



CHAMBRE DES COMMUNES  
HOUSE OF COMMONS  
CANADA

## Comité permanent de la santé

---

HESA • NUMÉRO 151 • 1<sup>re</sup> SESSION • 42<sup>e</sup> LÉGISLATURE

---

TÉMOIGNAGES

**Le jeudi 6 juin 2019**

**Président**

**M. Bill Casey**



## Comité permanent de la santé

Le jeudi 6 juin 2019

• (1550)

[Traduction]

**Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)):**  
Bienvenue à tous à la 151<sup>e</sup> séance du Comité permanent de la santé.

Aujourd'hui nous poursuivons notre étude fort intéressante sur la violence subie par les travailleurs de la santé, et je souhaite la bienvenue à tous nos invités.

Parmi nos invités, nous recevons à titre personnel, par vidéoconférence depuis Emeryville, en Ontario, James Brophy et Margaret Keith, tous deux professeurs adjoints, Département de sociologie, Université de Windsor.

Par vidéoconférence depuis Toronto, nous accueillons Mary Schulz, directrice, Information, services de soutien et éducation, de la Société Alzheimer du Canada.

Par vidéoconférence depuis Burnaby, en Colombie-Britannique, nous recevons Adriane Gear, conseillère exécutive, Santé et sécurité au travail; et Moninder Singh, directeur, Santé et sécurité au travail, de la British Columbia Nurses' Union.

En personne, nous accueillons Henrietta Van hulle, vice-présidente, Sensibilisation de la clientèle, de l'Association de santé et sécurité pour les services publics.

Je vous souhaite à tous la bienvenue. Chaque groupe a une déclaration liminaire de 10 minutes, et nous commencerons par James Brophy et Margaret Keith, à titre personnel.

**Monsieur James Brophy (professeur auxiliaire adjoint, Département de sociologie, University of Windsor, à titre personnel):** Tout d'abord, je tiens à remercier et à féliciter le Comité d'examiner ces questions très importantes, qui concernent tant les droits de la personne que la santé au travail, et je tiens aussi à vous remercier de nous avoir invités à témoigner.

Je m'appelle James Brophy, et voici ma partenaire, Margaret Keith. Nous détenons tous deux des doctorats en santé au travail de l'Université de Stirling, au Royaume-Uni, où nous occupons des postes de chercheurs invités.

Nous avons récemment publié deux études. La première porte principalement sur la violence contre le personnel hospitalier, et la deuxième, sur la violence contre le personnel des établissements de soins de longue durée.

J'aimerais décrire brièvement comment notre recherche a été effectuée. Les deux études étaient des projets collaboratifs entrepris par le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario affilié au Syndicat canadien de la fonction publique. Le CSHO/SCFP est très troublé par la menace omniprésente, depuis plusieurs années, à l'endroit de ses membres.

Mme Keith et moi avons été invités à explorer la question et à proposer des solutions possibles. Pendant la réalisation de notre

étude, le CSHO/SCFP a commandé un sondage afin d'enquêter sur la prévalence de la violence commise contre le personnel hospitalier par les patients. Presque 2 000 travailleurs de la santé ont répondu, fournissant des résultats assortis d'un degré élevé de fiabilité statistique.

D'après le sondage, 68 % des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés et des préposés aux services de soutien à la personne ont vécu au moins un incident de violence physique au cours de la dernière année; 20 % ont été victimes d'au moins neuf agressions; 42 % ont fait l'objet de harcèlement sexuel ou d'agressions; 26 % ont perdu du temps de travail en raison de la violence en milieu de travail; et, malgré le nombre élevé d'incidents cités, seulement 57 % ont dit qu'ils avaient déposé un rapport d'incident officiel.

La recherche que Mme Keith et moi avons menée était qualitative plutôt que statistique. Nous avons conçu notre recherche de manière à explorer pleinement la question de la violence du point de vue des travailleurs de la santé eux-mêmes. Nous voulions savoir exactement ce qu'ils vivaient, ce qu'ils estimaient être les causes immédiates et profondes de la violence, et peut-être de façon encore plus importante, ce qu'ils croyaient que l'on pouvait faire à ce sujet.

Les deux études se sont penchées précisément sur la violence de type 2, autrement dit, la violence contre un employé par un patient ou un membre de la famille. C'est de loin le type de violence en milieu de travail le plus courant dans le contexte des soins de santé. Notre première étude a été publiée il y a un an et demi dans le journal *New Solutions*, dans un article intitulé « Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff ».

Pour recueillir des données expérientielles directes, nous avons parlé à des infirmières et à des préposés aux services de soutien à la personne, à des auxiliaires et à des porteurs d'hôpital, à du personnel de bureau, à des nettoyeurs et à du personnel responsable de l'alimentation dans des collectivités de l'ensemble de l'Ontario. C'est ce que nous avons entendu. La violence est très répandue. Bon nombre des personnes à qui nous avons parlé, particulièrement celles travaillant dans les services d'urgence, les unités de psychiatrie, les unités de toxicologie et les unités de démence, nous ont dit qu'elles se rendaient fréquemment au travail en craignant d'être agressées.

Elles nous ont mentionné leurs blessures, leurs ecchymoses, leurs foulures, leurs éraflures, leurs égratignures, leurs morsures, leurs ligaments déchirés, leurs os fracturés, leur visage détruit, leurs dents perdues et leurs lésions cérébrales infligés par des patients frustrés, fâchés, confus ou intoxiqués. Plusieurs ont dit avoir subi des traumatismes émotionnels continus qui influent sur leur vie familiale. La plupart ont dit qu'on s'attend à ce qu'elles endurent calmement les agressions des patients et que cela fait juste partie du travail.

Nous avons appris qu'il y a de nombreux facteurs de risque modifiables concernant la violence dans le contexte des soins de santé. Autrement dit, il est possible de prévenir. Une stratégie essentielle parmi celles recommandées consistait à assurer des niveaux de dotation adéquats, une solution préconisée dans la plupart des documents scientifiques publiés.

Des mesures d'ingénierie, comme de meilleures conceptions de bâtiments, peuvent réduire les risques.

Une meilleure communication, comme le signalement des patients agressifs et la fourniture d'alarmes personnelles, peut assurer une protection pour le personnel.

Des niveaux accrus de sécurité devraient être offerts, au besoin. De plus, les temps d'attente doivent être réduits, afin que l'on puisse réduire au minimum la colère, la frustration et l'agression qui en découlent.

De plus, les patients doivent être placés adéquatement. Par exemple, les patients en santé mentale ne devraient pas être placés dans des unités de soins actifs.

Les politiques de tolérance zéro doivent être appliquées, y compris la protection pour ceux qui sont ciblés en raison de leur race, de leur genre ou de leur orientation sexuelle, et les auteurs d'une violence intentionnelle contre les travailleurs de la santé doivent être tenus criminellement responsables de leurs actes.

Mme Keith va décrire la deuxième étude et poursuivre avec certaines de nos recommandations.

• (1555)

**Madame Margaret Keith (professeure auxiliaire adjointe, Département de sociologie, University of Windsor, à titre personnel):** Notre deuxième étude était intitulée « Breaking Point: Violence Against Long-Term Care Staff ». Elle a été publiée en mars dernier.

Tout comme le problème de la violence contre le personnel hospitalier, la violence contre le personnel des établissements de soins de longue durée est bien documentée dans la littérature scientifique, et nous savons qu'elle est répandue, peut-être encore plus que chez le personnel hospitalier.

En janvier 2019, le CSHO/SCFP a commandé un autre sondage. Quelque 1 200 travailleurs des soins de longue durée y ont répondu. Au total, 85 % étaient des femmes, et près de la moitié se sont auto-identifiés comme Autochtones, racialisés, immigrants de fraîche date ou membres d'une minorité visible.

Les résultats ont été assez alarmants. Selon le sondage, 89 % des préposés aux services de soutien à la personne et 88 % des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés avaient été victimes de violence physique au travail; 62 % des préposés aux services de soutien à la personne et 51 % des infirmières en avaient fait l'expérience au moins une fois par semaine; 65 % des employées féminines avaient été harcelées sexuellement, et 44 % avaient été agressées sexuellement; 69 % de ceux qui se sont identifiés comme appartenant à une minorité visible ont indiqué qu'ils avaient vécu des abus connexes; 75 % croyaient qu'ils étaient incapables de fournir des soins adéquats en raison de leur charge de travail et des faibles niveaux de dotation; et 53 % ont dit qu'ils ne déposaient jamais de rapports d'incident.

Les recherches que nous avons effectuées révèlent la réalité quotidienne derrière ces chiffres. Nous avons discuté abondamment avec des dizaines de travailleurs de soins de longue durée dans des collectivités de partout en Ontario. Nous avons entendu des commentaires comme les suivants: « Au quotidien, on me frappe,

on me donne des coups de poing, on me crache dessus, on m'engueule, on me donne des claques et on me mord. On m'a déjà jeté du café chaud sur le corps. Je suis rentré chez moi avec des brûlures sur les mains. » Ou celui-ci: « Je lui ai mis son pyjama et j'ai voulu l'attacher. Puis, j'ai vu son poing. Oh, mon Dieu, attention! Paf, directement sur la bouche. Il m'a cassé toutes les dents et m'a cassé le nez. »

Les travailleurs ont décrit des sentiments de stress, d'épuisement, d'anxiété, de dépression et de peur. Ils ont dit que, en raison des commentaires sexistes et des attouchements sexuels ils se sentaient blessés, en colère et démoralisés. Une employée nous a dit ceci: « Il m'a tripotée quand je lui ai donné le bain. Cela m'a dérangée pendant très longtemps, mais je n'ai pas osé dire quoi que ce soit, car je m'inquiétais pour mon travail. J'étais mère célibataire et je devais travailler. » Une autre a dit ceci: « C'est dégradant. Il m'arrive de juste m'asseoir dans ma voiture et de pleurer. »

Il est possible d'empêcher la violence contre le personnel des établissements de soins de longue durée. Des pays scandinaves l'ont prouvé. Les conditions de travail des employés et la façon de s'occuper des résidents en Ontario engendrent l'agression. Nous avons appris que le système est à un point de rupture, tout comme les employés.

