi
- Section C : Les éléments déclencheurs et les interventions spécifiques

2.5 Environnement physique

Ionela L. Gheorghiu, Institut Universitaire en santé mentale, présente une étude qui s'intitule Recherche et évaluation; Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence, en santé mentale de Montréal, 2014.

Le rapport consiste en une revue de littérature scientifique qui porte sur deux sujets, soit Les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques et Les aménagements sécuritaires des unités d'urgence. Différentes sources de littérature grise ont aussi été consultées. Des entrevues auprès des parties prenantes ont été conduites afin de recueillir l'expertise opérationnelle des intervenants.

En fonction de l'objectif du mandat, cette étude aborde le sujet à l'aide de 4 questions pour les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques ainsi que les aménagements sécuritaires des unités d'urgence psychiatrique; (p.16)

1. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques de suicide et d'agression dans les unités de soins en psychiatrie?
2. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques de suicide et d'agression dans les unités d'urgence?
3. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques d'agression contre le personnel soignant dans les unités de soins en psychiatrie?
4. Quels sont les types et les caractéristiques d'aménagements physiques les plus sécuritaires pour réduire les risques d'agression contre le personnel soignant dans les unités d'urgence?

Parmi les différentes références consultées, deux d'entre elles qui sont d'origine américaine apparaissent comme étant les plus pertinentes. D'ailleurs, Ionela L. Gheorghiu s'approprie l'approche américaine sur les différents niveaux de sécurité en fonction des risques et usage des lieux, soit 5 niveaux.

Les tableaux suivants présentent un résumé des niveaux de sécurité par zone ainsi que les aménagements sécuritaires.

Tableau 13.4.1.A Unités de soins psychiatriques; Niveaux de sécurité par zone & aménagement sécuritaire²

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Types d'espace	Les zones du travail du personnel et les aires de services où les patients ne sont pas autorisés	Les salles de thérapie individuelle, les salles d'examen, les salles de thérapie de groupe, les salles polyvalentes où les patients sont beaucoup supervisés et ils ne sont pas laissés seuls pendant de longues périodes de temps	Les couloirs, les salles communes et les salles à manger où les patients peuvent passer du temps avec un minimum de supervision.	Les chambres des patients (semi-privé et privé) et les salles de bain où les patients passent beaucoup de temps seuls.	Les salles d'entrevue/admission où le personnel interagit avec les patients nouvellement admis qui présentent des risques inconnus. Le niveau 5 est aussi considéré pour les salles d'isolement.
Aménagement	<p>- installer une barrière minimale, renforcée au besoin avec du verre trempé ou installer des comptoirs plus larges</p> <p>- avoir une visibilité directe de toutes les ailes de l'unité et les zones d'activité</p>	<p>Plancher : des tapis ou des carreaux de vinyle ou des tapis antimicrobiens avec des fils teints et résistants à l'humidité.</p> <p>Murs : en bloc de béton léger, résistant à l'abrasion et des plaques de plâtre résistantes aux chocs Plafond : non accessible aux patients ou fait en tuiles acoustiques, si l'accès aux équipements est nécessaire</p> <p>Vitres : de type sécuritaire, trempé ou feuilleté; ouverture de fenêtres inférieure à 4 pouces; écran de sécurité avec un châssis en acier robuste</p> <p>Portes : durables, avec un aspect du bois; l'épaisseur d'au moins 50 mm; la majorité devrait s'ouvrir vers l'extérieur</p> <p>Quincaillerie : charnières continues de haut en bas; les ferme-porte installés en surface du côté de l'espace public; les serrures de type anti-pendaison</p>	<p>Les mêmes recommandations que pour le niveau 2, avec quelques ajustements :</p> <p>Planchers : des feuilles ou des carreaux de vinyle, des revêtements de sol sans soudure ou des tapis antimicrobiens avec des fils teints et résistants à l'humidité</p> <p>Meubles : soit confortable et de type résidentiel, avoir les bords arrondis; les caisses à livres : intégrés aux murs ou avoir les étagères fixes; les chaises en polypropylène ou les chaises légères qui ne se brisent pas en morceaux coupants ou des chaises qui peuvent être partiellement remplies de sable pour les salles d'activités. Lampes, tables basses et autres accessoires : fixés à la surface, si utilisée Téléviseurs : localisés dans des niches et fixés au mur; la longueur de leur cordon d'alimentation électrique et câble : inférieure à 12 pouces</p>	<p>Les mêmes recommandations que pour les niveaux 2 et 3, avec quelques ajustements :</p> <p>Planchers : les mêmes que pour le niveau 3, sans moulures en caoutchouc ou vinyle</p> <p>Portes : durables, l'ouverture vers le couloir; pour réduire le risque de pendaison, un dispositif sensible à la pression qui déclenche une alarme peut être installé sur le dessus de la porte</p> <p>Vitres : fenêtres extérieures en verre trempé, avec une ouverture limitée ou avec l'ouverture contrôlée par des clés spéciales ou avoir des grillages intérieurs sécuritaires verrouillés;</p> <p>Les miroirs : encadrés, en polycarbonate, verre trempé ou acier inoxydable, fixés au mur</p> <p>Éclairage : de type sécuritaire, comme pour le niveau 2; les lampes de table : déconseillées; si utilisées, doivent être conçus pour empêcher ou réduire l'accès aux ampoules ou être munis d'ampoules sécuritaires</p> <p>Meubles : en bois solide, en thermoplastique ou en composite solidement ancrés en place et de type anti-vandalisme; avoir les bords arrondis;</p> <p>L'entreposage des vêtements : dans des unités ouvertes, avec des étagères fixes, sans portes ni tiroirs, ou dans des bacs en plastique rangés dans des étagères ouvertes ou intégrées dans des meubles</p> <p>Lits : type plate-forme, non réglable, sans ressorts métalliques ni tiroirs, solidement ancrés en place, avec des matelas spécifiquement conçus, résistants aux abus et à la contamination</p>	<p>Les mêmes recommandations que pour le niveau 4, avec quelques ajustements :</p> <p>- une pièce séparée avec un accès direct de l'extérieur doit être considérée (deux portes)</p> <p>- suffisamment grande pour permettre plusieurs membres du personnel de gérer physiquement le patient si nécessaire</p> <p>- salle d'attente prévue à proximité pour les visiteurs et la famille</p> <p>- le vestibule d'entrée sécurisé avec une petite zone de casier</p> <p>- minimalement meublé; un bureau intégré ou une table qui est solidement fixé au sol ou sur les murs et contenir un tiroir verrouillé - disposition de la salle d'entrevue selon les recommandations du programme Oméga</p>

² Dans le but de ne pas alourdir le texte, nous avons retenu les aménagements sécuritaires qui s'appliquent en SM. Pour de plus amples détails, nous vous suggérons de consulter le texte original. « Hunt JM, Sine DM. Design guide for the built environment of behavioral health facilities. Distributed by the National Association of Psychiatric Health Systems. 2013 »

Tableau 13.4.1.B Unités d'urgence : Aménagement sécuritaire

Surveillance facile pour le personnel	Zones délimitées par groupe d'utilisateurs : Public/personnel/patients	Prévenir les fuites et réduire les risques des blessures	Mesures indirectes de protection pour le personnel	Autres facteurs qui influencent la sécurité :
<ul style="list-style-type: none"> - postes infirmiers avec une bonne visibilité sur l'ensemble de l'unité - configuration des aires publiques utilisant des fenêtres, des cloisons vitrées et des écrans perforés 	<ul style="list-style-type: none"> - différents matériaux, finitions, couleurs et motifs pour délimiter les zones - zones d'accueil séparées de celles de triage, de traitement ou des chambres de patients tranquilles et sécuritaires, en utilisant des plantes, des fontaines, des murs partiels, des écrans perforés - aires réservées pour les familles et les visiteurs dans la salle générale d'attente - chambre pour la transmission de mauvaises nouvelles ou pour discuter de l'information bouleversante - salles d'attente équipées avec des téléphones, des fontaines à l'eau, des toilettes, des distributeurs automatiques, de télévision et avec accès à un jardin ou une cour intérieure - des entrées séparées pour les patients qui arrivent en ambulance de celles pour les patients qui arrivent à pied 	<ul style="list-style-type: none"> - salles d'examen avec des fenêtres d'observation vers le corridor - l'environnement pour les patients psychiatriques sans mobilier ni équipement qui pourraient être utilisés en tant qu'armes 	<ul style="list-style-type: none"> - plateformes/comptoirs élevées et plus profonds du côté du personnel - sièges fixes et des surfaces d'écriture pratiques pour être utilisés en position assise - meubles ancrés en place dans les zones publiques - nombre limité d'entrées dans l'unité - détecteurs de métaux à l'entrée et recherche manuelle de personnes qui arrivent en ambulance - caméras de surveillance en circuit fermé - serrures électromagnétiques - moyens de communication bidirectionnelle - tablettes tactiles électroniques - boutons panique partout dans l'unité - systèmes d'alarme 	<ul style="list-style-type: none"> - services de sécurité dans l'unité ou juste à proximité - personnel de sécurité présent 24 heures sur 24 - système permettant d'indiquer les temps d'attente, le statut de priorité des patients, etc. - formation du personnel - soutien de la direction de l'établissement - utilisation des représentants de la famille

Tableau 13.4.1.C Sécurité du personnel des soins psychiatriques

Zones situées à l'extérieur du bâtiment	Logements sur appel	Dans les unités de soins	Autres facteurs qui influencent la sécurité
<ul style="list-style-type: none"> - bien éclairées pendant la nuit - le mobilier du jardin ancré ou très lourd - les pierres, le gravier ou le matériel qui pourrait être utilisé comme des armes : déconseillés 	<ul style="list-style-type: none"> - situés dans une zone sécuritaire - avoir l'accès bien éclairé - le bâtiment soit sécuritaire, avoir une serrure de bonne qualité à la porte d'entrée et des serrures individuelles pour chaque chambre à coucher - avoir des téléphones dans le salon et dans chaque chambre 	<ul style="list-style-type: none"> - l'environnement : vidé des éléments qui pourraient être utilisés comme des armes : les outils utilisés par le personnel d'entretien, les articles de nettoyage, les chariots et les instruments utilisés par les médecins et le personnel infirmier - surveillance des patients quand ils utilisent des équipements pour leurs soins personnels, tels que les rasoirs électriques, les sèche-cheveux et les rasoirs manuels - des alarmes encastrées situées dans toutes les zones accessibles au patient et des alarmes portatives pour le personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - la formation du personnel pour reconnaître et prévenir la violence, en utilisant des stratégies de désescalade et les techniques d'autodéfense - des modalités de soutien par d'autres employés en cas d'urgence - la vérification de routine du matériel cassable (la tuyauterie, les barres du placard) et le remplacement du matériel ou équipement existant par du matériel et de l'équipement détachable - des procédures claires pour l'utilisation du système d'alarme et sa vérification de routine - le verrouillage des portes qui peuvent donner accès aux objets tranchants - des précautions prises avant d'évaluer le patient : un chaperon (personnel infirmier ou personnel de sécurité) ou une infirmière responsable mise au courant du plan d'entrevue et les antécédents de violence chez le patient soient connus - éviter de marcher seul dans les endroits mal éclairés - l'éducation et la sensibilisation du public, de la police, des travailleurs de soins de la santé et des professionnels - une plus grande communication et coopération entre les organisations et entre les administrations

Tableau 13.4.1.D. Les consultations avec les parties prenantes du projet : Suggestions de groupe de discussion

Aménagement physique	Organisation du travail	Culture organisationnelle	Guide d'aménagements sécuritaires	Autres
<ul style="list-style-type: none"> - avoir des salles sécuritaires de relaxation et d'apaisement dans les unités psychiatriques - utiliser des luminaires non fluorescents - avoir un poste infirmier qui assure la confidentialité des dossiers et la sécurité du personnel - éviter l'aspect résidentiel des unités de traitement intensif - avoir des salles d'isolement avec des éléments apaisants et un aspect plus chaleureux 	<ul style="list-style-type: none"> - éviter la surpopulation des unités (idéalement 20 patients/unité) - établir une collaboration entre les équipes du travail (qui doivent inclure aussi le personnel d'entretien) et les gestionnaires du projet avant de lancer un projet d'aménagement - adapter les décisions de réaménagements au type d'unité et aux besoins de la clientèle - tenir compte de la prévention d'infections pendant les réaménagements pour augmenter la sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation et l'éducation du personnel pour diminuer les fausses croyances (comme celles envers les boutons-panique ou les caméras) - la formation du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - développer un guide des pratiques pour les aménagements sécuritaires des unités psychiatriques pour avoir un standard au niveau provincial qui pourrait être adapté pour chaque unité - impliquer l'ASSTSAS et la SIQ dans ce processus et des personnes avec une expérience terrain et assurer un suivi - tenir compte de rapports d'accidents et de rapports de sécurité locale 	<ul style="list-style-type: none"> - avoir des politiques judiciaires claires pour les détecteurs de métaux et l'utilisation des caméras - avoir des mesures claires pour empêcher la contrebande dans les unités psychiatriques - avoir des dérogations de la part de la SIQ concernant la fermeture des portes en cas d'alarme incendie

2.6 Activités de formation

Dans un monde en constante évolution, la formation et le maintien des compétences sont devenus des éléments cruciaux pour la réussite professionnelle et personnelle. Les employés bien formés et aux compétences actualisées sont plus productifs et innovants, ce qui les rend plus précieux pour leurs employeurs et plus compétitifs sur le marché du travail.

L'apprentissage continu stimule le développement personnel, renforce la confiance en soi et ouvre de nouvelles perspectives de carrière. Investir dans la formation et le maintien des compétences n'est pas seulement bénéfique pour l'individu, mais aussi pour les organisations et la société dans son ensemble.

