MANUEL DE MISE EN ŒUVRE

RÉDUIRE LES TRAUMATISMES CHEZ LES TRAVAILLEURS PSYCHIATRIQUES



Guide détaillé pour l'analyse, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies de prévention des traumatismes dans le domaine des soins de santé mentale.

Waypoint
CENTRE for MENTAL HEALTH CARE
CENTRE de SOINS de SANTÉ MENTALE

THE / LE ROYAL

traumaamongpsychiatricworkers.net

À PROPOS DE CE MANUEL

Le présent manuel a pour objectif de fournir aux chefs cliniques et aux administrateurs du secteur des soins de santé des instructions détaillées sur la manière d'évaluer le niveau de préparation de leur hôpital en matière de prévention de l'exposition à la violence et des traumatismes subis par le personnel, ainsi que sur la manière de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer les changements nécessaires afin de réduire l'exposition professionnelle à la violence en milieu de travail et de prévenir et d'atténuer les traumatismes psychologiques qui en découlent.

Énoncé de financement

Ce manuel a été élaboré dans le cadre du projet intitulé « Prévention de la violence et réduction des traumatismes dans les lieux de travail du secteur des soins psychiatriques : mobilisation des animatrices/animateurs et suppression des obstacles à la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes ». L'équipe du projet, composée de chercheurs du Centre de soins de santé mentale Waypoint et de The Royal, a bénéficié d'un financement dans le cadre de la subvention « 2024 Innovation: Proof and Prototyping » de WorkSafeBC.

Référence suggérée

Zhou, L., Allen, K., Rodrigues, N., Ham, E., Canning, C., Hansen, C., Junes, S., Zhao, J., et Hilton, N. Z. (2026). **Réduire les traumatismes chez les travailleurs psychiatriques : un manuel de mise en œuvre.** [Rapport non publié]. Institut de recherche Waypoint et The Royal. https://www.traumaamongpsychiatricworkers.net/tris-implementation-manual (en anglais)

LE DES MATIÈRES

Section	Page
1. Introduction	5
1.1 Aperçu du manuel	6
1.2 Contexte du projet	8
1.3 Recommandations examinées	10
1.4 Obstacles identifiés	13
Priorité 1 : Participer à la prévention primaire afin de réduire l'exposition du personnel aux événements critiques	14
2.1 ***Objectif 1 (Exemple détaillé) :*** *Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel*	16
2.2 ***Objectif 2 :*** *Mettre en place une infrastructure pour la prévention des traumatismes*	37
2.3 ***Objectif 3 :*** *Impliquer les patients et leurs familles*	42
2.4 ***Objectif 4 :*** *Optimiser l'environnement physique*	47
2.5 ***Objectif 5 :*** *Intégrer la prévention de la violence dans les politiques et les procédures*	52
Priorité 2 : Renforcer la capacité du personnel à prévenir les événements critiques et à y faire face en toute sécurité	56
3.1 ***Objectif 1 :*** *Dispenser une formation complète à la sécurité axée sur les compétences*	58

TABLE DES MATIÈRES

Section	Page
3.2 ***Objectif 2 :*** *Élaborer des procédures d'intervention en équipe*	63
3.3 ***Objectif 3 :*** *Mettre en pratique et entretenir ses compétences*	67
Priorité 3 : Améliorer la culture organisationnelle afin de créer un environnement de travail psychologiquement sain, en mettant l'accent sur la prévention des traumatismes	71
4.1 ***Objectif 1 :*** *Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel*	73
4.2 ***Objectif 2 :*** *Organiser un débreffage et des sessions d'apprentissage post-incident fondées sur des données probantes*	79
4.3 ***Objectif 3 :*** *Améliorer l'accès du personnel à un soutien psychologique adapté et opportun après des incidents graves*	84
5. Prochaines étapes et remerciements	89
6. Références	90
6.1 Références : outils et ressources	97



INTRODUCTION

Cette section comprend :

- Aperçu du manuel
- Contexte du projet
- Recommandations examinées
- Obstacles identifiés

INTRODUCTION

APERÇU DU MANUEL

Ce manuel comprend deux éléments clés :

1. **Mesures à mettre en œuvre :** examiner les recommandations prioritaires retenues à l'issue d'une enquête nationale quantitative afin d'identifier les lacunes de mise en œuvre dans les domaines où des améliorations seraient les plus bénéfiques;

2. **Comment mettre en œuvre ces mesures :** cela comprend les étapes nécessaires à la planification du changement et à la prise en compte des obstacles possibles, en s'appuyant sur les résultats de la recherche et les rétroactions issues de groupes de discussion réunissant des gestionnaires cliniques ainsi que des représentants des hôpitaux et des syndicats.

Recommandations prioritaires

Ce manuel s'articule autour des trois recommandations prioritaires identifiées par les dirigeants et le personnel hospitalier lors d'enquêtes et de groupes de discussion menés en 2025 :

1. Participer à la prévention primaire afin de réduire l'exposition du personnel aux événements critiques.
2. Renforcer la capacité du personnel à prévenir les événements critiques et à y faire face en toute sécurité.
3. Améliorer la culture organisationnelle afin de créer un environnement de travail psychologiquement sain, en mettant l'accent sur la prévention des traumatismes.

APERÇU DU MANUEL

La méthode en quatre étapes

Chaque priorité comprend des objectifs définis à l'issue des groupes de discussion, qui traduisent les besoins, les défis et les occasions d'amélioration décrits par les participants.

Chaque objectif s'articule autour de quatre étapes inspirées du cadre « Knowledge-to-Action » (Graham et al., 2026) :

1. Évaluer et identifier les lacunes : comprend un tableau des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART), des échelles d'évaluation et une section réservée aux notes afin de faciliter l'analyse des lacunes.
2. Planifier et améliorer : comprend des tableaux de planification opérationnelle s'appuyant sur les renseignements recueillis lors des groupes de discussion et sur les pratiques exemplaires pertinentes. Chaque section « Planifier et améliorer » se termine par une liste de ressources et d'outils pertinents à consulter pour approfondir le sujet.
3. Mettre en œuvre : comprend un tableau présentant les activités prévues au cours des différentes étapes de mise en œuvre.
4. Surveiller et évaluer : fournit des mesures et des indicateurs pertinents pour évaluer les processus de mise en œuvre et les résultats.

Vous n'êtes pas tenu de remplir les priorités et les objectifs dans l'ordre où ils apparaissent. Vous pouvez plutôt commencer par l'objectif qui correspond le mieux aux priorités et aux besoins actuels de votre organisme. Vous pouvez consulter l'exemple détaillé fourni pour le premier objectif afin de comprendre comment remplir chaque section. Les ressources et outils répertoriés après chaque objectif fournissent des conseils supplémentaires et peuvent être adaptés au contexte de votre organisme.

Le cahier d'exercices accompagnant le manuel peut servir tout au long du manuel pour vous aider à élaborer votre plan de mise en œuvre. Il comprend des outils supplémentaires portant sur le soutien organisationnel en matière de traumatismes, l'analyse des causes et des effets, ainsi que le cycle Planifier-Faire-Étudier-Agir, destinés à faciliter la planification et l'évaluation des changements. Vous pouvez consulter le cahier d'exercices ici ainsi qu'en suivant les liens figurant dans le manuel.

CONTEXTE DU PROJET

Le problème

Les professionnels des soins de santé sont exposés à un risque accru de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et d'autres troubles de santé mentale en raison de leur exposition à la violence au travail et à d'autres événements potentiellement traumatisants (Carleton et al., 2019 ; Stelnicki et al., 2020). De plus, les professionnels de santé continuent de faire face à des pressions exceptionnelles liées aux difficultés persistantes en matière de main-d'œuvre dans le secteur de la santé après la pandémie (Galanis et al., 2021; Morgantini et al., 2020). Près des deux tiers des professionnels des soins de santé (62 %) déclarent avoir été victimes de violences en milieu de travail (Liu et al., 2019), y compris 16 % des travailleurs psychiatriques qui souffrent de TSPT (Seto et al., 2020). Il existe des recommandations fondées sur des données probantes visant à prévenir les troubles psychologiques chez les professionnels des soins de santé (Hilton et al., 2020). La situation critique que connaît le secteur de la santé depuis la fin de la pandémie (Ham et al., 2023) rend impérative la mise en œuvre de ces recommandations, mais rend d'autant plus difficile pour les organismes d'intégrer les résultats des nouvelles recherches et de les traduire en politiques et en programmes.

Les statistiques soulignent la prévalence des troubles psychologiques chez les travailleurs psychiatriques.

Nos recherches antérieures, menées dans le cadre du projet Traumatismes chez les travailleurs psychiatriques (**https://www.traumaamongpsychiatricworkers.net/** (en anglais)), ont révélé qu'une personne sur six œuvrant dans les hôpitaux psychiatriques de l'Ontario répondait aux critères de dépistage de TSPT probable (Seto et al., 2020). Le TSPT avait un rapport spécifique avec l'exposition à la violence au travail, dont deux tiers du personnel ont été directement victimes (Hilton et al., 2020).
Par ailleurs, tant les incidents violents graves que les facteurs de stress chroniques au travail ont augmenté le risque de TSPT (Hilton et al., 2020). Alors que l'épuisement professionnel individuel joue un rôle de médiation dans le TSPT, le stress chronique lié aux conditions de travail dans le secteur de la santé accentue à la fois l'épuisement professionnel et le TSPT (Ham et al., 2022). Le soutien organisationnel et gestionnaire constitue un élément clé de la prévention des troubles psychologiques liés au travail (Rodrigues et al., 2020, 2021).

CONTEXTE DU PROJET

Les établissements de santé partout au Canada font actuellement face à des dépenses annuelles dépassant les 330 milliards de dollars, les coûts augmentent notamment dans les hôpitaux (ICIS, 2022). Le recours accru aux heures supplémentaires et au personnel d'organismes intérimaires, motivé par l'absentéisme et les troubles physiques et psychologiques qui y contribuent (ICIS, 2023), souligne la nécessité de mettre en place des interventions et des solutions efficaces.

Il existe des lacunes dans les connaissances relatives aux stratégies de prévention des accidents en milieu de travail dans le secteur des soins de santé psychiatriques.

TIl existe peu d'interventions fondées sur des données probantes visant à prévenir ou à réduire le TSPT dans les établissements de soins de santé. Une revue exploratoire portant sur les interventions en milieu de travail destinées aux infirmières hospitalières/infirmier hospitaliers n'a identifié que six études admissibles qui portaient sur des interventions individuelles, éducatives et thérapeutiques (Liyanage et al., 2021). Une analyse documentaire plus large portant sur les stratégies existantes visant à soutenir la santé et la sécurité psychologiques des professionnels de la justice pénale et des soins de santé mentale dans le contexte judiciaire a révélé que la plupart de ces stratégies se concentrent encore largement sur la formation visant à réduire la stigmatisation, à encourager le recours à l'aide et à renforcer la résilience (Canning et al., 2025), malgré des données limitées quant à leur efficacité à long terme (Anderson et al., 2020; Vanhove et al., 2016). En revanche, une revue systématique a identifié la prévention de la violence et le soin de la santé mentale des travailleuses/travailleurs de la santé exposés à la violence comme les axes d'action les plus prometteurs pour la prévention du TSPT (Hilton et al., 2022). De plus, l'attention accordée aux populations vulnérables telles les femmes est limitée (Canning et al., 2025), malgré la forte proportion de femmes parmi les travailleuse/travailleur de la santé et les différences possibles au regard du genre en matière d'exposition au travail, de facteurs de stress, ainsi que du risque et du rétablissement de TSPT (Hilton et al., 2022).

Recommandations pour réduire les traumatismes chez les travailleurs psychiatriques

Douze recommandations fondées sur des données probantes, destinées aux hôpitaux, ont été initialement élaborées à partir de travaux de recherche (enquêtes, groupes de discussion, entrevues et analyses documentaires) et de consultations auprès des parties prenantes (employeurs, associations d'employés, ministères gouvernementaux et organismes de services publics). Ces recommandations (disponibles ici) ont été publiées sur un site Internet public en début 2020. En 2024, nous avons commencé à traduire ces recommandations en lignes directrices et en mesures concrètes afin d'en faciliter la mise en œuvre. Ce manuel examine les défis auxquels sont confrontés les systèmes de soins de santé après la pandémie, tout en s'appuyant sur les connaissances actuelles concernant le degré d'application des recommandations par les hôpitaux, les stratégies efficaces mises en œuvre par ces derniers pour réduire la violence au travail et les traumatismes qui y sont liés, ainsi que leurs priorités et besoins actuels.

RECOMMANDATIONS EXAMINÉES

Ce manuel d'accompagnement à la mise en œuvre s'appuie sur les travaux menés dans le cadre du projet Traumatismes chez les travailleurs psychiatriques. À l'issue de ce projet, douze recommandations ont été formulées, accompagnées d'occasions et de propositions de mesures visant à réduire les traumatismes en milieu de travail et à favoriser le bien-être psychologique du personnel travaillant dans les hôpitaux psychiatriques.

Résumé des douze recommandations

Les trois premières recommandations mettent en évidence des occasions qui permettraient aux employeurs de renforcer leur capacité à soutenir leur personnel, tant avec les ressources existantes qu'avec des ressources supplémentaires limitées. Il s'agit notamment d'élargir les missions des professionnels de santé agréés afin de soutenir la santé mentale des employés, de faire appel à des spécialistes de la santé et sécurité au travail pour assurer un encadrement tenant compte des traumatismes, et, pour les hôpitaux, les ministères, les associations d'employés, les ordres professionnels et les autres intervenants, de renforcer les partenariats et les ressources afin de trouver des solutions pour lutter contre le TSPT en milieu de travail.

Les recommandations supplémentaires sont classées par catégories de facteurs de risque de TSPT : les facteurs pré-traumatiques (facteurs de risque existant avant l'exposition à un incident critique; ces recommandations portent sur les facteurs environnementaux, éducatifs, culturels et autres facteurs liés au lieu de travail susceptibles de renforcer la prévention et la préparation), les facteurs péri-traumatiques (événements critiques et interventions immédiates; ces recommandations portent sur le débreffage et le soutien tenant compte du traumatisme) et les facteurs post-traumatiques (soutiens continus et séquelles; ces recommandations portent sur le retour au travail et les procédures de la Commission des accidents du travail).

RECOMMANDATIONS EXAMINÉES

État d'avancement actuel de la mise en œuvre

Étant donné que les établissements de soins de santé partout au Canada sont confrontés à des pressions croissantes, notamment l'absentéisme lié à des blessures physiques et psychologiques, qui pèsent sur des ressources déjà limitées, il est urgent de mettre en place des approches concrètes, axées sur la prévention, pouvant être mises en œuvre de manière réaliste dans divers contextes hospitaliers. Conscient que les données scientifiques ne suffisent pas à elles seules à susciter le changement, le présent projet a examiné la mise en œuvre de ces recommandations ainsi que les obstacles et les facteurs favorables à leur mise en œuvre, afin de les traduire en conseils concrets applicables dans la pratique.

Afin d'étayer l'élaboration du présent manuel, une enquête nationale, quantitative et transversale a été menée auprès d'hôpitaux psychiatriques et d'établissements hospitaliers dotés d'unités psychiatriques pour patients adultes hospitalisés à travers le Canada. L'enquête a permis de recueillir des renseignements sur les caractéristiques des hôpitaux et d'évaluer le degré de sensibilisation, d'accord, de faisabilité perçue et d'application de chacune des douze recommandations. Les participants ont également identifié leurs quatre principales recommandations prioritaires concernant les environnements hospitaliers psychiatriques, où le personnel est exposé à un risque accru de violence, d'incidents graves et de traumatismes psychologiques cumulés.

Les résultats de l'enquête ont mis en évidence un consensus clair quant à l'importance de la prévention primaire et de la préparation

FQuatre recommandations prioritaires ont été retenues concernant le stade pré-traumatique, soulignant la nécessité de réduire l'exposition aux événements critiques avant que le préjudice ne se produise et de renforcer la capacité des organisations à réagir efficacement.

RECOMMANDATIONS EXAMINÉES

À l'issue d'une enquête nationale, les quatre recommandations suivantes ont été retenues comme étant les plus prioritaires :

1. Participer à la prévention primaire afin de réduire l'exposition du personnel aux événements critiques.
2. Renforcer les capacités du personnel à prévenir les événements critiques en milieu de travail et à y faire face en toute sécurité.
3. Renforcer la collaboration entre les dirigeants et le personnel afin d'améliorer la culture organisationnelle et de réduire la stigmatisation liée à la santé mentale au travail.
4. Créer des lieux de travail favorables au bien-être psychologique en mettant particulièrement l'accent sur la prévention des traumatismes.

À la suite d'une analyse plus approfondie menée lors des groupes de discussion, ainsi que des phases de recherche documentaire et de conception, les priorités 3 et 4 ont été regroupées en une seule priorité : améliorer la culture organisationnelle afin de créer un environnement de travail psychologiquement sain, en mettant l'accent sur la prévention des traumatismes.

Ce manuel se concentre exclusivement sur ces trois recommandations prioritaires

ICe guide a été conçu comme outil pratique de mise en œuvre étape par étape, proposant des stratégies d'animation, des outils pour surmonter les obstacles et des éléments à prendre en compte pour favoriser son adoption dans la pratique. En s'appuyant sur des données nationales et sur la science de la mise en œuvre, ce manuel vise à favoriser un changement durable et significatif destiné à prévenir les troubles psychologiques et à promouvoir la santé mentale du personnel des hôpitaux psychiatriques partout au Canada.

Chacune de ces recommandations prioritaires comprend des occasions d'action spécifiques et des mesures suggérées, qui sont décrites plus en détail dans ce manuel et dans le cahier d'exercices qui l'accompagne.

OBSTACLES IDENTIFIÉS

Aperçu des obstacles identifiés lors des groupes de discussion

Bien que ce manuel se concentre sur les animatrices/animateurs et les stratégies de mise en œuvre visant à prévenir les traumatismes chez les travailleurs psychiatriques, les participants à nos groupes de discussion ont identifié plusieurs défis et obstacles liés à la mise en œuvre des stratégies de sécurité et de prévention. Le fait d'identifier ces obstacles cinq ans après l'élaboration des recommandations initiales nous a permis de comprendre ce qui avait changé et ce qui est demeuré inchangé, et de définir les obstacles, les animatrices/animateurs et les stratégies de mise en œuvre à la lumière des contextes actuels — en particulier, à la suite de la pandémie de la COVID-19 et des pressions sur les ressources et le système de soins de santé qui en découlent.

Au cours des groupes de discussion, les participants ont fait ressortir plusieurs obstacles, notamment :

- L'augmentation de la gravité et de la complexité des cas;
- L'augmentation des cas de violence;
- La nécessité de mener une évaluation des risques;
- Des contraintes en matière de ressources dans plusieurs régions;
- La participation du patient et de leur famille aux soins : à la fois un obstacle et un facteur favorable
- Les défis et incertitudes liés à l'harmonisation et à la mise en œuvre des politiques;
- Les variations dans l'intervention aux incidents de violence en fonction du rôle et de l'équipe;
- La nécessité de mettre en place des cultures organisationnelles favorisant la sécurité psychologique du personnel.

Les priorités, objectifs et stratégies présentés dans ce manuel visent à surmonter ces obstacles identifiés en renforçant ou en tirant parti des facteurs favorables afin de soutenir la prévention des traumatismes chez les travailleurs psychiatriques.