Notre système est sous-financé et il manque de personnel. Il a été largement privatisé. Les études sur les gains d'efficacité et le temps ont ramené les bénéficiaires de soins à guère plus que des objets sur une ligne de production. Les soins sont donnés à la hâte. Il y a peu de temps pour créer des liens émotionnels avec les résidents, et cela contribue à leur frustration, à leur peur et à leur confusion, qu'ils dirigent ensuite vers leurs soignants.

Plusieurs questions sont ressorties pour nous comme des obstacles importants pour ce qui est de composer avec le problème de la violence en contexte hospitalier et dans les établissements de soins de longue durée. Il y a un sous-signalement systémique des incidents violents, ce qui entraîne une sous-estimation de leur prévalence. Certains participants à l'étude disent qu'ils ne se sentent pas soutenus par leurs superviseurs, et même qu'ils se sentent blâmés pour les agressions s'ils les signalent.

La culture du silence entourant la question de la violence est un obstacle majeur à la reconnaissance de son existence et, par conséquent, au fait d'y répondre; toutefois, même si le public a été tenu dans l'ignorance à propos de cette question, ce n'est pas un problème qui est inconnu au sein du milieu des soins de santé.

Nous avons récemment effectué une recherche de la littérature publiée sur MEDLINE, une base de données en ligne qui renferme des articles médicaux et des articles de recherche scientifique, et nous avons découvert une compilation étendue. Plus de 1 000 articles sur cette question sont apparus dans des revues spécialisées avec comité de lecture depuis 2000.

Un des plus récents articles était une étude américaine publiée par le Dr James Phillips dans le *New England Journal of Medicine*. L'auteur a conclu que la violence en milieu de travail auprès du personnel de santé est un problème sous-déclaré, omniprésent et persistant qui a été toléré et dont on a largement fait abstraction.

Les solutions mises de l'avant dans l'article et celles décrites dans de nombreuses autres études sont les mêmes que celles offertes par les travailleurs de la santé à qui nous avons parlé, donc nous ne pouvons pas dire que nous ne savons pas comment protéger le personnel contre la violence. Les stratégies de prévention sont bien documentées, et ce, depuis presque 20 ans, mais dans de nombreux cas, les solutions recommandées demeurent non appliquées. Par conséquent, la violence continue de blesser les travailleurs de la santé.

De toute évidence, certaines solutions nécessiteront des investissements financiers importants, comme une nouvelle conception des hôpitaux et l'augmentation du nombre d'employés. D'autres n'exigent qu'un changement d'approche. Nous avons appris que les mesures de prévention de la violence actuellement en place semblent ponctuelles et contradictoires d'un établissement à l'autre. Les protections universelles doivent être inscrites dans une loi.

Les hôpitaux de l'Ontario fonctionnent avec un financement moins grand par habitant que le reste du Canada, et le Canada tombe en dessous de nombreux pays de l'OCDE. Les niveaux de dotation sont proportionnellement inférieurs, et les temps d'attente des patients sont élevés. De plus, il y a une pénurie de lits de soins de santé mentale.

• (1600)

Ces lacunes contribuent à la violence et doivent être corrigées.

Après avoir étudié cette question et parlé aux victimes, nous sommes fortement d'avis que nous ne pouvons faire en sorte que le problème de la violence contre les travailleurs de la santé demeure caché du public. Dans la société dans son ensemble, nous encourageons les victimes d'agressions physiques, verbales et sexuelles à les dénoncer et à chercher du soutien, mais si ces victimes sont des travailleurs de la santé, on leur dit de les taire. C'est une pratique répressive qui ne soutient pas les victimes et qui peut empirer les choses et causer d'autres blessures psychologiques à des victimes déjà traumatisées.

Nous ferions valoir que ceux qui tentent de tenir les victimes de violence au silence sont elles-mêmes complices de cette violence. La protection légiférée des dénonciateurs pour le personnel viendrait éliminer la crainte que les participants à l'étude ont exprimée par rapport au fait d'être...

**Le président:** Madame Keith, je dois vous demander de terminer, s'il vous plaît.

**Mme Margaret Keith:** Les efforts de prévention doivent tenir compte de certaines de ces causes systémiques sous-jacentes. Nous ne pouvons faire fi de cette question tout comme nous ne pouvons faire fi des agressions conjugales, de la discrimination, du harcèlement ou des agressions. La violence contre les travailleurs de la santé est une question de droits de la personne à laquelle on nous met maintenant tous au défi de réagir.

Merci.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à Mary Schulz, de la Société Alzheimer du Canada.

**Mme Mary Schulz (directrice, Information, services de soutien et éducation, Société Alzheimer du Canada):** Merci, monsieur le président, et bonjour aux membres du Comité de la santé.

La Société Alzheimer du Canada est très heureuse de pouvoir mettre en lumière la façon dont la démence peut jouer un rôle dans des incidents violents entre des fournisseurs de soins et des clients ou

des résidents. La violence ou les agressions entre les fournisseurs de soins et les personnes atteintes de démence dans tout contexte est un enjeu important. Nous avons tendance à banaliser l'agression chez les patients atteints de démence, ce qui peut nous amener à croire, à tort, que nous n'y pouvons rien. Il est possible d'empêcher la violence, et je présenterai aujourd'hui des stratégies recommandées afin d'y arriver.

Nous sommes privilégiés que la démence au Canada soit maintenant abordée dans le cadre de notre première Stratégie nationale sur la démence, et ce n'est pas trop tôt. On estime que plus de 500 000 Canadiens vivent avec la démence, et ce nombre devrait augmenter jusqu'à près de 1 million de personnes au cours des 15 prochaines années.

Quand nous discutons de la violence, il importe de nous rappeler que les mots que nous choisissons d'utiliser sont puissants. Ils peuvent façonner les perceptions et augmenter ou atténuer la stigmatisation, particulièrement quand des étiquettes comme « violente » sont utilisées pour décrire une personne atteinte de démence. Même si le comportement d'une personne atteinte de démence peut se manifester comme étant violent, il ne faut pas oublier que son comportement est souvent une réaction par rapport à ce qui se passe autour d'elle.

La démence est un terme global employé pour décrire une série de symptômes qui sont causés par des troubles affectant le cerveau. Nous sommes nombreux à connaître des maladies comme l'Alzheimer. Même si toutes les capacités perdues en raison de la démence ne reviendront pas, la poursuite de relations et d'activités enrichissantes est effectivement possible.

Aujourd'hui, je fournirai au Comité de brefs renseignements sur les aspects suivants: la façon dont la pathologie de la maladie peut influencer les agressions; les facteurs structurels ou environnementaux qui peuvent réduire le risque d'incidents violents; les avantages d'une approche centrée sur la personne et la relation plutôt que sur la tâche; et le rôle des médicaments.

Tous les comportements ont un sens et se produisent pour une raison, même si celle-ci n'était pas évidente au départ. Quand une personne souffrant de démence affiche un comportement agressif, il est particulièrement important de comprendre ce qui peut avoir déclenché cette agression, en tenant compte des éléments suivants.

D'abord, la pathologie de la maladie elle-même peut entraîner des agressions. Les personnes souffrant de démence subissent des changements dans le cerveau qui peuvent influencer leurs capacités, comme le langage, le jugement; la perception sensorielle; et la reconnaissance des gens, des choses et des lieux.

Les changements qui se produisent dans le cerveau en raison de la démence peuvent influencer le jugement, les émotions et la maîtrise de soi de la personne et contribuer à un comportement agressif. Par exemple, les dommages causés à la partie frontale du cerveau peuvent agir sur la personnalité d'une personne et sur sa capacité d'empathie, son contrôle des impulsions et son jugement. Ce sont des problèmes que l'on voit souvent dans la démence frontotemporale, et ils peuvent entraîner des agressions physiques sans provocation manifeste.

Puisque notre cerveau nous aide à interpréter le monde qui nous entoure, la démence peut altérer notre capacité d'évaluer et de réagir correctement à ce qui se passe dans notre environnement. Par exemple, quand un fournisseur de soins, qu'une personne atteinte de démence ne reconnaît pas et qui semble un étranger total pour elle, s'approche de la personne pour l'aider à se dévêtir pour le bain, celle-ci a souvent comme instinct de résister et même de se défendre. Quand nous réfléchissons à ce que nous ferions si une personne que nous ne reconnaissons pas approchait et décidait de nous retirer nos vêtements, cette réaction est logique. De fait, nous désignons souvent ces actions comme des « comportements réactifs ». Par conséquent, l'attribution de l'étiquette « violente » à une personne atteinte de démence peut nous décourager d'examiner de plus près les raisons de son comportement et de chercher des moyens de réduire la probabilité que la personne doive réagir de cette façon.

En gardant à l'esprit que la perception d'une personne est sa réalité, nous devons constamment essayer de voir le monde du point de vue de la personne atteinte de démence et résister à la tentative de lui jeter le blâme pour un comportement inacceptable et inapproprié, comme des accès d'agressivité. Le fait de reconnaître la réalité des personnes souffrant de démence ne vient aucunement minimiser la dévastation qu'éprouvent les fournisseurs, les personnes et les familles quand des incidents violents se produisent. En fait, il incombe carrément à ceux d'entre nous qui ne sont pas atteints de démence de comprendre les causes profondes des actions d'une personne afin d'abaisser le risque que de tels incidents se produisent et se reproduisent.

La deuxième question concerne les enjeux structurels de nature systémique qui pourraient déboucher sur des incidents violents. En n'y réagissant pas, nous nous exposons au risque de nous attaquer à la question de l'agression de manière fragmentaire, un client à la fois. Des exemples de ces enjeux comprennent la conception de l'environnement bâti. Par exemple, les longs corridors sans issue peuvent faire en sorte qu'une personne atteinte de démence, qui n'a peut-être pas les compétences en matière de résolution de problèmes pour se frayer un nouveau chemin en faisant demi-tour, se sente coincée et piégée. Un employé bien intentionné qui veut aider une personne à se déplacer peut déclencher une réaction de combat ou de fuite chez la personne atteinte de démence.