3. Méthodologie

La méthodologie utilisée s'inspire de la norme ISO 19-011, particulièrement en ce qui a trait à la cueillette des informations dans le cadre d'un audit. D'abord conçue pour l'audit des systèmes de management de la qualité ou du management de l'environnement, cette norme est maintenant préconisée pour l'audit de tous les systèmes de gestion.

La démarche consiste à recueillir des informations de diverses sources, d'analyser ces informations afin de détecter des non-conformités, et de formuler des recommandations afin de corriger les non-conformités qui représentent des zones de vulnérabilité ou des risques pour l'organisation.

3.1 Cueillette des informations

En premier lieu, la cueillette des informations est un processus méthodique visant à recueillir des informations objectives sur une situation, un phénomène ou un événement; elle comporte trois types de démarches, à savoir :

i. Analyse documentaire.

L'analyse documentaire consiste à examiner attentivement et systématiquement des documents afin d'en extraire des informations pertinentes, d'identifier des tendances ou des modèles, et de tirer des conclusions éclairées. Cette étape est essentielle car la documentation permet d'identifier les normes et standards de l'organisation, et elle reflète les comportements ainsi que les processus d'intervention. Les enregistrements (rapports, formulaires remplis, compilations de données, etc.) constituent des preuves du fonctionnement du système de gestion de l'organisation et un reflet de son « état de santé ».

La partie Annexe présente 28 documents soumis avec les constats soulevés.

ii. Visite des lieux.

La visite des lieux est un moment qui permet d'évaluer et de comprendre un espace physique en lien avec la sécurité des occupants. Elle permet ainsi de transformer une perception abstraite en une compréhension concrète et opérationnelle d'un espace.

Dans le cadre du présent mandat nous avons effectué la visite des lieux suivants :

- Urgence générale;
- Unité de psychiatrie légale, Pavillon Paul-Émile Noël, 7^e -8^e -9^e et 10^e étage;
- Urgence psychiatrique :
- Unité de stabilisation rapide annexée à l'urgence générale;
- Services cliniques externes (4^e -5^e -6^e étage);
- Accueil et suivi dans la communauté (3^e étage);
- Une unité de débordement.

Nous n'avons pas été autorisé à visiter les salles d'entreposage des matières dangereuses.

iii. Entrevues.

Les entrevues avec les personnes d'intérêt permettent de s'enquérir de la situation qui est vécue par les employés ainsi que de recueillir la perception des intervenants d'urgence externes, soit les policiers ainsi que les pompiers. Ces entretiens permettent également de vérifier les écarts potentiels entre les normes et standards de l'organisation et ce qui est véritablement appliqué au quotidien.

Les groupes de personnes rencontrés sont les suivants :

- Service de Police de Sherbrooke;
- Service de Sécurité Incendie de Sherbrooke;
- Un groupe de l'Urgence Générale;
- Un groupe de l'Urgence SM;
- Un groupe de l'unité de stabilisation;
- Un groupe du Pavillon Paul-Émile Noël;

Nous n'avons pas été autorisé à rencontrer le groupe des agents de sécurité.

Divers extraits de ces rencontres sont utilisés dans les prochaines sections pour illustrer certains constats ou pour faire état des suggestions du personnel.

3.2 Analyse des risques et analyse de la conformité légale et normative

L'étape suivante comporte deux démarches principales. Premièrement, l'analyse des risques consiste à identifier les situations dans lesquelles il y a une probabilité que survienne un événement indésirable pouvant entraîner des conséquences importantes pour l'organisation ou pour les personnes qui la composent.

Deuxièmement, l'analyse de la conformité légale et normative vise à vérifier dans quelle mesure l'organisation se conforme aux lois, règlements et normes qui s'appliquent à elle dans un domaine donné, et dans quelle mesure elle se conforme à ses propres normes et standards de pratique dans le même domaine.

Ces deux analyses servent à identifier des constats et des non-conformités :

i. Constats.

Ces observations permettent d'établir des faits concrets, sans interprétation ni jugement, qui serviront de base aux étapes de non-conformité et éventuellement à des recommandations. Les constats fournissent une base pour la prise de décision, les résolutions de problèmes et l'amélioration continue.

ii. Identification des non-conformités.

L'identification des non-conformités est un processus essentiel dans le domaine de la gestion de la qualité et de l'amélioration continue. Elle consiste à repérer et à documenter tout écart par rapport aux normes, procédures ou spécifications établies au sein d'une organisation. Une fois identifiées, les non-conformités doivent être analysées pour en comprendre les causes profondes. Cela permet ensuite de mettre en place des actions correctives et préventives appropriées, contribuant ainsi à l'amélioration continue de l'organisation.

Les sections 6 à 10 ci-dessous présentent les constats de non-conformités qui ont été identifiées dans chacun des volets du présent mandat.

3.3 Recommandations

Les recommandations sont le but ultime de la présente démarche. Elles visent à améliorer la sécurité, la qualité des services ainsi qu'à instaurer de bonnes pratiques afin de mieux protéger les usagers et les employés. Cette étape s'inscrit dans un processus d'amélioration continue et tient compte des pratiques contemporaines dans le domaine de la sécurité des occupants. Comme pour les constats et non-conformités, les recommandations pour chacun des volets du mandat se retrouvent dans les sections 6 à 10.

4. Description sommaire des lieux

Le CHU Hôtel-Dieu de Sherbrooke est le 4^e plus grand centre hospitalier du Québec. Il est situé au centre-ville de Sherbrooke et a été fondé en 1888 (Sherbrooke Hospital).

L'Hôtel-Dieu de Sherbrooke³ assume des missions de soins, enseignement, recherche et évaluation des modes d'intervention. Il dessert une clientèle locale et régionale en soins généraux et spécialisés.

Le service de Santé Mentale (SM) possède 95 lits, tel que prescrit au permis. La répartition des lits est la suivante :

- Urgence générale : 5 lits réservés pour la santé mentale (A1 à A8) ainsi que 7 lits de surcapacité. Ce service a déjà reçu jusqu'à 16 patients SM.
- Urgence SM : 12 lits. Ils ont déjà reçu jusqu'à 14 patients SM.
- Unité stabilisation rapide : 9 lits, 1 de surcapacité, en réalité on parle de 12 à 15 patients SM.

Le Pavillon Paul-Émile Noël est un bâtiment détaché relié par un tunnel et une passerelle au bâtiment principal. Il consiste en :

- Unité de débordement 6^e étage : 12 lits.
- 7^e étage, unité médicolégale : 10 lits légaux, 5 lits soins intensifs, 2 lits de surcapacité.
- 8^e étage : 28 lits, 1 lit de surcapacité.
- 9^e étage : 29 lits, 2 lits de surcapacité.
- 10^e étage : 27 lits, 2 lits de surcapacité.

³ <https://quebec.cioc.ca/record/CQE1493?UseCICVw=62>

- Si le Service de Police de Sherbrooke doit intervenir sur une situation à risque élevé, ces derniers [REDACTED]
[REDACTED]

5.2 Service de Sécurité Incendie de Sherbrooke (SSIS)

La rencontre s’est déroulée en présence du Chef à la prévention et du Chef de division des opérations. L’application des codes et normes en vigueur est sous la responsabilité des inspecteurs de la Régie du Bâtiment (RBQ). Cependant, le Service de Sécurité Incendie de Sherbrooke est responsable de tout ce qui touche le volet intervention.

Les discussions ont permis de relever les éléments suivants :

- Le SSIS n’a reçu aucun document incluant le Plan de Sécurité Incendie de l’Hôtel-Dieu;
- Sans documentation, il est difficile d’obtenir une bonne interopérabilité;
- Les relations entre les responsables de la sécurité et le SSIS démontrent une bonne collaboration;
- Le traitement des dossiers par la RBQ est à deux vitesses, soit en mode urgence ou en traitement régulier qui peut se concrétiser entre 4 et 6 mois;

5.3 Entrevues avec le personnel d’intérêt

Durant les visites des lieux, les experts ont rencontré plusieurs personnes d’intérêt et ont pu échanger sur l’aspect de sécurité globale. Le résumé des témoignages recueillis est présenté sous forme d’énumération, soit des puces carrées :

Pour le secteur du Pavillon Paul-Émile Noël:

- [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED] ■ [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED] ■ [REDACTED]
- 75% des personnes rencontrées n’ont pas confiance aux agents de sécurité;

- Le phénomène de non-confiance est présent chez les psychiatres qui n'hésitent pas à promouvoir l'appel directement au 911 en situation d'urgence;
- [REDACTED]
[REDACTED]
- Il est fréquent de retrouver des usagers dans les cages d'escalier qui consomment des substances illégales;
- Des adjointes ont clairement mentionné qu'elles ont un sentiment d'insécurité, principalement dû au fait que [REDACTED]
[REDACTED]

Pour le secteur Urgence SM :

- Les employés déplorent le manque de sécurité et de confidentialité des postes de garde;
- Les employés déplorent la proximité des usagers dus à la surpopulation des lieux;
- Les employés déplorent le manque de facilité pour l'hygiène des usagers;
- Le temps de réponse des agents de sécurité est considéré comme étant rapide.

Pour l'Urgence Générale :

- Les préposés et infirmières font face à un nombre de cas en SM plus élevé [REDACTED]
[REDACTED];
- Les patients SM sont susceptibles de [REDACTED] pour la sécurité des employés de l'urgence;
- Les patients SM sont alités à proximité des autres patients;
- Les lieux ne sont pas aménagés pour recevoir des patients SM;
- Le poste de garde est [REDACTED] et manque de confidentialité.

5.4 Entrevues avec un psychiatre

Lors d'une entrevue avec un psychiatre, externe au CIUSSS et Professeur adjoint de clinique, au département de psychiatrie et d'addictologie, l'Université de Montréal ce dernier a eu l'amabilité de nous partager un document qui s'intitule « Recommandation du comité pour la sécurité dans les départements de psychiatrie ». Le document est présenté par l'association des psychiatres du Québec (octobre 2021).

Le comité s'est penché sur la hausse de la violence en milieu psychiatrique et a formulé des recommandations en s'appuyant sur trois angles différents, soit :

- Sécurité relationnelle;
- Sécurité procédurale;
- Sécurité physique.

Sécurité relationnelle :

- Formation adéquate du personnel des départements de psychiatrie, selon un programme de type Omega, visant la pacification et la désescalade ;
- Mise à jour régulière de cette formation ;
- Personnel stable, régulier, expérimenté ;
- Ratio de personnel/patient optimal, y compris le personnel infirmier et les préposés ;
- Présence d'agents d'intervention (code blanc), dédiés aux unités de psychiatrie, à proximité ou directement sur place, formés aux approches de pacification de type Omega (Coss, D. J. et coll., 2016) ;
- Équipe de professionnels et de gestionnaires bien identifiés et dédiés à la supervision/counseling/gestion de la sécurité (Coss, D. J. et coll., 2016) ;

Sécurité procédurale :

- Affiche à l'entrée illustrant les objets interdits tels qu'objets coupants ou tranchants, substances toxiques, drogues/alcool, armes blanches ou armes à feu, cordes ou lacets, etc. (NAPICU 2016 ; Abela-Dimech, F. et coll., 2017) ;
- Registre des agressions afin d'en dégager les caractéristiques/facteurs de risque, apporter les correctifs nécessaires, et permettre de faire un suivi au long cours sur l'efficacité des mesures mises en place ;
- Utilisation d'échelles de mesure du risque de violence à court terme comme DASA (Ogloff J. R. P. et Daffern M., 2006)
- Judiciarisation des comportements de violence tels que menaces et agressions physiques, si la situation clinique le justifie ;
- Entente de procédure avec les services policiers balisant les indications de leur présence sur les unités psychiatriques (Wisconsin Department of Health Services, 2017) ;

- Identification du niveau de besoins sécuritaires en psychiatrie légale, par exemple par l'utilisation de l'outil *Dundrum* (Flynn et coll., 2011).⁴

Sécurité physique :

- Bureau d'entrevue, avec deux portes d'accès dans les lieux à haut risque, exempt de matériel pouvant servir à menacer ou blesser ;
- Portes de bureau d'entrevue ne pouvant pas être verrouillées ;
- Portes avec fenêtres, ou autre ouverture permettant de voir l'intérieur du bureau, sans angle mort ;
- Lieux bien éclairés, idéalement par une lumière naturelle (Ulrich et coll., 2018) ;
- Caméras de surveillance pour l'observation des endroits communs non visibles par le personnel (Ray, I. et Simpson, A. I. F., 2019) ;
- Casiers de dépôt pour les effets personnels, verrouillés, à l'intention des patients et des visiteurs, avant l'entrée sur une unité (Ray, I. et Simpson, A. I. F., 2019), en consultation externe ou à l'urgence psychiatrique ;
- Système d'alarme dans les bureaux d'entrevue ou sur la personne, avec réponse rapide par des membres du personnel à proximité. Test régulier de ce système afin de s'assurer de son bon état de fonctionnement ;
- Portiques avec détecteur de métal aux endroits à haut risque (ex. : salle d'urgence), avec du personnel de sécurité attiré à son opération ;
- Matériel de protection à la disposition du personnel de sécurité pour les interventions à haut risque.

⁴ Solution potentielle: Évaluation systématique du risque de violence à l'aide d'outils standardisés et validés. Recommandation tiré de PRÉSENTATION sur PAR Anne Crocker, PhD, INPLPP Dre Kim Bédard-Charette, Psychiatre légiste, INPLPP Dre Stéphanie Borduas Pagé, Psychiatre légiste, IUSMM Mme Véronique Fugère, DPSMDI, IUSMQ

6. Mesures de sécurité globale

Les mesures de sécurité globale consistent en une approche multidimensionnelle regroupant un ensemble d'actions et de dispositifs visant la protection des professionnels de la santé, du personnel ainsi que des usagers. L'approche multidimensionnelle prend compte de l'analyse de vulnérabilité, de la mise en place de mesures de prévention, de préparation, d'intervention et de rétablissement. Plusieurs moyens technologiques sont mis en place pour assurer la sécurité des lieux, soit :

- La surveillance ;
- Le contrôle d'accès ;
- Les alarmes d'intrusion.

