



VIOLENCE SUBIE PAR LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ DANS LES HÔPITAUX, LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE ET LES MILIEUX DE SOINS À DOMICILE

Mémoire préparé pour le Comité permanent de la santé

16 mai 2019

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est le porte-parole professionnel national et international des soins infirmiers canadiens, représentant 135 000 infirmières et infirmiers dans les 13 provinces et territoires. Elle fait progresser la pratique et la profession infirmière afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé publique sans but lucratif du Canada.

Tous droits réservés. La reproduction du présent document à des fins non commerciales est autorisée, à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Visitez le <https://www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation> pour consulter les conditions d'utilisation relatives à la reproduction.

© Droits d'auteur 2019

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
CANADA

Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404

Télec. : 613-237-3520

Site web : www.cna-aiic.ca

MD L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AIIC en forme de flammes sont des marques déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association.

Introduction

La violence dans le secteur des soins de santé n'a rien de nouveau. Il s'agit d'un problème mondial largement reconnu (Bloom, 2019; Edward et coll., 2016; Spector, Zhou et Che, 2014), le tiers des infirmières et infirmiers dans le monde déclarant être victimes d'agressions physiques, les deux tiers étant exposés à de la violence non physique au travail, et 80 % faisant l'objet d'une forme quelconque de violence au travail (Chang, Lee et Wang, 2018; Nowrouzi-Kia, Isidro, Chai, Usaba et Chen, 2018). Les statistiques montrent que 60 % des nouveaux membres de la profession infirmière qui ont été victimes de violence au travail démissionneront de leur premier lieu de travail au cours des six mois suivant leur embauche (Bloom, 2019), et que 50 % d'entre eux choisiront de quitter complètement la profession (Hubbard, 2014). Il y a également une différence marquée dans l'incidence des cas signalés par les infirmières et infirmiers par rapport aux autres secteurs. Par exemple, 61 % des infirmières et des infirmiers déclarent avoir été victimes de violence, de harcèlement ou d'agression en milieu de travail au cours des 12 derniers mois, comparativement à 15 % seulement des employés canadiens d'autres secteurs pendant les 24 derniers mois (FCSII, 2017). En Ontario, la violence au travail a occasionné 808 absences résultant de blessures dans le secteur des soins de santé, soit beaucoup plus que dans d'autres secteurs visés par l'enquête, notamment la fabrication (138), la construction (3) et les mines (0) (WSIB, 2016). Ces chiffres sont déjà

alarmants, mais la situation est en fait bien pire; en effet, seulement 19 % des infirmières et des infirmiers signaleraient officiellement la violence au travail (Nowrouzi-Kia et coll., 2018).

La sous-déclaration de la violence au travail est un problème grave qui fait obstacle à l'amélioration des conditions. L'ampleur réelle du problème n'est pas connue, ce qui rend impossibles sa gestion et la répartition efficace des ressources préventives (Arnetz et coll., 2015). Plusieurs raisons expliquent cette sous-déclaration, notamment l'absence de blessures visibles et le manque de temps; des systèmes de déclaration chronophages; le manque de soutien des pairs et de la direction; la crainte de représailles ou d'être blâmé pour l'incident et le sentiment que la déclaration n'apportera aucun changement (Kosny et coll., 2018). La cause la plus alarmante de la sous-déclaration est la croyance répandue selon laquelle la violence ferait « partie du travail », croyance qui mène à une véritable conspiration du silence dans les établissements de soins de santé. Les travailleurs de la santé sont souvent réticents, par ailleurs, à signaler la violence verbale et psychologique, surtout lorsqu'elle est perpétrée par un superviseur (Arnetz et coll., 2015).