PRIORITÉ 1

Participer à la prévention primaire afin de réduire l'exposition du personnel aux événements critiques

Les objectifs comprennent :

- Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel.
- Mettre en place une infrastructure pour la prévention des traumatismes.
- Impliquer les patients et leurs familles.
- Optimiser l'environnement physique.
- Intégrer la prévention de la violence dans les politiques et les procédures

PRIORITÉ 1

Participer à la prévention primaire afin de réduire l'exposition du personnel aux événements critiques

Depuis le début de la pandémie, les personnes admises dans des établissements de soins de santé mentale présentent des troubles cliniques plus graves, ce qui accroît le risque d'événements critiques et de préjudices connexes pour le personnel des soins de santé (Ham et al., 2023). L'exposition directe à des événements critiques, tels que des agressions et des menaces, constitue un facteur de risque majeur de symptômes du TSPT chez le personnel œuvrant dans le secteur des soins de santé (Hilton et al., 2020). Ce constat a également été mis en évidence dans l'enquête menée avant la mise en œuvre (Ham et al., 2026) et dans les groupes de discussion organisés par notre équipe qui ont permis de déterminer que la violence au travail contribuait à accroître le risque de TSPT chez le personnel des unités pour patients psychiatriques hospitalisés. Ces données mettent en évidence la nécessité d'accorder la priorité aux mesures de prévention primaire afin de réduire le nombre d'événements critiques.

La priorité 1 se concentre sur les stratégies de prévention visant à réduire l'exposition du personnel aux événements critiques.

Grâce aux séances de groupe, nous avons cerné cinq objectifs concernant plusieurs niveaux de mesures qui touchent les patients, le personnel, les environnements physiques, les politiques et procédures, ainsi que les organismes. Les mesures au niveau du patient comprennent l'évaluation individuelle des risques et l'engagement des patients et de leurs familles dans la prévention de la violence. Les mécanismes au niveau du personnel comprennent l'évaluation et la gestion des risques. Les mécanismes environnementaux consistent notamment à créer des espaces physiques plus sûrs et à renforcer la conception en matière de sécurité. Les mécanismes relatifs aux politiques et aux procédures consistent notamment à identifier les lacunes des politiques existantes et à mettre au point des pratiques de prévention normalisées. Les mécanismes organisationnels consistent notamment à mettre en place une infrastructure plus solide pour la prévention de la violence grâce à des enquêtes au sein des organismes et à l'analyse des tendances issues des données. Ces mesures peuvent s'appuyer sur une analyse de la situation initiale, un suivi continu et une évaluation des résultats afin de favoriser leur pérennité à long terme.

OBJECTIF 1

Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

E*xemple détaillé*

Cet objectif vise à aider les organismes à choisir, à mettre en œuvre et à utiliser de manière systématique des outils d'évaluation des risques de violence. Cela peut notamment consister à faire l'inventaire des outils validés par le biais d'une recherche documentaire, à fixer les moments auxquels l'évaluation des risques doit avoir lieu et à définir des procédures claires pour la communication et la transmission des renseignements relatifs aux risques. La standardisation de ces processus permet de vérifier que les renseignements relatifs aux risques pour les patients sont identifiés et communiqués à l'ensemble de l'organisme.

Pourquoi est-ce important?

Une évaluation cohérente des risques de violence constitue le fondement d'un plan de sécurité efficace et de la prévention de la violence dans les établissements psychiatriques. La standardisation des processus d'évaluation permet d'identifier les risques au stade précoce, d'améliorer la communication entre les membres du personnel et de réduire leur exposition à la violence au travail.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- Les pratiques en matière d'évaluation des risques de violence varient considérablement d'un organisme à l'autre, et l'utilisation des outils de dépistage n'est pas uniforme.
- Les évaluations des risques devraient être obligatoires lors de l'admission des patients et s'appuyer sur des procédures standardisées.
- Des alertes de sécurité très visibles devraient être intégrées au dossier médical électronique (DME) pour garantir que tous les professionnels des soins de santé soient informés des risques possibles.
- Les alertes relatives à la sécurité psychologique doivent clairement identifier les facteurs de risque connus et recommander des stratégies visant à réduire au minimum l'exposition du personnel à la violence.

OBJECTIF 1

Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

E*xemple détaillé*

Preuves

Les organismes qui utilisent des systèmes intégrés de signalement des risques dans les dossiers médicaux électroniques ont constaté une amélioration de la communication et une diminution des incidents de violence au travail. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale, par exemple, a mis en place un système de signalement des risques dans son dossier de santé électronique afin de faciliter l'identification et la communication des risques possibles pour la sécurité (Paterson et al., 2019). Le signal d'alerte s'affiche immédiatement; lorsqu'un membre du personnel professionnel des soins de santé ouvre le dossier, une alerte l'informe de la nature du risque. Parmi les motifs figurent l'agression, l'agression sexuelle, la possession d'armes, l'incendie criminel, l'avis d'interdiction d'accès et l'absence non autorisée. La mise en œuvre du système actualisé a permis de réduire à la fois le nombre total d'incidents et le nombre moyen d'incidents par patient présentant un signal d'alerte (Paterson et al., 2019).

Le moment choisi est tout aussi important que l'outil. Les outils de dépistage tels que le Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) et le Brøset Violence Checklist (BVC) sont conçus pour prédire un risque de violence imminent, généralement dans les 24 heures suivant l'évaluation (Dickens et al., 2020). L'Association de santé et sécurité des services publics (2017) recommande que l'évaluation des risques de violence dans les établissements de santé mentale et de traitement de la dépendance soit effectuée dès le premier contact avec un professionnel des soins de santé, et renouvelée à chaque service. Le calendrier variera en fonction de l'outil choisi et des processus locaux; les organismes doivent donc consulter les intervenants internes et le guide d'utilisation de l'outil avant d'établir leur calendrier.

Résultats attendus

- Identification et communication plus cohérentes des risques de violence;
- Meilleure sensibilisation et meilleure préparation du personnel
- Renforcement du plan de sécurité individuel
- Diminution des incidents de violence en milieu de travail et amélioration de la sécurité du personnel

Pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif, reportez-vous aux pages 6 à 16 du cahier d'exercices.

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Étape 1 : Évaluer et identifier les lacunes

Tâche : Réaliser une analyse générale des écarts par rapport aux objectifs ci-dessous. Nous avons donné un exemple **d'objectif SMART** pour illustrer cet objectif. Ce cadre aide les organismes et les gestionnaires à définir des objectifs clairs, concrets et pertinents (Doran, 1981). Évaluez l'écart entre l'objectif SMART et la situation actuelle au sein de votre hôpital ou de votre organisme, sur une échelle de 0 (aucun écart) à 2 (écart important).

Utilisez la **section « Remarques »** pour énumérer les lacunes précises telles que les domaines où le rendement est insuffisant ou ceux qui nécessitent des améliorations. Vous pouvez également utiliser cette section pour indiquer les points nécessitant une évaluation plus approfondie. Au cours des prochaines étapes, nous vous accompagnerons tout au long des stades de planification, de mise en œuvre et de suivi.

Nous avons fourni ci-dessous un exemple détaillé pour l'objectif 1.
Veuillez les consulter lorsque vous remplirez vos tableaux.

Objectif SMART : *D'ici 12 mois, le responsable de la recherche examinera les données probantes relatives aux outils validés d'évaluation des risques au niveau individuel, en sélectionnera un adapté à notre population de patients et à notre contexte, et l'intégrera dans le processus d'admission; ces données probantes feront ensuite l'objet d'un réexamen*		
0	1	2
Aucune lacune; objectif atteint	Lacunes mineures : en cours de traitement, mais nécessitant une révision ou un travail supplémentaire	Des lacunes importantes : l'objectif n'est pas en vue
par ex. Remarques : L'unité dispose d'un système d'évaluation des risques au niveau individuel, mais celui-ci n'a pas été modernisé depuis longtemps et ne fait pas partie des critères obligatoires d'admission. Pourcentage des sources de données examinées, telles que les rapports d'incident, les demandes d'Indemnisation des travailleurs, les données relatives aux accidents du personnel et les enquêtes du personnel.		

Pour accéder à un modèle vierge d'objectif SMART à remplir, consultez la page 6 du cahier d'exercises.

Étape 2 : Planifier et améliorer

Maintenant que vous avez évalué vos objectifs SMART, passez en revue les lacunes que vous avez inventoriées. Si des lacunes majeures et mineures sont présentes, commencez par accorder la priorité aux lacunes majeures. Vous pouvez également vous demander si certains objectifs présentant des lacunes doivent faire l'objet d'une escalade prioritaire en raison de facteurs tels que l'urgence (p. ex., la disponibilité temporaire de financement ou d'autres ressources, l'examen d'un événement critique ou une enquête). De même, demandez-vous si le fait de combler une lacune mineure pourrait avoir une incidence importante sur la prévention de la violence ou la réduction des traumatismes.

Si aucune lacune majeure n'est identifiée, passez en revue les objectifs présentant des lacunes mineures, puis passez à l'étape « Planification et amélioration » pour les autres objectifs. Au fur et à mesure que vous avancerez dans la lecture du manuel et que vous mettrez en œuvre des améliorations, vous reviendrez à l'étape « Évaluation » pour réévaluer les progrès accomplis, identifier de nouvelles priorités et choisir le prochain objectif à atteindre. Ce processus cyclique favorise l'amélioration continue de la qualité en matière de prévention de la violence et de réduction des traumatismes psychologiques liés au lieu de travail.

Cette section vous guidera à travers les étapes nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de vos plans de prévention de la violence et de réduction des traumatismes. Au fur et à mesure que vous faites évoluer vos objectifs pour passer d'une situation comportant des lacunes à une situation sans lacunes, réévaluez les objectifs à l'étape 1 : Évaluation, puis revenez à cette section pour planifier et mettre en œuvre votre prochain cycle d'améliorations.

Tâche : Élaborez un plan d'action pour chaque objectif sur lequel vous travaillez en consultant le cahier d'exercices **(ici)** et en remplissant le tableau à la **page 8.** Dans le cahier d'exercices, nous avons proposé quelques suggestions d'activités spécifiques pour chaque objectif. Ces activités s'appuient sur les données recueillies lors de groupes de discussion, d'événements d'échange de connaissances et d'autres consultations menées auprès des parties prenantes. Vous pouvez choisir de recourir à des activités supplémentaires ou de rechange, en veillant à vérifier la base factuelle de chacune des activités que vous envisagez.

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan opérationnel

IfSi vous avez identifié des lacunes dans votre objectif visant à mettre au point un ou plusieurs outils validés permettant d'évaluer le risque de violence d'une personne dans le milieu des soins de santé à des moments précis (p. ex., à l'admission, tous les mois, tous les ans) et que vous avez constaté le besoin d'effectuer une analyse documentaire, vous pourriez définir comme sous-objectif l'examen des données scientifiques et des pratiques actuelles en matière d'évaluation du risque au niveau individuel. Nous proposons ci-dessous un exemple concret de plan opérationnel pour ce sous-objectif. Utilisez le tableau vierge figurant dans le cahier d'exercices pour élaborer un plan opérationnel visant à atteindre les objectifs de votre organisme.

Activité	**Définition**	**Responsable Qui s'en chargera?** (c.-à-d. l'équipe ou la personne responsable)	**Action Que vont-ils faire?**	Dose Combien? (c.-à-d. le nombre de membres du personnel concernés, le nombre de séances)	Fréquence À quelle fréquence? (c.-à-d. une fois par mois, une fois par an)	Résultat prévu Indicateurs (c.-à-d. mesures permettant d'évaluer ce que vous espérez réaliser)	**Ressources nécessaires**	**Échéancier Début – Fin**
Sub-goal 1: Review evidence and current practices for individual-level risk assessment								
Passer en revue les données disponibles concernant les outils validés d'évaluation des risques adaptés à votre contexte.	Identifier les outils fondés sur des données probantes et adaptés au contexte de soins et à la population de patients.	Équipe de recherche de l'hôpital, gestionnaires cliniques, personnel de première ligne	Réaliser une analyse du contexte et une recherche documentaire sur les outils validés de dépistage de la violence adaptés à la population de patients et au contexte de l'organisme.	3 à 5 outils validés d'évaluation des risques de violence, identifiés et adaptés aux contextes de soins de santé mentale de patient hospitalisé, de patient externe et/ou en milieu communautaire	Une fois au stade de planification, et révisé chaque année	L'organisme dispose d'une liste restreinte d'outils d'évaluation des risques, établie selon les données probantes, afin de faciliter le choix de l'outil approprié.	Temps consacré par le personnel; budget alloué à l'accès aux outils, aux licences ou à la formation; soutien administratif; soutien à la formation clinique et à la pratique professionnelle	mai - juillet 2026

TTableau adapté du cahier d'exercices « Practicing Knowledge Translation » de St. Michael's Unity Health, à Toronto.

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan opérationnel

Activité	Définition	Responsable	Action	Dose	Fréquence	Résultat prévu	Ressources nécessaires	Échéancier
Sous-objectif 1 : Examiner les données disponibles et les pratiques actuelles en matière d'évaluation des risques au niveau individuel								
Mener une enquête auprès du personnel afin de connaître la perception des outils actuels de dépistage de la violence.	Réaliser une enquête auprès du personnel sur le processus d'évaluation des risques.	Département des pratiques professionnelles et responsables de l'équipe Formation et développement	Réaliser des enquêtes, animer des groupes de discussion et mener des entrevues.	Atteindre 100 membres du personnel de l'hôpital/de l'organisme	Chaque année	Points forts, obstacles et besoins en formation signalés par le personnel concernant les outils de dépistage de la violence	Outils d'enquête; équipe d'analyse des données	juillet - août 2026
Aligner les outils et les politiques sur les normes d'accrédita-tion.	Comparer les outils, les politiques et les exigences en matière de documentation actuellement en vigueur avec les normes d'accréditation applicables et identifier les lacunes.	Responsable de l'amélioration de la qualité, responsable de l'accréditation	Réaliser une analyse des lacunes en comparant les outils actuels d'évaluation des risques de violence aux normes d'accréditation applicables, afin d'identifier les domaines où apporter des mises à jour.	1 analyse structurée des lacunes a été réalisée avec la contribution des principales parties prenantes issues des domaines clinique, des politiques, de l'accréditation et de la gestion des risques.	Chaque année	L'analyse des écarts réalisée met en évidence les lacunes entre les outils, les politiques et les pratiques de documentation actuels, d'une part, et les normes d'accréditation, d'autre part, et donne lieu à l'élaboration d'un plan d'action visant à combler les lacunes prioritaires.	Soutien administratif; soutien à la direction; budget consacré à l'actualisation des processus de travail	juillet - septembre 2026

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan opérationnel

Activité	Définition	Responsable	Action	Dose	Fréquence	Résultat prévu	Ressources nécessaires	Échéancier
Sous-objectif 2 : Sélectionner des outils standardisés								
Définir le processus de dépistage des risques et les moments où il doit être effectué.	Définir à quel moment le dépistage des risques doit avoir lieu.	Responsables de la pratique clinique et professionnelle	Mener une recherche documentaire ciblée afin d'identifier les moments recommandés pour le dépistage des risques de violence; comparer ces résultats avec ceux des enquêtes menées auprès du personnel et identifier les étapes du processus de travail actuel où le dépistage des risques fait défaut ou n'est pas clairement défini.	Révision du processus a été effectuée afin de déterminer à quel moment le dépistage des risques doit avoir lieu.	Deux fois par année	Processus complet de dépistage des risques, avec des échéances définies, les responsabilités du personnel et les exigences en matière de documentation	Processus cliniques actuels; politiques existantes en matière d'évaluation des risques; dossiers médicaux électroniques ou modèles de documentation; données relatives aux incidents; soutien administratif et de la direction; temps consacré par le personnel.	septembre - octobre 2026
Intégrer les outils de dépistage à l'admission et la documentation relative aux risques dans les plans de soins.	Mettre en place un processus cohérent pour réaliser le dépistage des risques et consigner les résultats dans les plans de soins.	Équipe informatique; équipe d'analyse des données; représentants du personnel de première ligne	Collaborer avec le service informatique, l'équipe chargée des données et les utilisateurs finaux (représentants du personnel de première ligne) afin d'intégrer des outils de dépistage de la violence dans les plans de soin.	Champs du plan de soins actualisés; nombre d'unités/de programmes inclus dans l'examen du flux de travail; nombre de représentants du personnel de première ligne ayant effectué un essai ou examiné le processus.	Une fois au stade de planification; révisé chaque année ou lorsque les exigences en matière de documentation changent	Procédure en place pour réaliser le dépistage des risques à l'admission et intégrer les résultats de ce dépistage dans les plans de soins.	Temps consacré par le personnel; processus actuels d'admission, outils de dépistage; modèles de plans de soins; prise en charge des dossiers médicaux électroniques (DME) et de la documentation	octobre - décembre 2026

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan opérationnel

Activité	Définition	Responsable	Action	Dose	Fréquence	Résultat prévu	Ressources nécessaires	Échéancier
Sous-objectif 3 : Renforcer les processus de communication et de documentation								
Élaborer un plan de communication sur les risques.	Définir les modalités de communication des renseignements relatifs aux risques entre les membres du personnel, les équipes, les quarts de travail, les unités et les départements.	Dirigeants cliniques; gestionnaires d'unités; représentants du personnel de première ligne	Utiliser les résultats de l'enquête menée auprès du personnel pour identifier les lacunes dans la communication actuelle sur les risques, élaborer une liste de contrôle pour les relais et les transferts entre unités, et définir les renseignements clés relatifs aux risques qui doivent être communiqués.	Nombre d'unités/de programmes pris en compte dans l'évaluation, nombre de groupes de personnel qui fournissent de la rétroaction	Trimestriel	Communication claire des renseignements relatifs aux risques de violence entre le personnel, les quarts de travail, les équipes, les unités et les environnements de soins.	Temps consacré par le personnel; processus de passation et de transfert; modèle ou liste de contrôle pour la communication des risques; soutien à la gestion des dossiers médicaux électroniques (DME) ou à la documentation; procédures de signalement des incidents	novembre 2026 - janvier 2027
Définir une procédure permettant de réexaminer régulièrement les cotes de risque.	Déterminer qui examine les cotes de risque, à quelle fréquence elles sont examinées, et comment les modifications sont communiquées et consignées.	Gestionnaires cliniques; responsable de la pratique professionnelle	Mettre en place un processus rationalisé prévoyant la réalisation annuelle d'enquêtes auprès du personnel et de recherches documentaires, et la communication des changements concernés au personnel concerné.	Nombre d'unités concernées, rôles attribués au personnel et moments d'évaluation harmonisés	Chaque année	Calendrier cohérent d'évaluation et définition claire des rôles et des responsabilités. Les modifications apportées à la cote de risque sont systématiquement communiquées et actualisées dans les plans de soins.	Temps consacré par le personnel; processus de révision de la cote de risque	janvier - mars 2027

Étape 3 : Mettre en œuvre

TCette section vous guidera à travers les étapes nécessaires à la mise en œuvre des changements que vous avez prévus. Concentrez-vous sur les objectifs pour lesquels vous avez identifié un écart important ou mineur et pour lesquels un plan opérationnel a été élaboré. La mise en œuvre peut commencer par une phase pilote visant à tester les changements dans certaines unités avant un déploiement à plus grande échelle. Au fur et à mesure que vous menez à bien les activités prévues, vous aurez peut-être à adapter vos processus en fonction de la rétroaction du personnel ou des obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre.