L'approche holistique des mesures de sécurité globale se base sur des principes directeurs reconnus :

- Approche de gestion de risque;
- Action en amont pour prévenir et atténuer les menaces;
- Assurance de la cohérence des actions;
- Promotion de l'entraide;
- Application des valeurs de rigueur, transparence, responsabilité et collaboration.

Lors de la visite nous avons été témoin de deux événements à caractère violent, soit une alerte à la bombe et une agression violente sur une infirmière. Les rencontres ont fait ressortir d'autres événements, soit une menace avec un couteau à l'urgence, une menace avec un couteau de 30 cm, [REDACTED], la présence de fausses armes à feu, des intrus qui consomment dans les cages d'escalier et de multiples tentatives de suicide à l'Urgence Générale.

Les analyses effectuées pour ce volet du mandat ont permis de dégager les constats et non-conformité suivants :

a) Constats

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

b) Non-conformités

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Ces constats et non-conformités amènent à formuler les recommandations suivantes :

c) Recommandations

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

- [REDACTED]
- [REDACTED]

Ces constats et non-conformités amènent à formuler les recommandations suivantes :

c) Recommandations

- [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]

8. Environnement physique

L'aménagement physique joue un rôle crucial dans la sécurité des lieux. Un environnement bien conçu peut significativement réduire les risques et améliorer la sûreté globale. Un aménagement physique réfléchi non seulement renforce la sécurité, mais contribue également à créer un environnement plus agréable et fonctionnel pour tous les utilisateurs.

Les analyses effectuées permettent d'en arriver aux constats et non-conformités suivantes :

a. Constats

Urgence Générale:

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Urgence SM:

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Unité de stabilisation rapide:

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Pavillon Paul-Émile Noël:

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

b. Non-conformités :

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Basé sur ce qui précède, on peut formuler les recommandations suivantes :

c. Recommandations

Urgence Générale;

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Urgence SM;

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Unité de stabilisation rapide;

- [Redacted]
- [Redacted]

Pavillon Paul-Émile Noël;

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

9. Activités de formation

En ce qui a trait aux activités de formation, les informations recueillies ainsi que leur analyse amènent à formuler les constats et non-conformités suivants :

a) Constats

- i. [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Urgence Générale:

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

Urgence SM:

■ [REDACTED]

Unité de stabilisation:

i. [REDACTED]

Pavillon Paul-Émile Noël:

i. [REDACTED]

Agents de sécurité:

■ [REDACTED]
[REDACTED]

■ [REDACTED]

■ [REDACTED]

■ [REDACTED]
[REDACTED]

■ [REDACTED]
[REDACTED]

b) Non-conformités

Le travail des agents de sécurité est encadré par un texte de loi⁵ :

« La loi sur la sécurité privée, S-3.5 (à jour le 3 octobre 2024) détermine les champs d'application. La section II, Permis d'agent, détermine les conditions d'obtention d'un permis d'agent de sécurité, permis qui doit aussi être détenu par son supérieur;

16. La personne physique qui exerce une activité de sécurité privée ainsi que son supérieur immédiat doivent être titulaires d'un permis d'agent de la catégorie correspondant à cette activité.

L'applicant à une demande de permis d'agent doit satisfaire les conditions de l'article 19 :

19. Le requérant doit satisfaire aux conditions suivantes:

⁵ Puisque nous n'avons pas été autorisé à interviewer les agents de sécurité, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer qu'ils ont suivi une formation en conformité avec le règlement.

- 1° avoir la formation exigée par règlement;
- 2° avoir de bonnes mœurs;
- 3° ne jamais avoir été reconnu coupable, en quelque lieu que ce soit, d'une infraction pour un acte ou une omission qui constitue une infraction au Code criminel (Lois révisées du Canada (1985), chapitre C-46) ou une infraction visée à l'article 183 de ce Code créée par l'une des lois qui y sont énumérées, ayant un lien avec l'exercice de l'activité pour laquelle il demande un permis, à moins qu'il en ait obtenu le pardon;
- 4° être âgé d'au moins 18 ans;
- 5° toute autre condition déterminée par règlement.

La formation des agents de sécurité doit être au minimum de 70 heures tel que prescrit par le chapitre S-3.5, r. 2, Règlement sur la formation exigée pour l'obtention d'un permis d'agent pour l'exercice d'une activité de sécurité privée. L'article 1 établit le nombre d'heures de formation en fonction des rôles et responsabilités des agents :

1. La formation exigée pour l'obtention d'un permis d'agent pour l'exercice d'une activité de sécurité privée est la suivante:

- 1° pour le gardiennage, avoir réussi, dans un programme de gardiennage en sécurité privée, au moins 70 heures de cours pour lesquels une attestation de formation est délivrée par un centre de services scolaire ou par une commission scolaire;
- 2° pour l'investigation, soit avoir réussi le cours «Initiation aux techniques d'enquête et d'investigation» d'une durée de 135 heures offert dans un établissement d'enseignement collégial, soit être titulaire d'un diplôme d'études collégiales en techniques policières ou d'un baccalauréat en sécurité et études policières obtenu au cours des 5 ans précédant la demande de permis ou leur équivalent reconnu par le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie;
- 3° pour les activités exercées dans le cadre de la pratique de la serrurerie, être titulaire d'un diplôme d'études professionnelles en serrurerie ou son équivalent reconnu par le ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport;
- 4° pour le convoyage de biens de valeur, avoir réussi une formation sur le maniement des armes à feu et le recours à la force donnée par l'École nationale de police du Québec ou par un moniteur qualifié par elle. »

Les programmes de formation des agents de sécurité incluent les éléments de compétence suivants :

- Milieu, fonction, législation et normes de comportement (durée de 30 heures)
- Procédures en situation d'urgence (durée de 24 heures)
- Secourisme en milieu de travail reconnu par la CNESST (durée de 16 heures)

Le contenu des cours de formation de base pour les agents de sécurité ne traite pas spécifiquement des particularités des interventions avec des usagers en SM.

Les constats et non-conformités ci-dessus amènent à formuler les recommandations suivantes :

c) Recommandations

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

10. Interventions extérieures

Certaines activités en SM exigent que les employés se déplacent à l'extérieur des locaux pour deux fonctions différentes, soit l'escorte d'usager vers une cour de justice et la visite à domicile des usagers pour les suivis externes.

Des infirmières doivent effectuer des visites à domicile pour effectuer le suivi avec les usagers qui sont en processus de réintégration sociale. L'infirmière utilise son propre véhicule pour les déplacements.

- [REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]
- [REDACTED]
[REDACTED]

11. Limites de l'analyse

L'analyse objective des failles pouvant mettre à risque les employés et/ou les usagers permet d'approfondir le phénomène de violence envers les employés de l'Hôtel-Dieu, plus spécifiquement en lien avec la santé mentale (SM).

Cependant, certaines contraintes ont été identifiées, ce qui pourrait limiter l'exactitude de l'ampleur du phénomène de violence vécue par le personnel en fonction.

Tout d'abord, les statistiques de violence au travail sont nettement sous-estimées. Cette affirmation s'appuie sur les entrevues menées durant la visite des lieux avec les membres du personnel exposés à des actes de violence. Plusieurs témoignages recueillis démontrent que le nombre d'actes de microviolence (terme utilisé par l'une des personnes interviewées) n'est pas colligé dans les rapports statistiques à cet effet. De plus, la culture de confidentialité de la profession psychiatrique place ceux qui subissent la violence dans une position conflictuelle entre le secret professionnel, et la divulgation d'acte de violence. Puisque la cueillette de donnée est incomplète quant au nombre d'actes de violence et surtout aux diverses circonstances qui entourent la prolifération de ses actes, les stratégies de prévention proposées pourraient ne pas tenir compte d'éléments collatéraux.

Ensuite, certains documents demandés par les experts en lien avec la sécurité des occupants sont soit inexistants ou ne nous ont pas été remis. Il s'agit du Plan de Sécurité Incendie (PSI), du Plan des Mesures d'Urgence (PMU, mise à jour 2015) et des plans de couverture par les systèmes de

caméras de surveillance. De plus, l'accès à la salle contenant [REDACTED] ne nous a pas été autorisé.

En ce qui a trait aux conclusions les membres de l'équipe d'experts basent leurs opinions d'abord sur des éléments législatifs et normatifs. Si un tel encadrement n'est pas applicable, ils se réfèrent aux bonnes pratiques utilisées dans des milieux similaires. Le mandat ne présente aucun besoin de divulgation de conflit d'intérêts car aucun des membres de l'équipe ne détient des intérêts personnels au présent dossier.

Finalement, les objectifs de l'analyse n'incluent pas l'évaluation des niveaux de compétence des ressources affectées à la sécurité des personnes ainsi qu'à la gestion des mesures d'urgence en lien avec le présent mandat.

Malgré la présence des limites identifiées, le groupe d'experts est en mesure de cibler les forces et faiblesses de la situation actuelle et de présenter des recommandations qui visent une meilleure protection des occupants envers les actes de violence.

12. Conclusion du rapport

En conclusion, le rapport d'expertise Analyse objective des failles pouvant mettre à risque les employés et les usagers au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke révèle [REDACTED] [REDACTED] particulièrement dans les services de santé mentale.

Il serait judicieux de retenir les éléments contextuels suivant:

1. Une augmentation significative des visites liées à la santé mentale et des durées moyennes de séjour, mettant une pression accrue sur les infrastructures et le personnel;
2. Des incidents violents récurrents sont observés, allant des micro-agressions quotidiennes aux événements graves impliquant des armes :
3. Il y a une sous-déclaration importante des incidents violents, masquant l'ampleur réelle du problème;
4. Des infrastructures vieillissantes et inadaptées compromettent la sécurité des patients et du personnel;
5. Un sentiment croissant d'insécurité parmi le personnel, affectant potentiellement la qualité des soins.

Les principaux enjeux à considérer afin de diminuer les actes de violence sont les suivants :

1. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]
 - [REDACTED]

Bibliographie

Asli, K.D. et Bernarc, C. (2014), *La crise d'agitation : Agir sans s'agiter*. Le médecin du Québec, Volume 49, numéro 6, juin 2014

Bergeron, É. (2023), L'Association paritaire ASSTSAS, *Assurer sa sécurité face à l'agressivité au travail*.

Conseil National de Recherches Canada, RBQ, (2010), *Code de sécurité du Québec – Chapitre VIII – Bâtiment et code national de prévention des incendies – Canada 2010 (modifié)*.

CSA Z731, (2014), *Planification des mesures et interventions d'Urgence*.

Fortier, L. et Carrier, A. (2021). *Les incontournables en santé mentale à l'urgence*. Soins d'urgence, 2(2), 23–31. <https://doi.org/10.7202/1101811ar>.

Fortier, L. et Dallaire, C. (2020). *Un outil pour réduire la violence à l'urgence*. Soins d'urgence, 1(1), 20–23. <https://doi.org/10.7202/1102106ar>.

Publications Québec, ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale, (2024), *Loi sur la sécurité privée*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-3.5>

Publications Québec, ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale, (2024), *Règlement sur la formation exigé pour l'obtention d'un permis d'agent pour l'exercice d'une activité de sécurité privée*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-3.5,%20r.%202%20/>

Publications Québec, ministère de l'Emploi et de la solidarité sociale, (2024), *Règlement sur la santé et la sécurité du travail*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/s-2.1,%20r.%2013>

Ionela, L. Gheorghiu, (2014), Recherche et évaluation, *Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence*, Institut Universitaire en santé mentale de Montréal.

K'ourio, H., Gourevitch, R, Noël-Lamotte, V. et Launay, K. (2016), *Rédaction d'un guide pratique d'évaluation des risques de violence et des conduites à adopter destiné aux professionnels de santé*, Annales Médico-Psychologiques 174 (2016) 608–614.

La Presse, (18 novembre 2019), « *Sécurité dans les hôpitaux : Il faut que les gens comprennent le niveau de violence* ».

Ministère de la Sécurité publique (2018), *Préparer la réponse aux sinistres : Guide à l'intention du milieu municipal pour l'établissement d'une préparation générale aux sinistres*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (25 mars 2004), *Manuel de planification des mesures d'urgence pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*.

Norme nationale du Canada CAN/CSA-ISO 19,011 :03 (ISO 19,011 :2002) « *Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management de la qualité et/ou de management environnemental* ». Association canadienne de normalisation, 2003.

Perron, A., Jacob J.D., Beauvais, L., Corbeil, D. et Bérubé, D. (2015) *Identification et gestion de la violence en psychiatrie : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité*. *Rech Soins Infirm*, Mar;120:47-60.

RBQ, (2013), *Code de sécurité, Chapitre VIII, Bâtiment*.

Annexes : Documents soumis et constats

Annexe 1 : Plan des Mesures d'Urgence (PMU)

Le document que nous avons reçu s'intitule Plan Local des Mesures d'Urgence Hôtel-Dieu.

La rédaction initiale a été effectuée en 2012. Une seule mise à jour du document a été faite en 2015.

Le chapitre VI du « Manuel de planification des mesures d'urgence pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux », ministère de la santé et des services sociaux (2004) est dédié à la révision du PMU. La section 1, « Une révision nécessaire », évoque que le processus de révision est établi dans le temps et planifié à l'avance.

« On procède habituellement à une révision de la planification des mesures d'urgence selon un calendrier prédéterminé par le comité de planification ou à la suite de nombreuses mises à jour. » (p.216)

La norme CSA Z731, Planification des mesures et interventions d'Urgence (2014), établit que les révisions devraient être au minimum exécutées sur une base annuelle. « Le PIU⁶ doit être tenu à jour par le biais de revues annuelles (ou plus fréquentes) et d'activités de détermination des dangers réalisées à intervalles réguliers. » (p.17)

Il faut faire une distinction entre un Plan de Sécurité Incendie (PSI) et un PMU.