L'ensemble des infirmières et des infirmiers s'exposent à la violence au travail, mais nous savons que ceux qui œuvrent dans les établissements de soins de longue durée, les services d'urgence et les établissements psychiatriques peuvent être plus à risque, tout comme les travailleurs de nuit et les infirmières et infirmiers novices (Nowrouzi-Kia et coll., 2018; Spector et coll., 2014). Les auteurs d'actes de violence au travail comprennent des patients, leur famille ou leurs visiteurs, des médecins, des gestionnaires et d'autres infirmières et infirmiers et employés (Edward et coll., 2016). Différents facteurs contribuent à la violence perpétrée par les patients, les familles et les professionnels de la santé, exigeant différentes stratégies pour l'atténuer.

On sait aussi que le milieu de travail contribue à la violence qui y sévit. Parmi les facteurs organisationnels qui exacerbent le problème, mentionnons les charges de travail excessives, la dotation inadéquate, le recours excessif aux heures supplémentaires (obligatoires ou volontaires), le manque de soutien de la direction dans la déclaration des cas de violence au travail et l'absence de conséquences perçues lorsque des actes de violence sont commis (PCSI, 2019; Nowrouzi-Kia et coll., 2018).

Au cours des 15 dernières années, la question de la violence au travail a fait l'objet de discussions, de recherches et d'une consignation approfondies. Plusieurs initiatives visant à atténuer le problème ont également été mises en œuvre, dans divers contextes. On ne sait trop, toutefois, dans quelle mesure ces initiatives sont couronnées de succès, leur évaluation, à supposer, même, qu'elles soient évaluées, n'étant que rarement publiée. En dépit de tout ce que nous savons et faisons, l'incidence des agressions au sein des organismes de soins de



santé est à la hausse (Edward et coll., 2016).

Contexte

Qu'entend-on par « violence au travail » dans les soins de santé?

Une partie du problème réside dans le fait que les définitions de ce qui constitue la « violence au travail » varient et font encore l'objet de débats. On utilise par ailleurs bien des mots de façon interchangeable pour décrire ces événements, par exemple, violence, agression, intimidation, harcèlement, ce qui rend difficiles la collecte et la comparaison de statistiques ou même la discussion de la question. Une typologie couramment utilisée pour classer les épisodes de violence au travail est celle de Courcy (2004). Cette typologie comprend quatre catégories : physique, psychologique, sexuelle et financière. La violence au travail peut par ailleurs être horizontale et verticale.

La **violence physique** peut être définie comme « l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel » (Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario, 2010, p. 3). Ce type de violence comprend des actes tels que mordre, donner des coups de pied, bousculer, griffer, pincer, cracher, gifler et frapper.

La **violence psychologique** comprend le harcèlement, l'intimidation et les traitements dégradants. Parmi les exemples de telles agressions, mentionnons les comportements de contrôle, le fait de s'approprier le mérite pour le travail de quelqu'un d'autre, la grossièreté, le langage abusif, l'humiliation, la surveillance excessive et la propagation de rumeurs (Blackstock, Salamic et Cummings, 2018; St-Pierre, 2010).

Le **harcèlement sexuel** est une forme de harcèlement discriminatoire qui doit comprendre trois éléments :

des comportements sexuels non désirés, qui se manifestent à répétition et exercent des conséquences néfastes sur la victime (Institut national de santé publique, 2012).

La **violence financière** peut être définie comme « des gestes que l'on pose pour prévenir l'avancement ou la promotion ou une situation susceptible d'avoir une incidence financière » (Courcy et Savoie, 2003) [TRADUCTION]

La **violence horizontale** est le plus souvent une violence psychologique dissimulée perpétrée par des travailleurs contre d'autres travailleurs du même statut professionnel (Blackstock et coll., 2018).

La **violence verticale** est aussi, le plus souvent, une violence psychologique dissimulée, mais



elle se produit entre les travailleurs de différents échelons hiérarchiques au sein d'une organisation, y compris ceux de la direction (Cantey, 2013).