Pour ce qui est des ratios inappropriés et parfois non sécuritaires entre le nombre de clients et d'employés et la charge de travail déraisonnable des employés, comme nous l'avons entendu, les fournisseurs de soins de santé sont souvent bousculés, incapables de passer du temps pour apprendre à connaître la personne souffrant de démence et de bâtir le type de relation qui peut déboucher sur un sentiment de confiance et de sécurité. Une personne atteinte de démence peut facilement devenir dépassée par les demandes qu'on lui fait, et elle a souvent besoin de plus de temps pour traiter ce qui lui est demandé. Quand elle est pressée et dépassée, la personne atteinte de démence pourrait très bien réagir avec agressivité par frustration.

•(1605)

Le recours massif au personnel d'organismes peut se traduire par une moins grande continuité au chapitre de la dotation, ce qui a une incidence négative sur la capacité du personnel de bien connaître chaque personne atteinte de démence et de nouer des relations.

Le manque d'activités enrichissantes est source d'ennui et de frustration. Des données probantes révèlent que la participation à des activités artistiques et récréatives comme la musique, les arts visuels et la zoothérapie est associée à une réduction des symptômes neuropsychiatriques, y compris des agressions.

Bien sûr, tout ce que je viens de mentionner repose sur le fait de vraiment connaître chaque personne souffrant de démence comme une personne à part entière. Cela nous amène à l'importance d'une approche centrée sur la personne et la relation à l'égard des soins dispensés aux personnes atteintes de démence. Le but de cette approche est d'aider les personnes atteintes de démence à éprouver de la joie, à participer et à tisser des liens avec autrui, et à ressentir un sentiment de sécurité. Il devient de plus en plus clair que la valorisation de la personne souffrant de démence et le fait de placer les relations à l'avant-plan des soins, plutôt que de miser sur une approche centrée sur la tâche, est bénéfique pour le personnel autant que pour les résidents. Toutefois, cela exige de remplacer les routines de soins qui sont bénéfiques pour le personnel par des habitudes qui soutiennent les routines et les préférences des clients, et ce changement doit être appuyé à l'échelon de la structure organisationnelle, de manière à ce qu'il ne soit pas fragmentaire.

Par exemple, une personne souffrant de démence qui n'est pas matinale est susceptible de résister aux efforts du personnel pour qu'elle se lève et s'habille à 6 heures. Bien que cet horaire puisse fonctionner pour le personnel, étant donné la demande de l'organisation afin qu'un horaire soit établi pour les activités, le fait de se battre pour préparer une personne pour la journée quand elle est habituée de dormir plus longtemps créera probablement une mauvaise expérience pour le personnel et le client. Le fait de savoir qu'une victime de l'Holocauste a une peur bleue de la douche, par exemple, va aider le personnel à reconnaître qu'une toilette à l'éponge plutôt qu'une douche évitera de déclencher une réaction catastrophique. Nous devons dégager le personnel du devoir de résoudre des problèmes de façon créative en laissant cela à ceux qui connaissent le mieux la personne. Cela amène non seulement des routines de soins plus efficaces, mais en plus, la probabilité d'agression s'en trouve réduite.

Enfin, passons au rôle des médicaments. Même s'il est recommandé de commencer par des approches non pharmacologiques, dans certains cas, il est possible que les approches déjà mentionnées ne fonctionnent pas, et dans ces cas, des médicaments pourraient être nécessaires.

Le traitement de l'agitation et de l'agressivité au moyen de médicaments ne devrait commencer que par un diagnostic médical approprié qui élimine toute affection physique, comme des infections et des effets secondaires de médicaments, voire des facteurs environnementaux. Quand l'agitation est grave et qu'elle représente un risque pour la personne atteinte de démence, d'autres résidents ou des employés, certains médicaments peuvent être utilisés, sous réserve d'une surveillance appropriée et du consentement éclairé de la personne atteinte de démence ou de son mandataire spécial.

Il importe de surveiller la réaction aux médicaments et de déterminer s'il y a une réduction de la fréquence et de l'intensité de l'agitation et des comportements agressifs ainsi que de surveiller les effets secondaires graves, qui ont une forte incidence chez les adultes âgés. Si le comportement du résident s'améliore, la mise en place d'une nouvelle évaluation structurée et programmée pour la diminution progressive et l'interruption des médicaments est importante.

Que peut-on faire pour réduire les risques d'incidents violents? D'après les recherches, nous savons qu'ils sont plus susceptibles de diminuer au moyen d'une combinaison des stratégies suivantes.

Parmi les changements structurels et environnementaux, on compte une dotation adéquate; des changements structurels touchant la façon dont les soins sont fournis selon les ratios clients-employés et la charge de travail des employés; des soins personnalisés où des relations et des activités enrichissantes peuvent être offertes, particulièrement durant les périodes à risque élevé, comme les soirs et les fins de semaine; le désencombrement et le réglage de la température et de l'éclairage; la réduction du bruit au minimum; la fourniture d'aires tranquilles accessibles; la surveillance étroite des résidents à risque d'agression; l'offre de chambres privées, quand c'est possible; et l'utilisation d'une signalisation conviviale pour les personnes atteintes de démence dans l'ensemble du foyer, qui marque clairement chaque chambre à coucher afin d'éviter que les résidents n'entrent dans la chambre d'une autre personne.

L'éducation au sujet de la démence est aussi essentielle pour les résidents, les familles, le personnel et la direction. Nous devons éduquer la direction et le personnel au sujet de la démence, des comportements réactifs, comme les déclencheurs et les conséquences, des soins centrés sur la personne et la relation et de l'importance de soutenir cette éducation au moyen d'un changement organisationnel afin que les soins puissent être fournis de cette façon. Nous devons éduquer les conseils de résidents et les conseils de famille, les familles et le personnel sur la façon dont ils peuvent travailler ensemble afin de réduire le risque d'incidents futurs.

Des programmes de formation spéciaux comme P.I.E.C.E.S., pour physique, intellectuel, émotionnel, capacités, environnement et social, et GPA, l'approche douce et persuasive, peuvent aider tout le monde à apprendre et à appliquer des stratégies et des techniques de soins pour prévenir et gérer les comportements agressifs.

Les évaluations comportementales supposent que l'on ait en place des procédures pour mener des évaluations comportementales préalables à l'admission afin d'obtenir un historique personnel détaillé de la personne atteinte de démence, en s'enquérant précisément des facteurs de risque connus.

Nous devons examiner l'identification et la gestion de la douleur. Nous devons évaluer régulièrement la douleur et l'inconfort, particulièrement chez les personnes qui ne parlent pas, puisque cela pourrait très bien contribuer à l'agressivité.

●(1610)

Il en va de même pour les problèmes de santé. Il nous faut une détection précoce et un traitement; des évaluations médicales, dentaires, auditives et oculaires régulières; et, bien sûr, une gestion optimale des médicaments.

Enfin, on doit mentionner les besoins physiques. Des aliments et des boissons doivent être offerts régulièrement afin d'éviter les sensations de faim et de soif. Nous devons surveiller des choses comme la constipation, l'incontinence, l'hygiène personnelle, et même si la personne a trop chaud ou trop froid. Enfin, nous devons adapter l'environnement si la personne a des déficits d'ordre sensoriel, puisque cela peut facilement l'amener à mal percevoir ce qui l'entoure.

En résumé, la violence ou les agressions entre les fournisseurs de soins et les personnes atteintes de démence dans tout contexte ne sont pas inévitables. Nous avons à notre disposition des approches fondées sur des données probantes afin de réduire de manière considérable le risque que ces incidents se produisent. À la Société Alzheimer du Canada, nous pressons le Comité de faire appel à des chercheurs et à des cliniciens, des experts dans le domaine, afin d'accroître la sécurité de nos fournisseurs de soins et des personnes

souffrant de démence, et d'améliorer ainsi la qualité de vie et les soins au Canada.

Merci beaucoup de votre considération et de votre attention.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à la British Columbia Nurses' Union, par vidéoconférence, depuis Burnaby.

Vous avez 10 minutes.

**Mme Adriane Gear (conseillère exécutive, Santé et sécurité au travail, British Columbia Nurses' Union):** Merci de nous donner l'occasion de prendre la parole ici aujourd'hui.

Je m'appelle Adriane Gear et je suis conseillère exécutive, Santé et sécurité au travail, pour la B.C. Nurses' Union. Je suis accompagnée aujourd'hui de Moninder Singh, directeur, Santé et sécurité au travail, de la BCNU.

Nous sommes tous les deux honorés du temps qui nous est accordé pour parler de l'épidémie croissante de violence à l'endroit des infirmières et infirmiers en Colombie-Britannique et dans l'ensemble du pays. L'enjeu est important pour nous ainsi que pour les plus de 47 000 infirmières et infirmiers et travailleurs paramédicaux que nous représentons.

Je suis ici aujourd'hui non seulement en tant que représentante élue, mais également en tant qu'infirmière autorisée, qui a passé près de 25 ans sur le terrain et qui possède une compréhension personnelle de ce que les infirmières et infirmiers vivent chaque jour pendant qu'ils s'efforcent de fournir des soins sécuritaires aux patients.

Au cours des 20 dernières années, le BCNU a sonné l'alarme au sujet de la violence à l'endroit des infirmières et infirmiers et des travailleurs de la santé. Il y a deux ans, nous avons lancé la campagne efficace « Violence. Not Part of the Job ». Elle comprenait de la publicité, des activités de sensibilisation des membres et des pressions exercées auprès du gouvernement provincial. Notre travail a entraîné une augmentation significative de la sensibilisation à la violence dans le secteur des soins de santé. Notre message principal est que la violence ne fait pas partie du travail des infirmières et infirmiers.

Malgré cela, j'estime qu'il est important de vous faire part de quelques-uns des nombreux exemples personnels de violence dont des membres m'ont informée. Noël passé, à Victoria, un patient d'une unité de soins intensifs psychiatriques pour adultes a attaqué un infirmier par-derrière et lui a fait une prise d'étranglement. L'infirmier s'est évanoui, puis le patient lui a frappé la tête par terre à plusieurs reprises.

Le même mois, à Kamloops, un patient confus a donné un coup de point dans le ventre à une infirmière enceinte de 26 semaines. Heureusement, on a confirmé le bon état de santé du bébé. À Prince George, une jeune infirmière, nouvellement diplômée, a été agressée par un homme lors d'une attaque préméditée. Il a attendu qu'elle soit seule au poste de soins infirmiers, puis a rampé sur le sol avant de l'attaquer par-derrière. Heureusement, l'infirmière avait une formation en autodéfense et a pu combattre son agresseur.