Le PSI est une obligation légale et vise la protection des occupants en cas d'incendie, surtout face à un danger qui nécessite l'évacuation des lieux ou un confinement.

Le PMU est élaboré pour faire face à des sinistres majeurs et tracer la voie vers la continuité des opérations d'une organisation.

Le ministère de la Sécurité publique, « Préparer la réponse aux sinistres; Guide à l'intention du milieu municipal pour l'établissement d'une préparation générale aux sinistres (2021) définit le sinistre comme suit :

« Événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles (il convient de considérer que dans cette définition, les

⁶ PIU; Plan d'intervention d'urgence

notions de phénomène naturel, de défaillance technologique ou d'accident découlant ou non de l'intervention humaine correspondent à la notion d'aléa). » (p.83)

Note : le ministère de la Santé et des Services sociaux, via le site internet <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-mesures-d-urgence/> , onglet Sécurité civile, réfère au site internet du ministère de la Sécurité publique, <https://www.quebec.ca/securite-situations-urgence/securite-civile/activites-formation> , pour la formation sur les Mesures d'Urgence

Annexe 2 : Consignes d'urgence, Hôtel-Dieu de Sherbrooke (2021)

Durant notre visite et les entrevues avec le personnel, nous avons eu accès à une version datée du printemps 2024. Toutefois, cette version n'est pas disponible sur l'intranet et il ne nous a pas été possible de la consulter. La version 2024 était tout de même en circulation et entre les mains des employés. Il apparaît que le contrôle des directives / procédures nécessite une plus grande vigilance.

a) Alarme incendie (p. 4-5-6-7) (Code rouge)

- Les directives ne font aucunement mention du dénombrement des occupants;
- Les directives ne font aucunement mention de la gestion des visiteurs dans les locaux, aucune tâche de chercheur n'apparaît dans les directives;
- L'utilisation des ascenseurs est proscrite lors d'une alarme incendie, comment l'évacuation des personnes à mobilité réduite se fait elle;
- Les directives sont somme toute générales, elles ne font pas mention des usagers en zone d'isolement;
- Les directives ne font pas mention des usagers que l'on doit mettre en contention;
- Les directives ne font pas mention des usagers qui sont en garde à vue.

b) Colis suspect ou alerte à la bombe (p.11-12) Code noire)

- À la réception de l'appel, article 4, on fait référence à une annexe. À l'annexe, aucun formulaire n'est présent;
- L'article 5 spécifie d'éviter de parler de l'appel avec les collègues. En fait, les premiers intervenants qui sont habiletés à reconnaître un colis suspect sont ceux qui travaillent sur les lieux, car ils connaissent l'organisation des dits lieux;
- À Découverte d'un colis suspect, l'article 3 requiert d'éloigner les occupants sur une distance de 30 pieds (environ 9m). Dans le Pavillon Paul-Émile Noël ainsi qu'aux urgences, il s'agit d'une évacuation partielle.

- À Annonce d'un appel à la bombe, article 2, on demande de procéder à la vérification de votre secteur. Cette directive est vague, imprécise.

c) Déversement de matières dangereuses (p.13-14) (Code brun)

- À Surveillant en établissement, article 1, on demande aux surveillants de se diriger vers les lieux avec un chariot d'intervention, quelle est la formation des surveillants en ce qui a trait aux déversements de matières dangereuses;
- À l'article 3, on demande d'établir un périmètre de sécurité de 30 pieds (environ 9,1m). Dans le Pavillon Émile-Noël ainsi qu'aux urgences, il s'agit d'une évacuation partielle.
- À l'article 5, on demande de localiser les fiches de données de Sécurité (FDS). Où sont-elles?
- Dans la section Cadre de garde, article 3, on demande de ventiler la pièce vers l'extérieur. Cette action devrait être faite à la suite de la consultation de la FDS;
- Article 4, fiche signalétique devrait être changée pour FDS;
- À la section Si une personne est éclaboussée par le produit, il n'est aucunement mention des procédures de décontamination d'urgence, douche d'urgence, de protection des intervenants contre la contamination secondaire.

d) Disparition ou fugue (p.15) (Code jaune)

- Dans une situation de disparition ou fugue, l'élément essentiel est la rapidité à laquelle la disparition ou fugue est identifiée. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- Dans une telle situation, [REDACTED]
[REDACTED]

e) Évacuation (p.16-17-18) (Code vert)

- Dans la Section Employé, la directive favorise une évacuation horizontale au départ et si nécessaire une évacuation verticale vers l'étage situé en dessous. Cette pratique est courante dans les services hospitaliers. Toutefois, aucune mention n'est faite de la possibilité d'évacuer les étages au-dessus de l'étage de l'incendie.
- À l'article, comment se fait le dénombrement?
 - La directive ne donne aucune précision sur les usagers en isolation;
 - La directive ne donne aucune précision sur les usagers en contention;
 - La directive ne donne aucune précision sur les usagers en détention.

f) Fuite ou odeur de gaz (p.19-20)

- Il n'y apparaît pas d'indice qui explique comment détecter une fuite de gaz (odeur, sifflement).
- Il n'y apparaît pas d'indice qui pourrait indiquer ce qui pourrait sembler être une fuite de gaz;
- Dans la section Surveillants d'Établissement, à l'article 3, établir un périmètre de sécurité de 30 pieds (environ 9,1m), il s'agit d'une évacuation partielle.
- Dans la section Si une Personne est incommodée, il faudrait changer fiche signalétique pour Fiche de Données de Sécurité.

g) Fuite toxique externe (p.22) (Code gris)

- Dans la section Surveillants en Établissement, article 2, il n'y a pas de référence à un local pour le rassemblement des visiteurs;
- Dans la section Cadre de Garde des Services techniques, article 3, avec quoi peut-on vérifier la qualité de l'air?
- Dans la section Coordonnateur des Mesures d'Urgence, article 3, il n'y a pas de directives écrites sur les procédures de confinement complet;

h) Panne ascenseur (p.23)

- Dans la section Cadre de garde des Services techniques, article 3, qui communique avec le fournisseur de service;
- À l'article 5, est-ce que tous les surveillants possèdent la formation nécessaire au fonctionnement manuel des ascenseurs;

i) Panne électrique (p.24)

- Dans la section Employé, il n'est aucunement mentionné de rapporter la panne;
- En situation de pannes électriques, est-ce que des mesures de sécurité additionnelle doivent être mises en place [REDACTED];

j) Situation de violence (p.26-27) (Code blanc)

- La directive n'inclut pas le modus operandi de l'équipe d'intervenants Code Blanc, soit l'aspect le plus important qui est de nommer au départ un team leader afin de prendre charge de l'événement.

- k) Usage menaçant d'une arme à feu / Tireur actif (p.29-30) (Code argent)
- L'expression tireur actif est maintenant remplacée par tueur actif;
 - Dans la section Surveillant en Établissement, ces derniers doivent remettre une copie des plans, la question est la suivante, ou sont les plans?

Annexe 3 : Alerte et coordination organisationnelle

Deux documents ont été produits en 2023, version 8. Les deux documents s'adressent aux gestionnaires de garde ou du service touché. L'un s'applique durant la période des heures régulières, soit du lundi au vendredi, de 08 :00 h à 16 :00 h. Le second s'applique les soirs, les nuits, les fins de semaine et jours fériés.

- Le premier coup d'œil donne l'impression d'un document trop chargé. Il y a lieu d'alléger les consignes ou de les reproduire sur une page de plus grande dimension;
- À la seconde page des deux documents, la liste des événements qui nécessitent de déclencher l'alerte obligatoire inclut l'Alerte à la bombe.

NOTE :

Durant notre visite, un usager a mentionné qu'il avait une bombe dans son sac. Les membres du personnel sur place ne connaissaient vraisemblablement pas la procédure d'alerte. De plus, l'agent de sécurité qui a répondu 16 minutes plus tard, ne connaissait pas non plus quelle était la procédure à appliquer.

Annexe 4 : Évacuation code vert

Le document consiste en deux pages (recto verso). Aucune date n'apparaît sur le document. Il s'agit d'un résumé sur l'évacuation des lieux. Il est mentionné dans la partie stratégie lors d'évacuation de prioriser les usagers directement situés dans la zone à risque, favoriser une évacuation horizontale. Si la situation dégénère, il faut envisager l'évacuation verticale.

La priorité d'évacuation doit privilégier les patients ambulants, ensuite les semi-ambulants et finalement les cas lourds.

- Le document ne fait aucunement mention des rôles et responsabilités durant une évacuation;
- Le document ne fait aucunement mention du dénombrement des occupants;

- Il est coutume effectivement dans les établissements de soins de santé de prioriser une évacuation horizontale toutefois, il faut considérer que les usagers seront déplacés dans des corridors ou dans les halls d'entrée, ce qui peut nuire au déploiement des pompiers ou des forces de l'ordre selon la situation.

Annexe 5 : Politique d'intervention en situation de crise auprès de personnes présentant un potentiel de dangerosité immédiat (Code Blanc et SM)

Le document a été produit en 1999 et révisé en 2009.

- La documentation (politique ou opérationnelle) devrait être révisée sur une base régulière, même si les principes s'appliquent intégralement;
- Le libellé du titre de la section 4.2 porte à confusion, il laisse croire que ce chapitre s'adresse aux personnels de la sécurité. [REDACTED];
- À l'annexe 1, Composition des équipes d'intervention en situation de crise, Code Santé Mentale, une équipe devrait être composée de 7 intervenants pour assurer une intervention sécuritaire. Lors de notre visite, ce ne sont pas tous les préposés qui ont reçu la formation pour une intervention Code Blanc. De plus, le temps de réponse des agents de sécurité pourrait compromettre une intervention sécuritaire et rapide.

Annexe 6 : Politique fouille et saisie sécuritaire

Le document a été adopté en mars 2016 et a été produit par le CISSS des Laurentides. Selon les informations obtenues, ce document sert de politique au SM.

- La documentation (politique ou opérationnelle) devrait être révisée sur une base régulière, même si les principes s'appliquent intégralement;
- Lors de la révision, la politique devrait être adaptée au SM, tant à l'urgence générale, l'urgence SM ainsi qu'au Pavillon Paul-Émile Noël;
- À la section 2, il est mentionné qu'une procédure découle de cette politique. La procédure n'est pas jointe à la politique;
- La politique ne fait pas mention des objets ou substances illégales qui pourraient être saisis lors du processus de fouille. La mention de les remettre au service de police apparaît seulement dans l'annexe 1, définitions;
- À l'annexe 1, la section définition, Substances illicites, les exemples incluent le cannabis;

Annexe 7 : Procédure clinique, vérification des effets personnels et vérification des chambres

Le document est daté de 2023 en première page et en 2024 dans les pages suivantes. (Note de bas de page). Le document a été produit pour le Centre Jean-Patrice-Chiasson.

- Lors de la révision, la politique devrait être adaptée au SM, tant à l'urgence générale, l'urgence SM ainsi qu'au Pavillon Paul-Émile Noël;
- La section 4, contexte de vérification, présente la procédure de fouille systématique selon les conditions appliquées par le Centre Jean-Patrice-Chiasson;
- À la section 5, Modalités de vérification, Pendant, il n'est pas mentionné que les gants de sécurité doivent être portés.

Annexe 8 : Note de rencontre, Marie-Michèle Boulanger avocate

Le document intitulé « Note de la rencontre » est daté de 2023. Il s'agit d'un document de 2 pages.

- [REDACTED]
- [REDACTED]

Annexe 9 : Contrat no 2022-02-24 -Protocole d'entente – Services de Police-DSG

Ce document est présenté sous forme de projet. Il n'est actuellement entériné par aucune partie citée en page 1. Le document date de 2022. Le projet Contrat no 2022-02-24 lie 5 services de police au CIUSSS de l'Estrie et le CHU de Sherbrooke.

Le document explique les sujets suivants :

- Objet de l'entente;
- Les engagements;
- Les responsabilités des parties;
- Les rôles et responsabilités en situations ciblées;
- Les obligations;
- Les personnes responsables;
- La durée de l'entente;

- Les dispositions générales, et :
- Le descriptif de 21 situations d'urgence qui pourraient se produire avec les rôles et responsabilités du CIUSSS et des services de police.
- Le document n'est actuellement pas entériné;
- Pour le personnel du CIUSSS impliqué dans ses événements, il serait souhaitable de regrouper les événements dont les actions sont similaires afin de faciliter l'accès aux actions à entreprendre;

Annexe 10 : Audit Code SM ou Blanc

Il s'agit d'un formulaire recto – verso utilisé pour évaluer la performance des membres de l'équipe d'intervention sous forme de simulation.

- Le document requiert une date ainsi que les noms des participants et des auditeurs;
- Une section est réservée à la description du scénario d'intervention;
- Les scénarios sont variés et présentent différentes situations plausibles auxquels les employés peuvent être confrontés;
- Les critères d'observation sont en lien avec la formation et déploiement des ressources;
- Les différents types d'intervention sont identifiés, et évalués en fonction des actions des intervenants face aux différents scénarios;
- L'évaluation des critères est simple et facile à appliquer sous forme de bonhomme sourire, l'interprétation est probablement BON, Moyen, et à AMÉLIORE.

