

La violence envers le personnel chargé des soins de longue durée amène le système de santé au point de rupture

Traduction d'un article paru dans
NEW SOLUTIONS: A Journal
of Environmental and Occupational
Health Policy 0(0) 1–26
© Les auteurs, 2019
Règles de reproduction de l'article :
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/1048291118824872
journals.sagepub.com/home/new



James Brophy^{1,2} Margaret Keith^{1,2} et Michael Hurley³

Sommaire

Les soins directs aux résidents des établissements de soins de longue durée sont surtout assurés par des préposées aux services de soutien à la personne et par des infirmières auxiliaires autorisées, autrement dit pour l'essentiel par des femmes. Ces femmes – et leurs collègues masculins – sont régulièrement la cible d'actes de violence physique, verbale et sexuelle de la part de ces résidents. Afin d'explorer ce problème fort répandu, nous avons consulté cinquante-six de ces personnes travaillant dans sept collectivités de l'Ontario, au Canada. Comme causes immédiates de la violence à laquelle elles sont exposées, elles ont cité la peur, la confusion et l'agitation des résidents, et comme causes sous-jacentes, l'organisation du travail axée sur les tâches, l'insuffisance de personnel, les placements inappropriés de résidents et l'absence de temps pour cultiver la dimension relationnelle des soins. Selon elles, cette violence est symptomatique du manque de considération des établissements pour leur personnel et pour leurs résidents. Elles nous ont parlé des effets de cette violence sur leurs propres santé et bien-être – lésions, traumatismes émotionnels ignorés, insatisfaction au travail et épuisement professionnel. Nous avons aussi eu des échos des obstacles à la prévention de la violence, tels que la pénurie de formation et de ressources, le sous-financement systémique, la faible sensibilisation du public à ce phénomène ou encore le manque de reconnaissance de sa gravité et de sa généralité.

Mots-clés

Violence au travail, préposées aux services de soutien à la personne, préposés aux services de soutien à la personne, infirmières, infirmiers, soins de longue durée, cartographie corporelle.

¹ Occupational and Environmental Health Research Group, Université de Stirling, Stirling, Royaume-Uni.

² Department of Sociology, Anthropology and Criminology, Université de Windsor, Ontario, Canada.

³ Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario/Syndicat canadien de la fonction publique, Toronto, Ontario, Canada.

Auteur-ressource : James Brophy, Occupational and Environmental Health Research Group, University of Stirling, Stirling FK9 4LA, Royaume-Uni.

Courriel : jimbrophy@yahoo.com

Introduction

On m'a saisie par la tête au point que j'ai eu un claquage de muscles au niveau du cou. J'ai été saisie aux poignets et aux doigts. Je me suis fait tâter – aux seins et dans l'entrejambe. J'ai reçu ces coups de pied. J'ai été écorchée. La nuit dernière, quelqu'un m'a donné un coup dans le dos. On m'a balancé des souliers, des chapeaux, un peu de tout à la figure. Pas un seul jour ne se passe que je ne me fais pas maltraiter, verbalement ou physiquement. Pas un seul.

L'étude dont le présent article rend compte, entreprise en Ontario, au Canada, portait sur le problème omniprésent de la violence envers les personnes qui travaillent dans les établissements de soins de longue durée (SLD). Les établissements de SLD, autrefois qualifiés de résidences ou foyers pour personnes âgées ou encore de maisons de retraite, offrent un hébergement et des soins à une clientèle qui n'est pas en mesure de vivre de façon autonome. De nos jours, ils accueillent des adultes de tous âges. Bien que les médias rapportent régulièrement des incidents de violence entre résidents et de soignants envers les résidents, les agressions bien plus répandues de la part des résidents à l'endroit de leurs soignants sont presque entièrement passées sous silence.¹ La violence de type II, définie comme prenant la forme de l'agression physique ou verbale d'une ou d'un employé par une cliente ou un client ou quelqu'un faisant partie de sa famille,² constitue la forme la plus courante de violence au travail dans le contexte des soins de santé.³ Il s'agit d'un phénomène institutionnel d'une telle ampleur qu'il a été décrit comme étant un problème de santé publique épidémique.⁴

Une précédente étude des auteurs sur la violence dans une grande variété de contextes de soins de santé en Ontario a permis de conclure que cette violence est liée à des lacunes au niveau du personnel, du financement, des protections législatives et institutionnelles, de même que de la sensibilisation du public.⁵