En avril dernier, une autre infirmière a été frappée par-derrière avec un repose-pieds de fauteuil roulant après qu'un patient l'a suivie dans la chambre. Pendant que l'infirmière tirait la sonnette d'appel pour alerter une personne, elle a de nouveau été frappée et elle ne pouvait plus se protéger. Il a fallu trois travailleurs pour maîtriser le patient. Le préposé à la sécurité a refusé d'aider en raison d'une incapacité physique.

Des histoires comme celles-ci, ainsi que des statistiques sinistres, fournissent de solides données probantes révélant qu'il reste encore beaucoup à faire. Un rapport de 2015 de WorkSafeBC a révélé que, en moyenne, 26 infirmières et infirmiers par mois subissent des blessures violentes au travail dans la province et que les blessures résultant d'actes de violence augmentent régulièrement, année après année, et ce, malgré une tendance générale à la baisse des demandes d'indemnité dans d'autres secteurs.

Cette année seulement, la Fraser Health Authority, la plus grande autorité sanitaire de la Colombie-Britannique, a publié un rapport faisant état de données sur la violence qui indiquait que le nombre d'incidents violents signalés sur les lieux de travail du secteur de la santé avait augmenté de 52 % entre 2014 et 2018. Nous comprenons que la violence est plus répandue dans les unités d'urgence et les unités psychiatriques, mais elle n'est pas limitée à ces domaines de soins de santé. Nous entendons des histoires inquiétantes venant directement de nos membres qui travaillent dans les domaines de la santé communautaire et des soins à domicile, de la gériatrie, des soins palliatifs et des soins intensifs. La violence touche toutes les infirmières et tous les infirmiers, tous milieux de travail et tous établissements de soins de santé confondus.

Un sondage mené en 2017 par le BC Nurses' Union, en partenariat avec l'Université de la Colombie-Britannique, a révélé que seulement 27 % de nos membres ont déclaré se sentir toujours en sécurité au travail, et une inquiétante proportion de 40 % ont dit qu'ils songeaient à quitter complètement la profession en raison de la violence au travail. Ce désespoir nous pousse à continuer à nous demander pourquoi.

• (1615)

Comment se fait-il que, selon un rapport de WorkSafeBC, plus de 40 % des blessures subies par les infirmières et infirmiers résultent d'actes de violence en milieu de travail? C'est même plus que dans les secteurs de la sécurité et de l'application de la loi.

Le BCNU est déterminé à trouver des solutions et à aller au fond de cette crise qui touche un si grand nombre d'infirmières et d'infirmiers de la province et du pays.

Les données recueillies lors d'une récente enquête sur la violence menée par le BCNU ont révélé que les infirmières et infirmiers se sentaient plus en sécurité lorsqu'ils avaient accès à des alarmes fixes et personnelles qui fonctionnaient. Nos membres nous ont dit que la présence de membres du personnel de sécurité dûment formés — des personnes spécialement chargées d'intervenir en cas d'incident — leur permettait de se sentir plus en sécurité.

Les infirmières et infirmiers nous ont dit qu'ils voulaient être inclus dans la planification de la prévention, et nous sommes d'accord pour dire que cette action améliorera la confiance en soi et leur donnera plus de pouvoir. Dans le cadre de l'enquête, on a également demandé aux infirmières et infirmiers de formuler leurs propres suggestions. Comme il fallait s'y attendre, ils ont été nombreux à offrir des observations judicieuses. Des répondants ont déclaré que l'ajout d'employés de sécurité bien formés, en poste 24 heures sur 24, sept jours sur sept, une meilleure dotation en personnel, l'application des politiques existantes relatives à la tolérance zéro face à la violence et la réduction du surpeuplement dans nos hôpitaux seraient les bienvenus.

Nous sommes entièrement d'accord: toutes ces recommandations, si elles sont mises en œuvre, contribueraient à l'instauration d'une culture de la sécurité en milieu de travail. Nous sommes également conscients de l'impact psychologique de la violence sur nos membres. Le BCNU est le premier syndicat à négocier la mise en

place obligatoire de la norme CSA « Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail ». Bien que frustrés par l'absence de progrès dans l'application de la norme, nous continuons d'espérer qu'une fois qu'elle sera en vigueur, les taux de dommages psychologiques seront réduits.

Au cours de la dernière année, nous avons été très occupés à faire pression sur le gouvernement provincial afin qu'il respecte ses promesses et assure la sécurité du personnel infirmier. En octobre dernier, nous avons remis au ministère de la Santé 25 000 cartes postales signées par des citoyens concernés, exigeant que la violence dans les soins de santé soit éliminée. En plus d'exercer des pressions à l'échelle provinciale, nous reconnaissons qu'il est important de nous mobiliser à l'échelle fédérale pour veiller à ce que l'on puisse satisfaire aux besoins des infirmières et infirmiers.

Nous nous félicitons du projet de loi du député fédéral néo-démocrate Don Davies visant à modifier le Code criminel du Canada afin que les personnes reconnues coupables d'avoir agressé des travailleurs de la santé se voient imposer des peines plus lourdes. Selon un sondage réalisé en 2017 par Mustel pour le compte du BCNU, 84 % des Britanno-Colombiens sont favorables à des peines plus sévères pour des voies de fait criminelles contre des travailleurs de la santé.

Cependant, nous tenons à préciser que cette modification du Code criminel ne s'appliquerait qu'aux personnes reconnues coupables de voies de fait. L'intention n'est pas de criminaliser les comportements attribuables à des affections médicales ou de mettre l'accent sur des patients ayant des problèmes de santé mentale. Notre objectif est de faire en sorte que les agresseurs coupables soient tenus responsables et non pas de cibler les patients vulnérables.

Nous appuyons les recommandations de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, à savoir des normes nationales de formation en sécurité minimale, établies par la loi, pour les milieux de travail de la santé et l'établissement de protocoles d'intervention et d'enquête sur les incidents de violence en milieu de travail. Le BCNU propose également d'ajouter une recommandation connexe aux lignes directrices nationales pour la communication du risque de violence dans les établissements de santé. Le BCNU appuie la recommandation de la FCSII relative à un financement fédéral pour la collecte et la communication, par l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, de données sur la violence au travail dans les établissements de santé. Nous estimons que la collecte systématique de données à l'échelle nationale contribuera à éclairer et à évaluer les progrès accomplis face à cet important problème. Nous croyons également que cela aidera à résoudre certaines des difficultés liées à la sous-déclaration de la violence dans le secteur des soins de santé.

Enfin, bien que le BCNU soutienne l'esprit de la recommandation de la FCSII relativement à une étude sur la planification des ressources humaines en santé, nous appelons à un libellé plus fort et à une action immédiate. Nous savons que le Canada connaît une pénurie de personnel infirmier et que cette pénurie risque de s'aggraver à mesure que les baby-boomers prendront leur retraite. Le BCNU demande un financement ciblé immédiat pour des places supplémentaires en sciences infirmières dans chaque province et un financement pour l'embauche, à de nouveaux postes, des nouveaux diplômés ainsi créés.

Nous croyons qu'il est important de travailler en collaboration avec tous les ordres de gouvernement, les établissements de santé et les syndicats afin de résoudre efficacement ce problème dans tous les domaines de notre système de santé.

• (1620)

Je voudrais terminer en disant que nous entendons trop souvent des déclarations comme « la violence fait partie du travail » et « est-ce vraiment un crime? » C'est ce manque de compréhension qui motive chacun de nous au BCNU à œuvrer pour changer cette culture. Nous croyons que la sécurité des infirmières et infirmiers et des travailleurs de la santé est la responsabilité de tous, de l'infirmière gestionnaire dans une salle d'urgence au politicien fédéral au Parlement.

Je vous remercie.

**Le président:** D'accord. Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à l'Association de santé et sécurité pour les services publics.

**Mme Henrietta Van hulle (vice-présidente, Sensibilisation de la clientèle, Association de santé et sécurité pour les services publics):** Merci de me donner l'occasion de prendre la parole devant vous aujourd'hui.

Je m'appelle Henrietta Van hulle, et je suis une infirmière qui comptait 17 années d'expérience dans les soins de première ligne avant de passer aux soins infirmiers en santé du travail. Je suis vice-présidente de l'ASSSP, l'Association pour la santé et la sécurité des services publics de l'Ontario.

L'ASSSP est un organisme à but non lucratif, financé par le ministère du Travail de l'Ontario, qui a pour mandat de réduire et de prévenir les blessures, les maladies et les décès liés au travail.

En tant qu'organisation de produits et de technologies, nous mettons l'accent sur la sécurité intelligente. Nous exploitons la technologie pour générer des changements dans les résultats en matière de santé et de sécurité, ce qui nous permet de garder une longueur d'avance.

L'ASSSP a activement participé aux efforts de prévention de la violence au sein de la communauté des soins de santé de l'Ontario, et j'aimerais prendre quelques minutes pour vous faire part de ce que nous avons accompli.

Notre parcours a commencé lorsque l'ASSSP, ainsi que ses intervenants, ont constaté, comme nous l'avons entendu aujourd'hui, une augmentation de la gravité et de la fréquence des actes de violence à l'endroit des travailleurs de la santé. Des membres du personnel infirmier et des préposés aux services de soutien à la personne, les PSSP, ici en Ontario, ont été poignardés, frappés et agressés sexuellement, et nous savions que cela devait cesser.

De concert avec l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, nous avons rencontré les représentants du ministère du Travail afin de discuter de la façon dont nous pourrions diriger la province grâce à la mise en place de nouvelles ressources. Cela a donné lieu à notre projet visant à atténuer les répercussions de l'agression, de la violence et du comportement réactif, le projet VARB. Nous avons inclus le terme « comportement réactif », car il existe de nombreux événements, comme d'autres personnes vous l'ont dit, au cours desquels il n'y a aucune intention de causer du tort au travailleur de la santé. Cependant, ces situations exigent toujours des stratégies pour atténuer les dommages pouvant être causés.