Annexe 11 : Procédures pour les systèmes de gicleurs, les systèmes de gicleurs sous-air et les systèmes de préaction

Le document est daté de 2014 et une révision a été faite en 2016. L'objectif premier du document est d'identifier et de localiser les valves de contrôle des différents systèmes de gicleurs afin de pouvoir fermer rapidement l'alimentation en eau à la suite d'un incendie ou à la suite d'un bris de tête. Le second objectif est de transmettre une référence aux gestionnaires de projet qui auraient à intervenir avec les systèmes de gicleurs existants. (as built)

- À la section introduction (p.2), il apparaît un texte surligné en jaune PS il n'y a pas de valve VSI-052, sans aucune autre explication;
- À la section VSI-022 (p.17) [REDACTED]
[REDACTED]

- À la section VSI-041 (p.27), [REDACTED]
[REDACTED];

Annexe 12 : Cadre de référence en prévention de la violence

Le document est daté d'octobre 2019.

- Puisque le document a été élaboré en 2019, soit avant la crise de Covid-19, il est pertinent de se questionner sur l'état actuel de la violence au travail vécu par les employés ainsi que les usagers à la suite de la pandémie;
- À la section 2, Objectifs (p.10), il n'est pas mentionné que le cadre pourrait tenir compte des aménagements physiques des lieux pour améliorer la prévention de la violence;
- À la section 6, Principes Directeurs (p.14), 3^e paragraphe, gestion proactive, et 5^e paragraphe, le droit de porter plainte, ses principes ne mentionnent pas l'importance de tenir à jour la comptabilisation des événements à caractère violent;
- À la section 7.1 Statistiques évocatrices, les chiffres présentés datent de 2015 et ne sont pas spécifiques au service SM.

NOTE : Selon les informations recueillies, les agents de sécurité répondent à environ 3000 interventions par an, dont la moitié impliquent une forme de violence. Les psychiatres, pour la plupart des situations, ne rapportent pas les actes de violence dont ils sont victimes. En ce qui a trait aux employés, ces derniers mentionnent qu'ils peuvent faire face à une trentaine d'actes de microviolence par jour.

- À la section 7.4, l'aménagement physique (p.17), le paragraphe ne fait aucune mention des mesures pouvant contribuer à protéger les employés en ce qui touche [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- À la section 7.5, le développement et le maintien des compétences (p.17 & 18), il est mentionné que le nouvel employé doit acquérir les compétences de base dès son arrivée en service. Or les témoignages recueillis en SM soulèvent que ce ne sont pas tous les employés qui sont formés OMÉGA, et pourtant, ils œuvrent dans un milieu où la violence est présente;
- À la partie 8, Une approche globale en prévention de la violence, ligne 5 (p.19) la phrase fait référence à un guide d'accompagnement aux gestionnaires en présence de la violence. Lorsque nous avons demandé à avoir accès à ce guide, nous avons reçu une seule feuille

qui présente trois étapes avec un dessin d'engrenage. Les informations de la feuille ne concordent pas avec les sections du chapitre 8;

- À la partie 8.2.4, L'aménagement physique (p.21-22) très peu sinon aucune alternative de piste de solution, n'est présenté sur l'aménagement et la disposition des locaux des infirmières et des préposés.

NOTE :

De plus, l'aménagement actuel du Pavillon Émile-Noël permet aux usagers

- À la partie 8.3, Prévention de la violence (p.22-23), plusieurs guides sont disponibles pour accompagner les gestionnaires face à ce risque, qui est de plus en plus présent. Cependant, les guides ne mettent pas l'emphase sur la dénonciation et la comptabilisation des événements à caractère violent, sur les causes de cette violence, et sur les impacts directs et collatéraux lorsqu'ils se produisent.
- À la section 9.1, Rôles et responsabilités des Directeurs (p.23), 5^e point de forme, soit favoriser la sécurité en autorisant la mise en place de système de sécurité, dans le contexte actuel de recrudescence de violence, cette responsabilité devrait être traité en priorité.

NOTE : Il a été porté à notre attention que le service de sécurité avait élaboré un plan de contrôle d'accès qui touche le Pavillon Émile Noël. Nous avons demandé à avoir accès à ce document afin de pouvoir analyser les objectifs et les approches préconisées pour améliorer la sécurité des employés et des usagers.

Ce document ne nous a pas été remis.

- À la section 9.5, Direction des services techniques (p.25) point de forme no 1, les services techniques doivent fournir des services conseils en matière de mesures de sécurité. Le service technique est un allié important dans l'aménagement des lieux et au niveau des contrôles d'accès.
- À la section 9.7, Rôles et responsabilités des Employés, (p.27), point de forme no 7, Déclarer l'événement survenu. Or, la majorité des événements à caractère de violence ne sont pas déclarés.

Annexe 13 : Directive sur la prévention et la gestion des événements de violence

La directive est datée de 2022.

- À la section 3, Mise en contexte (p.2), début du 6^e paragraphe, une intervention de la CNESST de mettre à jour et de coordonner diverses actions dans des installations ciblées. Ce constat démontre l'importance grandissante de la violence au travail;
- À la section 4, Objectifs, premier point de forme, ligne 3 (p.3) il est mentionné que le déploiement des bonnes pratiques en matière de prévention de la violence sont basées sur les meilleures données probantes à l'appui. Pourtant, la majorité des gestes de violence ne sont pas répertoriés;
- À la section 7, Principes directeurs (p.5-6), 1^{er} et 2^e point de forme, il est écrit que le CIUSSS de l'Estrie-CHUS applique une politique de violence zéro, que toute violence est inacceptable, et d'encourager les intervenants à dénoncer. Sur ce dernier point, les événements à caractère de violence ne sont pas tous dénoncés;
- À la section 9.3, Les formations appropriées (p.8), les employés travaillant en SM n'ont pas tous reçu la formation de prévention de la violence et de la prise en charge de situations de violence;
- À la section 10.1.2 Fréquence d'exercice de déploiement Code Blanc (p.9-10), la directive n'oblige l'exercice Code Blanc qu'annuellement;
- À la section Historique des versions (p.14), on constate que le Comité de Direction n'a pas entériné le document;
- À l'annexe C, Type de déploiement (p. annexe C), le descriptif du déroulement en situation de code blanc est bien détaillé, mais ce descriptif n'apparaît pas dans le manuel de consignes d'urgence Hôtel-Dieu, pages 26 et 27 (version 2021).

Annexe 14 : Code de vie

Le code de vie a été révisé en octobre 2024. Il est conçu pour les services de réadaptation avec hébergement en santé mentale pour le Centre Jean-Patrice-Chiasson.

- À l'article Accès aux corridors, aux chambres et aux escaliers (p.6), il n'est pas clairement indiqué si les zones [REDACTED]

Annexe 15 : Feuillet d'information

Je m'informe, septembre 2021, Événements sentinelles

Le document est un feuillet recto verso qui est identifié comme étant une fiche d'information. Plus spécifiquement, cette fiche explique ce qu'est un événement sentinelle accompagné des actions à poser par les employés.

Les informations ne traitent pas si un événement nécessite une enquête policière

Je m'informe, janvier 2024, La prévention de la violence en milieu de travail

Le document est un feuillet recto verso qui est identifié comme étant une fiche d'information. Plus spécifiquement, cette fiche explique la prévention de la violence en milieu de travail.

À la section Vrai ou Faux, question no 4 (p.1-2), la réponse permet de prendre connaissance de l'importance de déclarer les incidents à caractère violent;

Annexe 16 : Procédure lors d'un accident CNESST à déclaration obligatoire

Il s'agit d'un feuillet d'information, recto verso qui est daté de mai 2016. Il explique les mesures à prendre lors d'un accident de travail qui remplissent les conditions de l'article 62 de la LSST.

Annexe 17 : Déclaration électronique des incidents et accidents (AH-223-1)

Le document est un feuillet recto verso daté de 2023. Le feuillet explique ce que l'employé doit déclarer lorsqu'un usager rencontre les conditions prescrites (tout événement non souhaité qui a nui ou aurait pu nuire à la santé de l'usager) et comment le faire.

Annexe 18 : Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou accident – AH-223-1

Il s'agit d'un document de 4 pages. Ce dernier n'est pas daté. Le document sert de référentiel afin de remplir le formulaire AH-223-1. Les sections sont bien détaillées.

Annexe 19 : Accident et incident au travail, Guide d'accompagnement du gestionnaire

Le document sert de guide pour informatiser sur SAFIR les causes et circonstances d'un accident du travail des employés du CIUSSS. La version est datée de 2021.

Le gestionnaire peut faire appel à un préventionniste en cas de besoin afin d'effectuer une enquête plus approfondie. Cela soulève un questionnement quant aux habiletés du gestionnaire d'effectuer l'enquête à la suite d'un accident-incident au travail. Dans bien des secteurs d'activité, l'enquête est conduite en partenariat entre le gestionnaire et un préventionniste afin de maximiser la collecte de donnée pour ensuite appliquer des mesures correctives adéquates.

Annexe 20 : Salle alternative en unité de psychiatrie légale à l'IUSMM

Le document a été rédigé par une criminologue rattachée à L'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM). Il s'agit d'une présentation sous forme de puce (bullet point).

Le contenu consiste à présenter les principes sous-jacents à l'aménagement d'une salle alternative incluant l'aménagement ainsi que les matériaux utilisés. L'accès à la salle alternative utilise le même sas que la salle d'isolement.

Le document n'est pas daté, mais à la section Recherches sur les salles alternatives dans les milieux de psychiatrie légale, cette présentation a été transmise en 2023.

- Le point à retenir est que le sas qui sert d'accès à la salle alternative sert aussi d'accès à la salle d'isolement.

Annexe 21 : Offre de formation OMÉGA

Une lettre sous forme de Note datée de juin 2014, présente l'offre de service de formation OMÉGA aux gestionnaires cliniques. La missive explique les niveaux de formation ainsi que les prérequis en termes d'exposition aux risques de violence. Les conditions d'inscription sont les suivantes :

- obligation de compléter la formation AVANT d'intégrer un secteur à risque élevé de situation de violence;
- obligation de compléter la formation dans un délai d'un mois pour intégrer un secteur à risque élevé de situation de violence;

- urgence de formation à la suite d'un événement sentinelle ou d'un événement en santé et sécurité au travail (SST) avec plan d'action ayant une échéance dans l'année en cours.

Le programme a été élaboré sous forme de quatre niveaux de compétences à atteindre.

- Jour 1 (J1) est axé sur la prévention;
 - Jour 2 (J2) mise sur la protection;
 - Jour 3 (J3) donne des outils sur l'intervention;
 - Jour 4 (J4) porte sur la gestion de crise de violence en équipe.
-
- Les places sont limitées à 2 participants par groupe, ce qui ne suffit pas à la demande;
 - Les employés en SM et à l'urgence générale ne sont pas tous formés OMÉGA pour faire face à un événement impliquant de la violence;

Annexe 21 : La crise d'agitation : Agir sans s'agiter

Il s'agit d'un article qui s'inscrit dans une approche de formation continue. Il a été rédigé par Asli, K.D. et Bernarc, C. et est daté de juin 2014⁷.

L'article présente un scénario fictif d'une patiente agitée et des mesures qui peuvent être prises par le personnel soignant. L'article réfère à plusieurs tableaux qui résument l'évaluation de la situation ainsi que les actions possibles d'être appliquées.

Tableau I : Grille de potentiel de dangerosité du patient agité;

Tableau II : Évaluation psychiatrique sommaire du patient agité;

Tableau III : Causes des états d'agitation;

Tableau IV : Préparation pour la prise en charge d'une crise d'agitation;

Tableau V : Choix de traitement de l'agitation selon la cause;

Tableau VI : Molécules les plus utilisées dans le traitement de l'état d'agitation.

- L'article présente les 10 règles d'or de la désescalade;
- L'article met l'accent sur l'usager et le comportement de l'intervenant;
- Aucune information n'est reliée aux aménagements physiques des lieux;
- En ce qui a trait à la formation, l'article se réfère au programme OMÉGA.

⁷ Le médecin du Québec, Volume 49, Numéro 6, 6 juin 2014

Annexe 22 : Rapport intervention SST (CNESST) no RAP1339864, [REDACTED]

Il s'agit d'un rapport de la CNESST en lien avec un une agression physique envers 2 agents de sécurité qui s'est produite à l'urgence SM.

- À la section chronologie des événements (p.3), il est mentionné que 2 agents de sécurité interviennent avant que ne soit déclenché le code blanc;
- L'activation du code blanc a été déclenchée à la suite de l'agression;
- Un tableau résume les facteurs qui ont contribué à l'événement incluant le constat ainsi qu'une recommandation pour chaque facteur;
- Un poste d'infirmière a été rajouté pour les quarts de soir et de nuit;
- Il est relevé que [REDACTED]
[REDACTED]

Annexe 23 : Rapport d'intervention SST (CNESST) no RAP1353421, [REDACTED]

Ce rapport fait suite au rapport no RAP1339864 en date du [REDACTED]. Il consiste en un suivi de la part de la CNESST qui vise la vérification de l'application de la LSST et de la réglementation applicable aux risques d'agression de la part des usagers envers les travailleurs en SM.

Voici le résumé des observations et des informations recueillies :

- Le poste d'accueil est principalement utilisé par les PAB. Les travailleurs y effectuent des tâches administratives, l'accueil et l'enregistrement des usagers et la fouille des effets personnels des usagers. Les usagers se rendent au poste pour y effectuer des demandes au personnel quant à leurs besoins personnels, soient articles pour l'hygiène personnelle, repas et autres.
- La hauteur du poste d'accueil (côté usager) est d'environ 4pi. Il y a une surface de travail pour les travailleurs avec des objets nécessaires à l'exécution des tâches. Le comptoir utilisé par les travailleurs est à une hauteur pour le travail en position assise.
- Sur la surface de travail, il y a des objets tels que cartable, classeurs de plastique, machine servant à l'enregistrement des usagers. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- Deux portes battantes d'une hauteur d'environ 4pi permettent d'accéder au poste d'accueil. Lors de mon passage, ces portes sont maintenues ouvertes en tout temps.