Tâche : Expliquez comment chaque activité prévue sera mise en œuvre dans la pratique en remplissant le tableau accessible à ce **lien** (à la **page 11** du cahier d'exercices). Cela comprend notamment des activités telles que la mise en place de nouveaux processus à titre expérimental, la formation du personnel et l'intégration d'outils dans le flux de travail. Nous avons défini des axes prioritaires de mise en œuvre pour faciliter ce travail, mais vous pouvez les adapter au contexte, aux ressources et au flux de travail locaux.

Exemple détaillé de plan de mise en œuvre

Vous trouverez ci-dessous un exemple détaillé de plan de mise en œuvre. Utilisez le tableau vierge figurant dans les pages suivantes pour élaborer un plan de mise en œuvre des objectifs de votre organisme.

Objectif de mise en œuvre	Stratégies	Personne(s) responsable(s)	Unité ou domaine de service et groupes cibles	Soutiens nécessaires	Défis d'adaptation prévus	Échéancier	Mesures de progrès et sources de données
Installation							
Mettre à l'essai des outils d'évaluation du risque de violence fondés sur des données probantes dans une ou deux unités.	Identifier les groupes de personnel et les unités qui doivent recevoir des renseignements. Organiser des séances sans rendez-vous et proposer des présentations sur les outils actualisés d'évaluation des risques de violence.	Gestionnaires d'unités Équipe de gestion des risques Responsable de la pratique	Commencer par une unité (c.-à-d. : médecine-chirurgie, patient hospitalisé, patient externe). Cibler l'ensemble du personnel chargé du dépistage des situations de violence.	Temps et soutien nécessaires pour participer aux séances	Le personnel pourrait ne pas être disponible. Le personnel pourrait avoir une opinion négative sur les outils d'évaluation actualisés.	avril – juin 2027	Rétroaction du personnel
Recueillir les rétroactions du personnel ayant utilisé l'outil actualisé de dépistage de la violence.	Organiser des groupes de discussion avec le personnel. Faire participer le personnel à l'équipe de gestion des risques.	Équipe d'analyse des données Équipe de recherche	Personnel de l'unité pilote	Temps nécessaire à la distribution et au déroulement des groupes de discussion	Le personnel dispose d'une disponibilité et d'un intérêt limités pour les groupes de discussion.	juin - août 2027	Nombre de groupes de discussion organisés/ nombre de collabora-teurs engagés
Utiliser le plan PFÉA (Planifier, Faire, Étudier, Agir) pour évaluer le projet. pilote et en améliorer la mise en œuvre.	Utiliser le plan PFÉA proposé dans ce manuel pour mener le projet pilote, analyser les résultats et tirer les enseignements qui s'imposent.	Gestionnaires d'unités Représentants du personnel de première ligne Évaluateur de données	Unités pilotes	Temps nécessaire pour compléter le PFÉA d'après l'enquête auprès du personnel	Aucun renseignement pertinent n'a été recueilli lors des groupes de discussion. Il est difficile de modifier certains aspects de l'outil.	septembre - octobre 2027	Achève-ment du plan PFÉA

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan de mise en œuvre

Objectif de mise en œuvre	Stratégies	Personne(s) responsable(s)	Unité ou domaine de service et groupes cibles	Soutiens nécessaires	Défis d'adaptation prévus	Échéancier	Mesures de progrès et sources de données
Mise en œuvre initiale							
Organiser des formations destinées au personnel qui portent sur le dépistage, la documentation et le signalement des incidents.	Évaluer la formation actuelle sur le dépistage des comportements violents, examiner les résultats de l'enquête menée auprès du personnel, et actualiser la formation en s'appuyant sur l'expérience acquise au stade pilote et sur les résultats de l'enquête menée auprès du personnel.	Représentants du personnel de première ligne Service de formation Formation et développement Service de santé au travail	Dans tout l'hôpital, au personnel de première ligne	Ressources nécessaires afin d'actualiser la formation Temps nécessaire au personnel pour suivre la formation	Disponibilité limitée du personnel	novembre - mars 2028	Nombre de membres du personnel formés Nombre de nouvelles leçons et de nouveaux modules
Mise en œuvre complète							
Intégrer un outil de dépistage validé pour la prévention de la violence.	Collaborer avec l'équipe informatique afin d'intégrer l'outil de prévention de la violence actualisé dans la documentation, la planification des soins, le signalement des incidents, la formation initiale et le dossier médical électronique.	Équipe informatique Équipe DME Analyse de données Gestionnaires cliniques	À l'échelle de l'organisme L'ensemble du personnel chargé du dépistage des cas de violence	Temps, ressources et moyens financiers requis de la part de l'équipe informatique	Capacité du système de DME	octobre - mars 2028	Outil de dépistage de la violence intégré au processus de travail

Tableau adapté du document « Modèle de plan de mise en œuvre et exemples », publié par le Collaborative for Implementation Practice.

Étape 4 : Surveiller et évaluer

Maintenant que vous avez élaboré un plan opérationnel et des stratégies de mise en œuvre, il est important de prévoir une évaluation tout au long du processus de mise en œuvre. Au fur et à mesure que vous franchissez les trois premières étapes, vous pouvez également commencer à réfléchir à la manière dont la mise en œuvre sera suivie, évaluée et pérennisée dans le temps. Cela nécessite notamment de définir des mesures et des indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la mise en œuvre, de suivre les progrès réalisés et de déterminer dans quelle mesure les stratégies prévues ont été mises en œuvre



Tâche : Identifiez les mesures, les indicateurs et les sources de données que vous utiliserez pour faire le suivi de la mise en œuvre, évaluer les progrès réalisés et déterminer si les stratégies prévues ont été mises en œuvre comme prévu. Utilisez le **modèle de plan de mesure** disponible **ici** (**page 14** du cahier d'exercices) pour décrire comment la qualité de la mise en œuvre, l'adhésion au programme et les résultats seront évalués au fil du temps, et comment les conclusions seront utilisées pour affiner et pérenniser le travail. Vous trouverez ci-dessous un tableau présentant des exemples d'indicateurs pour chaque mesure, spécifiques à chaque objectif. Vous pouvez vous inspirer de ces exemples pour élaborer votre plan de mesure.

Types de mesures

Mesures des résultats Traduit l'incidence de la mise en œuvre sur l'état de santé des patients (objectif ultime)	**Mesures du processus** Traduit la manière dont les mises en œuvre fonctionnent pour aboutir au résultat souhaité	**Mesures structurelles** Analyse visant à déterminer si l'organisme dispose des bases nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des pratiques	**Mesures d'équilibrage** Analyse visant à déterminer si un changement entraîne des conséquences imprévues ailleurs dans le système
• Nombre d'incidents violents ou d'incidents récurrents • Amélioration du sentiment de sécurité du personnel	• Proportion de patients ayant fait l'objet d'un dépistage du risque de violence • Nombre de politiques actualisées et publiées sur la plateforme commune	• Rapport personnel-patients • Accès à la formation du personnel • Présence d'alertes dans le DME ou de modèles de documentation	• Temps de travail nécessaire au personnel pour effectuer le dépistage ou la documentation • Perception du fardeau que représentent les nouveaux outils ou procédures

Tableau adapté à partir des données de l'Excellence en santé Canada de Health Quality BC.



Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan de mesure

Vous trouverez ci-dessous un exemple détaillé de plan de mesure.

Définition opérationnelle	Sources des données et méthodes de collecte	Personne(s) responsable(s)	Données de référence (le cas échéant)	Objectif ou changement escompté	Fréquence des révisions	Données post-mise en œuvre
Mesures de résultats : les principaux résultats à améliorer						
Nombre d'incidents de violence au travail signalés par le personnel hospitalier au cours d'une période de 12 mois (Qualité des services de santé Ontario, 2019)	Le nombre d'incidents de violence au travail signalés est accessible à partir des mécanismes de signalement internes de l'organisme.	Équipe d'analyse de données	120 incidents signalés au cours des 12 mois précédant la mise en œuvre	Réduction de 10 % en 12 mois, passant de 120 à 108 incidents ou moins	Tous les trimestres, avec bilan annuel	102 incidents signalés au cours des 12 mois suivant la mise en œuvre, soit une baisse de 15 %
Taux d'accidents liés à la violence au travail déclarés à la WSIB	Dossiers de demandes d'indemnisation de la commission provinciale d'indemnisation Données des ressources humaines (RH)	Équipe de santé et sécurité au travail Ressources humaines Équipe d'analyse de données	6 accidents du travail déclarés à la WSIB pour 100 employés à temps plein au cours des 12 derniers mois précédant la mise en œuvre	Baisse de 15 %, passant de 6,0 à 5,1 accidents ou moins pour 100 ETP	Tous les trimestres, avec bilan annuel	5,0 Accidents déclarés à la WSIB pour 100 employés ETP
Pourcentage d'incidents de type « code blanc » impliquant le recours à la force physique à l'encontre de membres du personnel professionnel des soins de santé au cours de l'année civile écoulée (Sethi et al., 2024*)	Rapports « code blanc » Rapports d'incidents de violence au travail Journaux de sécurité	Équipe d'amélioration de la qualité Analyste de données Responsable de la santé et sécurité au travail Responsable de la sécurité	Au cours de l'année civile écoulée, 30 % des incidents de type « code blanc » ont donné lieu à des actes de violence physique à l'encontre de membres du personnel professionnel des soins de santé.	Baisse de 30 % à 25 % au cours de la prochaine année civile	Bilan trimestriel, avec résumé annuel	25 % des incidents de type « code blanc » ont donné lieu à des actes de violence physique à l'encontre de membres du personnel professionnel des soins de santé après la mise en œuvre

**Sethi et al. (2024) proposent une liste d'indicateurs fondés sur des données probantes que l'on peut consulter au moment de choisir les mesures*

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan de mesure

Définition opérationnelle	Sources des données et méthodes de collecte	Personne(s) responsable(s)	Données de référence (le cas échéant)	Objectif ou changement escompté	Fréquence des révisions	Données post-mise en œuvre
Mesures de processus : les activités que vous menez pour atteindre les résultats souhaités.						
Nombre d'outils de dépistage des risques de violence utilisés	Nombre de DME comportant un questionnaire de dépistage de la violence dûment rempli	Équipe d'analyse de données Équipe de mise en œuvre Équipe DME	355 dépistages réalisés au cours des 12 mois précédant la mise en œuvre	Augmentation de 20 % dans un délai de 12 mois	Tous les mois pendant les 6 premiers mois, ensuite tous les trimestres	500 dépistages effectués
Évaluation de la sensibilisation du personnel et de la pertinence sur une échelle de 10 points : Dans quelle mesure estimez-vous connaître les outils de dépistage de la violence actuellement utilisés? Comment évalueriez-vous la pertinence de cet outil de dépistage par rapport au service que vous fournissez? (Oussama & Makarem, 2020)	Enquête auprès du personnel	Équipe de pratique professionnelle Gestionnaires cliniques Équipe d'analyse de données	Note moyenne de connaissance : 5,5/10 Note moyenne de connaissance : 6,0/10	Améliorer les cotes de connaissance/pertinence à 8/10 dans un délai de 12 mois	Six mois après la mise en œuvre, ensuite chaque année	Note moyenne de connaissance : 8,2/10 Note moyenne de connaissance : 8,0/10

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan de mesure

Définition opérationnelle	Sources des données et méthodes de collecte	Personne(s) responsable(s)	Données de référence (le cas échéant)	Objectif ou changement escompté	Fréquence des révisions	Données post-mise en œuvre
Mesures de processus : les activités que vous menez pour atteindre les résultats souhaités						
Pourcentage d'incidents de violence au travail dans lesquels le patient disposait d'un plan de soin et où des méthodes de désescalade ont été mises en œuvre (Lyver et al., 2024)	Dossiers médicaux Documentation DME Notes de soins infirmiers Formulaires d'évaluation des risques	Responsable de la documentation clinique Gestionnaires d'unités Analyste en dossiers de santé/DME	40 % des incidents de violence au travail examinés faisaient l'objet d'un plan de soin documenté et d'un recours documenté à des méthodes de désescalade	Augmenter de 40 % à 50 % dans un délai de 6 mois	Tous les trimestres, avec bilan annuel	52 % des incidents de violence au travail ont fait l'objet d'un plan de soin documenté et d'un recours documenté à des méthodes de désescalade après leur mise en œuvre
Pourcentage du personnel admissible ayant reçu la formation actualisée sur la réduction de la violence	Nombre de séances de formation dispensées au personnel, selon l'animateur ou le site web du cours	Responsable de la formation et de l'éducation	Sans objet	Toucher 70 % du personnel concerné	Tous les mois pendant les 6 premiers mois, ensuite tous les trimestres	215 membres du personnel ont suivi la formation, soit 75 % du personnel admissible
Mesures structurelles : fondements organisationnels qui soutiennent la pratique						
Pourcentage du personnel au courant des changements intervenus (Lyver et al., 2024)	Enquête auprès du personnel après la mise en œuvre	Équipe d'analyse de données Gestionnaires cliniques	Sans objet	80 % du personnel est au courant de ce changement	Quelques jours après la mise en œuvre de chaque modification	78 % du personnel est au courant de ce changement

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Exemple détaillé de plan de mesure

Définition opérationnelle	Sources des données et méthodes de collecte	Personne(s) responsable(s)	Données de référence (le cas échéant)	Objectif ou changement escompté	Fréquence des révisions	Données post-mise en œuvre
Mesures compensatoires : utilisées pour évaluer les conséquences imprévues ailleurs dans le système						
Temps de travail nécessaire au personnel pour effectuer le dépistage ou la documentation	Réaliser des vérifications de temps ou demander au personnel de noter le temps estimé nécessaire à la réalisation d'une tâche pendant une période d'essai.	Équipe d'analyse de données Gestionnaires cliniques Équipe d'amélioration de la qualité	Sans objet	Veiller à ce que la durée du dépistage ne dépasse pas 15 minutes par patient.	Tous les mois pendant les 3 premiers mois, ensuite tous les trimestres	14 minutes par patient
Retards dans les soins dus aux interventions présentant un risque accru	Examiner les horodatages relatifs au flux des patients et les retards signalés par le personnel.	Équipe d'amélioration de la qualité Gestionnaires cliniques Équipe d'analyse de données	Sans objet	Veiller à ce que les retards ne dépassent pas 30 minutes, en vérifiant que les procédures de gestion des risques sont bien respectées.	Tous les mois pendant les 6 premiers mois, ensuite tous les trimestres	Retard moyen de 25 minutes

This table was adapted from Healthcare Excellence Canada & Health Quality BC.

APERÇU

Outils et ressources

TLes sections Outils et ressources présentes tout au long du manuel fournissent une liste de ressources et d'outils destinés à faciliter la mise en œuvre des pratiques décrites dans le cadre de cet objectif. Dans la mesure du possible, cette section souligne les approches et outils étayés par des données probantes disponibles et couramment utilisés dans les milieux cliniques ou organisationnels canadiens.

Dans certains domaines, les données disponibles peuvent être limitées ou il peut ne pas exister d'outil unique validé applicable à tous les contextes. Dans ces cas, cette section propose des ressources susceptibles d'aider les organismes dans leurs activités de planification, de mise en œuvre, de formation et d'évaluation. Ces ressources peuvent être adaptées en fonction du contexte local, de la population de patients, des rôles du personnel, des processus de travail et des politiques de l'établissement.

La liste des ressources figurant ici ne se veut pas exhaustive. Ces ressources visent plutôt à fournir aux organismes des points de départ concrets pour vous aider à évaluer vos pratiques actuelles, à choisir les outils adaptés et à renforcer les approches de prévention de la violence et de réduction des traumatismes, fondées sur une prise en compte des traumatismes et sur des données probantes. Lorsqu'un outil ou une approche n'a fait l'objet que d'une validation limitée ou repose principalement sur les pratiques actuelles plutôt que sur des données probantes solides, nous vous recommandons d'en reconnaître les limites dans le cadre de votre travail d'analyse et de mise en œuvre.

Dans les sections suivantes, chaque objectif sera suivi d'une liste d'outils et de ressources que vous pourrez utiliser pour vous aider dans la planification et la mise en œuvre de vos actions.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 1

Participer à la prévention primaire afin de réduire l'exposition du personnel aux événements critiques

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Ressources relatives à l'évaluation des risques de violence
Le choix des outils d'évaluation et de dépistage des risques de violence doit tenir compte des éléments suivants : la population de patients ciblée et le contexte; votre définition de la violence; et l'objectif de votre évaluation (à long terme ou à court terme, fréquence des évaluations). Dans la mesure du possible, choisissez toujours des outils qui ont fait l'objet d'études d'évaluation des résultats et vérifiez s'ils ont été validés pour des populations et des contextes similaires à ceux de vos patients.

Le document « **Canadian Guidelines for Forensic Psychiatry Assessment and Report Writing : Violence Risk Assessment** », de l'Académie canadienne de psychiatrie et du droit, renferme des exemples d'outils d'évaluation des risques, des exemples de contenu d'entrevues psychiatriques et de questions relatives à l'évaluation du risque de violence, ainsi qu'un modèle de rapport d'évaluation du risque de violence.

- Il a été démontré que la **Brøset Violence Checklist (BVC)** présente une bonne validité prédictive en tant qu'outil structuré d'évaluation des risques à court terme pour les événements survenant dans les 72 heures suivant l'admission (Almvik & Woods, 2003 ; Kamarova et al., 2025 ; Kös et al., 2024).
  - La page officielle consacrée à la BVC est accessible ici : **Évaluation des risques - Brøset Violence Checklist (BVC)**.
  - Vous pouvez consulter une version de la BVC ici : **BVC en français**.

- Il a été démontré que la **Dynamic Appraisal of Situational Aggression** (DASA) présente une bonne validité prédictive en tant qu'outil structuré d'évaluation des risques à court terme permettant de suivre les patients avant et après leur transfert d'un établissement à un autre (Kamarova et al., 2025 ; Ogloff & Daffern, 2006).
  - Vous pouvez consulter une version du DASA ici : **DASA Rating Form**.
  - Le guide de notation du formulaire DASA est disponible ici : **DASA Rating Form**.

- Le dépistage **Violence Risk Screening – 10 (V-RISK 10)** a démontré sa validité prédictive concernant la violence à long terme, même avec une fréquence d'évaluation réduite (Bjørkly et al., 2009 ; Kamarova et al., 2025).
  - Vous pouvez consulter une version du V-RISK-10 ici : **ViolenceRisk Screening - 10 (V-RISK 10)**.

Objectif 1 : Harmoniser la gestion des risques au niveau individuel

Évaluation de la violence dans les milieux de soins communautaires
Le document **Évaluation de la violence dans la communauté : un guide pour le milieu de travail**, publié par l'Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP), peut servir de guide pour évaluer la violence en milieu communautaire. Il renferme des outils d'évaluation à utiliser avant la visite et lors de l'évaluation des conditions ambiantes.

Évaluation de la violence pour les patients externes
Le document **Stratégies de gestion des risques en milieu de soins ambulatoires**, publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), présente un aperçu complet des étapes à suivre pour cerner les risques dans l'ensemble du milieu de soins ambulatoires. Elle comprend l'identification des risques, leur cote, les interventions de gestion des risques, ainsi que le contrôle et le suivi (Association des infirmières et infirmiers du Canada et al., 2024).