Dans une étude détaillée sur la violence dans les établissements de SLD canadiens, Banerjee et coll. ont constaté que 90 pour 100 des soignantes et soignants y ont subi de la violence aux mains des résidents ou de membres de leur famille, dont 43 pour 100 disent que cette violence fait partie de leur quotidien. Le personnel soignant est six fois plus susceptible d'être l'objet d'agressions physiques au Canada que dans les pays scandinaves.⁶ D'après les estimations résultant d'une étude danoise, le personnel soignant dans les établissements de soins infirmiers court un risque vingt fois supérieur à ses collègues dans d'autres établissements de soins de santé d'être confronté à des comportements violents.⁷

Le personnel des soins de santé est en majeure partie composé de femmes. Son travail est souvent à temps partiel ou sur appel.⁸ Le risque de violence, et en particulier de harcèlement sexuel, est plus élevé pour les femmes et il peut être extrêmement élevé pour les plus vulnérables d'entre elles, notamment celles dont l'emploi est précaire, sous-payé et mal considéré.⁹ La crainte d'un comportement violent par des résidents coléreux ou agités et la détresse mentale que causent les mauvais traitements verbaux, le harcèlement sexuel et autres agressions ont des effets composés et cumulés. Ces sources de stress aggravent les effets néfastes de facteurs additionnels, tels que le soulèvement de lourdes charges ou d'autres

efforts, le travail par postes, le stress professionnel et la charge de travail dans le secteur des soins de santé.¹⁰ Prodiger des soins à des personnes qui ne sont plus capables de se soigner elles-mêmes est un travail difficile tant sur le plan physique qu'émotionnel. Les employés des établissements de SLD rapportent de forts niveaux d'épuisement professionnel et émotionnel.¹¹

Quantité de définitions ont été adoptées de ce qui constitue de la violence au travail. La Commission européenne, pour sa part, a adopté la suivante : [traduction] « menaces, mauvais traitements ou agressions envers des membres du personnel dans le cadre de leur travail qui ont pour effet de compromettre, explicitement ou implicitement, leur sécurité, leur bien-être ou leur santé ».¹² L'organisme American Academy of Experts in Traumatic Stress inclut dans sa définition les notions de quasi-incidents et de crainte de subir une agression ou de voir une ou un collègue être agressé.¹³

Le problème de la violence se complique dans le contexte des soins de longue durée, en ce sens que les personnes responsables des comportements violents ont souvent une déficience intellectuelle. L'association qui regroupe les exploitants ontariens d'établissements de SLD (Ontario Long Term Care Association ou OLTC) qualifie les actes d'agression de « comportements réactifs », estimant que les résidents qui les commettent réagissent souvent à un facteur déclenchant dans leur environnement. Selon l'OLTC, le mot « agression » implique une intention malveillante, laquelle est rarement présente dans ces circonstances ».¹⁴ Ceci étant dit, que les auteurs d'une agression agissent ou non dans l'intention de faire du mal et en pleine connaissance des conséquences de leur acte, les retombées d'un tel comportement pour les travailleuses et travailleurs qui le subissent peuvent être exactement les mêmes que celles de toute violence délibérée.

La nature des soins de longue durée a considérablement changé ces vingt dernières années. De nos jours, les résidents des établissements de SLD nécessitent des niveaux de soins bien plus importants que par le passé. Il n'y a pas si longtemps, ces résidents étaient majoritairement des personnes âgées. Aujourd'hui, ils comprennent des adultes de tous âges ayant des déficiences physiques ou mentales, et 18 pour 100 des résidents ont moins de soixante-quinze ans.¹⁴

Les critères d'admission à un établissement de SLD en Ontario ont été modifiés en 2010. Désormais, sont admissibles les personnes qui ont des troubles physiques et cognitifs importants ou très importants.¹⁴ À l'heure actuelle, 90 pour 100 des personnes admises dans un établissement de SLD ont une déficience cognitive, qui chez un tiers d'entre elles est grave. Les troubles de l'humeur affectent 40 pour 100 des résidents des établissements de SLD, tandis que 46 pour 100 d'entre eux affichent des comportements agressifs liés à leur détérioration cognitive ou à une maladie mentale.¹⁴