- Derrière le poste d'accueil, il y a le poste infirmier. Il s'agit d'un poste fermé. Les travailleurs y accèdent par deux portes coulissantes.
- Une porte coulissante est située à même le poste d'accueil tandis que l'autre porte est accessible par l'aire d'observation. Les portes coulissantes peuvent être fermées et barrées en cas de besoin. Lors de mon passage, les portes coulissantes sont maintenues ouvertes en tout temps.
- Dans le poste infirmier, il y a un poste informatique près de la porte coulissante donnant sur l'aire d'observation. Lorsqu'un travailleur est à ce poste informatique, il est dos à la porte coulissante.
- Mme Brennan mentionne que le poste infirmier a déjà servi d'endroit pour un repli stratégique où s'étaient réfugiés les travailleurs lors d'une désorganisation d'un usager. Ce dernier était entré dans le poste d'accueil.
- L'aire d'observation derrière le poste infirmier compte trois civières disponibles pour les usagers. Il y a deux lits fixes situés contre un mur.
- L'employeur mentionne qu'avant la pandémie de la COVID-19, l'unité pouvait accueillir jusqu'à 18 usagers à la fois. Toutefois, depuis le début de la pandémie, le nombre maximal d'usagers est fixé à 12.
- S'il y a davantage d'usagers pour l'unité, l'urgence physique de l'hôpital accueille les usagers. Il peut, après analyse de l'état physique et mental des usagers, avoir un échange d'usagers entre l'urgence de santé mentale et l'urgence physique. L'employeur ne connaît pas les procédures, la formation des travailleurs et l'organisation du travail dans l'urgence physique en lien avec les usagers nécessitant des soins pour troubles de santé mentale.
- Tel qu'indiqué dans le précédent rapport d'intervention, il y a une procédure de fouille qui a été élaborée depuis peu dans l'unité. Cette procédure n'inclut pas la procédure de fouille des effets personnels des usagers qui se présentent dans l'unité. Toutefois, l'employeur mentionne que les effets personnels sont systématiquement fouillés au poste d'accueil. Le travailleur effectuant la fouille doit porter des gants en cuir et kevlar. Il doit faire la fouille à même le sac de l'usager, le cas échéant.

Plusieurs situations ou aménagements physiques des lieux peuvent représenter un risque d'agression pour les travailleurs et mener à des blessures, notamment :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

L'inspecteur a émis une dérogation, Dérogation no 1 afin que l'employeur procède à une analyse des risques d'agression et de violence de la part des usagers fréquentant l'urgence SM.

Annexe 24 : Rapport d'intervention SST (CNESST) no RAP1361996, 29-09-21

Le rapport fait suite au rapport no RAP1353421. Suite aux informations transmises par l'employeur en ce qui a trait à la dérogation no 1, l'inspecteur considère que le dossier est en cours et que la date d'expiration du délai est le 28-12-21.

Annexe 25 : Suivi d'intervention en SST, [REDACTED]

Le document s'intitule Service de prévention et réductions des risques liés à la SST (PRRSST). Il s'agit d'une demande transmise au service de prévention afin de présenter des recommandations à la suite d'un incident où un usager du 9^e étage est entré en crise, a arraché une demi-porte et s'est enfui par l'ascenseur en présence d'une employée.

La conseillère en prévention SST a fait les recommandations suivantes :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Recommandation poste d'accueil/infirmier

[REDACTED]

Annexe 26 : Suivi d'intervention en SST, secteur prévention SST (2024)

Le rapport est une demande adressée au service de prévention SST à la suite d'événements de violence envers les employés de la clinique externe du Pavillon Émile Noël. Il s'agit d'incidents répétés d'agressivité verbale envers les agentes administratives et secrétaires, la présence de fausses armes et d'un crachat au visage.

Plusieurs éléments sur la sécurité des usagers et des employés sont relevés dans ce rapport.

Persomes :

Travailleurs :

- 50% du personnel des cliniques externes a été formé OMEGA. À la fin du mois de décembre, 100% de l'équipe sera formée OMEGA

- Surveillant d'établissement présent sur les trois quarts de travail au Pavillon Paul-Émile Noël. On nous mentionne qu'en raison d'un manque de main-d'œuvre, le surveillant d'établissement est parfois déplacé dans un autre secteur, tel que l'urgence en santé mentale ou dans l'Hôtel-Dieu, ce qui laisse le Pavillon à découvert. Il arrive parfois que le quart ne soit pas comblé, donc aucune présence d'un surveillant.
- Différents professionnels de la santé tels que TS, psychologues, psychoéducateurs, infirmières, ergothérapeutes, spécialistes en activités cliniques et des médecins psychiatres.
- Leur sentiment de sécurité est affaibli à la suite des événements de violence des derniers mois.

Équipements et environnement :

- Plusieurs entrées au Pavillon Émile-Noël : Passerelle, portes 54, 55, 56, 60, aile 8.
 - Portes extérieures (55, 56, 60) verrouillées [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED]. Des communications seront émises lorsque le moyen aura été défini par l'organisation.
 - Porte 54 verrouillée en tout temps
 - Poste d'accueil à l'entrée du Pavillon Paul-Émile Noël à la porte 55
 - Carte magnétique [REDACTED]
[REDACTED]
- Les cliniques externes sont situées sur les étages 3-4-5-6 du Pavillon. Il y a une salle d'attente par étage. Le comité aviseur de la DPSMD avait émis des recommandations sur l'aménagement optimal des salles d'attente.
- Le bureau des secrétaires médicales sur les étages 4 et 5 a une vision sur la salle d'attente/ ascenseurs/ escaliers
- [REDACTED]
- Certains bureaux qui servent de lieu de rencontre pour les usagers sont « personnalisés » (cadres, objets personnels, etc.) et contiennent beaucoup d'objets. Le travailleur se trouve parfois au fond du local/bureau.
- Il y a des salles de consultation disponibles sur réservation, mais en nombre insuffisant. Bien qu'il y ait eu une densification des locaux, le nombre d'employés a augmenté, alors il n'y a pas plus de bureaux libres/il manque de place.
- Il y a des salles de rencontre multi, disponible à chaque étage pour les rencontres.

Pratiques organisationnelles :

- Plusieurs types de clientèles se promènent et se croisent dans le Pavillon Paul-Émile Noël autant la clientèle ambulatoire que la clientèle hospitalisée. Les différentes trajectoires de soins sont « mélangées » sur les étages de cliniques externes.

- Trajectoires de soins :

- Psychotique

- Trouble alimentaire

- Trouble anxieux

- Trouble de l'humeur

- Absence d'un protocole de sécurité pour les usagers problématiques qui arrivent dans le Pavillon Paul-Émile Noël et démontrent des signes précurseurs de violence. Certains usagers sont connus et leur présence est avisée dès l'arrivée dans le Pavillon (signalement à l'agent de sécurité). Cependant, il peut arriver que l'individu ne soit pas signalé s'il n'est pas vu immédiatement.
- La mentalité de l'équipe envers la clientèle (banalisation)
- Lorsque les usagers se présentent pour un rendez-vous avec un professionnel (TS, inf, ergo, psychologue), ils montent directement à l'étage correspondant et attendent dans la salle d'attente. Lorsqu'ils ont rendez-vous avec leur médecin psychiatre, ils s'enregistrent à la réception/accueil et montent ensuite dans la salle d'attente.
- Méconnaissance des Codes Blanc/SM vs le rôle des boutons panique pour les cliniques externes.
- Les cliniques externes ne participent pas au comité vigie en prévention de la violence du Pavillon Émile-Noël (initié par l'intrahospitalier).

La section analyse présente quelques cas extraits des formulaires incidents – accidents répertoriés début 2024. Les faits relatés démontrent jusqu'à quel point le contrôle d'accès est à réévaluer.

Circulation d'usagers et salles d'attente

En regardant dans les déclarations d'incidents-accidents du travail, plusieurs situations de violence sont déclarées sur les étages des cliniques externes. La majeure partie concerne les agentes administratives et secrétaires médicales du secteur qui font le premier contact avec les usagers. En effet, au 3e étage, à l'entrée 55 du Pavillon, les agentes administratives accueillent les usagers pour leur rendez-vous avec des médecins psychiatres – se référer au rapport d'intervention SST du 21 juin 2024 à ce sujet. L'utilisateur [REDACTED] apparaît dans plusieurs déclarations avec une intervention régulière de l'agent de sécurité.

Voici des extraits des formulaires incidents-accidents qui ont été répertoriés depuis le début de l'année 2024, avec [REDACTED] - le numéro de dossier [REDACTED]

Extrait 1 – 2024-[REDACTED]

[REDACTED] a cogné au secrétariat local HD-5529 exigeant un rendez-vous, sans se nommer ni nommer avec quel médecin. Le patient est agité ++, est en sueur ++ et n'a aucune écoute. Nous devons répéter que nous avons besoin de son nom ou sa carte d'hôpital afin de savoir qui il est et le nom de son médecin. Monsieur finit par nous présenter sa carte d'hôpital et nous dire que son nom est [REDACTED], tout en s'en allant de notre porte se dirigeant vers les ascenseurs en se plaignant haut et fort que nous ne pouvions pas lui donner RV.

Trouvons alors qu'il est un patient du Dre [REDACTED], lui expliquons qu'elle est présentement en vacances et que nous ne pouvons pas lui donner rendez-vous étant donné que ce sont les MD qui donnent eux-mêmes leur RV. Pt s'agite, répète haut et fort que nous ne pouvons pas lui donner RV, qu'il exige un RV, le tout en refermant lui-même notre porte. C'est à ce moment que [REDACTED] appelle la sécurité étant donné l'état d'agitation du pt et parce que nous connaissons celui-ci dû à un évènement similaire qui s'est produit le [REDACTED] [REDACTED] où celui-ci avait dû être escorté de la réception à notre bureau par la sécurité. Réouvrons la porte pour lui expliquer que nous allons le recontacter dès que Dre [REDACTED] nous donnera une plage horaire de RV à son retour de vacances. Pt ne semble pas nous écouter, s'agite, continue à parler seul haut et fort se dirige vers la salle d'attente, puis revient vers nous en nous disant de lui poster son RV. Repart de nouveau vers la salle d'attente et revient avec un énorme sac de style militaire ou camping vert kaki, puis sort un gros fusil de style Nerf ou fusil à eau (vert fluo, bleu et orange) en nous disant en riant « ahahah c'est pas un vrai ». Pt range l'arme dans son sac et part en vitesse vers la cage d'escalier en face de notre bureau. L'agent de sécurité est arrivé quelques secondes après que le pt soit parti. Nous dirigeons l'agent vers la cage d'escalier en lui mentionnant que le pt venait de partir dans les escaliers et une pte assise dans la salle d'attente spécifie que le pt est parti vers le haut. Apprenons plus tard que celui-ci a été retrouvé au 10e étage.

Extrait 2- 2024-[REDACTED] (Même évènement que l'extrait 1)

Pt se présente devant moi, très agressif, me film en me parlant, meut voir son md immédiatement. Devient très en colère quand je lui explique que c'est pas possible. Devient désorganisé, lance les masques par terre, pitch les stylo vers moi. Me sacre après, menaçants verbalement et physiquement, crache, entre sa tête par le vitre, qui n'est pas fermé, et menace doigt et me traite de tout sorte de nom. De plus avant cet évènement il a appelé tr Ensuite il

est monté voir les secrétaires, à sorti une fausse arme. Était très agressif en sortant criait et bourrassait en ouvrant les portes.

Extrait 3- 2024

se présente à l'accueil Santé Mentale pour un rendez-vous. Il me donne sa carte et me demande de l'étamper pour qu'il est son rendez-vous. Qais s'est souvenu de son visage et m'a demandé d'appeler la sécurité, car il ne peut pas se promener seul à cause de multiples incidents dans le passé. agent de la sécurité, se présente sur place et se met un peu à l'écart, près du patient, pour le surveiller. Il n'a aucun rendez-vous dans le système et aucun rendez-vous en injection. Le patient commence à s'impatienter, il prend mon petit appareil qui allume en bleu quand je suis en appel téléphonique, le regarde et le lance un peu plus loin sur mon bureau. Qais lui demande d'arrêter de faire ça, moi je me dis que pendant ce temps, au moins, il ne fait rien de plus grave. Je fini par réussir à parler à Dre qui dit qu'elle n'a aucun rendez-vous avec le patient, mais va tout de même le voir au Suivi Intensif. Le patient revient vers moi, entre une partie de la tête et son bras entier dans le bureau par la fenêtre d'accueil. Sur le coup, j'ai eu peur et ressenti une menace quand j'ai vu qu'il avait quelque chose dans la main, jusqu'à ce que je vois que c'est un "lighter" qui ressemble un peu... comme à un pistolet à colle chaude, en plus petit et plus épais. J'avoue que j'ai eu peur qu'il l'allume pour me faire peur, mais il ne l'a pas fait. Je lui ai redonné sa carte et je lui ai dit d'aller à la porte du Suivi Intensif pour aviser sa présence et que Dre va descendre le rejoindre. Il est ensuite parti dehors, accompagné de l'agent de sécurité. (Est-ce ici que s'arrête l'extrait 3?)

Les événements répertoriés ici mentionnent que le patient en question amène avec lui une fausse arme et tente de faire peur aux employés avec celle-ci. Le sentiment de sécurité des employés est alors affaibli. Ce même patient peut se présenter à tout moment avec des objets pouvant servir d'armes et les pointer sur les employés.

La procédure dit que les usagers qui ont rendez-vous avec des professionnels autres que les médecins psychiatres montent directement à l'étage correspondant et attendent dans la salle d'attente, près des secrétaires médicales. Aucune validation du rendez-vous n'est réalisée et les usagers sont libres de se déplacer dans l'ensemble de l'hôpital. Ils pourraient se présenter directement dans le bureau du professionnel qu'ils vont rencontrer.