Dans le cadre de notre projet VARB, nous avons utilisé une approche fondée sur des données probantes qui a débuté par une analyse documentaire, un examen de la situation ailleurs et les commentaires de groupes de discussion. Nous avons mobilisé de nombreux intervenants de différents niveaux et sous-secteurs du système de santé de l'Ontario afin d'établir les domaines prioritaires axés sur la prévention des blessures.

Nous avons affiné ces critères pour nous assurer que les sujets que nous avons choisis produiraient des ensembles d'outils utilisables et soutiendraient des approches uniformes, évolutives et fondées sur le consensus pour la prévention de la violence. Nous avons ainsi conçu cinq ensembles d'outils.

Le premier ensemble constitue la base de la prévention et vise à mener à bien des évaluations du risque de violence à l'échelle de l'organisation et du service.

Le deuxième ensemble porte sur le patient en tant que source du type de violence le plus répandu dans les soins de santé. Il a été conçu pour mener des évaluations du risque individuel des clients, c'est-à-dire l'évaluation des comportements observés, et ces évaluations ne sont pas axées sur des diagnostics.

Nous avons ensuite veillé à ce que tout le monde soit au courant des risques qui pourraient être évalués et nous avons mis au point le troisième ensemble d'outils qui porte sur la communication ou le signalement des risques dont d'autres ont parlé.

Est ensuite venu le quatrième ensemble d'outils axé sur la sécurité. Il permet d'évaluer le type de programmes de sécurité et de formation nécessaires dans le cadre des soins de santé.

Le cinquième ensemble d'outils est le système d'intervention en matière de sécurité personnelle, un guide visant à garantir que les travailleurs exposés à un risque de violence ou impliqués dans un incident de violence ont les moyens de demander de l'aide.

La conception et l'élaboration des ensembles d'outils ont été dirigées par l'un de nos spécialistes en santé et sécurité, avec l'aide d'un groupe de travail composé de membres de la direction et de personnel de première ligne de tous les secteurs de la santé. Nous avons également fait participer notre équipe de développement de produits dans les outils d'application des connaissances conçus à l'appui des ensembles d'outils.

Nous avons amélioré les ensembles d'outils en combinant la technologie et l'expertise en la matière. Nous avons créé un site Web et une évaluation du risque interactive et automatisée qui soutient l'autonomie de l'employeur et fournit par la suite une solution rentable pour les organisations qui souhaitent améliorer leurs programmes de prévention de la violence en milieu de travail.

Les trousseaux d'outils étaient si bien considérées que, en 2017, une table de concertation conjointe du ministère du Travail et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur la violence au travail en Ontario recommandait l'utilisation des outils de l'ASSSP dans tous les hôpitaux ontariens.

Deux ans après le lancement de nos outils VARB, plus de 20 000 personnes ont consulté notre site Web. D'après une évaluation récente des ensembles d'outils, 75 % des hôpitaux publics de l'Ontario connaissaient ces outils, et 67 % utilisent activement au moins un de ces ensembles. Les chercheurs nous ont dit que ce degré de sensibilisation et d'adoption était sans précédent pour ce type d'intervention complexe.

•(1625)

Depuis lors, nous avons utilisé la même approche pour concevoir quatre ensembles d'outils supplémentaires à la demande expresse de la table conjointe des dirigeants, dont bon nombre, comme nous l'avons dit aujourd'hui, sont nécessaires. Ces ensembles sont axés sur le signalement des incidents et les enquêtes, le déplacement et le transfert des patients, le code blanc et les refus de travailler. Leur lancement est prévu cet été. Nous croyons que la voie à suivre pour le Canada consiste à mettre à profit certaines de ces réussites régionales afin de réaliser un changement durable. En fait, nous avons déjà mis en commun nos ressources avec des membres de la National Alliance for Safety and Health in Health Care, et quatre provinces, en dehors de l'Ontario, utilisent activement au moins un de ces ensembles d'outils. Nous avons communiqué notre approche lors de la récente conférence internationale sur la violence dans le secteur de la santé, et d'autres pays se sont adressés à nous pour l'utilisation des outils.

Bien que des adaptations régionales puissent être nécessaires, les solutions générales requises pour lutter contre la violence en milieu de travail sont relativement uniformes, comme nous l'avons entendu dire, et nous sommes heureux de diffuser notre travail. Nous appuyons également nombre des recommandations des témoins précédents concernant notamment la nécessité de ratios de dotation, de stratégies en matière de ressources humaines garantissant une dotation en personnel suffisante, d'investissements dans l'infrastructure et d'une norme nationale en matière de violence en milieu de travail. En fait, l'ASSSP et le Groupe CSA collaborent actuellement à un projet de recherche visant à déterminer le besoin d'une norme nationale sur la violence et le harcèlement en milieu de travail. Le Groupe CSA publiera un rapport cet été. Forts de notre expérience à ce jour, nous formulons cinq recommandations supplémentaires.

La première est de provoquer un changement de paradigme.

Cette première recommandation porte sur la façon dont la violence est perçue en milieu de travail dans le secteur de la santé. Nous croyons qu'un changement fondamental de pensée doit avoir lieu dans deux domaines clés. Premièrement, les employeurs du secteur de la santé considèrent la violence comme un problème de santé et de sécurité au travail, mais il doit plutôt être considéré comme un problème de soins. Il n'y a absolument aucun espoir d'obtenir des soins de qualité sans tenir compte de la sécurité des travailleurs. Deuxièmement, il existe une inégalité dans la façon dont de nombreuses organisations traitent la sécurité physique par rapport à la sécurité psychologique. La prévention des dommages psychologiques a été moins au centre des préoccupations, et il y a moins de mesures de soutien disponibles. Il faut insister sur le fait que la sécurité psychologique des travailleurs est tout aussi importante que leur sécurité physique.

La deuxième recommandation est de mener des recherches exploitables.

Nous sommes convaincus qu'il existe suffisamment de données probantes — comme l'a mentionné la Mme Keith, plus de 1 000 études — sur les risques, l'occurrence, la gravité, les effets et les facteurs contribuant à la violence en milieu de travail, mais il est maintenant temps d'évaluer les pratiques exemplaires et les types d'interventions qui sont utilisées pour veiller à réduire le risque de violence ou pour en apprendre davantage sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

La troisième recommandation est de compléter les programmes d'études en soins de santé.

Au-delà des connaissances cliniques nécessaires, les étudiants en soins de santé ont besoin d'une formation de base en matière de sécurité pour s'assurer qu'ils sont prêts à travailler, de manière à pouvoir faire face à une escalade des comportements. Cela inclurait la sensibilisation, des techniques de communication efficaces, la reconnaissance de l'escalade des comportements, des techniques de désescalade et une connaissance de la situation. Cette formation ne vise pas à remplacer les pratiques exemplaires existantes comme celles mentionnées précédemment, notamment le programme GPA pour les personnes âgées, qui est utilisé dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, ou la formation spécifique à l'organisation qui peut être nécessaire pour traiter avec des populations spécifiques.

La quatrième recommandation est d'améliorer la responsabilisation.

À moins que les organisations ne soient tenues responsables, nous ne pouvons espérer aveuglément un changement. Dans notre province, la santé et la sécurité au travail ne sont pas mentionnées dans les ententes de responsabilité en matière de service des organisations de soins de santé. Par conséquent, nous recommandons que tous les bailleurs de fonds exigent explicitement que les milieux de travail du secteur de la santé intègrent la sécurité des travailleurs dans leurs pratiques de soins.

La dernière recommandation est d'accroître la sensibilisation du public.

Ceux d'entre nous qui travaillent dans le secteur de la santé et leurs proches sont conscients que la violence est un problème urgent, mais peu de personnes sont sensibilisées aux risques auxquels sont confrontés les travailleurs de la santé au quotidien. Une campagne de sensibilisation du public faisant connaître la position du gouvernement attirerait l'attention sur le problème. De plus, nous encourageons l'appui au projet de loi C-434, au titre duquel les voies de fait contre un travailleur du secteur de la santé seront considérées comme une circonstance aggravante aux fins de détermination de la peine à imposer.

•(1630)

Le projet de loi enverra un message fort: ceux qui fournissent des services essentiels comme les soins de santé doivent être traités avec respect, et leur sécurité doit être protégée.

Merci encore de m'avoir donné l'occasion de vous parler aujourd'hui. Nous sommes reconnaissants et encouragés de voir que le gouvernement fédéral prend cette question au sérieux. Nous sommes impatients de travailler ensemble à la création de milieux de travail plus sains et plus sûrs.

**Le président:** Merci beaucoup à tous de votre témoignage.

Nous passons maintenant à notre série de questions de sept minutes.

Nous allons commencer par Mme Sidhu.

**Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.):** Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être ici et d'avoir soulevé tous les problèmes.

La première question s'adresse à James Brophy ou à Margaret Keith.

Vous avez dit que vous avez publié deux livres. Vous avez mentionné une personne intoxiquée qui aurait attaqué... il est possible de faire de la prévention.

Nous avons entendu les représentants de l'Association de santé et sécurité pour les services publics. Ils ont un ensemble d'outils. Pensez-vous qu'il est possible d'intégrer cet ensemble d'outils dans un environnement hospitalier ou de soins de longue durée?

• (1635)

**M. James Brophy:** Bien sûr, je pense que tout le monde comprend que l'éducation et davantage de formation ont des rôles utiles et importants à jouer.

Essentiellement, nous vivons une crise grave. À notre avis, le système de santé connaît des problèmes structurels profonds qui ne peuvent être réglés simplement au moyen d'une formation individualisée plus poussée. Cette question mobilise de nombreuses personnes. Il existe des problèmes structurels profonds... les niveaux de dotation en personnel et les procédures en place.

Dans nos deux études, nous avons notamment appris que le système de réglementation s'est effondré à bien des égards, qu'il s'agisse du ministère du Travail, des inspections et de l'application des lois ou du système d'indemnisation. Bon nombre des travailleurs de la santé ne déposent même pas de demande d'indemnisation, car ils se sentent traumatisés davantage au cours du processus. Nous avons réellement un ensemble de problèmes structurels profonds, et je ne pense pas qu'il soit possible de les régler efficacement en allant de l'avant, en renforçant la formation, etc. Bien sûr, c'est important, mais cela ne réglera pas le problème, qui s'aggrave.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

Je veux poser une question à la Société Alzheimer et à la BC Nurses' Union.