Malgré l'existence au Canada d'un système de soins de santé universel, le secteur privé occupe une place croissante dans le secteur de la santé. En Ontario, lors de l'exécution de la présente étude, 57 pour 100 des établissements de SLD avaient des propriétaires et des exploitants privés, 24 pour 100 fonctionnaient sans but lucratif ou comme œuvre de bienfaisance et 17 pour 100 étaient gérés par des municipalités. Bien qu'ils bénéficient tous d'un financement gouvernemental, ils exigent aussi une contribution financière de leurs résidents.¹⁴

Consultation du personnel chargé SLD

Le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario (CSHO) s'inquiète plus que jamais de la violence sur les lieux de travail. Ses membres incluent une grande partie des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), préposées ou préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) ou encore membres des équipes de diététique, d'entretien et de soins de santé ou autres qui travaillent dans les établissements de SLD et qui sont représentés par le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP). LE SCFP est le plus grand syndicat canadien du secteur public représentant des travailleuses et travailleurs employés par les établissements de SLD, les hôpitaux, les fournisseurs de soins à domicile et d'autres organismes de soins de santé.

Méthode

Le CSHO/SCFP a commandité une collaboration entre les auteurs pour étudier la violence au travail vécue par ses membres et pour documenter les réflexions de ces derniers sur les moyens de prévenir cette violence. La collecte de données, effectuée par l'entremise d'entretiens collectifs, a été facilitée par une membre du CSHO/SCFP qui travaille pour un établissement de SLD. Cette personne s'est vu attribuer une bourse de recherche par l'université qui a commandité cette étude, l'Université de Stirling, pour le recrutement de sujets, la collecte de leurs coordonnées et de leurs antécédents professionnels, de même que l'établissement des lieux et des dates d'entretien. Entre 2016 et 2018, dix entretiens collectifs ont été menés avec cinquante-six personnes assurant des soins de longue durée dans sept collectivités de différentes tailles, dont trois grands centres urbains ayant une population à la composition démographique variée. L'étude visait à établir les perceptions du personnel des SLD concernant les facteurs de risque relatifs à la violence dans le contexte de leur travail; les effets qu'avait pu avoir sur elles et eux la violence les ayant touchés personnellement; les stratégies de prévention que pourraient adopter les employeurs et les organismes de réglementation pour réduire l'incidence et les effets néfastes de la violence; et enfin, les obstacles à la prévention de la violence comme à l'atténuation de ses effets. L'Université de Stirling a approuvé l'éthique de l'étude. L'ensemble des personnes participant à l'étude (qualifiées dans cette traduction de « sujets d'étude ») ont donné leur consentement éclairé à celle-ci et se sont engagées les unes envers les autres à préserver leur anonymat.

La méthode d'étude retenue a été tant qualitative que descriptive, afin d'arriver à une synthèse de la violence envers les personnes assurant des SLD en reprenant leurs propres mots pour résumer les incidents survenus.¹⁵ Ceci a permis d'examiner en détail les causes et les effets de la violence, de même que de cerner les mesures de prévention envisageables selon les personnes concernées au premier chef, dont les suggestions sont fondées sur leur vécu.

Le recrutement des sujets d'étude a été facilité par des responsables de sections locales. À quelques exceptions près où elle a été adressée directement à des personnes qui avaient préalablement signalé des incidents de violence, l'invitation à participer à l'étude visait toute personne intéressée. Chacun des entretiens collectifs a réuni entre quatre et huit personnes de sexe et d'âges différents, représentant une variété de professions de la santé, d'années d'expérience, de collectivités et de groupes ethniques. La composition des groupes a été établie

en partant du principe que leur hétérogénéité favoriserait la fiabilité et la transposition des conclusions de l'étude.¹⁶