Outils pour l'enquête auprès du personnel
L'annexe A du document **Violence Risk Assessment Standard**, publié par la Community Social Services Health and Safety Association of BC, peut servir à sonder le personnel sur le processus d'évaluation des risques.

Le document **Violence Risk Assessment Staff Survey** de SafeCare BC comprend une enquête auprès du personnel sur l'évaluation des risques dans les secteurs non cliniques, les maisons de soins de longue durée ainsi que les services de soins à domicile et de soutien en santé communautaire.

Communication des risques
Le document **Communicating the Risk of ViolenceA Flagging Program Handbookfor Maximizing Preventative Care**, publié par l'Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP), fournit aux organismes des outils et des renseignements pour mettre en place un programme de signalement et d'alerte visant à favoriser les soins préventifs. Ce guide aide les organismes à communiquer les risques de manière plus cohérente et en temps réel afin de renforcer la sécurité du personnel.

OBJECTIF 2

Mettre en place une infrastructure pour la prévention des traumatismes

Cet objectif vise à mettre en place une infrastructure plus solide visant à prévenir les traumatismes au sein des organismes. Cela peut entraîner la réalisation d'une évaluation organisationnelle et l'élaboration de mesures fondées sur des données grâce aux enquêtes et à la collecte de données.

Pourquoi est-ce important?

Pour prévenir l'exposition du personnel aux incidents graves, il ne suffit pas de procéder à une évaluation des risques au niveau individuel. La mise en place d'une infrastructure solide en matière de prévention des traumatismes constitue le fondement de la prévention et de la réduction des incidents graves dans les hôpitaux psychiatriques. Les évaluations des organismes peuvent permettre d'inventorier les lacunes de ces systèmes, tandis que la collecte et l'analyse régulières des données relatives aux incidents et à la rétroaction du personnel peuvent aider les organismes à choisir les mesures à prendre et à suivre l'évolution de l'exposition du personnel au fil du temps.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- Intégrer les normes nationales en matière de santé psychologique dans les stratégies organisationnelles relatives aux ressources humaines.
- Utiliser les données pour identifier les tendances et suivre l'évolution de l'exposition du personnel aux événements critiques

OBJECTIF 2

Mettre en place une infrastructure pour la prévention des traumatismes

Preuves

L'évaluation organisationnelle peut favoriser la mise en œuvre réussie de soins tenant compte des traumatismes en aidant les organismes à élaborer un plan de mise en œuvre clair et à définir des objectifs en vue d'un changement organisationnel (Bryson et al., 2017). Les auto-évaluations régulières du personnel, les listes de contrôle et les enquêtes ponctuelles peuvent faciliter ce processus en fournissant une rétroaction continue sur les pratiques organisationnelles et les progrès réalisés en ce qui concerne la mise en œuvre (Schulz-Quach et al., 2025). Il est important de suivre l'évolution des données relatives à la violence au travail dans le temps afin de déterminer si les mesures mises en œuvre portent fruit; des indicateurs clairs de qualité permettent de vérifier que les organismes recueillent des données cohérentes (Schulz-Quach et al., 2025).

Résultats attendus

- Identifier les lacunes dans les pratiques organisationnelles tenant compte des traumatismes.
- Élaborer des stratégies de prévention fondées sur les renseignements issus des rapports d'incident.
- Pour chaque incident critique, réaliser une analyse des causes profondes et remédier aux points faibles.

Rendez-vous aux pages 17 à 27 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 2

Mettre en place une infrastructure pour la prévention des traumatismes

TOutils d'évaluation organisationnelle
Le document **Prendre soin des travailleurs de la santé** comprend un ensemble d'outils d'évaluation permettant d'évaluer 13 facteurs psychosociaux pertinents pour les milieux de soins de santé. Il comprend deux volets : une enquête psychosociale permettant au personnel des soins de santé de communiquer leur point de vue sur l'environnement de travail, et un examen des organisations visant à aider les organismes de soins de santé à évaluer leur situation actuelle en matière de santé et sécurité.
Le document **Violence Prevention Risk Assessment Audit Tool** fournit des outils d'audit portant sur le milieu de travail, les renseignements relatifs aux incidents et aux blessures, les données sur les résidents et la formation. C'est un excellent outil de synthèse qui permet d'examiner les données actuelles relatives aux incidents au sein de l'organisme.
L'annexe A du document **Organizational Trauma-Informed Practices Measure (O-TIPs)** propose un questionnaire de 31 questions destiné à évaluer et à suivre les pratiques tenant compte des traumatismes au niveau organisationnel. Cette mesure porte sur des domaines clés tels que le perfectionnement et l'accompagnement du personnel, la mise en place d'environnements sûrs et favorables, ainsi que les politiques organisationnelles.
L'outil **Protégeons la santé mentale au travail - Réalisation d'un examen organisationnel** peut aider les dirigeants à réfléchir aux facteurs psychosociaux, tels que le soutien psychologique et la protection psychologique, au sein de l'organisme. Il peut servir de point de départ pour la discussion, la planification ou la détermination des grands domaines à améliorer. Les organismes devraient envisager de compléter ces données par d'autres sources d'information, telles que des enquêtes auprès du personnel, des entrevues, l'analyse des tendances en matière d'incidents, des groupes de discussion ou des indicateurs de santé au travail.
L'annexe A du document **WorkplaceViolence and Harassment** de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario contient une liste de contrôle générale portant sur la politique de prévention de la violence au travail, l'évaluation des risques et les mesures à prendre. Il s'agit d'une excellente ressource pour effectuer une analyse ponctuelle de la situation actuelle de l'organisme.

Analyse des lacunes
Le document **Preventing Violence in Healthcare Gap Analysis** propose des mécanismes concrets et des questions de vérification destinées à aider les organismes à évaluer leurs pratiques actuelles de prévention de la violence et à identifier les lacunes. C'est un outil utile à l'étape de mise en œuvre Évaluer et identifier.

Analyse des causes profondes
Le document **RCA2 : Améliorer les analyses des causes profondes et les actions visant à prévenir les dommages** publié par l'Institute for Healthcare Improvement, fournit des instructions et des bonnes pratiques pour mener des analyses des causes profondes. Ce document contient des schémas et des tableaux destinés à faciliter le processus d'ACP. Les organismes peuvent s'appuyer sur ce document pour améliorer la manière dont ils mènent leurs analyses des causes profondes et identifier les mesures à prendre pour éviter que des incidents similaires ne se reproduisent.



OBJECTIF 3

Impliquer les patients et leurs familles

Cet objectif vise à impliquer les patients et leurs familles dès leur admission à l'hôpital. Cela peut vouloir dire mener des enquêtes auprès des patients et de leurs familles afin d'inventorier les lacunes, de faire participer les patients et leurs familles à un processus rationalisé et de les inviter à rejoindre une équipe consultative. Cet objectif vous guidera dans votre travail auprès des patients et de leurs familles afin de contribuer à la prévention de la violence et à la réduction des traumatismes.

Pourquoi est-ce important?

Des relations solides entre le personnel et les patients peuvent aider le personnel à repérer les changements de comportement, les signes de détresse, les indices et les facteurs de déclenchement possibles. Les patients et leurs familles peuvent également se sentir plus à l'aise pour communiquer leurs préoccupations et leurs préférences au personnel lorsque la communication est ouverte, respectueuse et uniforme.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- L'aggravation de l'état des patients qui contribue au risque accru de violence à l'encontre du personnel. Ils ont constaté qu'un nombre croissant de patients adoptaient des comportements extrêmes envers le personnel des soins de santé.
- La communication ouverte et sincère avec les patients, la famille et l'équipe soignante est essentielle pour garantir que « tous les services, à tous les niveaux du soin, donnent le meilleur d'eux-mêmes ».
- Traiter les patients avec respect et humilité, et encourager le personnel à s'engager davantage auprès d'eux et à « considérer les patients comme des personnes ».
- Favoriser la participation des patients à leurs soins et à les prendre en charge.

OBJECTIF 3

Impliquer les patients et leurs familles

Preuves

Les données disponibles montrent qu'une plus grande participation des usagers aide les services psychiatriques à répondre plus efficacement aux besoins des patients. Les gestionnaires et le personnel ont souligné l'importance de favoriser davantage la participation des usagers et d'accroître la présence du personnel au sein du service (Pelto-Piri et Kjellin, 2021). Les patients ont également souligné la nécessité de participer à la planification des soins, notamment aux décisions concernant les soutiens après le congé, telles que l'aide au logement et à l'emploi (Pelto-Piri & Kjellin, 2021).
Les membres de la famille peuvent fournir des renseignements importants sur les antécédents d'agressivité du patient, les signes avant-coureurs, les facteurs déclenchants et les stratégies qui ont permis d'éviter une escalade dans le passé (Onwumere et al., 2014). L'engagement des familles peut aider les équipes de soin à mieux cerner les risques et à adapter les stratégies de prévention aux besoins du patient.

Résultats attendus

- Identifier les lacunes en matière d'engagement des patients et de leur famille
- Mettre en place des processus rationalisés afin d'intégrer les préférences des patients dans leur plan de soins.
- Créer un comité consultatif composé de patients et de leurs familles afin de recueillir leur avis sur la planification des soins et les processus de traitement

Rendez-vous aux pages 28 à 39 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 3

Impliquer les patients et leurs familles

Objectif 3 : Impliquer les patients et leurs familles

Enquêtes auprès des patients et leurs familles
L'enquête **Ontario Adult Inpatient Mental Health and Addictions (OA-IMHA) survey**, élaborée par l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) et le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), est un outil conçu pour recueillir les commentaires des patients pendant leur séjour en établissement de soins de santé mentale et de traitement des dépendances ainsi qu'après leur congé.
L'enquête **Mental Health Carer Experience Survey (CES)** , mise au point par le Australian Mental Health Outcomes and Classification Network, est une enquête destinée à recueillir les témoignages des aidants concernant les soins de santé mentale que reçoit la personne dont ils s'occupent, notamment la manière dont les services interagissent, communiquent et collaborent avec les familles et les aidants.
Création d'un conseil des patients et leurs familles
Working With Patients and Families as Advisors (Implementation Handbook) est un guide détaillé destiné à faciliter l'attribution de rôles de conseillers aux patients et à leurs familles au sein des organismes de soins de santé. Il décrit les stades clés, notamment la désignation du personnel de liaison, la création d'occasions de faire participer les patients conseillers, la préparation des dirigeants de l'hôpital à travailler avec les patients conseillers, le recrutement et la formation de ces derniers, ainsi que la mise en œuvre des activités des patients conseillers. Ce document offre un aperçu utile aux organismes qui souhaitent mettre en place des fonctions de patient et de famille à titre de conseillers.
Le document **A PatientAnd Family AdvisoryCouncil Workplan: GettingStarted**, publié par l'Institute for Patient and Family-Centered Care, propose un modèle de plan de travail à compléter détaillant les étapes à suivre pour mettre en place un conseil consultatif des patients et de leurs familles. Les organismes peuvent s'en servir comme guide préliminaire pour mettre en place un conseil consultatif.

Objectif 3 : Impliquer les patients et leurs familles

Pratiques exemplaires en matière d'engagement des patients, de leurs familles et de leurs proches aidants
Le guide intitulé **Engaging PatientsAnd Families In Workplace Violence Prevention: A Handbook For Organizational LeadersIn Healthcare,** élaboré par le Public Services Health and Safety Association, propose des stratégies visant à établir des partenariats avec les patients et leurs familles afin de prévenir la violence au travail. Ce document constitue un guide de référence pour les organismes qui souhaitent faire participer les patients et leurs familles et intégrer leurs points de vue dans les programmes de prévention de la violence.
Le Guide des pratiques prometteuses : Mobiliser les proches aidants dans les services de santé mentale et de traitement des dépendances au Canada, élaboré par la Commission de la santé mentale du Canada, offre un aperçu complet des pratiques prometteuses en matière d'engagement des soignants. Il présente les étapes clés pour se lancer, notamment quand, où et comment mobiliser les soignants, et comprend des études de cas ainsi que des exemples de programmes couronnés de succès. Ce guide constitue une ressource utile pour les organismes qui souhaitent lancer ou renforcer les initiatives visant à mobiliser les soignants et les familles.
Le **PHSA Patient and Family Engagement Framework** propose un guide détaillé pour faire participer les patients et leurs familles, depuis le lancement et la planification jusqu'à l'établissement de partenariats, la mise en relation, l'implication et la conclusion du processus de mobilisation. Il s'agit d'une ressource utile pour les organismes qui souhaitent faire appel aux patients partenaires et à leurs familles afin de contribuer à l'élaboration de programmes et de projets de prévention de la violence.

OBJECTIF 4

Optimiser l'environnement physique

Cet objectif vise à optimiser l'environnement physique au sein d'un hôpital, ce qui peut inclure l'évaluation de l'environnement, l'identification des risques environnementaux et la proposition de solutions d'amélioration.

Pourquoi est-ce important?

L'environnement physique d'un hôpital peut influencer les réactions émotionnelles des patients. Par exemple, les espaces achalandés, clos ou mal éclairés peuvent être source de détresse, tandis que les espaces ouverts et bien éclairés peuvent aider les patients à se sentir plus sereins. Il est important de tenir compte l'expérience des patients et des aidants dans le processus de conception de l'environnement physique, car leur point de vue diffère de celui des concepteurs et des architectes.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- Les participants ont souligné qu'une signalétique claire, indiquant que la violence n'est pas tolérée et que l'hôpital est un lieu où règne le respect, devrait être visible dès l'entrée des patients dans l'établissement.
- Les participants ont souligné l'importance de disposer d'un espace d'accueil distinct où le personnel puisse expliquer aux patients admis dans l'unité ce à quoi ils peuvent s'attendre pendant leur séjour.
- On a exprimé la préférence pour les espaces privés ou peu stimulants qui permettent aux patients d'exercer un plus grand contrôle sur leur environnement et les aident à se sentir plus en sécurité et moins exposés aux risques.

OBJECTIF 4

Optimiser l'environnement physique

Preuves

On a constaté que l'environnement hospitalier exerce une influence significative sur le risque de violence. Des études suggèrent que la mise en place d'une signalétique claire pourrait contribuer à réduire le taux d'incidents violents en facilitant l'orientation et en limitant la confusion (Kim et al., 2024). Les patients préfèrent les environnements physiques qui leur laissent un espace personnel, tandis que les lieux achalandés peuvent soulever des sentiments de stress et d'anxiété (Sui et al., 2023). Des études soulignent également l'importance de donner aux patients davantage de contrôle sur leur environnement dans leur chambre, notamment en leur permettant de régler les fenêtres, le chauffage, l'éclairage et l'acoustique (Rodríguez-Labajos et al., 2024).

Résultats attendus

- Réaliser une évaluation de l'environnement et identifier les lacunes et les points faibles.
- Déterminer les équipes et les services nécessaires pour soutenir les changements environnementaux.
- Intégrer l'évaluation des espaces environnementaux dans les pratiques courantes

Rendez-vous aux pages 40 à 50 du cahier d'exercices cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 4

Optimiser l'environnement physique

Objectif 4 : Optimiser l'environnement physique

Enquête des environnements physiques
L'annexe A du document **Violence Risk Assessment Standard**, publié par la Community Social Services Health and Safety Association of BC, propose une liste de contrôle pour les visites de sécurité visant à attirer l'attention sur les risques et les mesures de prévention en milieu de travail. Il s'agit d'un outil utile pour réaliser une première évaluation environnementale et orienter une visite structurée des lieux.
La page 14 du document **Workplace ViolenceRisk Assessment Toolkit for Acute Care** propose un tableau permettant de recenser les dangers et les risques associés, ainsi que des recommandations sur les mesures de prévention et les solutions possibles. Cet outil peut aider les organismes à identifier les problèmes de sécurité environnementale et à planifier des améliorations concrètes visant à réduire les risques de violence liés à l'environnement.
Le document **Violence Risk Assessment Environmental Survey** élaboré par SafeCare BC comprend des enquêtes environnementales destinées aux soins communautaires, aux établissements de soins de longue durée et aux zones non cliniques. C'est un excellent outil pour les évaluations environnementales des services pour patients externes et non cliniques.
L'**Élaboration de politiques et de programmes concernant la violence et le harcèlement au travail : trousse à outils**, élaborée par le Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario, comprend une Évaluation générale de l'environnement physique à la page 18. Cet outil permet de répertorier les mesures de contrôle existantes et d'identifier celles qui sont recommandées, ce qui en fait une ressource utile pour les organismes qui évaluent les risques environnementaux et prévoient d'améliorer leurs pratiques en matière de prévention de la violence au travail.

Objectif 4 : Optimiser l'environnement physique

Pratiques exemplaires en matière d'aménagement de l'espace
Le **BehavioralHealth Design Guide**, élaboré par Behavioral Health Facility Consulting, LLC, précise les pratiques exemplaires en matière de conception d'espaces dédiés à la santé comportementale, notamment en ce qui concerne la construction, les matériaux, les entrées de portes, les zones d'accueil et les salles d'isolement. Cet outil peut aider les organismes à comparer leur environnement physique actuel aux pratiques exemplaires de conception recommandées et à trouver des occasions d'amélioration.
Une **étude sur les caractéristiques de conception environnementale touchant la perception de la sécurité par le personnel au sein d'un système hospitalier complexe : les incidences sur la conception d'établissements de soins de santé** a mis en évidence que la conception environnementale constitue un facteur prédictif de la satisfaction du personnel concernant la sécurité des patients ou des visiteurs, notamment grâce à une signalétique claire, à la propreté, aux mesures de sécurité et à la visibilité des équipes. Cet article peut constituer une référence utile pour les organismes qui s'interrogent sur la manière dont les caractéristiques de conception physique peuvent contribuer à renforcer le sentiment de sécurité et la satisfaction du personnel, des patients et des visiteurs.

OBJECTIF 5

Intégrer la prévention de la violence dans les politiques et les procédures

Cet objectif vise à intégrer la prévention de la violence dans les politiques et les procédures afin de créer un lieu de travail plus sûr. Cela peut nécessiter le recensement de toutes les politiques en vigueur au sein de votre organisme, de recueillir les résultats d'enquêtes menées auprès du personnel et de combler les lacunes éventuelles.

Pourquoi est-ce important?

Les politiques et les procédures sont importantes car elles fournissent au personnel des consignes claires sur la manière de réagir face aux actes de violence et de les signaler. Elles permettent de clarifier les rôles et les responsabilités et de veiller à ce que les incidents soient gérés de manière cohérente. Des politiques et procédures efficaces favorisent également la responsabilisation, la formation du personnel et l'analyse rétrospective des incidents, tout en permettant d'identifier les axes d'amélioration, ce qui contribue à créer un environnement plus sûr pour le personnel et les patients.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- Les politiques de prévention de la violence sont souvent trop longues, manquent de clarté quant à leur champ d'application et ne sont pas adaptées à des contextes spécifiques, tels que les soins pour patients externes et les soins communautaires.
- Une restructuration de la direction peut entraîner la modification ou la refonte de politiques existantes, même lorsque des politiques pertinentes sont déjà en place. Cela peut conduire à « réinventer la roue » et accroître la méconnaissance des processus actuels chez le personnel.
- Les participants ont proposé de recenser toutes les politiques existantes, d'évaluer leur facilité d'utilisation et de combler les lacunes éventuelles en proposant des solutions.
- Mettre en place un dispositif de soutien formel comportant des règles claires sur la marche à suivre après un incident, sur les responsables de chaque politique et sur l'endroit où l'on garde ces politiques.
- La mise en place d'une plateforme en ligne permettant de centraliser l'ensemble des politiques, des procédures et des soutiens à la formation pourrait contribuer à éviter la multiplication des versions.
- Rendre les politiques et les procédures plus accessibles grâce aux technologies comme les lecteurs d'écran.