Des changements structurels et environnementaux et l'éducation sont la clé. Pensez-vous que lorsque nous parlons de la sécurité des fournisseurs de soins de santé, nous devons les éduquer? Quelle est l'importance d'éduquer les patients ou les familles des patients?

**Mme Mary Schulz:** Nous abordons certainement cette question selon une approche à plusieurs volets, comme notre intervenant précédent vient de l'expliquer. Une réponse unique ne sera pas une solution miracle. Certes, il faudra que tout le monde travaille ensemble.

En ce qui concerne l'éducation, les personnes atteintes de démence et leur famille savent clairement qu'elles se rendront souvent dans un foyer de soins de longue durée assez tard dans leur processus de traitement de la maladie sans avoir jamais vraiment compris et sans qu'on leur ait expliqué de manière claire en quoi consiste leur maladie et quel sera probablement leur parcours. Nous devons vraiment avoir toutes les occasions de discuter en tant que membres d'une équipe travaillant en collaboration — personnel, résidents, ou clients et familles —, y compris les conseils de résidents et de famille existants dans de nombreuses organisations. C'est lorsque nous rassemblons tout le monde et commençons à examiner ces problèmes de manière transparente, sans blâmer, que nous pouvons réellement obtenir des résultats en matière de stratégies créatives.

Je pense que beaucoup d'entre nous aujourd'hui ont dit des choses très courantes. Il n'existe pas une approche unique qui fonctionnera. L'éducation ne sera pas la solution unique. Je dirais que les changements structurels ne sont pas non plus la solution, car demain, nous aurons encore des personnes travaillant dans ces domaines qui pourront faire un meilleur travail afin d'intervenir, dans notre cas, auprès des personnes atteintes de démence. Il va donc falloir une approche à plusieurs volets. Pour vous répondre, je dirais qu'il faut collectivement réfléchir à la question.

**Mme Sonia Sidhu:** Merci.

J'aimerais entendre la réponse du British Columbia Nurses' Union.

**Mme Adriane Gear:** En réalité, tout ce que nous pouvons faire, c'est de répéter ce que les témoins précédents ont dit. Absolument, l'éducation et la formation sont primordiales, mais pas seulement de façon ponctuelle. Pour des stratégies et une formation appropriées en matière de prévention de la violence, je pense qu'il est nécessaire de mettre en place des simulations et des pratiques permanentes, mais ce n'est qu'une pièce du casse-tête.

Nous avons absolument besoin d'installations appropriées pour nos personnes âgées. Nous avons également besoin d'unités spécialisées pour les patients ayant des problèmes de santé mentale. En outre, il existe des problèmes systémiques comme le surpeuplement et l'accès à un traitement approprié.

Il faut également régler un grand nombre de ces problèmes, mais oui, l'éducation et la formation continues font certainement partie de la solution.

Je voudrais juste me tourner vers mon collègue, monsieur Singh, pour savoir ce qu'il aimerait ajouter.

• (1640)

**M. Moninder Singh (directeur, Santé et sécurité au travail, British Columbia Nurses' Union):** Nous estimons que le volet éducation est efficace dans un contexte où l'on satisfait aux besoins essentiels, et ces besoins essentiels commencent par des niveaux de dotation, ainsi qu'une prise de décisions au nom de l'employeur également.

Il existe un fort sentiment selon lequel il n'existe pas de culture de la sécurité dans le système de soins de santé. Ayant également travaillé pour l'employeur pendant plusieurs années, à un poste de cadre, je le constate tout le temps. Il y a une pénurie de personnel infirmier, mais il y a aussi cette prise de décisions. La violence se produit sur le lieu de travail, mais ensuite, qui prend la décision de placer les gens — travailleurs, personnel infirmier, travailleurs de la santé — dans des situations où cette violence peut se produire et pourquoi?

Cela tient en grande partie au fait que nous manquons de personnel. Nous n'en avons pas assez. Nous ne pouvons pas demander des heures supplémentaires; nous n'avons pas le financement pour cela. Il s'agit d'un cycle qui transcende les préoccupations environnementales; vous pouvez construire l'infrastructure.

En outre, je voudrais certainement reprendre les deux dernières déclarations qui ont été faites sur l'importance de l'éducation. Nous pensons que c'est bien le cas, mais l'éducation ne peut vraiment fonctionner que si ces besoins fondamentaux sont comblés.

**Le président:** Votre temps est écoulé.

Nous passons maintenant à Mme Gladu.

**Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC):** Merci, monsieur le président, et merci aux témoins.

C'est certainement un problème important. Ma fille est infirmière, et lorsqu'elle était étudiante infirmière, elle a été agressée par un patient du service de psychiatrie. Ma belle-sœur est également infirmière, et elle a été attaquée par un résident d'un établissement de soins de longue durée et a subi des dommages permanents au cou. Nous avons vraiment besoin de trouver des solutions.

Je vais commencer par M. Brophy et Mme Keith. Vous avez parlé d'une des solutions consistant à signaler les patients agressifs. Lorsque vous identifiez une personne agressive, quelles seront les recommandations pour traiter avec elle? Allez-vous utiliser du matériel de contrainte? Allez-vous lui donner des médicaments? Allez-vous prévoir plus de travailleurs ou appeler le gardien de sécurité? Quelles mesures recommandez-vous?

**Mme Margaret Keith:** Je pense qu'un certain nombre de problèmes se posent relativement à tout cela également.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons constaté que le signalement des risques était très peu uniforme. Les établissements n'ont pas tous recours à ces signalements. Dans certains cas, c'est considéré comme étant stigmatisant, alors on veut trouver des moyens de communiquer au personnel le fait qu'une personne pourrait avoir des tendances agressives sans la stigmatiser. Nous avons entendu beaucoup d'idées différentes sur la façon dont tout cela pourrait être traité.

Le gros problème tient au fait que, si une personne se comportait de façon très agressive lors d'un quart de travail précédent et que cette information n'est pas transmise aux employés qui arrivent pour le quart suivant, ils pourraient être en danger. Un certain nombre de groupes professionnels de travailleurs de la santé ne participent pas aux comptes rendus des membres du personnel infirmier au début d'un quart de travail, où on explique ce qui se passe avec les divers patients et résidents. Dans le cas des personnes occupant un poste de préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) ou de diététiste, un certain mécanisme doit leur permettre de savoir qu'ils pourraient se retrouver dans une situation dangereuse. Si quelqu'un est agressif, il faut envisager tous les moyens de désamorcer cette situation.

Nous avons entendu parler de gens qui sont chroniquement agressifs, et les employés savaient tout simplement qu'ils allaient devoir intervenir à trois ou quatre. Dans le cas d'un joueur de football atteint de lésions cérébrales acquises, il fallait quatre membres du personnel pour le retenir pendant qu'on changeait sa culotte d'incontinence et ainsi de suite. Il est important de savoir ces choses, et, parfois, il faut du personnel supplémentaire.

À part les personnes atteintes de démence, avec qui nous pouvons recourir à toutes les stratégies dont nous avons entendu parler aujourd'hui, il existe d'autres personnes qui sont agressives pour d'autres raisons. Elles pourraient ressentir une douleur atroce ou avoir peur. Nous devons examiner la nature de la situation.

En ce qui concerne le signalement des risques, je pense qu'il est malheureux que cela puisse parfois stigmatiser des patients, mais, selon moi, nous devons absolument le faire pour la sécurité des travailleurs de la santé.

**Mme Marilyn Gladu:** Je suis entièrement d'accord avec vous.

Pour ce qui est d'accroître la gravité, sur le plan criminel, du fait d'attaquer un travailleur de la santé, je pense que le projet de loi C-434 est une bonne mesure. Je ne sais pas si vous vous souvenez de l'incident où un type à bord d'un autobus en a tué un autre et s'en est tiré en raison de son état de santé mentale. Le fait d'augmenter le caractère criminel pourrait être un élément dissuasif pour les personnes qui sont saines d'esprit, mais je crains que, dans le cas de celles qui ont des troubles mentaux, ce ne soit probablement pas la solution. Quelles sont les mesures importantes que nous devrions prendre?

Je vais commencer par Mary Schulz, de la Société Alzheimer.

**Mme Mary Schulz:** Je ne peux pas parler des problèmes de santé mentale en général. Je ne peux parler que de la démence. Certes, lorsqu'il est question d'une personne atteinte de cette maladie, il s'agit habituellement de quelqu'un qui est à un stade assez avancé. Il s'agit d'une personne dont le cerveau est endommagé au point que sa capacité non seulement de comprendre ses comportements, mais aussi d'être consciente des conséquences, est gravement minée. La tenir responsable de ce comportement serait essentiellement inapproprié et inutile.

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, et comme nous venons tout juste d'entendre Mme Keith et d'autres intervenants l'affirmer, il importe que nous prenions le temps et que nous disposions des ressources nécessaires pour pouvoir comprendre les antécédents associés au comportement. P.I.E.C.E.S. est le sigle anglais d'un modèle dont l'utilisation est très répandue partout au Canada et qui permet réellement de décortiquer les raisons pour lesquelles une personne a pu être violente ou agressive durant le quart de travail précédent. En Ontario, nous avons des infirmières et infirmiers en gestion des urgences gériatriques dans les services des urgences et d'autres secteurs qui peuvent être des ressources pour les employés au moment où ils prennent du recul et tentent de comprendre ce qui a pu déclencher le comportement en question. Nous devons comprendre que les services des urgences, par exemple, comptent parmi les endroits les plus toxiques pour la plupart d'entre nous, mais surtout pour les personnes atteintes de démence. Le bruit, les lumières, les alarmes, les sirènes, les sons et les personnes qui vomissent... Tout ce qui se passe est une source absolue de frustration et d'agression pour une personne atteinte de démence.

Nous devons réfléchir à la conception physique et à la formation, mais nous devons aussi penser à offrir des ressources aux membres du personnel au moment où ils tentent de prendre du recul pour découvrir ce qui pourrait s'être passé et ce qu'ils savent au sujet de la personne.

● (1645)

**Mme Marilyn Gladu:** C'est très bien.

Qu'en est-il des représentants du Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique? Avez-vous des recommandations particulières concernant la gestion des patients qui présentent des problèmes de santé mentale?