En tout, l'équipe de recherche s'est entretenue avec cinquante-six personnes, dont vingt-neuf PSSP, quatorze IAA, cinq chargées du nettoyage et de l'entretien, trois employées dans un service de restauration, trois employées comme aides-soignantes, deux faisant du travail de bureau, deux affectées au Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement (« Projet OSTC ») et une travaillant comme auxiliaire des services de thérapie par le jeu. Quarante-neuf de ces personnes étaient des femmes et sept des hommes. Bien qu'il n'existe pas de statistiques concernant la composition ethnique du personnel des SLD en Ontario, nous pouvons dire que les sujets d'étude appartenaient à plusieurs groupes ethniques. Quarante-cinq personnes se sont dites blanches, de nationalité canadienne ou d'origine européenne, quatre se sont dites noires ou afro-américaines, trois philippines et une asiatique. Leurs employeurs sont treize établissements situés dans une variété de collectivités ontariennes. Plusieurs des sujets d'étude ont évoqué des incidents de violence vécus dans le cadre d'emplois antérieurs, soit au sein d'un autre établissement de santé de l'Ontario, soit lors de la prestation de services de santé à domicile. Les sujets d'étude avaient entre vingt-deux et soixante-six ans d'âge, pour une moyenne de quarante-huit et entre une et trente-huit années d'expérience, pour une moyenne de vingt. Mises à part trois personnes, deux travaillant dans un service de restauration et une dans un bureau, tout le monde a été l'objet de violence – et le plus souvent, de façon régulière.

Les entretiens collectifs, qui ont duré entre deux et trois heures, n'étaient que partiellement dirigés, de manière à favoriser les interactions, l'approfondissement et la mise en lumière de renseignements que l'équipe de recherche n'avait éventuellement pas encore pris en considération.¹⁷ Des questions ouvertes ont servi à recueillir les données expérientielles.

Chaque entretien collectif a débuté par un exercice de cartographie corporelle, exercice qui s'avère efficace en groupe lorsqu'il y a lieu de penser que l'interaction entre les personnes présentes serait avantageuse. La cartographie corporelle n'est ni plus ni moins qu'un simple moyen de sonder l'état de santé des uns et des autres en marquant à l'aide de stylos ou de papillons collants l'information sollicitée ou obtenue des participantes et participants concernant leur santé sur deux esquisses du corps humain tracées sur un tableau à feuilles ou affichées sur un mur. La première esquisse, marquée « Avant », montre le corps de face et l'autre, marquée « Arrière », le montre de dos.

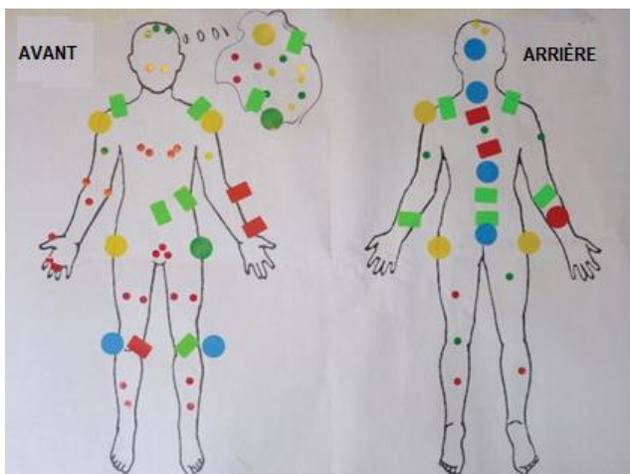


Figure 1

Une cartographie corporelle issue de l'un des entretiens collectifs, illustrant les agressions subies par les membres du groupe concerné. Les grands cercles représentent des blessures graves, les rectangles des blessures modérées et les petits points des blessures mineures. Les papillons dans le nuage représentent les effets psychologiques.

Un nuage est dessiné au-dessus de la tête comme endroit où indiquer des troubles mentaux ou affectifs, tels que le stress ou l'anxiété.¹⁸⁻²⁰ Les personnes présentes ont été invitées à s'approcher des esquisses ensemble et d'y apposer des papillons adhésifs à couleurs indicatives aux parties du corps où elles ont été personnellement la cible d'un acte de violence physique, sexuelle ou verbale (les différentes couleurs et formes des papillons servant à mettre en évidence le degré de gravité des agressions et de leurs effets - voir la figure 1). Elles ont bavardé durant l'exercice, puis se sont regroupées pour décrire ce que les papillons représentaient. Ces échanges ont été suivis d'une discussion plus poussée au sujet de leur vécu de la violence, alimentée par des questions des responsables de la recherche. La discussion a été enregistrée, puis transcrite.