OBJECTIF 5

Intégrer la prévention de la violence dans les politiques et les procédures

Preuves

Les politiques et procédures peuvent contribuer à la prévention de la violence en imposant aux hôpitaux psychiatriques de mettre en place des processus cohérents pour identifier les risques, analyser les incidents et former le personnel. Lipscomb et al. (2006) ont évalué l'incidence de la mise en œuvre d'une politique obligeant les établissements psychiatriques à mettre en place des programmes de prévention de la violence et ont constaté une amélioration de la perception qu'avait le personnel de la sécurité de l'environnement, du travail d'équipe et de l'accès à la formation. Toutefois, cette étude n'a trouvé aucune diminution statistiquement significative des agressions contre le personnel, ce qui suggère que les politiques peuvent certes renforcer les pratiques organisationnelles nécessaires à la prévention, mais qu'elles ne permettent pas nécessairement de réduire la violence si elles ne sont pas mises en œuvre de manière cohérente, en parallèle avec les interventions cliniques, environnementales et organisationnelles (Lipscomb et al., 2006).

Résultats attendus

- Passer en revue le contenu des politiques actuelles et utiliser l'enquête et la liste de contrôle relatives aux politiques pour évaluer les lacunes.
- Normaliser la terminologie relative à la prévention de la violence et les processus d'intervention dans l'ensemble des politiques et procédures.
- Regrouper toutes les politiques sur une seule et même plateforme et désigner une personne chargée en priorité de les mettre à jour.

Rendez-vous aux pages 51 à 61 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 5

Intégrer la prévention de la violence dans les politiques et les procédures

Objectif 5 : Intégrer la prévention de la violence dans les politiques et les procédures

Révision des politiques et des procédures
L’annexe A du document **Violence Risk Assessment Standard**, publié par la Community Social Services Health and Safety Association of BC comprend une liste de contrôle portant sur les documents. C'est un excellent point de départ pour évaluer l'ensemble des politiques, des normes et des procédures en vigueur au sein de votre organisme et identifier les lacunes.
Le document intitulé **Violence Risk Assessment Policy and Procedure Review** propose des listes de contrôle et des tableaux permettant de passer en revue les politiques et procédures applicables aux soins de longue durée, aux soins à domicile, à la santé communautaire et aux domaines non cliniques.
Pratiques exemplaires en matière de politiques et de procédures
L'ASSSP propose un **modèle de politique de prévention de la violence** qui fournit une terminologie standardisée pour identifier les comportements, les facteurs déclencheurs, les stratégies de prévention, les mesures de santé et sécurité et les interventions de contrôle destinées aux clients présentant un risque modéré ou élevé. Il s'agit d'une ressource utile pour les organismes qui élaborent ou modernisent des politiques relatives à la prévention de la violence des patients.
L'ASSSP propose un **modèle de procédure « code blanc »** qui fournit des formulations types pour réagir face à un bénéficiaire de soins, un visiteur ou un travailleur qui se montre violent. Il contient le langage relatif à la désescalade, à la réduction des risques, au déclenchement des interventions d'urgence et aux procédures d'intervention. Il s’agit d’une excellente ressource pour aider les organismes à élaborer ou à actualiser leurs politiques « code blanc ».

PRIORITÉ 2

Renforcer la capacité du personnel à prévenir les événements critiques et à y faire face en toute sécurité

Les objectifs comprennent :

- Dispenser une formation complète à la sécurité axée sur les compétences.
- Élaborer des procédures d'intervention en équipe.
- Mettre en pratique et entretenir ses compétences.

PRIORITÉ 2

Renforcer la capacité du personnel à prévenir les événements critiques et à y faire face en toute sécurité

Seuls 30 % des membres du personnel psychiatrique interrogés dans le cadre d'une enquête menée par notre équipe chez Waypoint et The Royal déclarent se sentir très bien ou extrêmement bien préparés à prévenir la violence physique et d'autres événements critiques en milieu de travail ou à y répondre (Hilton et al., 2020).
Les programmes de formation visant à enseigner aux professionnels comment prévenir, désamorcer ou intervenir en toute sécurité face à des comportements critiques et potentiellement dangereux au sein des unités de soins de santé sont largement répandus, et certaines données suggèrent que ces programmes peuvent renforcer la confiance du personnel dans sa capacité à gérer l'agressivité des patients (Almulla et al., 2026; Recsky et al., 2023). Toutefois, les données disponibles concernant l'efficacité des formations à la désescalade destinées aux travailleurs en soins de santé psychiatriques sur le taux d'incidents violents demeurent limitées, ce qui souligne la nécessité pour les organismes de choisir avec soin leurs approches de formation, de les adapter au contexte local et de vérifier si elles permettent de réduire le taux d'incidents violents (Brenig et al., 2023)

La priorité 2 met l'accent sur le renforcement de la capacité du personnel à prévenir les événements critiques et à y faire face en toute sécurité.

Grâce aux séances de groupes de discussion, nous avons défini trois objectifs portant sur des mesures visant à dispenser une formation à la sécurité axée sur les compétences, à mettre en pratique et à entretenir ces compétences, ainsi qu'à mettre en place des interventions collectives en cas d'incident critique. Ces mesures s'appuient sur une analyse de base, un suivi continu et une évaluation des résultats afin d'en garantir la pérennité.

OBJECTIF 1

Dispenser une formation complète à la sécurité axée sur les compétences

Cet objectif vise à offrir au personnel des hôpitaux psychiatriques une formation complète en matière de sécurité, axée sur les compétences. Cela peut entraîner l'évaluation des formations existantes, mener des enquêtes auprès du personnel afin d'identifier les lacunes, prévoir des occasions d'apprentissage pratique et mettre en place des processus permanents visant à rehausser la confiance du personnel en matière de prévention de la violence et à réduire le taux d'incidents violents.

Pourquoi est-ce important?

La formation joue un rôle essentiel dans la réduction des risques de violence, car elle permet au personnel de repérer les signes avant-coureurs et d'intervenir avant que la situation ne s'aggrave. Une formation efficace peut permettre d'améliorer les compétences du personnel en matière d'évaluation des risques, de communication et de désescalade. Cela renforce également la confiance des membres du personnel et garantit qu'ils comprennent bien leurs rôles et suivent des procédures cohérentes en cas d'incident violent. L'offre à intervalles réguliers de séances de formation d'appoint et basées sur des scénarios peut aider le personnel à mettre ces compétences en pratique dans des situations concrètes.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- La formation doit être conçue en tenant compte des besoins de l'apprenant.
- Privilégier la formation aux compétences non techniques et à la communication non verbale avant de recourir aux interventions fortement restrictives.
- Afin de préserver la confiance et les compétences du personnel à long terme, les participantes/participants ont suggéré que des formations à la désescalade soient proposées une fois ou deux fois par an.
- Il faudrait renforcer la formation du personnel de sécurité, en particulier dans les établissements de soins de santé mentale.
- La formation doit se dérouler en présentiel, être interactive et engageante.
- Il faut proposer une formation à mesure que de nouvelles initiatives sont mises en place, et donner des instructions au sein des unités cliniques au moment d'introduire une nouvelle intervention.
- Intégrer une formation expérientielle, basée sur des scénarios, en s'appuyant sur les expériences vécues du personnel pour les activités d'apprentissage par jeux de rôle.

OBJECTIF 1

Dispenser une formation complète à la sécurité axée sur les compétences

Preuves

Il a été démontré que la mise en place d'une formation aux techniques verbales et non verbales de désescalade permet de réduire de moitié le risque d'agression par rapport au groupe témoin (Celofiga et al., 2022). On a également constaté une réduction significative du recours aux mesures de contention physique (Celofiga et al., 2022). Par ailleurs, la gravité des comportements agressifs chez les patients a considérablement diminué dans les services où le personnel avait reçu une formation à la désescalade, ce qui est un bon exemple de l'importance de la formation pour réduire les incidents graves (Celofiga et al., 2022).
La formation a le plus de chances de réduire la violence lorsqu'elle intègre un apprentissage pratique et basé sur des mises en situation. Duncan et al. (2023) ont constaté que l'intégration de la simulation dans la formation avait permis de réduire considérablement le recours aux moyens de contention six mois après sa mise en œuvre. D'autres études ont montré que la formation par simulation immersive destinée aux membres du personnel professionnel de la santé mentale renforçait leur sentiment d'efficacité dans le travail d'équipe et leur confiance en eux face aux situations d'agressivité (Young et al., 2022).

Résultats attendus

- Évaluer la formation actuelle et mener une enquête auprès du personnel sur leur confiance en matière de désescalade.
- Examiner le contenu et le format actuels de la formation.
- Mettre en place des formations à la prévention de la violence qui privilégient la prévention et la désescalade.
- Élaborer des supports pédagogiques interactifs, tels que des jeux de rôle, des simulations de « code blanc » et des activités de simulation.

Rendez-vous aux pages 62 à 75 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 1

Dispenser une formation complète à la sécurité axée sur les compétences

Objectif 1 : Dispenser une formation complète à la sécurité axée sur les compétences

Liste de contrôle du contenu de la formation
L'annexe B13 du guide **«**Preventing Violence in Health Care**»** de Worksafe BC présente un exemple de liste de contrôle des contenus de formation et d'éducation. Il contient des directives en matière de formation et d'éducation destinées tant aux gestionnaires qu'aux intervenants hospitaliers. C'est un excellent point de départ pour vérifier si les formations dispensées au sein de votre organisme répondent aux normes requises en matière de prévention de la violence.
La page 14 de la **liste de contrôle pour la prévention de la violence au travail** de l'ASSSP présente un aperçu des formations et des actions de sensibilisation pertinentes en matière de prévention de la violence destinées aux intervenants hospitaliers, ainsi qu'une liste de contrôle que les organismes peuvent utiliser pour évaluer les pratiques actuelles en matière de formation.
L'annexe A (page 13) de la **trousse d'outils pour l'évaluation des risques individuels des patients dans les établissements de santé** fournit une liste des formations recommandées pour évaluer les situations de violence et y faire face. Les organismes peuvent consulter cette liste pour déterminer quels modules de formation sont déjà en place ou font défaut.
Lignes directrices relatives à la formation sur la réduction de mesures de contention
Évaluation de la violence dans les milieux pour patients externes Le document **Restraint Reduction Network Training Standards 2021** fournit des normes, des pratiques exemplaires et des recommandations sur le contenu des programmes de formation afin de favoriser la réduction des mesures de contention et des soins humanisés. Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour comparer les formations actuelles aux critères reconnus, identifier les lacunes et déterminer si leurs formations accordent la priorité à la désescalade tout en préparant le personnel à recourir en toute sécurité à des interventions restrictives lorsque cela s'avère nécessaire.

Objectif 1 : Dispenser une formation complète à la sécurité axée sur les compétences

Ressources de formation aux simulations et aux exercices d'alerte « code blanc »
La page 30 de la trousse d'outils intitulée **« Intervention d'urgence en cas de violence au travail (code blanc) dans le secteur des soins de santé »**, publiée par l'Association pour la santé et la sécurité dans les services publics, fournit des recommandations concernant les exercices de simulation de « code blanc » ainsi que les éléments essentiels de la formation relative au « code blanc ». Les organismes peuvent consulter cette ressource pour évaluer leur formation actuelle concernant le « code blanc » ou pour élaborer leur propre formation, et identifier les facteurs à améliorer.
Le document **« Code White - Violence/Aggression Exercise Catalogue »** de Continuing Care Safety Association propose une série de scénarios « code blanc » dans différents contextes, chacun accompagnés d'une description du but, de la portée, des objectifs et d'un récit. Les organismes peuvent s'en inspirer pour élaborer leurs propres scénarios « code blanc ».
Le document **« Patient-to-Worker Table Top Exercise Facilitator's Guide »** des Alberta Health Services fournit des instructions pour animer des exercices sur table avec le personnel, à partir de scénarios de violence au travail. Ce guide présente un processus en quatre étapes : savoir quoi faire, choisir quoi faire, agir et présenter les rapports. L'annexe A présente des scénarios « code blanc » que les organismes peuvent adapter ou utiliser lors de la mise en œuvre de ces exercices.
Les **« Scénarios de formation par simulation »** proposent des exemples de scénarios dans différents contextes hospitaliers. Il comprend une section spécifique consacrée à un scénario de désescalade en santé comportementale qui précise la mise en place du scénario, les mesures à prendre étape par étape et une liste de contrôle pour chaque étape. Même si cette ressource ne repose pas nécessairement sur des données probantes, elle peut néanmoins fournir des exemples utiles pour l'élaboration d'activités de simulation. Les organismes devraient l'utiliser en complément de directives ou de normes fondées sur des données probantes pour s'assurer que le contenu de la formation est conforme aux pratiques exemplaires.

OBJECTIF 2

Élaborer des procédures d'intervention en équipe

Cet objectif vise à mettre en place des interventions collectives lors d'incidents critiques. Cela peut entraîner l'évaluation des pratiques actuelles au sein des équipes, l'identification des lacunes en matière d'effectifs et de coordination, et la définition claire des rôles de chacun : qui dirige, qui apporte le soutien, qui communique et qui consigne les informations pendant et après un incident.

Pourquoi est-ce important?

Les interventions en équipe permettent au personnel de coordonner les mesures à prendre et d'agir de manière cohérente lorsque la situation s'aggrave. Cela peut également atténuer la pression qui pèse sur les membres du personnel concernés et aider l'équipe à réagir avant que la situation ne s'aggrave.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- La collaboration permet d'améliorer l'efficacité des interventions et contribue à renforcer le sentiment de sécurité du personnel.
- Les membres du personnel se sentent plus en confiance lorsqu'ils savent qui les soutient pendant leur service et qu'ils constatent que des mesures sont prises en fonction de leur rétroaction.

OBJECTIF 2

Élaborer des procédures d'intervention en équipe

Preuves

Les conclusions tirées des groupes de discussion concordent avec la littérature scientifique; des recherches antérieures menées par notre équipe ont montré que la dynamique d'équipe peut se détériorer lorsque le moral du personnel est en berne, ce qui souligne l'importance d'adopter des attitudes respectueuses et d'assurer une coordination lors des interventions au sein de l'équipe (Ham et al., 2022). D'autres études ont montré que les soins en équipe peuvent améliorer la sécurité des patients et la communication au sein du personnel, tout en réduisant l'épuisement professionnel des soignants (Weller et al., 2014).

Résultats attendus

- Évaluer les pratiques actuelles de l'équipe en matière d'intervention.
- Réaliser une évaluation des compétences du personnel appelé à soutenir l'équipe chargée des incidents critiques.
- Définir les rôles (soutien, communication, documentation) à assumer lors d'un incident.

Rendez-vous aux pages 76 à 85du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

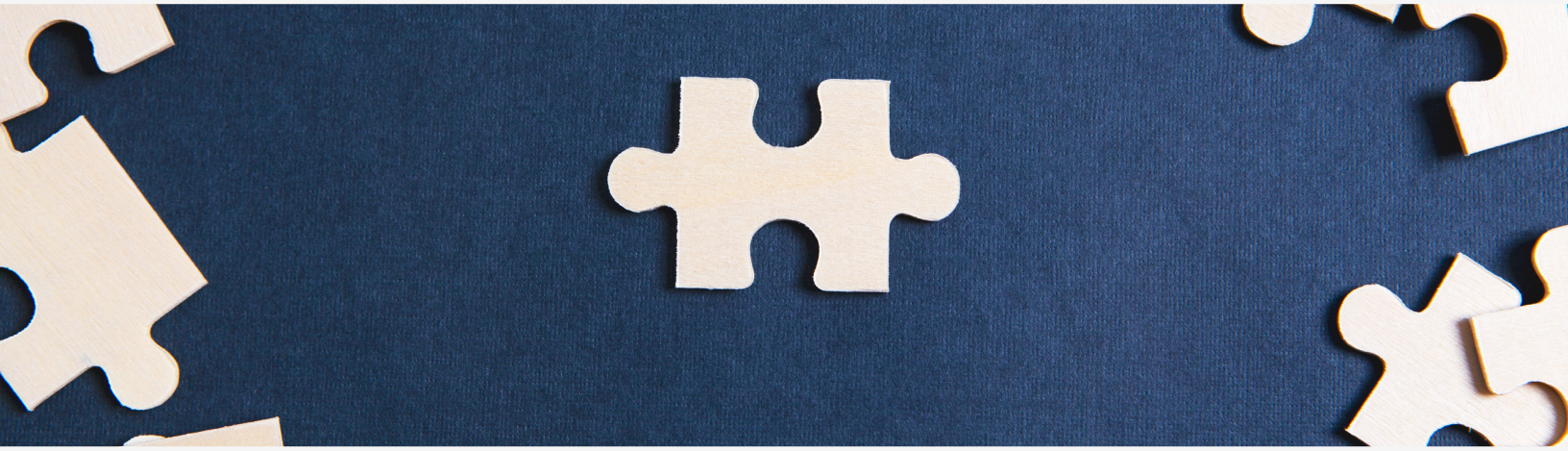
OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 2

Élaborer des procédures d'intervention en équipe

Objectif 2 : Élaborer des procédures d'intervention en équipe

Enquête auprès des employés sur les interventions données en équipe

L'enquête SOPS Hospital Survey 2.0 de l'AHRQ destinée aux hôpitaux est une enquête menée auprès du personnel des soins de santé qui évalue la perception qu'ont les employés de la culture liée à la sécurité des patients, notamment le soutien des supérieurs hiérarchiques, celui de la direction de l'hôpital, la réactions aux erreurs, le travail d'équipe et le rythme de travail. La section A de l'enquête porte sur le travail d'équipe et les processus de travail. Les résultats de l'enquête peuvent aider les unités à déterminer si le personnel se sent prêt à travailler en équipe, à faire part de ses préoccupations et à compter sur le soutien de la direction pendant et après les événements critiques.



OBJECTIF 3

Mettre en pratique et entretenir ses compétences

Cet objectif vise à développer et à entretenir les compétences acquises dans les hôpitaux psychiatriques. Cela peut entraîner l'évaluation de la manière dont le personnel réagit actuellement aux événements critiques en milieu de travail, la clarification des rôles, l'inventaire des aspects à harmoniser entre les différents groupes de personnel et l'amélioration des procédures de signalement des incidents et des quasi-accidents.

Pourquoi est-ce important?

Les membres du personnel peuvent adopter des approches différentes pour évaluer les risques, communiquer, désamorcer les tensions, intervenir et rendre compte des événements a posteriori. Il est essentiel de définir clairement les attentes liées à chaque rôle lors de la gestion d'incidents critiques en milieu de travail.