Compte tenu de ce qui précède, il s'avère nécessaire d'utiliser un langage plus normalisé pour décrire le problème. La question de savoir si l'« intention » doit être considérée comme faisant partie de la définition, par ailleurs, fait toujours débat (p. ex., une personne au processus cognitif altéré, atteinte, disons, de démence, qui frappe des professionnels de la santé devrait-elle être accusée de violence?) (Ferns et Chojnacka, 2005)

Les conséquences de la violence au travail

La relation entre la gravité apparente de l'acte (p. ex., violence physique par rapport à psychologique) et son incidence sur la victime est très complexe et souvent peu claire (Lanctôt et Guay, 2014). Les conséquences, toutefois, sont réelles. La violence en milieu de travail contribue à des difficultés de recrutement et de maintien en poste du personnel, à l'épuisement professionnel, à la colère, au cynisme, aux comportements négatifs, à la dépression et à l'anxiété (Edward et coll., 2016). Les blessures physiques, les troubles somatiques, les troubles post-traumatiques, l'épuisement professionnel, les problèmes de gestion de la colère, le désir de vengeance, ainsi que la peur et l'anxiété persistantes ne sont que quelques-unes des conséquences les plus souvent signalées par les victimes (Lanctôt et Guay, 2014).

La violence horizontale entraîne un roulement élevé du personnel, une augmentation du nombre de maladies et des congés de maladie, une baisse de la productivité, l'insatisfaction au travail, une diminution de la qualité des soins aux patients et une augmentation des coûts pour le système de santé (Bloom, 2019; Chang et coll., 2018; Nowrouzi-Kia et coll., 2018). La violence horizontale a l'effet le plus durable sur le bien-être émotionnel des travailleurs (Bloom, 2019), tandis que la violence verticale est la plus dommageable (Lanctôt et Guay, 2014).

Lutter contre la violence au travail à l'endroit des travailleurs de la santé : exemples de ce qui est disponible

En 2014, l'AIIC et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers (FCSI) ont publié un **énoncé de position commun** dans lequel elles soulignent clairement ce qui suit :

- ▶ Toutes les infirmières ont le droit de travailler dans un environnement respectueux, exempt de toute forme de violence et d'intimidation, et ces actes ne sont pas tolérés dans le cadre de leur travail.
- ▶ Chaque milieu de travail devrait avoir une culture qui favorise et cultive le respect.



La promotion de milieux de travail exempts de violence et d'intimidation est une responsabilité partagée entre tous les intervenants du secteur de la santé : employeurs, clients, infirmières et infirmiers, étudiants en sciences infirmières et autres employés du milieu de la santé, de même qu'enseignants et chercheurs en sciences infirmières, gouvernements, organismes professionnels et syndicaux, organisations de réglementation et d'accréditation du secteur des soins infirmiers. Chacun de ces intervenants peut jouer un rôle important dans la promotion et la réalisation de milieux de travail sans violence.

La FCSI (2019) offre une **trousse d'outils** visant à centraliser les ressources, la recherche et l'information sur la violence au travail. La trousse comprend une carte interactive du Canada énumérant les lois provinciales et territoriales pour chaque type de violence. Le ministère du Travail de l'Ontario (2017) propose de nombreuses **recommandations** et une trousse d'outils pour améliorer le système; ces recommandations sont, entre autres, du soutien accru pour les patients ayant des comportements agressifs connus, des politiques sur la violence au travail dans les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux, ainsi qu'un système de déclaration permettant aux patients, aux familles et au personnel de s'exprimer au sujet des comportements violents et de leurs déclencheurs.

Des **interventions** ont également été mises en œuvre dans plusieurs établissements de santé. Par exemple, 87 % des établissements de l'Ontario ont instauré des systèmes de déclaration pour surveiller la violence au travail et tenter d'y remédier (Qualité des services de santé Ontario, 2018). La Nouvelle-Écosse a quant à elle mis en œuvre un programme de manipulation sécuritaire aux fins de sensibilisation à l'importance d'analyser l'environnement pour déceler les dangers pour la sécurité (FCSI, 2019). Toronto a des programmes de mobilisation des dirigeants, des comités actifs sur la violence au travail et des programmes de prévention de la violence au travail (FCSI, 2019). De nombreux milieux de travail de la Colombie-Britannique ont introduit des caucus mensuels de 60 secondes sur la prévention de la violence au travail (FCSI, 2019).