Analyse

Les données recueillies ont été analysées moyennant une approche qualitative thématique, afin de mieux comprendre les expériences personnelles des sujets d'étude en tenant compte de leur contexte. Le logiciel d'analyse utilisé, Dedoose,²¹ a indexé les données selon des procédures de codage qui ont facilité la création d'une liste des codages systématiques fondée sur les divers thèmes qui se sont dégagés de l'analyse de la transcription des entretiens. Le tout a abouti à la création d'un tableau détaillé reprenant les codes et des extraits d'entretiens reflétant les thèmes relevés.^{22,23}

Conclusions

Nous avons réparti les conclusions de l'étude sous plusieurs grandes rubriques, à savoir : les effets sur la personne, les facteurs de risque, les solutions et les obstacles. Nous y avons incorporé bon nombre de courts extraits des propos tenus par les sujets d'étude lors des entretiens collectifs, en partant du principe que leurs propres dires sont bien mieux à même de communiquer leurs expériences et leurs sentiments que nos interprétations ne sauraient le faire.²⁴ Certains extraits ont été quelque peu révisés (dans leur version originale – dans le présent document, ils sont traduits) à des fins de clarté et de protection de l'identité des personnes citées.

Effets sur la personne

La violence peut être à l'origine de maux variés. Si elle est physique, l'éventail de blessures qui en résulte va des plus mineures et temporaires aux plus débilantes et permanentes. Quelle que soit la manière dont elle se manifeste, ses conséquences psychologiques incluent la peur, le blâme dirigé vers soi, un traumatisme ou un sentiment d'incapacité totale qui peuvent être durables et profondément altérer une existence.²⁵

Les sujets d'étude ont apposé une variété de papillons adhésifs sur les esquisses corporelles aux alentours de l'aîne, des seins et des fesses, représentant divers types d'attouchements, des tâtonnements et des agressions sexuelles. Les bras et le visage ont aussi été confirmés comme cibles fréquentes d'attouchements, d'empoignements, de frappes, d'écorchures, de crachats ou de torsions. Les papillons placés sur la tête représentaient des

coups reçus ayant eu des conséquences variées, depuis les plus passagères jusqu'aux contusions les plus graves. Quantité d'autres papillons ont été collés sur diverses parties de l'esquisse, tant à l'avant qu'à l'arrière.

Les sujets d'étude ont décrit ce que représentaient leurs papillons en parlant d'un vaste éventail d'agressions physiques à l'origine de blessures aux yeux et aux oreilles, d'hématomes, de brûlures, d'écorchures et de fractures.

- Je me fais frapper, cogner, cracher dessus, insulter, taper, mordre jour après jour. Quelqu'un m'a aspergée de café brûlant. Je suis rentrée chez moi avec des brûlures aux mains.
- J'ai eu une facture du coccyx après avoir été renversée par un résident dans un fauteuil roulant électrique.
- Je l'ai retourné sur lui-même vers moi et il m'a violemment pris les seins. Je ne savais pas comment lui faire lâcher prise, reculer pour lui échapper faisait encore plus mal. Mes seins étaient noirs et bleus.
- Je lui ai mis son pyjama et puis j'allais le boutonner quand j'ai vu son poing – diable, directement dans ma face! Il a ébréché toutes mes dents et m'a cassé le nez.

Les responsables de l'animation des groupes ont demandé aux sujets d'étude d'expliquer plus en détail les retombées que toute cette violence avait eues sur eux et sur elles, personnellement. Quelques voix se sont levées pour dire que les blessures subies avaient été si graves qu'elles avaient nécessité soit un arrêt de travail, soit une adaptation des tâches sur une période prolongée.

- Ce résident était assis sur une chaise et je ne faisais que passer. Il a saisi mon bras, m'a fait pirouetter et puis il m'a tirée vers lui. J'en ai eu des bleus aux côtes et une entorse au poignet. J'ai fait de la physio pendant des semaines et j'ai encore mal.
- Elle m'a repoussée, j'ai lâché prise et dérapé. Quelque chose a claqué dans mon dos. Il n'y avait personne que j'aurais pu appeler. Je me suis dit « Oh mon Dieu, maintenant, je ne peux pas faire mon travail. Ils vont être à court de monde toute la journée. » J'ai fini de m'occuper d'elle alors que j'avais terriblement mal, puis je me suis assise et j'ai fondu en larmes. J'ai été en arrêt de travail pendant des mois.

Plusieurs membres de chaque groupe ont apposé des papillons dans le nuage au-dessus de la tête pour représenter le stress, l'épuisement professionnel, l'anxiété, la dépression ou la peur, de même que les effets d'observations racistes, sexistes, reflétant des préjugés de classe ou dirigés contre les immigrants.