.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- Les différents membres du personnel professionnel (p. ex., infirmière autorisée/infirmier autorisé, infirmière auxiliaire autorisée/infirmier auxiliaire autorisé, préposée au service de soutien à la personne) peuvent avoir des approches et des formations différentes en matière de prévention de la violence et de désescalade, ce qui entraîne un manque de cohérence dans l'intervention du personnel malgré la formation dispensée par l'organisme.
- Des différences ont été observées au niveau de la composition organisationnelle, ainsi que dans la manière dont les différentes générations ou les collaborateurs les plus récents par rapport aux plus expérimentés réagissent et se positionnent : le nouveau personnel semble moins sûr de soi-même lorsqu'il s'agit d'évaluer les risques, tandis que les collaborateurs de longue date se montrent plus réticents à adopter de nouvelles pratiques.
- Il se peut que le personnel ne dispose pas de suffisamment de temps ou d'une formation adéquate pour utiliser le système de signalement des incidents et qu'il ne signale pas les « quasi-accidents », c'est-à-dire les incidents qui auraient pu causer un préjudice, mais qui n'en ont pas entraîné.
- La crainte de représailles ou de faire l'objet d'une enquête peut dissuader le personnel de signaler des faits.

OBJECTIF 3

Mettre en pratique et entretenir ses compétences

Preuves

Pour maintenir les compétences du personnel, les organismes doivent évaluer la manière dont les compétences en matière de prévention de la violence sont mises en pratique, plutôt que de se contenter de vérifier si le personnel a suivi une formation. McNiel et al. (2011) ont constaté que des scénarios cliniques structurés et des critères d'évaluation standardisés pouvaient servir à évaluer les compétences en matière d'évaluation et de gestion des risques de violence. Cela a permis aux superviseurs d'observer les performances, d'identifier les écarts de niveau de compétence et de fournir des rétroactions plus ciblées.
Le maintien des compétences du personnel passe également par l'analyse des incidents et des quasi-accidents afin d'identifier les lacunes dans les pratiques. Des études ont montré qu'une culture de la sécurité des patients plus forte est associée à une plus grande disposition des infirmières et infirmiers à signaler les incidents évités de justesse, ce qui suggère que les organismes doivent définir des attentes claires en matière de signalement et adopter une intervention de soutien, sans culpabilisation face aux événements signalés (Yang & Lui, 2021).

Résultats attendus

- Évaluer les compétences du personnel en matière de gestion des risques de violence grâce à l'évaluation des compétences du personnel.
- Préciser les rôles et les responsabilités du personnel lors de l'évaluation et de l'intervention.
- Préciser les attentes en matière de rapports et de suivi.

Rendez-vous aux pages 86 à 97 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 3

Mettre en pratique et entretenir ses compétences

Objectif 3 : Mettre en pratique et entretenir ses compétences

Rôles et responsabilités

La page 30 de la trousse d'outils intitulée **« Intervention d'urgence en cas de violence au travail (Code Blanc) dans le secteur des soins de santé »** fournit des recommandations concernant les effectifs nécessaires et leurs responsabilités lors d'une intervention de type « code blanc ». Il comprend une liste des membres du personnel susceptibles d'intervenir directement ou indirectement en cas de « code blanc ». Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour passer en revue la composition de leur équipe « code blanc » et déterminer s'il manque des rôles ou du personnel.

Signalement des incidents et des quasi-accidents

La **trousse pratique d'outils sur le signalement des incidents de violence au travail** fournit des outils concrets pour faciliter le signalement de ces incidents, notamment des formulaires de signalement des risques et des incidents, des conseils sur la communication avec le personnel et la formation de celui-ci, ainsi que des stratégies permettant de suivre les tendances en matière de signalement et d'identifier les lacunes. Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour renforcer les procédures de signalement mises en place par leur personnel et améliorer la manière dont les incidents de violence au travail sont signalés et traités. L'annexe A contient un exemple de politique qui définit les rôles et les responsabilités de chaque membre du personnel.

PRIORITÉ 3

Améliorer la culture organisationnelle afin de créer un environnement de travail psychologiquement sain, en mettant l'accent sur la prévention des traumatismes

Les objectifs comprennent :

- Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel.
- Organiser des débreffages et des sessions d'apprentissage post-incident fondés sur des données probantes.
- Améliorer l'accès du personnel au soutien psychologique adapté et dispensé en temps opportun après des incidents graves.

PRIORITÉ 3

Améliorer la culture organisationnelle afin de créer un environnement de travail psychologiquement sain, en mettant l'accent sur la prévention des traumatismes

Dans une enquête menée par notre équipe, 30 % du personnel psychiatrique de notre enquête qui répondait aux critères de dépistage de TSPT, de la dépression ou de l'anxiété craignaient que le fait de suivre un traitement ou de bénéficier d'un counseling n'ait un effet négatif sur leur travail. Le personnel ayant fait état d'une moindre confiance entre le gestionnaire et le personnel présentait un risque accru de TSPT (Ham et al., 2021). Les participants à nos entrevues s'inquiétaient de l'anonymat et des violations possibles de la confidentialité lorsqu'ils accédaient aux services ou prenaient congé pour le faire. De nombreux participants aux entrevues et aux groupes de discussion apprécient grandement le rôle du soutien des pairs, en particulier de la part d'autres membres du personnel qui comprennent la culture et les défis que présente leur lieu de travail. Un grand nombre d'entre eux ont souhaité partager leurs histoires de traumatisme et de guérison pour en faire profiter leurs collègues. D'autres études montrent que le sentiment de soutien dont bénéficient les membres du personnel a une incidence sur leur capacité à s'adapter aux événements critiques survenant au travail (Huang et al., 2024) ainsi que sur leur niveau de confiance envers l'organisme après de tels événements (Rodrigues et al., 2021).

La priorité 3 met l'accent sur le renforcement de la communication et des relations entre les dirigeants et les employés, l'organisation d'un débreffage immédiatement après l'incident et la mise en place du soutien psychologique continu.

Ces mesures peuvent s'appuyer sur une analyse de base, un suivi continu et une évaluation des résultats.

OBJECTIF 1

Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel

Cet objectif vise à renforcer les relations entre la direction et le personnel dans les hôpitaux psychiatriques. Cela peut notamment passer par l'amélioration de la communication de la part des dirigeants, la mise en place de circuits de rétroaction clairs et le renforcement de la confiance grâce à un dialogue ouvert et constant avec le personnel.

Pourquoi est-ce important?

Des relations solides entre la direction et le personnel peuvent contribuer à instaurer un climat de confiance et à faire en sorte que les collaborateurs se sentent soutenus. Lorsque les dirigeants sont visiblement présents, sont à l'écoute des préoccupations et donnent suite aux rétroactions, les membres du personnel sont plus enclins à s'exprimer ouvertement sur les risques liés à la sécurité et les facteurs à améliorer. Des circuits de rétroaction clairs montrent également au personnel que leurs préoccupations sont prises au sérieux, ce qui peut contribuer à instaurer une culture d'entreprise plus positive.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- L'attention des dirigeants s'est concentrée sur le processus plutôt que sur la personne, ce qui a créé un vide dans le soutien apporté au personnel, en l'absence de suivi de la part de la direction.
- Les relations directes avec la direction et une communication ouverte et sincère constituent des facteurs essentiels pour favoriser la confiance et la communication.
- Des relations plus collaboratives entre les dirigeants et les équipes cliniques, où la communication est bidirectionnelle et où le personnel se sent écouté.
- Des cycles de rétroaction formels avec les cadres supérieurs, y compris un suivi après des incidents graves.
- Des dirigeants possédant des connaissances en matière de santé mentale, capables d'apporter un meilleur soutien aux employés dans ces contextes.
- Un psychologue adjoint ou tout autre membre du personnel professionnel de la santé mentale disposant de l'expertise nécessaire pour appuyer le personnel.

OBJECTIF 1

Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel

Preuves

Des recherches antérieures menées par notre équipe ont montré que les organismes peuvent considérer le soutien psychologique apporté aux travailleurs comme moins important que le maintien des soins apportés aux patients ou l'évaluation du comportement du personnel lors d'incidents en milieu de travail (Ham et al., 2022). Cela peut donner l'impression aux membres du personnel que l'organisme ne considère pas leur bien-être comme une priorité. Gillespie & Leming-Lee (2019) ont également constaté que les membres du personnel peuvent être réticents à signaler des actes de violence au travail lorsqu'ils estiment que la direction ne réagira pas ou ne mettra pas en place de mesures efficaces. Ces conclusions soulignent l'importance de placer le bien-être du personnel au cœur des efforts de prévention de la violence et de veiller à ce que les dirigeants communiquent ouvertement et assurent une rétroaction efficace. L'engagement de la direction a également été associé à une plus grande confiance du personnel et à une perception plus positive de la sécurité au travail (Green et al., 2025).

Résultats attendus

- Évaluer les compétences en matière de leadership.
- Établir des relations entre la direction et les employés.
- Mettre en place des circuits de rétroaction entre la direction et les employés.
- Renforcer la formation au leadership en matière de sécurité psychologique.
- Actualiser les indicateurs de compétences des superviseurs.

Rendez-vous aux pages 98 à 109 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 1

Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel

Objectif 1 : Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel

Directives et attentes de la direction
Le document « **Critical Incident Stress Response (CiSR) - Guide for Leaders** », publié par Soins communs Manitoba, fournit des instructions et des recommandations sur la manière dont les dirigeants peuvent soutenir leurs employés, ainsi qu'un modèle d'activités que la direction peut organiser pour le personnel à la suite d'un incident grave.
Le document « **Critical Incidents in the Workplace: Management Guide** » publié par la Ville de Toronto fournit des conseils destinés à aider les gestionnaires à faire face aux incidents graves en milieu de travail. Il présente les stratégies visant à soutenir le personnel pendant l'incident, dans les jours et les semaines qui suivent, ainsi que tout au long du processus de rétablissement. Les gestionnaires peuvent utiliser ce guide pour comprendre comment soutenir les employés, identifier les situations où une aide pourrait s'avérer nécessaire et orienter le personnel vers les ressources adaptées.
La « **Trousse d'intervention en cas de traumatisme pour les chefs d'équipe** » propose des ressources d'accompagnement destinées aux dirigeants, notamment des mesures recommandées et des conseils à l'intention des gestionnaires lorsqu'ils s'entretiennent avec leurs employés à la suite d'un incident grave. Il propose des pistes de discussion et des conseils pour se montrer à l'écoute et faire preuve d'ouverture d'esprit face à ses collègues et à ses employés. Ce guide est destiné aux dirigeants et leur permet de mieux comprendre les conséquences d'un traumatisme et d'apporter du soutien et du counseling aux employés.
Le document « **Conversation Guide for Managers: Employees and Mental Health** » publié par la Saskatchewan Public Service Commission, propose des mécanismes concrets et des exemples de phrases d'introduction que les gestionnaires peuvent utiliser lorsqu'ils parlent de la santé mentale de leurs employés, afin de faire preuve d'empathie et de bienveillance.
Le document « **Critical Incident Stress Management Guidelines for Ministries and Employees** » publié par le Public Service Commission of Saskatchewan, fournit des conseils sur la préparation aux incidents critiques, la mise en place d'une équipe de soutien par les pairs et la gestion des incidents critiques en milieu de travail. Il présente les procédures que les organismes peuvent mettre en œuvre pour soutenir les employés avant, pendant et après un événement critique.

Objectif 1 : Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel

Enquête sur les compétences en matière de leadership

Le Sondage au sujet de l'Évaluation du leader psychologiquement sécuritaire par Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale propose un outil d'auto-évaluation du leadership axé sur la communication et la collaboration, l'intelligence sociale, la résolution de problèmes et la gestion des conflits, la sécurité et la sûreté, ainsi que l'équité et l'intégrité. Les organismes peuvent utiliser cet outil pour évaluer si leurs leaders possèdent les compétences nécessaires pour favoriser la sécurité psychologique du personnel, communiquer efficacement, gérer les conflits et donner suite aux préoccupations du personnel.

L'enquête SOPS 2.0 de l'AHRQ destinée aux hôpitaux est une enquête menée auprès du personnel de soins de santé qui évalue la perception qu'ont les employés de la culture liée à la sécurité des patients, notamment le soutien des superviseurs, celui de la direction de l'hôpital, l'intervention concernant les erreurs, le travail d'équipe et le rythme de travail. Les sections B et F de l'enquête renferment des questionnaires sur l'intervention des superviseurs et de la gestion de l'hôpital. Les résultats d'une enquête peuvent aider les organismes à identifier les lacunes en matière de soutien de la direction, de communication et de réactivité.

Visites guidées des dirigeants

Les **Visites guidées des dirigeants | Institute for Healthcare Improvement** fournit des instructions et des exemples de scénarios pour les visites hebdomadaires dans les unités, afin de favoriser le dialogue avec le personnel de première ligne. Bien que cet outil ne soit pas spécifiquement destiné à la prévention de la violence, certaines questions et certains scénarios peuvent être adaptés pour répondre aux objectifs de l'organisme en matière de prévention de la violence au travail.

Objectif 1 : Renforcer la communication de la direction et instaurer un climat de confiance avec le personnel

Formation des gestionnaires sur la santé mentale
Le document **Un leader psychologiquement sécuritaire se conforme à la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail** décrit les compétences et aptitudes clés en matière de leadership nécessaires à favoriser un environnement de travail psychologiquement sûr. Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour orienter la formation des leaders et aider ces derniers à acquérir les compétences nécessaires pour communiquer efficacement, gérer les conflits et créer un environnement de travail plus favorable.
Le document « **Workplace Psychological Health and Safety: A guide to support worker well-being** » publié par le Public Services Health and Safety Association, comporte une section consacrée à la formation des chefs en matière de sécurité psychologique au travail et propose une liste de formations recommandées à leur intention.
La formation **« Santé mentale at bien-être : Gestionnaires et Cadres »** proposée par l'Ambulance Saint-Jean est un programme de formation sur la santé mentale destiné aux gestionnaires et aux cadres. Ce cours peut être suivi en présentiel ou en ligne.
Ça va pas aujourd'hui est une formation mise au point par l'Association canadienne pour la santé mentale qui aide les gestionnaires à favoriser la santé mentale et le bien-être du personnel au travail. Il renferme des supports interactifs, des outils, des ressources et des données destinés à faciliter l'apprentissage.

OBJECTIF 2

Organiser des débreffages et des sessions d'apprentissage post-incident fondés sur des données probantes

Cet objectif porte sur le débreffage et les enseignements tirés à la suite d'un incident grave. Cette section vous guidera à travers les différentes étapes nécessaires à la mise en place d'un processus de débreffage clair, solidaire et offrant un cadre de sécurité psychologique, adapté à votre organisme.

Pourquoi est-ce important?

Le débreffage après un incident offre au personnel l'occasion de réfléchir à ce qui s'est passé, d'identifier ce qui a bien fonctionné et de discuter des points à améliorer. Le débreffage montre également au personnel que ses expériences sont prises en compte et peut mettre ceux qui ont besoin d'un soutien supplémentaire en contact avec les ressources adaptées.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- Débreffage immédiat, tenant compte des effets des traumatismes, à la suite d'un événement critique.
- Proposition de réunions de débreffage à l'ensemble du personnel impliqué directement ou indirectement dans l'incident, y compris les membres du personnel non clinique présents dans l'unité au moment de l'incident.
- Des chefs de clinique capables de déterminer quand le personnel a besoin d'un soutien. Les membres du personnel formé aux questions de santé et de sécurité psychologiques participent aux séances de débreffage.
- Un suivi qui va au-delà de l'événement initial, grâce à des services de soutien proposés par les syndicats ou les services de santé au travail.

OBJECTIF 2

Organiser des débreffages et des sessions d'apprentissage post-incident fondés sur des données probantes

Preuves

La littérature scientifique montre que certaines techniques de débreffage après un incident critique peuvent avoir des effets néfastes (Evans et al., 2023). Par exemple, il a été démontré que la gestion du stress lié aux incidents critiques et le débreffage psychologique en une seule séance s'avèrent inefficaces et peuvent même aggraver les symptômes de détresse liée au traumatisme chez le personnel concerné (Evans et al., 2023). Les méthodes éducatives, le soutien par les pairs et les séances de débreffage au cours desquelles les participants ne sont pas tenus de préciser les détails de l'événement critique peuvent constituer des techniques mieux adaptées (Evans et al., 2023).

Vous trouverez ci-dessous quelques pratiques fondées sur des données probantes à prendre en compte lors de la planification et de la conduite de séances de débreffage :

- Proposer au personnel un débreffage et du soutien tenant compte des effets des traumatismes à la suite d'événements qu'il considère comme potentiellement traumatisants, sans nécessairement se limiter aux cas d'agression physique grave (Burman, 2018).
- Faire appel à des animateurs qui entretiennent de bonnes relations avec le personnel ou avec un membre senior de l'équipe (Burman, 2018).
- Dispenser une formation aux animateurs sur les procédures d'isolement et de contention, la communication thérapeutique et les étapes à suivre pour mener une analyse des causes profondes (Sutton et al., 2014).
- Définir clairement l'objectif de chaque débreffage et communiquer les plans et les objectifs avant la réunion. Il convient de noter que le moment choisi pour le débreffage est important et peut répondre à différents objectifs; par exemple, un débreffage immédiat après l'incident, au cours du même quart de travail, pour identifier les besoins immédiats du personnel, par opposition à une analyse formelle de l'incident quelques jours plus tard (Sutton et al., 2014).
- Lors de l'analyse des événements, éviter d'utiliser du jargon clinique et privilégier un langage descriptif précis (p. ex., « Bill a frappé Joe » plutôt que « comportement agressif ») afin de garantir une communication plus claire et une analyse plus précise (Sutton et al., 2014).
- Ne pas demander aux membres du personnel de communiquer plus de détails qu'ils ne se sentent à l'aise de le faire au cours de la séance (Stileman & Jones, 2023).
- Faire appel à des animatrices/animateurs de soutien par les pairs formés aux pratiques prometteuses telles que les Premiers secours psychologiques (Sammut et al., 2025)
- Adopter une « culture juste » ou une approche sans reproche pour analyser les événements (Brown et al., 2026 ; Cribb et al., 2022).

OBJECTIVE 2

Conduct evidence-based post-incident debriefing and learning

Résultats attendus

- Définir la notion de débreffage, déterminer à quel moment un débreffage doit avoir lieu.
- Élaborer un processus de débreffage structuré.
- Préciser qui doit y participer, qui doit animer la séance et comment appuyer la participation.
- Élaborer des outils et un guide visant une pratique cohérente en matière de débreffage.



Rendez-vous aux pages 110 à 120 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 2

Organiser des débreffages et des sessions d'apprentissage post-incident fondés sur des données probantes

Objectif 2 : Organiser des débreffages et des sessions d'apprentissage post-incident fondés sur des données probantes

Guides et ressources

Le guide **« Critical Incident Group Debriefing »,** publié par le Crisis & Trauma Resource Institute, propose une approche structurée pour mener un débreffage après un incident critique. Ce document reconnaît les limites des données disponibles et présente les stades clés du processus de débreffage, notamment l'introduction, l'exploration, l'enseignement et la conclusion. Il renferme également des conseils d'animation et des éléments à prendre en compte pour appuyer les participants tout au long de la discussion.

Le document **« Well-Being Debriefings for Health Care Workers »** est un guide destiné aux animatrices/animateurs de débreffages, qui explique comment mener des séances de débreffage axées sur le soutien. Ce guide explique comment définir des attentes, maintenir des limites appropriées et utiliser des repères pour faciliter la discussion. Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour élaborer des guides destinés aux animateurs ou pour définir les rôles et responsabilités du personnel chargé de mener les séances de débreffage.