Bien que de nombreuses études visant à cerner les meilleures pratiques émergentes en la matière soient en cours, les études existantes qui ont mis l'accent sur les interventions de réduction de la violence au travail ont fait ressortir la faible probabilité de trouver une solution simple et universelle.

Recommandations de l'AiIC

- ▶ Que le gouvernement fédéral dirige une **stratégie pancanadienne** dont les objectifs seraient les suivants :



- Étudier pourquoi, à la lumière de tout ce que nous savons et faisons, la violence au travail demeure un problème, y compris la raison pour laquelle les initiatives continuent de connaître un succès limité. Cette étude pourrait comprendre la tenue de consultations, de tables rondes et d'une enquête publique visant à recueillir les commentaires des politiciens, des hauts dirigeants, des professionnels de la santé, des patients et des familles.
- Fournir des définitions claires et mieux ciblées de la violence au travail afin de progresser vers un langage commun qui permettrait la comparaison des données.
- ▶ Que le gouvernement fédéral crée un **pôle d'échange** pour les pratiques exemplaires éprouvées et les occasions de mise en commun de l'information permettant aux organisations de tirer des leçons de leurs expériences mutuelles en matière de prévention et de règlement du problème.
- ▶ Que le gouvernement fédéral appuie le **financement** pour l'évaluation des programmes et stratégies existants et l'élaboration d'un programme de recherche longitudinale sur la violence au travail. Ces évaluations devraient mettre l'accent sur (1) les leçons tirées des incidents qui sont survenus et de ceux évités de justesse; (2) ce qui, selon les professionnels de la santé, est efficace dans leur organisation; (3) l'assurance que les politiques relatives à la violence au travail ont les conséquences prévues « sur le terrain ».
- ▶ Que le gouvernement fédéral **collabore** avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les organismes de soins de santé à l'élaboration de stratégies de prévention tenant compte des caractéristiques individuelles, des facteurs interpersonnels et des facteurs organisationnels. Ces stratégies pourraient comprendre, par exemple, des initiatives d'amélioration minimales du système qui seraient liées aux ressources humaines en santé, à la communication et au milieu de travail.

Conclusion

L'AIC demande au gouvernement fédéral d'investir dans une stratégie pancanadienne pour étudier pourquoi les mesures actuelles s'avèrent infructueuses pour réduire la violence au travail dans le secteur des soins de santé. Cette initiative clarifiera la question et permettra l'élaboration de stratégies d'amélioration du système. Compte tenu de la tendance à la hausse du nombre d'incidents de violence au travail dans le secteur de la santé, l'AIC croit que la violence au travail exige une intervention immédiate du gouvernement fédéral ainsi qu'un soutien aux victimes. Par l'adoption des recommandations contenues dans le présent rapport, le comité permanent peut répondre au besoin croissant de prévention, d'évaluation et



d'intervention en matière de violence au travail dans le secteur des soins de santé.