- Je ne suis toujours pas la même infirmière que j'étais. Les séquelles sont profondes. Ce n'est pas fini juste parce que les traces des coups ne se voient plus.
- Le lendemain, en arrivant au travail, je savais que j'allais me retrouver dans la même pièce que l'homme qui m'avait couru après dans le couloir. J'ai tout revu dans ma tête et j'étais sur mes gardes. Ce n'est pas une façon de bien faire son travail, d'avoir cette crainte d'être attaquée.

Les entretiens ont fait ressortir à quel point les observations sexistes et racistes font mal, au même titre que les attouchements, la colère qui en découle et aussi le découragement – les réactions sont pénibles et douloureuses, mais celles et ceux qui les ressentent ont l'impression de n'avoir aucun recours.

- « Beaux nichons, ça. » C'est le genre de remarque que j'entends tout le temps, ou alors je me fais pincer les fesses. C'est dégradant. Des fois, j'en viens à m'effondrer en larmes dans ma voiture avant de mettre la clef dans le contact.
- Ses parents avaient une plantation. Il lui arrivait de me dire, « Ah, c'est vous. Vous savez, ma famille avait des esclaves comme vous. »
- « Ah, vous êtes immigrant. Où est-ce qu'on vous a ramassé? Au centre-ville? On vous oblige à travailler ici? »
- Il m'a tripotée pendant que je lui donnais son bain. J'y ai repensé bien longtemps, avec dégoût et tristesse, mais je n'ai rien osé dire, parce que j'avais peur de perdre mon emploi. J'étais mère célibataire et j'avais besoin de travailler.

D'autres ont évoqué les sentiments troublants ressentis en voyant des collègues se faire maltraiter, verbalement ou physiquement, par des résidents.

- J'aidais une de mes collègues. Elle est Noire, et le résident était Blanc. Il lui a tout de suite balancé des commentaires du genre « Pourquoi tu ne me pas? ». Il l'a traitée de négresse, de connasse, insistant « Fais ce que je te dis. T'es payée pour. » Moi, il m'a traité de « Chinotoc ».

Dans les situations de violence entre résidents, les membres du personnel qui interviennent pour interrompre une altercation s'exposent aussi à des risques de violence.

- J'ai eu une grosse frayeur durant ma première grossesse. Je me suis interposée entre deux résidentes, dont l'une n'arrêtait pas de frapper l'autre au visage. Les deux étaient atteintes de démence.
- Ma collègue a vu deux résidents qui s'étaient battus et ça l'a empêchée de dormir toute la semaine. Elle a vu plusieurs résidents dans les couloirs, dont un couvert de sang, l'autre avec des yeux au beurre noir, le nez ensanglanté et une oreille à moitié arrachée. L'agresseur a grimpé par-dessus le comptoir et a essayé de s'en prendre à elle...

Il a été établi que du soutien et des interventions aussi rapides qu'appropriées peuvent réduire la probabilité d'un traumatisme psychologique durable.²⁶ Les sujets d'étude ont parlé de l'effet traumatisant des incidents de violence et du peu de compassion qui leur a été témoigné.

- La direction ne fait aucun suivi. Personne ne se renseigne pour savoir comment ça va après un incident. La seule question, c'est du genre, « Pouvez-vous prendre un Tylenol et finir votre travail? ».

Une participante a raconté ce qui s'était passé lorsqu'elle avait signalé à sa superviseure un incident grave d'agression physique et sexuelle par un résident.

- Je faisais les cent pas, tremblante. J'étais comme un zombie. Je suis allée voir ma superviseure et lui ai dit qu'il fallait que je rentre chez moi. Elle a été choquée d'apprendre l'incident et m'a demandé si je lui avais tout dit ou s'il y avait autre chose. J'ai répondu, non, je crois vous avoir tout dit. Sa réponse a été de me demander si j'étais blessée, si j'avais besoin d'aller à l'hôpital. Alors je lui ai dit que je n'avais pas de blessure visible, que je n'avais juste pas toute ma tête, que je n'étais pas capable de fonctionner. Elle aurait voulu que je reste pour ne pas se trouver à court de personnel. J'ai fini par rentrer et je n'arrêtais pas de me répéter dans ma tête que j'avais failli être violée. J'ai repris le travail au début de mon prochain poste prévu, mais chaque fois qu'un résident s'approchait de moi un peu trop vite, j'avais une frayeur. J'ai décidé que j'avais besoin d'un congé pour me remettre émotionnellement de cet incident.