Cours de formation aux premiers secours psychologiques

Cours de premiers secours psychologiques - Croix-Rouge canadienne

Psychological First Aid (PFA) Online | The National Child Traumatic Stress Network

OBJECTIF 3

Améliorer l'accès du personnel à un soutien psychologique adapté et dispensé en temps opportun après des incidents graves

Cet objectif vous guidera à travers les différentes étapes visant à améliorer le soutien psychologique proposé par l'organisme à son personnel. Ces mesures peuvent s'appuyer sur une analyse de la situation initiale, un suivi continu et une évaluation des résultats.

Pourquoi est-ce important?

Un soutien psychologique adapté et fourni en temps opportun peut aider le personnel à s'adapter à l'impact émotionnel des incidents graves qui surviennent au travail. Cela montre également que l'organisme prend au sérieux le bien-être du personnel, ce qui peut renforcer la confiance et favoriser le rétablissement après un événement difficile.

Principales conclusions tirées des groupes de discussion

- Le manque de soutien de la part des employeurs en matière de santé mentale du personnel constitue un obstacle majeur au sentiment de sécurité et de soutien au travail.
- Des avantages sociaux et des dispositifs de soutien internes qui ne suffisent pas à répondre de manière adéquate aux besoins du personnel en matière de santé mentale.
- Beaucoup d'aiguillages et d'évaluations en matière de santé mentale du personnel manquent de cohérence. Les demandes d'indemnisation déposées auprès de la commission des accidents du travail pour des cas de TSPT sont souvent rejetées.
- Les personnes sont au cœur des plans stratégiques des hôpitaux, avec un engagement accru de l'organisation, un travail plus collaboratif entre le personnel et une attention accrue portée à la sécurité psychologique du personnel.
- Intégration des normes nationales en matière de santé psychologique dans les stratégies organisationnelles de ressources humaines.

OBJECTIF 3

Améliorer l'accès du personnel à un soutien psychologique adapté et dispensé en temps opportun après des incidents graves

Preuves

La littérature suggère que la mise en œuvre de normes nationales pourrait améliorer la satisfaction professionnelle et favoriser la fidélisation du personnel (Sheikh et al., 2018). Toutefois, parmi les obstacles à la mise en œuvre figurent le manque de ressources et le fait que la santé psychologique n'est pas considérée comme une priorité au sein de l'organisme (Sheikh et al., 2018).
Outre ces changements plus généraux, les organismes peuvent mettre en place des mesures visant à soutenir leur personnel à la suite d'incidents graves. À titre d'exemple, on peut citer la mise en œuvre de « Psychological First Aid (PFA) », approche de soutien structurée comprenant huit mécanismes fondamentaux (Sutton et al., 2014). La PFA aide le personnel à tisser des liens avec les autres, à bénéficier d'un soutien social et à se sentir soutenu après un événement stressant ou traumatisant (Sutton et al., 2014).
Les organismes devraient également mettre en place des procédures permettant d'identifier les membres du personnel susceptibles de nécessiter une évaluation ou un traitement supplémentaire. Une approche dite de « dépistage et prise en charge » peut être mise en œuvre pour identifier les membres du personnel susceptibles de présenter un risque accru de développer le TSPT et leur permettre de bénéficier d'un soutien en temps opportun (Sutton et al., 2014). Le personnel chargé d'accompagner ce processus doit disposer des connaissances et des compétences nécessaires pour reconnaître les premiers signes de stress aigu (Sutton et al., 2014).
Les organismes devraient également proposer un éventail d'options thérapeutiques, notamment la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, qui s'est avérée un traitement fondé sur des données probantes et recommandé pour le TSPT (Sutton et al., 2014).

Résultats attendus

- Évaluer le soutien psychologique actuel en réalisant une analyse des besoins afin d'identifier les écarts par rapport aux attentes du personnel.
- Améliorer la sécurité psychologique en mettant en place des voies claires permettant au personnel d'accéder aux services dont il a besoin.
- Mettre en place un processus de suivi et de soutien continus après l'événement initial.

Rendez-vous aux pages 121 à 132 du cahier d'exercices pour découvrir les ressources de planification relatives à cet objectif.

OUTILS ET RESSOURCES : OBJECTIF 3

Améliorer l'accès du personnel à un soutien psychologique adapté et dispensé en temps opportun après des incidents graves

Objectif 3: Améliorer l'accès du personnel à un soutien psychologique adapté et opportun après des incidents graves

Évaluation des risques pour la santé psychologique
Le document **« Psychological Harm Risk Assessment Tool | PSHSA »** propose un ensemble d'outils permettant d'évaluer les risques de préjudice psychologique liés à des fonctions professionnelles particulières et d'identifier des solutions concrètes. Il aide les organismes à réduire les risques grâce à des recommandations portant sur l'aménagement des postes, l'organisation du travail et la prévention des risques. Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour évaluer si les postes offrent un environnement psychologiquement sûr et pour identifier des stratégies permettant de faire face aux risques psychologiques.
L'**évaluation d'équipe psychologiquement sécuritaire** est un outil permettant de recenser les expériences actuelles des membres de l'équipe afin d'aider les dirigeants à cerner les points forts de l'équipe et les axes d'amélioration. Les organismes peuvent utiliser cette évaluation pour recueillir les rétroactions des employés sur la sécurité psychologique et identifier les domaines dans lesquels le soutien au sein des équipes peut être amélioré.
Réunions de sécurité
Le document **« Safety huddle: Debriefing critical incidents »** propose des questions guides pouvant être posées lors d'un caucus de sécurité. Il formule des recommandations à l'intention des chefs de caucus, notamment d'être curieux, discrets et ouverts. Une feuille de présence aux caucus est mise à disposition pour faire le suivi de la participation.
Le document **« Safety Huddle: Psychological and social support for healthcare workers »**, publié par SafeCare BC, fournit des instructions pour l'organisation de caucus de sécurité et propose des ressources et des conseils sur le soutien psychologique et social à apporter au personnel.

Objectif 3: Améliorer l'accès du personnel à un soutien psychologique adapté et opportun après des incidents graves

Soutien par les pairs
La ressource intitulée **« Création d'un espace sûr : sécurité psychologique des travailleurs de la santé (soutien entre pairs) »** comprend une section consacrée aux pratiques exemplaires canadiennes en matière de programmes de soutien entre pairs. Il formule des recommandations sur la mise en place du programme en évaluant les besoins et en définissant un objectif. Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour découvrir comment mettre en place un programme d'entraide entre pairs.
Le guide intitulé **« Les Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation »** explore les compétences, les formations et les pratiques exemplaires liées à l'accompagnement par les pairs. Ces lignes directrices contiennent des recommandations en matière de formation et de développement des compétences. Les organismes peuvent utiliser cette ressource pour concevoir des formations et mettre en place un groupe d'entraide.
Le document **« CISM Peer Support Team Selection Criteria and Training Guideline for Executive Government »** fournit des instructions sur la manière de mettre en place une équipe de soutien par les pairs. Il donne des conseils sur les rôles et responsabilités, sur la manière de choisir les rôles et d'entamer la conversation avec le pair aidant. Ce guide présente également les compétences requises et les possibilités de formation destinées aux membres chargés du soutien par les pairs. Les organismes peuvent utiliser cette ressource si elles souhaitent sélectionner et mettre en place leur propre équipe de soutien par les pairs en cas d'incident grave, afin de garantir la sécurité psychologique.

PROCHAINES ÉTAPES

Nous espérons que ce manuel vous apportera des renseignements et des ressources supplémentaires pour soutenir les efforts de votre organisme en matière de prévention des traumatismes chez les travailleurs psychiatriques. Pour commencer à planifier la mise en œuvre, voici les prochaines étapes à suivre :

- Découvrez le **cahier d'exercices** qui accompagne cet ouvrage. Identifiez les priorités que votre organisme aurait tout intérêt à élaborer davantage et suivez les étapes de mise en œuvre.
- Cherchez des ressources supplémentaires ou communiquez avec notre équipe par le biais du site web du projet, accessible au lien suivant : **https://www.traumaamongpsychiatricworkers.net/** (en anglais)



Remerciements

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance et nos remerciements à tous les participants et participantes à notre enquête et à nos groupes de discussion pour leur participation à ce projet. Nous tenons à remercier chaleureusement le personnel clinique du Centre de soins de santé mentale Waypoint et de l'hôpital The Royal pour leurs commentaires et leurs rétroactions sur les premières versions du manuel et du cahier d'exercices qui l'accompagne. Nous tenons à remercier l'équipe de projet de Waypoint, notamment D^re^ N. Zoe Hilton, Elke Ham, D^r^ Christopher Canning, Linda Zhou, Chantal Hansen, Stephanie Junes et Kristy Allen, ainsi que Nicole Rodrigues de l'hôpital The Royal et D^r^ Junqiang Zhao de University of Rochester Medicine, pour tout le travail qu'ils ont accompli dans le cadre de ce projet.

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

Almulla, O., Tawash, E., Alaradi, M., & Nair, B. (2026). Building clinical confidence, the impact of de-escalation training on nurses' management of aggression: An integrative review. International Emergency Nursing, 85, 101745. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2026.101745

Anderson, G. S., Di Nota, P. M., Groll, D., & Carleton, R. N. (2020). Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post-Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(20), 7645. https://doi.org/10.3390/ijerph17207645

Brenig, D., Gade, P., & Voellm, B. (2023). Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? – A systematic review of the literature. BMC Psychiatry, 23(1), 246. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04714-y

Brown, K., Danby, G., D'Souza, N., Deniz, C., Lewandowska, A., Davidson, J., Oates, A., Lewis, G., Kitchen, S., Bourke, C., Pramas, L., Williamson, R., & Teo, S. (2026). Just culture and restorative just culture in healthcare settings: A scoping review of interventions, activities, factors and outcomes. BMC Health Services Research, 26(1), 285. https://doi.org/10.1186/s12913-026-14095-z

Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. International Journal of Mental Health Systems, 11(1), 36. https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3

Burman, N. (2018). Debrief and post-incident support: Views of staff, patients and carers. Nursing Times [Online]. https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2018/08/180829-Debrief-and-post-incident-support-views-of-staff-patients-and-carers.pdf

Canning, C., Szusecki, T., Hilton, N. Z., Moghimi, E., Melvin, A., Duquette, M., Wintermute, J., & Adams, N. (2025). Psychological health and safety of criminal justice workers: A scoping review of strategies and supporting research. Health & Justice, 13(1), 10. https://doi.org/10.1186/s40352-025-00320-0

Carleton, R. N., Afifi, T. O., Taillieu, T., Turner, S., Krakauer, R., Anderson, G. S., MacPhee, R. S., Ricciardelli, R., Cramm, H. A., Groll, D., & McCreary, D. R. (2019). Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 51(1), 37–52. https://doi.org/10.1037/cbs0000115

Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., & Gregoric Kumperscak, H. (2022). Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. Frontiers in Psychiatry, 13, 856153. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.856153

RÉFÉRENCES

Collaborative for Implementation Practice. (n.d.). Implementation Plan Template and Examples. Retrieved https://www.implementationpractice.org/wp-content/uploads/2021/05/NIRN-CIP-Implementation-Plan-Template-and-Examples-fillable-v1.pdf

Cribb, A., O'Hara, J. K., & Waring, J. (2022). Improving responses to safety incidents: We need to talk about justice. BMJ Quality & Safety, 31(4), 327–330. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014333

Dickens, G. L., O'Shea, L. E., & Christensen, M. (2020). Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies, 104, 103526. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103526

Doran, G. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. Journal of Management Review, 70(11), 35–36.

Duncan, G., Gable, B., & Schabbing, M. (2023). Interdisciplinary Simulation Training Reduces Restraint Use in the Emergency Department: A Pilot Study. Cureus. https://doi.org/10.7759/cureus.39847

Evans, T. R., Burns, C., Essex, R., Finnerty, G., Hatton, E., Clements, A. J., Breau, G., Quinn, F., Elliott, H., Smith, L. D., Matthews, B., Jennings, K., Crossman, J., Williams, G., Miller, D., Harold, B., Gurnett, P., Jagodzinski, L., Smith, J., … Weldon, S. (2023). A systematic scoping review on the evidence behind debriefing practices for the wellbeing/emotional outcomes of healthcare workers. Frontiers in Psychiatry, 14, 1078797. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1078797

Fahim, C., Courvoisier, M., Somani, N., De Matas, F., & Straus, S. (2020). Practicing Knowledge Translation Workbook.

Galanis, P., Vraka, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Nursing, 77(8), 3286–3302. https://doi.org/10.1111/jan.14839

Gillespie, G. L., & Leming-Lee, T. 'Susie.' (2019). Chart It to Stop It. Nursing Clinics of North America, 54(1), 21–32. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.10.004

Greene, J., Gibson, D., Taylor, L. A., & Wolfson, D. B. (2025). Health Care Workers' Trust in Leadership: Why It Matters and How Leaders Can Build It. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 51(1), 11–18. https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.09.002

RÉFÉRENCES

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 26(1), 13–24.

Ham, E., Hilton, N. Z., Crawford, J., & Kim, S. (2023). Psychiatric inpatient services in Ontario, 2019–2021: A cross-sectional comparison of admissions, diagnoses and acuity during the COVID-19 prerestriction, restriction and postrestriction periods. CMAJ Open, 11(5), E988–E994. https://doi.org/10.9778/cmajo.20220158

Ham, E., Ricciardelli, R., Rodrigues, N. C., Hilton, N. Z., & Seto, M. C. (2022). Beyond workplace violence: Direct and vicarious trauma among psychiatric hospital workers. A qualitative study. Journal of Nursing Management, 30(6), 1482–1489. https://doi.org/10.1111/jonm.13420

Ham, E., Rodrigues, N. C., Melvin, A., Canning, C., Zhao, J., Allen, K., & Hilton, N. Z. (2026). Strategies to address burnout and trauma among psychiatric workers: Co-developing recommendations and examining implementation priorities. Psychological Services. Advance online publication.

Health Quality Ontario. (2019). Quality Improvement Plan Guidance: Workplace Violence Prevention. https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/guidance-workplace-violence-en.pdf

Healthcare Excellence Canada, & Health Quality BC. (n.d.). Quality Improvement Workbook. https://a-ca.storyblok.com/f/850807391887861/x/a1a202958a/quality-improvement-workbook.pdf

Hilton, N. Z., Addison, S., Ham, E., C. Rodrigues, N., & Seto, M. C. (2022). Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses: Systematic review and directions for future research and practice. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 29(2), 186–203. https://doi.org/10.1111/jpm.12781

Hilton, N. Z., Ham, E., Rodrigues, N. C., Kirsh, B., Chapovalov, O., & Seto, M. C. (2020). Contribution of Critical Events and Chronic Stressors to PTSD Symptoms Among Psychiatric Workers. Psychiatric Services, 71(3), 221–227. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900226

Huang, H., Su, Y., Liao, L., Li, R., & Wang, L. (2024). Perceived organizational support, self-efficacy and cognitive reappraisal on resilience in emergency nurses who sustained workplace violence: A mediation analysis. Journal of Advanced Nursing, 80(6), 2379–2391. https://doi.org/10.1111/jan.16006

ICIS. (2022). Tendances des dépenses nationales de santé, 2022 — analyse éclair | ICIS https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante/rapports-sur-les-tendances-des-depenses-nationales-de-sante-de-la-bddns/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2

ICIS. (2023). Tendances liées au personnel hospitalier et aux préjudices à l'hôpital durant la pandémie https://www.cihi.ca/fr/tendances-liees-au-personnel-hospitalier-et-aux-prejudices-a-lhopital-durant-la-pandemie

RÉFÉRENCES

Kim, S. C., Kaiser, J., Hosford, T., Sadate-Akhavi, C., Nurski, A., Bos, T., & Ciampa, C. (2024). A workplace violence prevention program targeting high-risk patients in emergency departments. JACEP Open, 5(4), e13206. https://doi.org/10.1002/emp2.13206

Lipscomb JA, McPhaul K, Rosen J, Geiger-Brown J, Choi M, Soeken K, et al. (2006). Violence Prevention in the Mental Health Setting: The New York State Experience. Canadian Journal of Nursing Research, 38(4), 96-117.

Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. Occupational and environmental medicine, 76(12), 927–937. https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849

Liyanage, S., Addison, S., Ham, E., & Hilton, N. Z. (2021). Workplace interventions to prevent or reduce post-traumatic stress disorder and symptoms among hospital nurses: A scoping review. Journal of Clinical Nursing, 31(11–12), 1477–1487. https://doi.org/10.1111/jocn.16076

Lyver, B., Gorla, J., Schulz-Quach, C., Anderson, M., Singh, B., Hanagan, T., Haines, J., & Sethi, R. (2024). Identifying quality indicators to measure workplace violence in healthcare settings: A rapid review. BMC Emergency Medicine, 24(1), 29. https://doi.org/10.1186/s12873-024-00943-w

McNiel, D. E., Hung, E. K., Cramer, R. J., Hall, S. E., & Binder, R. L. (2011). An Approach to Evaluating Competence in Assessing and Managing Violence Risk. Psychiatric Services, 62(1), 90–92. https://doi.org/10.1176/ps.62.1.pss6201_0090

Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. PLOS ONE, 15(9), e0238217. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217

Onwumere, J., Grice, S., Garety, P., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., Fowler, D., & Kuipers, E. (2014). Caregiver Reports of Patient-Initiated Violence in Psychosis. The Canadian Journal of Psychiatry, 59(7), 376–384. https://doi.org/10.1177/070674371405900705

Oussama, N., & Makarem, T. (2020). From pilot to rollout How to measure improvement in new models of care. https://www.pwc.com/m1/en/publications/documents/measuring-improvement-new-care-models.pdf

Paterson, J., Fernandes, J., Hunter, K., Hubert, S., & Strudwick, G. (2019). Embedding Psychiatric Risk Flags Within an Electronic Health Record: Initial Findings and Lessons Learned. Healthcare Quarterly, 2(4). https://doi.org/10.12927/hcq.2019.25739

RÉFÉRENCES

Pelto-Piri, V., & Kjellin, L. (2021). Social inclusion and violence prevention in psychiatric inpatient care. A qualitative interview study with service users, staff members and ward managers. BMC Health Services Research, 21(1), 1255. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07178-6

Public Services Health and Safety Association. (2017). Individual Client Risk Assessment Toolkit for Health Care Settings (VPRASEEN0417; Version 2017.04.25). https://terraform-2018042317445374680000001.s3.amazonaws.com/attachments/cjiisgqpn00fifxj7iyvkwfg7-vpraseen0417-icra-toolkit-resource-manual-v1-1-2017-04-25-final.pdf (en anglais)

Qualité des services de santé Ontario. (2019). Guide relatif au plan d'amélioration de la qualité : prévention de la violence au travail. https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/guidance-workplace-violence-en.pdf

Recsky, C., Moynihan, M., Maranghi, G., Smith, O. M., PausJenssen, E., Sanon, P.-N., Provost, S. M., & Hamilton, C. B. (2023). Evidence-Based Approaches to Mitigate Workplace Violence From Patients and Visitors in Emergency Departments: A Rapid Review. Journal of Emergency Nursing, 49(4), 586–610. https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.03.002