Le profil de la clientèle est variable et se mélange sur les différents étages (psychotiques, MAB, troubles alimentaires, troubles de l'humeur, troubles anxieux). Selon la clientèle, il est important de prendre en compte l'imprévisibilité de leur comportement, tout en évitant de tomber dans la stigmatisation.

Nous avons communiqué avec Anne-Marie Royer, APPR à la DPSMD, qui nous a fait parvenir certaines recommandations issues d'une consultation de notre comité aviseur en ce qui a trait aux salles d'attente des cliniques externes en santé mentale:

- Certains personnes n'apprécient pas que les ascenseurs donnent directement sur les salles d'attente. Cela est très exposant et est perçu comme une violation de leur vie privée
- Certains employés du CIUSSS se protègent des usagers en barrant des portes et en retirant l'accès à des toilettes au nom de la dangerosité et de la salubrité. Ces pratiques questionnent les membres du comité qui sont soucieux des effets d'une telle stigmatisation sur les usagers
- Au 4e étage, dans la salle d'attente, il y a des équipements informatiques dont une imprimante qui sont placés derrière un paravent. Cela n'est pas sécuritaire.

Aménagement des bureaux et clinique d'injection

Au [REDACTED] se trouve la clinique d'injection. Les infirmières y effectuent l'évaluation et l'injection de médicaments sur la fesse des patients. Un réaménagement récent a été réalisé pour réduire le risque d'enfermement dans le local, ce qui a conduit à un réaménagement du local et la recommandation qu'il y ait toujours deux travailleurs présents.

La clientèle comprend des patients atteints de troubles affectifs, de dépendances, de schizophrénie, et de MAB (maladie affective bipolaire). Il s'agit souvent de patients sous ordonnance de traitement ou sans domicile fixe qui ne sont pas pris en charge par les CLSC. C'est également à cet étage que se trouvent l'accueil et la clientèle psychotique, qui est la plus imprévisible. Les services SIM, SIV et PEP y sont également présents. La majorité des cas, sinon les plus imprévisibles, se trouvent dans cette catégorie. La clinique est ouverte les mardis et jeudis, avec environ 20 patients par jour. Le local est situé au bout du corridor, derrière une porte "pleine", ce qui empêche les travailleurs de voir qui se trouve derrière et peut amener des risques.

Au [REDACTED], se trouve également la clinique de Clozapine, où le suivi de la médication est effectué. Il a été remarqué que ce local ne répondait pas entièrement aux normes de sécurité requises pour accueillir des patients. Dans les deux cliniques, [REDACTED]

Également, il y a déjà eu quelques incidents dans le passé avec les bureaux des secrétaires médicales, situés à proximité des salles d'attente, des ascenseurs et des escaliers. Au 4e étage, les secrétaires ont décidé de laisser la porte ouverte, mais au 5e étage, la porte est fermée, ce qui empêche de voir la salle d'attente et l'arrivée des patients. Comme mentionné dans la première partie de l'analyse "circulation des usagers et salle d'attente", les secrétaires sont le premier contact

[REDACTED]

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Mesures mise en place suite à l'analyse de risque : Ajout d'un surveillant d'établissement permanent dédié au Pavillon Paul-Émile Noël le soir et la nuit

Ce surveillant d'établissement aura la responsabilité de faire des tournées régulières sur toutes les unités du Pavillon Paul-Émile Noël de soir et de nuit. La fréquence des tournées n'a pas encore été établie. Les travailleurs qui en font la demande pourront également être accompagnés à leur voiture dans le stationnement à la fin de leur quart de travail.

Circulation d'usagers et salles d'attentes

[REDACTED]

[Redacted text block]

Aménagement des bureaux et clinique d'injection

[Redacted text block]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] recommandations pourraient être modifiées. Nous demeurons disponibles pour vous soutenir.

Annexe 27 : 11.1.6 Actions posées – Sécurité sur les unités de SM à l’Hôtel-Dieu, māj [REDACTED]

Il s’agit d’un rapport qui fait suite à un événement violent survenu avec un usager en octobre 2017, un rapport d’enquête / analyse d’un événement accidentel a été produit par un préventionniste et un partenaire ressource humaine du secteur santé et sécurité du CIUSSSE-CHUS. Suite à cette enquête, où de nombreux employés ont été rencontrés, il a été recommandé de mettre en place un groupe de travail paritaire qui fera l’évaluation et la priorisation de différents éléments mentionnés au rapport. Dès ce moment, le groupe de travail a été mis en place afin de prévenir les risques de violence et ainsi augmenter le sentiment de sécurité des travailleurs. De ce rapport, un plan d’action a été élaboré et les travaux ont débutés en collaboration avec les nombreux partenaires impliqués. Le plan d’action présente des tableaux dont les entêtes des colonnes ont les suivantes : Issue du comité de violence – Sujets – Actions réalisés – Actions et démarches réalisées ou en cours.

- À la rubrique Formulaire AH223, (p.3), Implication des chefs afin que les employés déclarent tous les incidents-accidents : changement de culture en place depuis plus d'un an.
- À la rubrique Formation OMÉGA, (p.4), Consolidation de la formation Oméga au PDRH – priorité organisationnelle. • Formation Oméga pour tous les employés travaillant en santé mentale.
- À la rubrique Soutien aux équipes de soins, (p.5), il y a la mention suivante, Dossier à relancer.
- À la rubrique collaboration demandée au Service de police de Sherbrooke (SPS), (p.6), trois thèmes ont été abordés :

- Support du policier dans processus pour porter plainte
- Support du policier lors d'intervention code SM ou blanc
- Assistance lors de risque associés aux transports à la Cour.

- À la rubrique Implication de la direction des services techniques, (p.6-7), les éléments en lien avec l'aspect sécurité sont les suivants :

- Ajouts de ronde de sécurité sur les unités de santé mentale.
- Ajout d'un surveillant d'établissement (soir et nuit) dans le pavillon Émile-Noël depuis le 2 décembre 2019 et suite à l'analyse CNESST, agent maintenu à TC. La DST doit s'assurer qu'il n'y ait aucun bris de service sur les quarts de travail au pavillon Émile-Noël.
- Analyse en cours dans le cadre du dossier de dérogation CNESST : rencontre prévue début février – présence de la FIQ et SCFP dans cette démarche.
- Raccourci par l'agent de sécurité pour nos employés de soir et de nuit à la fin de leur quart de travail.
- Modification du champ de vision des caméras aux abords de l'hôpital.
- Mise à jour des attentes, rôles et responsabilités de l'agent de sécurité en collaboration avec la DST afin de s'assurer que tous les agents connaissent bien leur rôle.
- À la rubrique Environnement physique en lien avec les aspects sécurité, (p.7), il est mentionné que les demi-murs au 8^e, 9^e et 10^e étage ont été complétés. Un autre sujet a été soulevé et semble toujours en attente de suivi.

Janvier 2023 : proposition par Nancy Poulin (intérim 9^e et 10^e) et SST de la possibilité d'un poste infirmier vitré suite à un incident au 9^e étage. En attente de suivis.

- À la rubrique bouton panique, (p7-8), apparaît les démarches pour l'installation des boutons panique avec la note suivante en 2023 :

Janvier 2023 : Déploiement d'alarmes personnelles comme plan de contingence en attendant déploiement de système bouton panique à venir.

Testées et approuvées par les équipes de soins. Les alarmes personnelles sont disponibles pour chaque intervenant.

- À la rubrique Ressources humaines, (p.11-12), plusieurs éléments sont soulevés en lien avec la sécurité :
 - Ajout de postes PB : 4 postes temps complet pour le transport à la Cour et pour certaines unités. Septembre 2022 : redistribution équitable entre unités.
 - Surplus de personnel demandé systématiquement pour l'urgence SM lorsque le nombre d'utilisateurs dépasse 11 personnes.
 - Selon l'intensité des unités, des surplus ou constantes ont été ajoutés pour soutenir les équipes de soins.
 - Soutien offert et déployé pour nos employés lorsqu'ils sont victimes de menaces ou d'actes criminels de la part d'un usager, en collaboration avec l'accueil psychosocial:
 - Par le PAE
 - Par le CAVAC
 - Par le chef de service
 - Par la coordonnatrice des services intrahospitaliers
 - Septembre 2022 : Ajout d'un requis PAB de nuit URG-SM Ajout d'un requis inf. auxiliaire de jour au 8e étage SM.

Annexe 28 : Plan d'action : Correction des risques à la santé et à la sécurité identifiés suivant une analyse de risques demandée par la CNESST

Le plan d'action fait suite à une agression qui s'est produite le [REDACTED] à l'urgence SM. L'inspectrice a effectué une visite des lieux le 30 juin 2021 et suite aux différents constats, elle a émis une dérogation suivante :

Dérogation 1 : (Article 51 (5) de la LSST) : Il n'y a pas de méthodes et techniques visant à identifier, à contrôler et à éliminer les risques pouvant affecter la santé et la sécurité de travailleur ce que l'employeur n'a pas réalisé une analyse des risques d'agression et de violence dans l'urgence santé mentale de l'Hôtel dieu. Il y a un risque de blessures pour les travailleurs advenant une situation d'agression et/ou de violence de la part d'un ou des usagers de l'urgence de santé mentale.

Cette analyse a été acheminée le 27 décembre 2021 à l'inspectrice.

2022-01-11 : Nouveau rapport de l'inspectrice (RAP1371954) - « Suite aux observations et aux informations recueillies lors de cette intervention, la dérogation #1 est considérée corrigée. Un suivi ultérieur sera fait pour la présentation du plan d'action suite à l'analyse de risques réalisée. »

- L'action no 1 a été complétée selon l'échéancier du 1^{er} janvier 2022.
- L'action no 2 n'est pas complétée. Il s'agit de l'accès au poste d'accueil. La ASSTSAS recommande les mesures suivantes :
Que la salle d'attente soit séparée des aires de travail du personnel par un mur, une porte contrôlée ou un comptoir élevé/vitré. Cette mesure vise à limiter l'accès direct à la clientèle.
- L'action no 3 n'est pas complétée. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
- L'action no 4 est partiellement complétée. Il semble que la vitre à être installée autour du poste permettra d'atteindre l'objectif à 100%.
- L'action no 5 a été complétée, échéancier 1^{er} février 2022. Cette action consiste à maintenir les portes d'accès au poste infirmier fermées.
- L'action no 6, Mobilier fixé, déjà en place en date du 28-12-2021.
- L'action no 7, Application de la procédure de fouille, aucun échéancier n'est fixé et ne semble pas être complété.
- L'action no 8, Nombre d'utilisateurs admis à USM, limiter le nombre d'utilisateurs à 12. Mesure en place depuis le 02-12-2



COMPLÉMENT DE RAPPORT D'EXPERTISE

Analyse objective des failles pouvant mettre à risque les employés et les usagers

Présenté à :

Madame Gaëlle Simon, Madame Nathalie Sheehan

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Direction des programmes santé mentale et dépendance

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Date : Janvier 2025

Confidentialité : Ce document est strictement confidentiel et destiné uniquement aux destinataires autorisés.

+1 (855) 998-2743 | info@targerm.ca | www.targerm.ca

Table des matières

Table des matières.....	77
Liste des acronymes.....	77
1. Description du mandat	78
2. Faits marquants.....	78
2.1 Statistiques.....	78
2.2 Constats	78
3. Stratégie d’application des mesures de sécurité.....	80
4. Hiérarchisation des recommandations	80
Documents consultés.....	84

Liste des acronymes

CDD	Centre de dépistage désigné
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l’Estrie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNRC	Conseil national de recherche du Canada
CRID	Centre de référence pour investigation désignée
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DPSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
GQ	Gouvernement du Québec
PMU	Plan des Mesures d’Urgence
PSI	Plan de Sécurité Incendie
RBQ	Régie du Bâtiment du Québec
RSST	Règlement sur la santé et la sécurité du travail
SM	Santé Mentale
SPCIS	Service de protection contre les incendies de Sherbrooke

1. Description du mandat

À la suite de la présentation du rapport d'expertise **Analyse objective des failles pouvant mettre à risque les employés et les usagers le 27 janvier 2025**, Madame Gaëlle Simon ainsi que Madame Nathalie Sheehan, ont exprimé le souhait d'obtenir de la part de Targe, une hiérarchisation des recommandations afin de faciliter la coordination des actions dans le but d'améliorer la protection des employés, des équipes médicales et des usagers face à la violence.

2. Faits marquants

Le rapport **Analyse objective des failles pouvant mettre à risque les employés et les usagers a permis de reconnaître certaines situations qui se sont produites au CIUSSS de l'Estrie-CHUS** et qui ont été obtenues soit par :

- Analyse documentaire;
- Visite des lieux;
- Entrevues avec des personnes d'intérêt.

La méthodologie utilisée s'inspire de la norme ISO 19-011, particulièrement en ce qui a trait à la cueillette des informations dans le cadre d'un audit. D'abord conçue pour l'audit des systèmes de management de la qualité ou du management de l'environnement, cette norme est maintenant préconisée pour l'audit de tous les systèmes de gestion.

2.1 Statistiques

Les entrevues avec les personnes d'intérêts ont permis d'estimer le nombre d'événements à caractère violent à environ 15 000 par année. Les procédures actuelles ne permettent pas d'identifier plus spécifiquement les types ainsi que les niveaux de menace envers les employés.

2.2 Constats

Les rapports de la CNESST, les rapports de plan d'action ainsi que les entrevues [REDACTED]. Ces événements seront regroupés sous forme de catégories afin de cibler les mesures de prévention et d'atténuation à prioriser.

Sécurité physique :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Sécurité relationnelle :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Sécurité procédurale :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

3. Stratégie d'application des mesures de sécurité

Les mesures de sécurité d'un établissement s'appuient sur des principes de base qui sont adaptés selon l'analyse de risque d'un établissement.