Références

- ARNETZ, J. E., L. HAMBLIN, J. AGER, M. LUBORSKY, M. J. UPFAL, J. RUSSELL et L. ESSENMACHER. « Underreporting of workplace violence: comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents », *Workplace Health & Safety*, vol. 63, no 5 (2015), p. 200–210.
- BLACKSTOCK, S., B. SALAMI et G. G. CUMMINGS. « Organisational antecedents, policy and horizontal violence among nurses: An integrative review », *Journal of Nursing Management*, vol. 26, n° 8 (2018), p. 972–991.
- BLOOM, E. M. « Horizontal violence among nurses: Experiences, responses, and job performance. », *Nursing Forum*, vol. 54, n° 1 (janvier 2019), p. 77–83.
- FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES/INFIRMIERS. *Enough is enough: putting a stop to violence in the health care sector* (en ligne), 2017. Sur Internet : <URL:https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU_Enough-isEnough_June1_FINALlow.pdf>.
- FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES/INFIRMIERS. *Workplace violence toolkit* (en ligne). Sur Internet : <URL:<https://nursesunions.ca/violence/>>.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA ET FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES/INFIRMIERS. *Énoncé de position commun : La violence et l'intimidation en milieu de travail* (en ligne), 2014. Sur Internet : <URL:https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/La-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail_enonce-de-position-commun.pdf>.
- CANTEY, S. W. « Recognizing and stopping the destruction of vertical violence », *American Nurse Today*, vol. 8, n° 2 (2013), p. 14.
- CHANG, Y. P., D. C. LEE et H. H. H. WANG. « Violence-prevention climate in the turnover intention of nurses experiencing workplace violence and work frustration ». *Journal of Nursing Management*, vol. 26, n° 8 (2018), 961971.
- COURCY, F. et A. SAVOIE. « Le rôle du climat de travail dans la prédiction différenciée des agressions en milieu de travail », *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 10 (2004), p. 45-60.
- COURCY, F. et A. SAVOIE. « L'agression en milieu de travail : qu'en est-il et que faire? », *Gestion*, vol. 28, n° 2 (2004), p. 19-25.
- EDWARD, K. L., J. STEPHENSON, K. OUSEY, S. LUI, P. WARELOW et J. A. GIANDINOTO. « A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff ». *Journal of Clinical Nursing*, vol. 25, n° 3–4 (2016), p. 289–299.
- FERNS, T. et I. CHOJNACKA. « Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff ». *Nursing Standard*, vol. 19, n° 38 (2005), p. 51–56.
- QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *Prévention de la violence au travail dans les plans d'amélioration de la qualité 2017-2018* (en ligne), 2018.
Sur Internet : <URL:<https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/workplace-violence-report-fr.pdf>>.
- HUBBARD, P. « What can be done about horizontal violence? », *Alberta RN*, vol. 69, n° 4 (2014), p. 16–18.



- KOSNY, A, S. TONIMA, E. M. FERRON, C. MUSTARD, L. S. ROBSON, M. A. GIGNAC, A. CHAMBERS et Y. HAJEE. *Implementing violence prevention legislation in hospitals: final report*, Toronto (Ontario), Institut de recherche sur le travail et la santé, 2018.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Le harcèlement sexuel* (en ligne), 2012. Sur Internet : <URL:<https://www.inspq.qc.ca/agressionsexuelle/le-harcelement-sexuel>>.
- LANCTÔT, N. et S. GUAY. « The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences », *Agression and Violent Behavior*, vol. 19, n° 5 (2014), p. 492–501.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL. *Prévention de la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé* (en ligne), 2017. Sur Internet : <URL:<https://www.ontario.ca/fr/page/prevention-de-la-violence-en-milieu-de-travail-dans-le-secteur-des-soins-de-sante>>.
- NOWROUZI-KIA, B., R. ISIDRO, E. CHAI, K. USUBA et A. CHEN. « Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review », *Agression et comportement violent*, vol. 44 (2018), p. 1-7.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DE L'ONTARIO. *Developing workplace violence and harassment policies and programs: what employees need to know* (en ligne), 2010. Sur Internet : <URL:http://www.labour.gov.on.ca/english/hs/pubs/wvps_guide/>.
- COMMISSION DE LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (WSIB) DE L'ONTARIO. *Workplace abuse in health care a growing and costly issue, says nurses union* (en ligne), 2016. Sur Internet : <URL:<https://www.whsc.on.ca/What-s-new/NewsArchive/Workplace-abuse-in-health-care-a-growing-and-costl>>.
- SPECTOR, P., Z. ZHOU et X. CHE. « Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 51 (2014), p. 72–84.
- ST-PIERRE, I. *Understanding the management of intra/inter professional aggression: a critical nursing ethnography* (thèse de doctorat non publiée), Université d'Ottawa, Ottawa, Canada, 2010.