L'incident remontait à plusieurs mois déjà, mais la préposée qui en a parlé a fondu en larmes durant l'entretien. Plusieurs autres membres du groupe eux-mêmes victimes d'une agression sexuelle par des résidents ont été très émus en l'écoutant et lui ont offert leur sympathie et leur soutien, les larmes aux yeux.

Au-delà du manque de soutien psychologique immédiat ou continu de la part de la direction de leur établissement qu'ont déploré les membres des groupes, leurs critiques étaient aussi dirigées envers le système de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail qui soit avait rejeté leurs demandes d'indemnisation, soit retardé leur acceptation et le versement des indemnités qui leur revenaient.

- Je suis passée par dix gestionnaires de mon dossier pour ma demande d'indemnisation. Chaque fois que je venais aux renseignements pour savoir où les choses en étaient, on me mettait en relation avec quelqu'un de nouveau. Ça a pris quatre mois avant que je touche un sou, alors que mon cas était clair et net.
- Les gens qui, comme moi, sont atteints de stress post-traumatique se font demander des choses du genre : « Avez-vous été maltraitée quand vous étiez enfant? Avez-vous grandi avec des parents divorcés? Se peut-il que ces circonstances soient à l'origine de votre problème et non pas vraiment l'agression survenue au travail? ». Toutes ces questions et vérifications de notre état mental à la suite d'un incident qui nous a manifestement ébranlés, c'est exagéré.

Les sujets d'étude ont évoqué l'épuisement physique et affectif qui sont l'effet cumulé de tant de violence, peur, stress, charge de travail, mépris, absence de compassion et de soutien, de même que le sentiment de ne pas pouvoir faire honneur à leur profession par manque de temps.

- On n'est pas heureux parce qu'on est brulés. On se sent démunis et désespérés, parce qu'on n'est pas capables d'assurer notre propre sécurité ou celle des résidents. Mon rôle est supposé être de m'occuper de ces gens. Le fait est qu'on n'est juste pas assez nombreux. Le pire dans tout ça, c'est qu'on ne laisse pas notre stress ou nos soucis au travail, on les ramène à la maison.
- Quand je rentre chez moi et que j'essaie de dormir, le soir, j'entends toujours ce pauvre homme hurler. Impossible de me sortir ses cris de la tête, de penser à autre chose. Sauf

peut-être à cette pauvre femme dans son lit dont je n'ai pas eu le temps de m'occuper. Les personnes qui comptaient sur moi et que je n'ai pas pu soigner, c'est encore ce qui me tracasse le plus.

- On n'a pas affaire à des machines, des pièces détachées qu'on doit assembler. On a affaire à des personnes en chair et en os, qu'on ne peut pas bousculer et qui méritent mieux que ce qu'on leur apporte. À la fin de mon poste, je suis épuisée, physiquement et mentalement.
- Non seulement on est exposés à de mauvais traitements, mais on est souvent à court de personnel, parce que les gens sont fatigués, n'en peuvent plus, et finissent par prendre des congés de maladie. Il m'arrive d'être tellement claquée que j'en pleure en rentrant chez moi.
- Quand j'apprends que quelqu'un est décédé dans la nuit, je fais tout mon possible pour oublier que la veille, cette personne a eu froid, parce que je n'ai pas eu le temps de faire la dernière chose qu'elle m'a demandé, à savoir de lui apporter un lainage.
- C'est tellement démoralisant. En arrivant au travail, on se dit « je vais y aller et faire de mon mieux » et en fin de journée, encore une fois, on a le sentiment d'avoir échoué. On a vraiment l'emploi le plus ingrat qui soit.

Les droits des résidents et le droit de regard des membres de leur famille peuvent être source de conflits et même de maltraitance des membres du personnel. Le personnel surmené qui n'arrive pas à répondre à tous les besoins des résidents se fait parfois insulter par la parenté de ces derniers qui s'en prend à lui pour exprimer son mécontentement.

- Quand on n'a pas tout notre effectif, on se fait accuser si papa n'a pas pris son bain ou si maman a souillé sa culotte. On est les boucs émissaires et on n'a pas le droit de dire « écoutez, je suis désolée, mais on a eu plusieurs absences aujourd'hui ».