**Mme Adriane Gear:** Je pense que notre première recommandation serait d'investir dans notre système de soins de santé mentale. Nous devons nous assurer que des stratégies proactives sont établies dans le but de soutenir les personnes vivant avec la maladie mentale. Il est certain que nous voulons voir une réduction de la stigmatisation, ainsi qu'un accès aux soins.

Malheureusement, ce qui arrive dans bien des cas, c'est que les patients ont décompensé au point qu'ils sont véritablement en crise. C'est dans ces situations que nous observons une intensification de la violence. Si nous pouvons fournir des soins adéquats rapidement, je pense que cela contribuerait beaucoup à régler certains des cas de violence que nous observons au sein de cette population.

Il s'agit de l'accès aux soins.

**Mme Marilyn Gladu:** Très bien.

J'ai maintenant une question à poser à Mme Van hulle. Je suis surprise. Je viens du milieu du génie chimique. En Ontario, nous avons le livre vert, qui oblige tout employeur touché par des incidents de violence et de harcèlement en milieu de travail à faire un suivi. Cette règle ne s'applique-t-elle pas aux hôpitaux? Pourquoi les employeurs comme les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée ne font-ils pas preuve de diligence raisonnable dans certains cas?

**Mme Henrietta Van hulle:** Je pense que l'accent est mis sur les soins plutôt que sur la prévention des préjudices en matière de santé et sécurité au travail. Selon moi, la plupart d'entre eux comprennent les exigences du livre, mais, comme ils ne disposent pas des outils et des ressources nécessaires, ils ont de la difficulté à les mettre en œuvre. Je pense qu'il s'agit là du gros problème. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons élaboré l'ensemble d'outils. Tous les outils renvoient à un texte de loi de l'Ontario, c'est-à-dire qu'il faut commencer par effectuer l'évaluation des risques, procéder à l'évaluation du patient qui présente le plus grand risque. Mme Sidhu a posé des questions au sujet de choses comme l'intoxication et le sevrage. Ce sont les types d'éléments qui sont évalués à cet échelon. Ensuite, il y a le signalement des risques, qui est en réalité la communication des risques. Si un risque découle de tout type de danger, il doit être communiqué. Cela fait partie du processus de signalement. C'est un peu comme ce que l'on ferait si un patient était porteur d'une maladie infectieuse dans un milieu de soins de santé. Il faudrait communiquer cette information à toutes les personnes qui entreraient en contact avec lui. C'est la même chose lorsqu'il y a un risque de violence.

**Le président:** Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Rankin.

**M. Murray Rankin (Victoria, NPD):** Je vous remercie, monsieur le président, et je remercie tous les témoins d'avoir présenté des exposés très intéressants.

Je veux commencer par mes amis du British Columbia Nurses' Union.

Madame Gear, je vous remercie de votre exposé. J'ai une question qui s'adresse à vous et à M. Singh. J'apprécie réellement ce que vous nous avez dit et le travail que vous faites.

Par exemple, je suis très impressionné par la brochure intitulée *Have You Experienced a Violent Incident at Work?*, qui nous explique quoi faire dans des termes très clairs. Je pense que cela accroît l'autonomie des infirmières et des infirmiers que vous représentez.

Marilyn Gladu a parlé d'un membre de sa famille. J'ai une sœur, Joyce Rankin, qui est infirmière à Toronto, et elle m'a parlé du problème croissant sur lequel vous avez tous mis le doigt. Je ne pense pas que les Canadiens comprennent vraiment.

Je vous remercie de vos anecdotes au sujet de Victoria, de Kamloops et de Prince George. J'ai été particulièrement perturbé lorsque vous avez mentionné que 40 % des membres ayant participé à votre sondage envisageaient de partir. Ma foi, nous sommes déjà en manque de personnel. Dire que 40 % pourraient partir uniquement à cause de la violence est extrêmement accablant.

Avant de poser ma question, je veux vous remercier également de soutenir le projet de loi d'initiative parlementaire de mon collègue Don Davies sur la question de la détermination de la peine, quoique vous vous êtes empressée de dire que la criminalisation est non pas la mesure à prendre, mais seulement une partie de la solution.

Voici ma première question.

Concernant votre brochure que j'ai mentionnée, au sujet de la violence, je veux vous demander deux renseignements. Tout d'abord, vous parlez d'appeler la ligne de soutien pour les membres du personnel infirmier victimes de violence, et vous donnez un numéro sans frais à cette fin. Possédez-vous des données sur le nombre de personnes qui appellent et sur les conséquences? Était-ce une bonne idée? Les autres syndicats du personnel de soins infirmiers de partout au pays ou les employeurs devraient-ils faire quelque chose de semblable?

Ensuite, au dernier point, vous dites: « Après un incident traumatisant, vous pourriez profiter d'une séance d'information sur le stress causé par un incident critique. » Je veux entendre ce que supposent ces séances d'information.

• (1650)

**Mme Adriane Gear:** La ligne sans frais de soutien aux victimes de violence est vraiment quelque chose qui a été créé parce que nos membres nous ont dit qu'il était très difficile de signaler ces situations. Même si des processus sont en place, ils sont source de confusion. Les documents sont très nombreux, de même que les exigences à respecter pour signaler les événements liés à un patient dangereux, et on les confond avec les déclarations d'événements qui touchent la sécurité des travailleurs.

Nos membres nous ont également dit qu'ils ne se sentaient pas appuyés lorsqu'ils signalaient des incidents de violence, qu'on leur jetait presque le blâme en leur posant certaines questions du type: « Eh bien, qu'avez-vous fait pour provoquer ce comportement violent? »

C'est pour ces raisons, ainsi que pour recueillir des données supplémentaires, que nous nous sommes dit qu'il était important d'offrir une ligne de soutien. Maintenant, nos membres ont la possibilité d'appeler directement le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique, le BCNU.

Nous aidons les victimes à s'y retrouver, car cette ligne ne remplace pas l'exigence de tout de même signaler l'incident à l'employeur et de participer à des enquêtes en milieu de travail, mais elle nous permet, à un moment où une personne a été traumatisée physiquement ou émotionnellement, de fournir ce soutien et de l'aider à s'y retrouver dans le processus, qui est très lourd. Nous pouvons également prendre d'autres mesures pour les aider à se rétablir à partir de notre syndicat.

L'initiative porte ses fruits. Certes, nous constatons que les infirmières et infirmiers n'appellent pas sur le coup; c'est habituellement par après et seulement dans le but d'obtenir un certain soutien supplémentaire. Bien souvent, ces personnes veulent être entendues. Même si elles ne veulent pas que des mesures soient prises, elles veulent que ce qui leur est arrivé soit validé.

L'initiative porte ses fruits. Je n'ai pas apporté les données, mais, si vous le souhaitez, je pourrais certainement faire un suivi et vous procurer certaines de nos conclusions.

**M. Murray Rankin:** Je vous en serais reconnaissant. Je pense que ce serait utile.

Je pose cette question à tous les témoins qui souhaitent y répondre, et peut-être à Mme Schulz en particulier.

Nous avons beaucoup entendu parler de la violence psychologique par rapport à la violence physique. Linda Silas, qui est la présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, la FCSI, affirme que la loi devrait être simple: « Si vous frappez un membre du personnel infirmier, vous allez en prison! » On dirait que c'est un message assez simple, mais, quand on pense aux personnes qui présentent un trouble psychologique, cela ne fonctionne pas vraiment, car, bien entendu, la criminalisation — la présence de l'élément mental — pourrait ne pas s'appliquer si la personne est atteinte de démence, d'Alzheimer ou d'une maladie semblable.

Dans ce cas, je voudrais savoir, si la criminalisation n'est pas la solution, quelle mesure serait appropriée, selon vous, dans le cas des personnes atteintes psychologiquement. Que devrions-nous faire? J'ai entendu beaucoup de choses au sujet de la façon de rendre le lieu de travail plus sûr, des problèmes structureux liés au manque de personnel et du fait de ne pas laisser les gens seuls durant le quart de travail.

Plus particulièrement, dans l'étude de Margaret Keith et de M. Brophy, il était question de 56 participants, dont seulement 7 étaient des hommes. Il est évident que les femmes sont disproportionnellement touchées. Les Canadiens racialisés le sont-ils également?

Je voudrais que vous abordiez cette question, et si vous avez la possibilité de parler des aspects psychologiques, des personnes atteintes sur le plan et de la façon dont nous pouvons régler ces problèmes, je vous en serais reconnaissant également.

**M. James Brophy:** Vous avez posé beaucoup de questions, et je suis certain que toutes les personnes ici présentes veulent vous parler de ces enjeux, car ils sont une partie fondamentale de ce qui se passe dans le milieu de la santé.

Je pense que nous devons nous demander pourquoi la prévalence de la violence est si répandue dans ce milieu; les taux dépassent même de loin les taux de violence auxquels même les policiers et les agents correctionnels font face. Pourquoi, dans presque toutes les statistiques de partout au pays, constatons-nous que les membres du personnel de la santé subissent des taux de violence qui dépassent de loin ceux de toute autre profession?

Vous avez mentionné la question des femmes, et je pense qu'elle est fondamentale, en l'occurrence. Il s'agit d'une profession où les femmes sont prédominantes, et la violence faite aux femmes dans notre société est un problème majeur. La façon dont la violence est traitée dans le milieu de la santé ressemble beaucoup à la façon dont la violence familiale est traitée.

Comme l'ont affirmé nos amis de la Colombie-Britannique, on blâme les travailleurs de la santé. La plupart des séances de compte rendu ou d'information qui ont lieu après un incident commencent par: « Comment avez-vous abordé cette personne? » Le fardeau est déjà sur les épaules du travailleur de la santé, comme si son comportement était la source du problème.

La question de savoir pourquoi le public n'est pas au courant de cette situation a été soulevée un certain nombre de fois. J'en conviens; le public ne le sait pas. L'un des facteurs est la crainte de représailles qu'ont les membres du personnel de la santé de partout au pays.

En Ontario, une infirmière a dénoncé la violence à l'occasion d'une conférence; elle n'a pas nommé son lieu de travail et a simplement affirmé que la violence était un problème majeur. À son retour, elle a été congédiée. Le syndicat a porté la cause en arbitrage

pendant presque deux ans et a dépensé des centaines de milliers de dollars afin que cette personne puisse enfin retourner au travail.