Rodrigues, N. C., Ham, E., Kirsh, B., Seto, M. C., & Hilton, N. Z. (2021). Mental health workers' experiences of support and help-seeking following workplace violence: A qualitative study. Nursing & Health Sciences, 23(2), 381–388. https://doi.org/10.1111/nhs.12816

Rodrigues, N. C., Ham, E., Hilton, N. Z., & Seto, M. C. (2020). Workplace Characteristics of Forensic and Nonforensic Psychiatric Units Associated With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms. Psychological Services. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/ser0000405

Rodríguez-Labajos, L., Kinloch, J., Grant, S., & O'Brien, G. (2024). The Role of the Built Environment as a Therapeutic Intervention in Mental Health Facilities: A Systematic Literature Review. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 17(2), 281–308. https://doi.org/10.1177/19375867231219031

Sammut, D., Hallett, N., & Lees-Deutsch, L. (2025). Post-Event Strategies for Workplace Violence Affecting Hospital Staff: A Scoping Review. Journal of Advanced Nursing, jan.70460. https://doi.org/10.1111/jan.70460

Schulz-Quach, C., Lyver, B., Reynolds, C., Hanagan, T., Haines, J., Shannon, J., Pozzobon, L. D., Sarraf, Y., Sabbah, S., Ensafi, S., Bloomberg, N., Gorla, J., Singh, B., Chartier, L. B., Escaf, M., Elder, D., Toppings, M., Hodges, B., & Sethi, R. (2025). Understanding and measuring workplace violence in healthcare: A Canadian systematic framework to address a global healthcare phenomenon. BMC Emergency Medicine, 25(1), 9. https://doi.org/10.1186/s12873-024-01144-1

RÉFÉRENCES

Sethi, R., Lyver, B., Gorla, J., Singh, B., Hanagan, T., Haines, J., Toppings, M., & Schulz-Quach, C. (2024). Developing a customised set of evidence-based quality indicators for measuring workplace violence towards healthcare workers: A modified Delphi method. BMJ Open Quality, 13(3), e002855. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-002855

Seto, M. C., Rodrigues, N. C., Ham, E., Kirsh, B., et Hilton, N. Z. (2020). Post-traumatic Stress Disorder, Depression, Anxiety Symptoms and Help Seeking in Psychiatric Staff: Trouble de stress post-traumatique, dépression, symptômes d'anxiété et recherche d'aide chez le personnel psychiatrique. The Canadian Journal of Psychiatry, 65(8), 577–583. https://doi.org/10.1177/0706743720916356

Stelnicki, A. M., Carleton, R. N., & Reichert, C. (2020). Nurses' Mental Health and Well-Being: COVID-19 Impacts. Canadian Journal of Nursing Research, 52(3), 237–239. https://doi.org/10.1177/0844562120931623

Stileman, H. M., & Jones, C. A. (2023). Revisiting the debriefing debate: Does psychological debriefing reduce PTSD symptomology following work-related trauma? A meta-analysis. Frontiers in Psychology, 14, 1248924. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1248924

Sui, T. Y., McDermott, S., Harris, B., & Hsin, H. (2023). The impact of physical environments on outpatient mental health recovery: A design-oriented qualitative study of patient perspectives. PLOS ONE, 18(4), e0283962. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283962

Sutton, D., Webster, S., & Wilson, M. (2014). Debriefing following seclusion and restraint A summary of relevant literature (Te Pou o Te Whakaaro Nui). The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development. https://openrepository.aut.ac.nz/server/api/core/bitstreams/ebe73899-4071-4ca4-a43c-6f6ac878de58/content

Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L. U., Harms, P. D., & Lester, P. B. (2016). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 89(2), 278–307. https://doi.org/10.1111/joop.12123

Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. Postgraduate Medical Journal, 90(1061), 149–154. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168

Yang, Y., & Liu, H. (2021). The effect of patient safety culture on nurses' near-miss reporting intention: the moderating role of perceived severity of near misses. Journal of research in nursing : JRN, 26(1-2), 6–16. https://doi.org/10.1177/1744987120979344

Young, J., Fawcett, K., & Gillman, L. (2022). Evaluation of an immersive simulation programme for mental health clinicians to address aggression, violence, and clinical deterioration. International Journal of Mental Health Nursing, 31(6), 1417–1426. https://doi.org/10.1111/inm.13040

RÉFÉRENCES
OUTILS ET RESSOURCES

Agency for Healthcare Research and Quality. (2026). SOPS® Hospital Survey. https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html? (en anglais)

Agency for Healthcare Research and Quality. (s.d.). Working With Patient and Families as Advisors Implementation Handbook. Source : https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strateg y1/Strat1_Implement_Hndbook_508_v2.pdf

Alberta Health Services. (2020). Preventing and Responding to Patient-to-Worker Harassment and Violence Table Top Exercise: Facilitator's Guide. https://cumming.ucalgary.ca/sites/default/files/teams/5/resources/4.%20AHS_Preventing%20and%20Responding-patient-worker-table-top-exercise-facilitator-guide.pdf

Almvik, R., et Woods, P. (2003). Short-term risk prediction: The Bröset Violence Checklist. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10(2), 236–238. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00563.x (en anglais)

Ambulance Saint-Jean. (s.d.). Santé mentale et bien-être : Gestionnaires et Cadres. Source : https://sja.ca/fr/formation/sante-mentale/sante-mentale-et-bien-etre-gestionnaires-et-cadres

Association canadienne pour la santé mentale. (s.d.). Ça va pas aujourd'hui. Source : https://cavapasaujourdhui.ca/fr/?_gl=1*qwz3xu*_gcl_au*NDM2OTU1ODIxLjE3Nzk0NzM4MzQ.

Association de santé et sécurité pour les services publics (2025). Workplace Violence Incident Reporting Toolkit. https://workplace-violence.ca/wp-content/uploads/sites/2/2026/08/Workplace-Violence-in-Healthcare-Incident-Reporting-Toolkit-VIRTLAEN1124.pdf (en anglais)

Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP) (2017). Évaluation de la violence dans la communauté: un guide pour le milieu de travail https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2025/05/PSHSA-Evaluation-de-la-violence-dans-la-communaute-VDVMNAFR0417.pdf

Association de santé et sécurité pour les services publics. (2017). Communicating the Risk of Violence: A Flagging Program Handbook for Maximizing Preventative Care. https://workplace-violence.ca/tools/flagging/ (en anglais)

RÉFÉRENCES
OUTILS ET RESSOURCES

Association de santé et sécurité pour les services publics. (2017). Individual Client Risk Assessment Toolkit for Health Care Settings (VPRASEEN0417; Version 2017.04.25). https://terraform-2018042317445374680000000 1.s3.amazonaws.com/attachments/cjiisgqpn00fifxj7iyvkwfg7-vpraseen0417-icra-toolkit-resource-manual-v1-1-2017-04-25-final.pdf (en anglais)

Association de santé et sécurité pour les services publics. (2017). Workplace Violence Risk Assessment Toolkit for Acute Care. https://terraform-2018042317445374680000000 1.s3.amazonaws.com/attachments/cjiisgqdp00dkfxj7w66n92vf-vprasaen0417-workplace-violence-risk-assessment-acute-care-toolkit-v1-1-2017-04-25.pdf

Association de santé et sécurité pour les services publics. (2021). Emergency Response to Workplace Violence (Code White) in the Healthcare Sector Toolkit. https://workplace-violence.ca/wp-content/uploads/sites/2/2026/08/Emergency-Response-Workplace-Violence-Healthcare-Toolkit-VEPTLAEN0321.pdf (en anglais)

Association de santé et sécurité pour les services publics. (2022). Workplace Psychological Health and Safety: A guide to support worker well-being. https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2025/05/PSHSA-Workplace-Psychological-Health-and-Safety-Guide.pdf (en anglais)

Association de santé et sécurité pour les services publics. (s.d.). Code White Policy Template for Hospital and Long-Term Care Settings. Source : https://workplace-violence.ca/wp-content/uploads/2021/06/Emergency-Response-to-Workplace-Violence-Policy-Templates.pdf

Association de santé et sécurité pour les services publics. (s.d.). Engaging Patients and Families in Workplace Violence Prevention: A Handbook for Organizational Leaders in Healthcare. Source : https://www.workplace-violence.ca/wp-content/uploads/2023/11/p8-vprtlben0317-engaging-patients-and-families-in-workplace-violence-prevention-and-sample-brochure.pdf

Association de santé et sécurité pour les services publics. (s.d.). Psychological harm risk assessment tool. Source : https://www.pshsa.ca/digital-products/psychological-harm-risk-assessment/ (en anglais)

Association de santé et sécurité pour les services publics. (s.d.). Sample Policy. Source : https://workplace-violence.ca/wp-content/uploads/2024/10/VPRTLTEN0417-Individual-Client-Risk-Assessment-Tool-ICRA-Appendix-B-Sample-Policy-V1.1-2017.04.25.pdf

Association de santé et sécurité pour les services publics. (s.d.). Workplace Violence Prevention Checklist. Source : https://workplace-violence.ca/wp-content/uploads/2023/11/p4-vprchaen0217-workplace-violence-prevention-checklist.pdf

RÉFÉRENCES
OUTILS ET RESSOURCES

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2025). Workplace Violence and Harassment: A Guide for ONA Member. https://www.ona.org/wp-content/uploads/2025/07/ona_guide_workplaceviolenceandharassment.pdf (en anglais)

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Healthcare Providers Service Organization, et Nursing Service Organization. (2024). Risk Management Strategies for the Outpatient Setting.

Australian Government Department of Health. (2017). Mental Health Carer Experience Survey. https://www.amhocn.org/__data/assets/pdf_file/0004/697297/mh_carer_experience_survey_sample.pdf

Bjørkly, S., Hartvig, P., Heggen, F.-A., Brauer, H., et Moger, T. A. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. European Psychiatry, 24(6), 388–394. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.004 (en anglais)

Canadian Patient Safety Institute. (2020). Création d'un espace sûr : sécurité psychologique des travailleurs de la santé https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/creation-dun-espace-sur-securite-psychologique-des-travailleurs-de-la-sante-soutien-entre-pairs/

Centre for Forensic Behavioural Science. (s.d.). DASA Rating Form. Source : https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/picu/qnpicu-newsletter-article-appendix-a.pdf

Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry. Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10). Source : https://irp-cdn.multiscreensite.com/31627649/files/uploaded/Thrive_Clinician%20Tools_Violence%20Assessment%20To ol.pdf

Commission de la santé mentale du Canada (2017). Mobiliser les proches aidants dans les services de santé mentale et des dépendances au Canada – Guide des pratiques prometteuses. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2020/05/Promising_Practices_Guide_fr.pdf

Commission de la santé mentale du Canada (2021). Prendre soins des travailleurs de la santé – outils d'évaluation. https://commissionsantementale.ca/prendre-soins-des-travailleurs-de-la-sante-outils-devaluation/

RÉFÉRENCES
OUTILS ET RESSOURCES

Community Social Services Health and Safety Association. (2024). Violence Risk Assessment Standard. https://csshsa.ca/wp-content/uploads/2024/11/VRA-Standard-with-Appendices.pdf (en anglais)

Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario (s.d.). Élaboration de politiques et de programmes concernant la violence et le harcèlement au travail : trousse à outils. Source : https://www.pshsa.ca/resource/workplace-violence-any-sector/ https://www.wsib.ca/sites/default/files/2019-03/wvps_toolbox_fr.pdf

Continuing Care Safety. (2014). Code White Violence/Aggression Exercise Catalogue. https://continuingcaresafety.ca/wp-content/uploads/2026/07/Violence-code-white-Training.pdf (en anglais)

Crisis and Trauma Resource Institute. (2023). Critical Incident Group Debriefing. https://ctrinstitute.com/wp-content/uploads/2024/05/LIVE-VIRTUAL-CRITICAL-INCIDENT-GROUP-DEBRIEFING-MANUAL.pdf (en anglais)

Équipe psychologiquement sécuritaire. (s.d.). Évaluation d'équipe psychologiquement sécuritaire Source : https://equipepsychologiquementsecuritaire.com/

Guarding Minds at Work. (s.d.). Réalisation d'un examen organisationnel. Source : https://psmt.ca/resources/conduct-org-review

Hunt, J., Sine, D., et McMurray, K. (2019). Behavioral Health Design Guide. https://ipac-canada.org/wp-content/uploads/2025/03/038373_4d3f238d61f740858728472abfc90265.pdf (en anglais)

Institute for Healthcare Improvement. (2004). Visites guidées des dirigeants en matière de sécurité des patients https://www.ihi.org/fr/library/tools/patient-safety-leadership-walkrounds

Institute for Healthcare Improvement. (s.d.). RCA2 : Améliorer les analyses des causes profondes et les actions visant à prévenir les dommages Source : https://www.ihi.org/fr/library/tools/rca2-improving-root-cause-analyses-and-actions-prevent-harm

RÉFÉRENCES
OUTILS ET RESSOURCES

Institute for Patient- and Family-Centred Care. (s.d.). A Patient And Family Advisory Council Workplan: Getting Started. Source : https://www.ipfcc.org/resources/A_Patient_and_Family_Advisory_Council_Workplan_Getting_Started.pdf? v1 (en anglais)

Kamarova, S., Davidson, S. R. E., Williams, C. M., Leite, M., et Kamper, S. J. (2025). Predictive Validity of Violence Screening Tools in Emergency and Psychiatric Services: A Systematic Review. Trauma, Violence, & Abuse, 15248380251358224. https://doi.org/10.1177/15248380251358224 (en anglais)

Kös, T., Bräunig, P., et Hausam, J. (2024). The predictive validity of the V-RISK-10 and BVC among involuntarily admitted patients. Frontiers in Psychiatry, 15, 1342445. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1342445 (en anglais)

Leff, V. (s.d.). Well-Being Debriefings for Health Care Workers: An Evidence-Based Method for Improving Well-Being. Centre for Advance Palliative Care. Source : https://www.capc.org/documents/download/929/ (en anglais)

Mahajan, S., Sunderland, K., Stéphane, G., et Mishkin, W. (2013). Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation. Commission de la santé mentale du Canada https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Lignes-directrices-relatives-au-soutien-par-les-pairs-Pratique-et-formation.pdf

Manian, N., Rog, D. J., Lieberman, L., et Kerr, E. M. (2022). The organizational trauma-informed practices tool (O-TIPs): Development and preliminary validation. Journal of Community Psychology, 50(1), 515–540. https://doi.org/10.1002/jcop.22628

MedPro Group. (2017). Simulation Training: Sample Scenario. https://resource.medpro.com/documents/10502/3281585/Sample+Simulation+Scenarios_08-2017_MedPro+Group.pdf (en anglais)

Minnesota Department of Health. (s.d.). Preventing Violence in Healthcare Gap Analysis. Source : https://www.health.state.mn.us/facilities/patientsafety/preventionofviolence/docs/preventingviolenceinhealthcaregapanalysis.pdf (en anglais)

Ogloff, J. R. P., et Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. Behavioral Sciences & the Law, 24(6), 799–813. https://doi.org/10.1002/bsl.741 (en anglais)

RÉFÉRENCES
OUTILS ET RESSOURCES

Ontario Hospital Association. (2025). Patient Experience Measurement in Inpatient Mental Health & Addictions Care. https://www.oha.com/Bulletins/Survey%20Admin%20Guidelines%20Inpatient%20MH&A.pdf (en anglais)

Provincial Health Services Authority. (2025). PHSA Patient and Family Engagement Framework. https://www.phsa.ca/about-site/Documents/PHSA%20Patient%20and%20Family%20Engagement%20Framework.pdf (en anglais)

Ramshaw, L., Sumeeta, C., Graham, G., et Treena, W. (2021). Canadian Guidelines for Forensic Psychiatry Assessment and Report Writing: Violence Risk Assessment. Académie canadienne de psychiatrie et droit (ACPD) https://www.capl-acpd.org/wp-content/uploads/2023/05/04-Violence-Risk-Assessment-Guidelines-EN-Web.pdf (en anglais)

Ridley, J., et Leitch, S. (2021). Restraint Reduction Network (RRN) Training Standards. https://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2023/10/RRN_standards_v9_accessible_PDF_updated.pdf (en anglais)

Risk Assessment—Broset Violence Checklist (BVC). (s.d.). Consulté le 13 août 2026 sur https://www.risk-assessment.no/

SafeCare BC. (s.d.). Psychological and social support for healthcare workers. Source : https://safecarebc.ca/resources/huddles/psychological-and-social-support-for-healthcare-workers/ (en anglais)

SafeCare BC. (s.d.). Safety Huddle: Debriefing critical incidents. Source : Consulté https://safecarebc.ca/resources/huddles/debriefing-critical-incidents/ (en anglais)

SafeCare BC. (s.d.). Violence Risk Assessment Environmental Survey. Source : https://safecarebc.ca/resources/assorted/long-term-care-4/ (en anglais)

SafeCare BC. (s.d.). Violence Risk Assessment Staff Survey. Source : https://safecarebc.ca/resources/assorted/non-clinical-areas/ (en anglais)

RÉFÉRENCES
OUTILS ET RESSOURCES

Saskatchewan. (2024). CISM Peer Support Team Selection Criteria and Training Guideline for Executive Government.

Saskatchewan. (2024). Conversation Guide for Managers: Employees and Mental Health.

Saskatchewan. (2024). Critical Incident Stress Management Guidelines for Ministries and Employees.

Shepell fgi. (2012). Trauma Response Tool Kit for People Leaders. https://hr.ubc.ca/sites/default/files/wp-content/blogs.dir/39/files/Trauma-Response-Tool-Kit-for-People-Leaders.pdf (en anglais)

Soins communs Manitoba. (s.d.). Critical Incident Stress Response: Guide for Leaders. Source : https://healthproviders.sharedhealthmb.ca/files/cisr-guide-for-leaders.pdf (en anglais)

Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale (2016). Un leader psychologiquement sécuritaire se conforme à la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en mileu de travail https://www.strategiesdesantementale.com/ressources/un-leader-psychologiquement-securitaire-se-conforme-a-la-norme-nationale-du-canada-sur-la-sante-et-la-securite-psychologiques-en-mileu-de-travail

Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale (2017). Sondage au sujet de l'Évaluation du leader psychologiquement sécuritaire https://www.strategiesdesantementale.com/ressources/sondage-au-sujet-de-levaluation-du-leader-psychologiquement-securitaire

The Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA). (s.d.). Consulté le 13 août 2026 sur https://www.swinburne.edu.au/research/centres-groups-clinics/centre-for-forensic-behavioural-science/our-publications-products/DASA/ (en anglais)

Ville de Toronto. (2017). Critical Incidents in the Workplace: Management Guide. https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2018/07/9805-Critical-Incidents-in-the-Workplace-Management-Guide.pdf (en anglais)

Violence Risk Assessment Audit Tool—SafeCare BC. (s.d.). Consulté le 13 août 2026 sur https://safecarebc.ca/resources/assorted/comparison-location/ (en anglais)

WorkSafe BC. (s.d.). Preventing Violence in Health Care: Five steps to an effective program. Source : https://cphs.switchbc.ca/wp-content/uploads/2024/07/WorkSafeBC-Preventing-Violence-in-Healthcare.pdf (en anglais)

Zamani, Z., Joy, T., et Abbey, M. (2023). Exploring environmental design attributes impacting staff perceptions of safety in a complex hospital system: Implications for healthcare design. Journal of Hospital Management and Health Policy, 7(0). https://doi.org/10.21037/jhmhp-23-93 (en anglais)