Les catégories de principes retenus pour améliorer la protection des occupants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS sont les suivants :

- Contrôle des accès;
- Surveillance;
- Formation et sensibilisation du personnel;
- Conception de l'environnement.

D'autres principes complètent la stratégie de protection des occupants telle que la sécurité du périmètre qui touche principalement les stationnements.

4. Hiérarchisation des recommandations

La hiérarchisation des recommandations est un processus essentiel dans l'élaboration de directives et la prise de décision, notamment dans les domaines de la santé publique et de l'évaluation des politiques. Cette approche vise à classer les recommandations selon leur importance, leur urgence et leur impact potentiel.

Plusieurs critères sont généralement considérés lors de la hiérarchisation des recommandations.

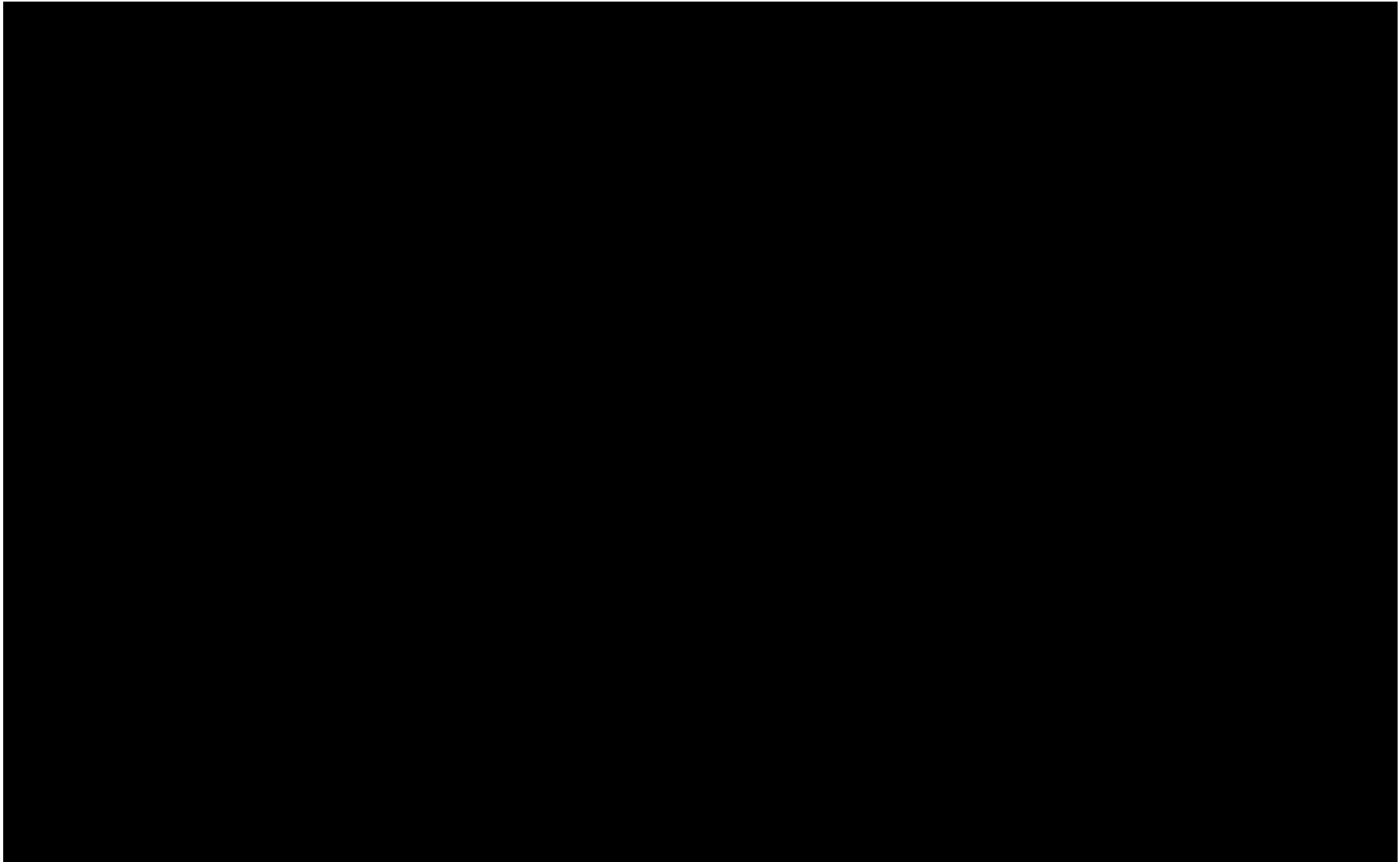
1. Caractère prioritaire ou stratégique des actions posées;
2. Faisabilité et applicabilité des recommandations
3. Impact potentiel sur la santé;
4. Rapport coût-efficacité des interventions;
5. Acceptabilité par les parties prenantes.

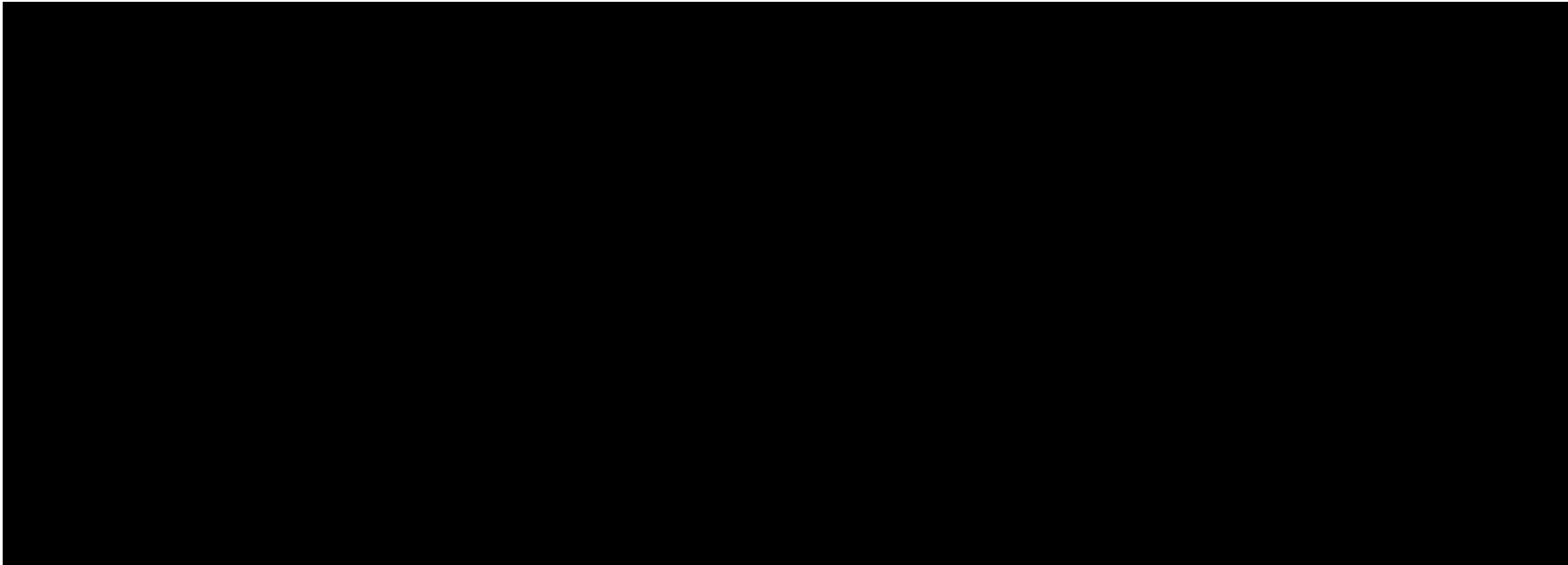
En conclusion, la hiérarchisation des recommandations est une approche systématique et transparente. Elle permet aux décideurs de prioriser les actions à entreprendre et d'optimiser l'allocation des ressources pour maximiser l'impact des interventions proposées.

Puisqu'il s'agit d'une activité dont les retombés touchent l'ensemble du personnel du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Targe recommande la mise en place d'un comité multisectoriel afin de faciliter l'organisation de la sécurité et des mesures d'urgence.

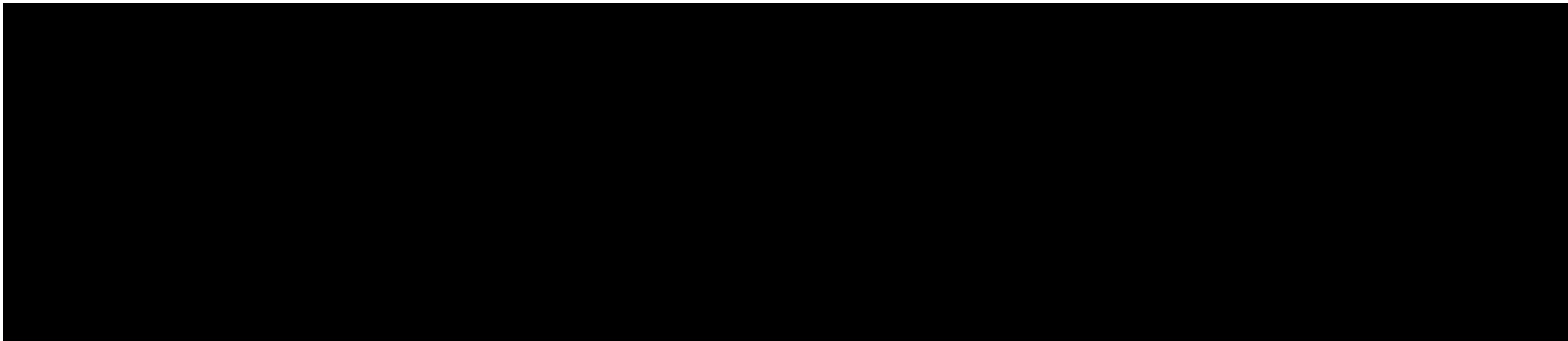
Les tableaux suivants présentent la hiérarchisation des recommandations dont la première colonne établit le rang prioritaire. Plusieurs recommandations peuvent être traitées simultanément.

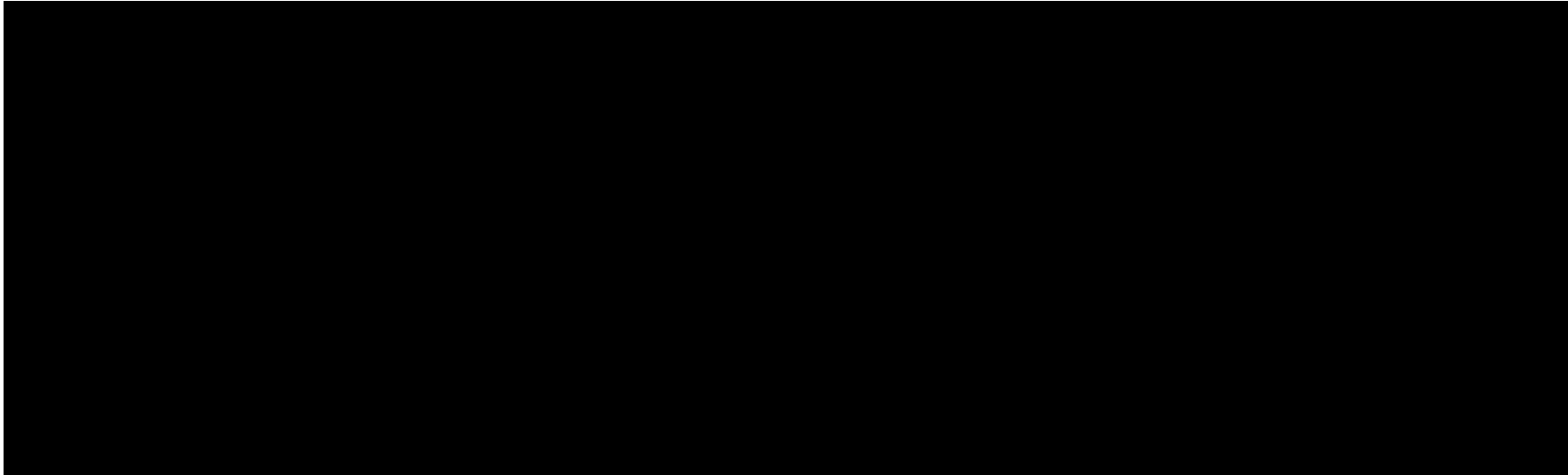
4.1 Tableau de la hiérarchisation des recommandations : Priorité 1





4.2 Tableau de la hiérarchisation des recommandations : Priorité 2





Documents consultés

Conseil National de Recherches Canada, RBQ, (2010), *Code de sécurité du Québec – Chapitre VIII – Bâtiment et code national de prévention des incendies – Canada 2010 (modifié)*.

CSA Z731, (2014), *Planification des mesures et interventions d'Urgence*.

Ionela, L. Gheorghiu, (2014), Recherche et évaluation, *Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence*, Institut Universitaire en santé mentale de Montréal.

Louis H. Lafontaine (2011), *Grille Projet DASA*,
Traduit et adapté du Dynamic Appraisal of Situationnel Aggression de Olgoff et Daffern (2007),
©Larue, Dumais, Benoit, juin 2011 1er juillet 2010

Ministère des Affaires sociales et de la Santé (2017) *Sécurisation des établissements de santé, Guide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE)*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), (25 mars 2004), *Manuel de planification des mesures d'urgence pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux*.

Ministère de la Sécurité publique (2018), *Préparer la réponse aux sinistres : Guide à l'intention du milieu municipal pour l'établissement d'une préparation générale aux sinistres*.

RBQ, (2013), *Code de sécurité, Chapitre VIII, Bâtiment*.

Safety Culture content team, (2024), *Sécurité physique : Stratégies essentielles pour protéger les actifs critiques d'une organisation*, <https://safetyculture.com/fr/themes/securite-physique/>