Quand nous avons mené notre étude, dans chacune des collectivités où nous sommes allés, la séance commençait par des personnes qui disaient: « Protégez-nous. Nous ne voulons pas être identifiés. Nous sommes au courant de cet incident où une personne a été congédiée. Nous avons peur d'en parler. » Encore une fois, on peut vraiment voir la ressemblance avec la violence faite aux femmes dans notre société et la façon dont cette violence est traitée.

• (1655)

**Le président:** Je suis désolé. Nous devons maintenant passer à un autre intervenant. Nous sommes dépassés le temps dont nous disposons pour cette question.

Nous allons maintenant passer à M. Eyolfson.

**M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.):** Je vous remercie, monsieur le président. Merci à vous tous.

J'espère pouvoir poser toutes mes questions dans la période dont je dispose.

Je suis médecin. J'ai travaillé aux urgences pendant 20 ans et, bien entendu, j'ai vu à peu près tous les services de l'hôpital durant ma formation.

L'un des problèmes que j'ai observés tout au long de ma formation, ce sont des situations où un patient est désorienté — qu'il s'agisse de démence ou de je ne sais quel autre processus — et risque de vagabonder. Parfois, ces patients tombaient. J'ai vu des patients se casser la hanche en tombant de leur lit parce qu'ils étaient désorientés. J'ai recousu quelques têtes.

Il y avait toujours une impasse. Les contentions physiques sont considérées comme inappropriées et inhumaines. Il y a les sédatifs, mais des pressions sont exercées afin que l'on obtienne le consentement de la famille. Certaines familles n'y consentent pas, et nous n'avons pas de personnel disponible pour assurer les soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Je vais lancer cette question au Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique d'abord. Comment pouvons-nous établir un équilibre entre ces priorités concurrentes, quand il ne nous reste aucune option acceptable?

**Mme Adriane Gear:** C'est une excellente question. Je voudrais connaître la réponse. Voilà le problème. Nous voulons fournir des soins sécuritaires et éthiques à nos patients. Nous voulons nous assurer qu'il y a suffisamment de personnel pour fournir des soins en toute sécurité et dans la dignité.

La réalité, c'est que les soins sont prodigués dans des environnements qui manquent de ressources. On manque de ressources humaines. Je pense que c'est pourquoi nous nous tournons vers vous. Nous avons besoin d'un certain genre de soutien. Fournissez-nous le personnel, la formation et l'environnement approprié, de sorte que les membres du personnel infirmier et les travailleurs de la santé puissent faire ce qu'ils font le mieux et fournir des soins à ces gens.

Nous reconnaissons que, dans les situations où une personne âgée atteinte de démence est désorientée et effrayée, son comportement ne nous vise pas directement, mais, la réalité, c'est que des membres du personnel infirmier et d'autres travailleurs de la santé subissent des blessures. Nous ne sommes déjà pas assez nombreux. Nous nous tournons vers vous, les décideurs, afin que vous apportiez du changement et que nous puissions disposer de lieux sûrs où prodiguer des soins de santé à nos patients.

• (1700)

**M. Doug Eyolfson:** D'accord, merci.

Je vais vous poser cette question parce qu'il s'agit encore une fois d'un problème qui touche le syndicat des infirmières et infirmiers, et je la poserai également à Mme Van hulle afin de connaître son avis à ce sujet.

Je viens du Manitoba. La Loi sur la santé mentale de cette province a récemment été modifiée. Lorsqu'un patient était admis et qu'on soupçonnait un trouble psychiatrique, on appelait la police. Si le patient devait être déplacé vers un autre établissement, c'était les policiers qui le transféraient, s'il y avait un problème de sécurité. Lorsqu'on allait chercher le patient dans la collectivité, c'était les policiers qui l'emmenaient, et ils devaient rester avec lui à des fins de sécurité jusqu'à ce qu'il soit vu en consultation et qu'il soit admis dans un établissement adapté.

Selon la modification qui a été apportée à la loi, les policiers n'ont plus à attendre, parce que la province dit que les hôpitaux comptent davantage de personnes ayant reçu la formation nécessaire pour s'occuper de ces personnes; toutefois, il n'y a pas plus de personnel.

Voyez-vous des conséquences relatives à la sécurité découler de cette modification?

**Mme Adriane Gear:** Je pense que c'est désastreux. La réalité, c'est que des patients avec des troubles mentaux se présentent à nos services des urgences, et ils attendent pendant des heures, parfois des jours. Ils attendent sur des civières dans la lumière vive, dans des zones très exposées, de sorte que les gens peuvent les observer. Des préposés au nettoyage des planchers passent devant eux; il y a beaucoup de bruit et beaucoup d'éléments pouvant déclencher leur agressivité.

Les laisser sans surveillance n'est pas la solution, quoique je comprends tout à fait le problème, bien sûr, qui tient au fait que les forces de l'ordre doivent passer à autre chose et faire ce qu'elles font le mieux.

Encore une fois, j'en reviens au fait que nous avons besoin d'un accès approprié et rapide pour les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale, alors voilà le problème.

**M. Doug Eyolfson:** J'aurais tendance à souscrire à votre opinion, et c'est aussi le cas des syndicats des infirmières et infirmiers du Manitoba.

Madame Schulz, de la Société Alzheimer, c'est quelque chose qui pose problème. Cette situation dure depuis des années, et je l'ai certes observée, dans ma propre pratique de la médecine d'urgence, au Manitoba. Ces situations ont peut-être lieu dans d'autres provinces.

Des patients atteints de démence se présentent au service des urgences en provenance de la collectivité. Très souvent, ils vivent seuls, et un voisin préoccupé les a trouvés en train d'errer en pyjama au mois de janvier. Il est évident qu'ils ne peuvent pas rentrer chez eux parce qu'il n'y a tout simplement pas d'environnement stable pour eux.

La pratique, du moins dans les hôpitaux de Winnipeg, c'est que les gens qui sont chargés d'admettre les patients — qui décident qu'un patient sera hospitalisé — appliquent maintenant des politiques selon lesquelles ils doivent refuser d'admettre des patients à l'hôpital s'ils ne présentent aucun problème médical aigu. Si le seul problème est la démence, on les garde au service des urgences jusqu'à ce qu'on ait trouvé un centre approprié pour eux.

À plus d'une occasion, d'après mes souvenirs, il a fallu plus d'un mois pour en trouver un. Vous avez bien entendu. Il est question d'un patient atteint de démence qui passe un mois dans un service des urgences.

Est-ce défendable, d'un point de vue éthique?

**Mme Mary Schulz:** Je crains que cette question échappe en partie à mon champ de compétence, mais ce que je peux certainement répondre, monsieur, c'est qu'il n'est pas rare que ce genre de situation se produise partout au pays, malheureusement.

Quand vous dites que la personne est arrivée en ne présentant essentiellement aucun autre problème médical que la démence, je vous rappellerais respectueusement que la démence est un problème de santé et qu'une personne qui arrive...

**M. Doug Eyolfson:** Oui, et je suis d'accord avec vous là-dessus, mais il semble que nos responsables de la médecine interne ne soient pas du même avis que nous à cet égard. Toutefois, je souscris entièrement à votre opinion.

**Mme Mary Schulz:** Absolument, j'en suis certaine, et il faudrait mener beaucoup de campagnes de sensibilisation auprès des fournisseurs de soins de santé afin qu'ils prennent conscience du fait qu'il se peut bien que cette personne atteinte de démence soit arrivée aux urgences aujourd'hui plutôt qu'hier ou qu'il y a trois semaines en raison d'un élément déclencheur. La personne est arrivée aux urgences aujourd'hui pour une raison. Pourquoi errait-elle; qu'est-ce qui a déclenché ce comportement; est-elle atteinte d'une infection urinaire; qu'est-ce qui se passe? Elle mérite qu'on mène une investigation complète et qu'on s'assure qu'elle ne présente aucun autre problème de santé que la démence.

S'il s'agit en fait d'une aggravation chronique de la démence en soi, c'est là que nous en arrivons à ce que je pense que nos collègues de la Colombie-Britannique ont mentionné, c'est-à-dire que nous recherchons un changement structurel, où on transfère la personne en question vers une unité d'hospitalisation appropriée afin de libérer sa place aux urgences.

Je mentionnerais au groupe ici présent — et peut-être que je mets des mots dans la bouche des gens — qu'il est question, selon moi, d'un changement de culture. Il s'agit non seulement de s'occuper des personnes qui présentent un problème de santé mentale ou qui sont atteintes de démence, mais aussi d'envisager la conception d'environnements, en tenant pour acquis que personne n'est à son meilleur quand il est aux urgences, qu'il ressent de la douleur, qu'il reçoit des soins actifs ou qu'il emménage dans un foyer de soins de longue durée.

Nous devons établir ce seuil de base où tout le monde profitera d'un environnement convivial pour les personnes atteintes de démence et présentant un problème de santé mentale, où les préposés au nettoyage des planchers ne passent pas à 2 heures du matin, où les lumières sont tamisées dans la mesure du possible et où on fait peut-être jouer de la musique classique. Il a été démontré que ces éléments réduisent l'agitation et, si nous pouvions commencer par en faire la norme plutôt que de déclencher l'agressivité des personnes dont le nom figure sur notre liste d'attente et qui risquent réellement de frapper quelqu'un, je pense que nous pourrions tous en bénéficier.

• (1705)

**Le président:** Merci beaucoup.

Je dois maintenant clore la période de questions. Nous devons procéder à certains travaux du Comité en raison de la fin de session parlementaire. Il faut que ce soit fait aujourd'hui. Je veux remercier chaleureusement nos témoins des renseignements qu'ils nous ont fournis pour nous aider à comprendre la gravité de ce problème. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de le faire. Au nom de l'ensemble du Comité, je vous remercie tous de votre aide.

Nous allons suspendre la séance pour quelques minutes, puis nous reprendrons nos travaux à huis clos.

*[La séance se poursuit à huis clos.]*

---







Publié en conformité de l'autorité  
du Président de la Chambre des communes

---

### PERMISSION DU PRÉSIDENT

---

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

---

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of  
the House of Commons

---

### SPEAKER'S PERMISSION

---

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

---

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>