Facteurs de risque

Les discussions ont mis en lumière un vaste éventail de facteurs de risque de violence de type II. Les principaux de ces facteurs, qui font la quasi-unanimité des personnes se penchant sur la question, sont l'acuité accrue de l'état des résidents, l'insuffisance de personnel, le manque de mesures de sécurité, une organisation du travail axée sur l'exécution des tâches – qui prévoit juste le temps de prodiguer les soins de base aux résidents, mais pas assez pour cultiver de véritables relations avec eux – le milieu physique et une formation insuffisante.

Acuité accrue de l'état des résidents

De nos jours, les établissements de SLD accueillent des adultes de tous âges dont l'état est d'une acuité telle qu'elle amplifie le risque de violence.

- L'établissement accueille des gens de plus en plus malades et déments qui manifestent des comportements plus réactifs, et qui notamment nous mordent, nous crachent dessus et nous griffent.

- Quand j'ai commencé dans ce métier, seules les personnes ambulatoires étaient admises dans un établissement de SLD. Aujourd'hui, les nouveaux résidents arrivent parfois sur un brancard, rattachés à des sondes d'alimentation ou des cylindres d'oxygène.
- Une des personnes dont je m'occupe est un toxicomane qui vivait à la rue : cet homme n'est vraiment pas coopératif et il est plus jeune que moi. J'ai aussi vu passer une jeune femme dans la vingtaine qui avait subi une lésion cérébrale dans un accident et qui partageait une chambre avec une dame de 102 ans : les résidents sont placés un peu n'importe comment.
- Maintenant, on voit arriver des gens qui ont trente, quarante, cinquante ans. Nos résidents les plus récents sont tous dans la cinquantaine avec des problèmes de santé mentale. Les établissements de SLD ne sont pas équipés pour faire face à des troubles mentaux, et en plus, on n'a aucun soutien externe. Il n'y a pas de psychiatre ou de psychologue chez nous comme il y en a dans un hôpital.
- Chez nous, il y a un ancien boxeur. Il a déjà frappé plusieurs personnes en pleine figure. Quand il m'a donné un coup à moi, droit dans le nez, je l'avais juste entendu marmonner quelque chose, j'ai dit « excusez-moi » et paf, son poing m'a cognée.

Insuffisance de personnel

Alors que l'acuité de l'état des résidents s'est accrue ces cinq dernières années, les niveaux de dotation en personnel sont demeurés inchangés.²⁷ Les ratios personnel-résidents prescrits par le gouvernement sont difficiles à interpréter et faciles à contourner. Un rapport indépendant relatif aux niveaux de dotation des établissements de SLD de l'Ontario publié il y a une dizaine d'années avait déjà conclu que l'insuffisance de personnel nuit gravement à la qualité des soins. Ses auteurs recommandaient une augmentation généralisée des effectifs des soins directs selon les caractéristiques et les besoins particuliers des résidents d'un établissement. Ils préconisaient aussi un minimum de quatre heures de services infirmiers et de services de soutien personnel offertes chaque jour à chaque résidente ou résident.²⁸ Ces recommandations n'ont toujours pas été suivies, malgré le dépôt d'un projet de loi en Ontario, intitulé *Loi de 2017 sur le temps alloué aux soins*, visant à établir ces quatre heures comme norme minimale de soins dans les établissements de SLD.^{29,30} L'expérience des sujets d'étude est que les résidents continuent de bénéficier d'un nombre bien inférieur d'heures quotidiennes de services directs. À titre d'exemple, leur estimation est qu'il leur est possible de consacrer tout juste quelques minutes à chaque résidente ou résident durant leur routine matinale.

- Faites le calcul. Le dimanche, je m'occupe de dix personnes. Je dois faire prendre la douche à trois d'entre elles. Je commence à 6 h 30 et le déjeuner est servi à 8 heures. En tout, j'ai quatre-vingt-dix minutes.
- Ce qu'on nous demande de faire, c'est de laver le visage, les aisselles, les mains, de faire les soins de bouche et la toilette intime, et ensuite de les habiller. Ce qu'on arrive à faire, en réalité, c'est la toilette intime, et peut-être leur brosser les dents. À la rigueur, on pourra aider quelqu'un à prendre un verre d'eau ou boire autre chose avant qu'il soit temps d'aller à la salle à manger. On fonctionne un peu comme sur une chaîne de

montage. On les accompagne à la salle commune, on leur sert leur déjeuner, on les aide à manger, on nettoie les dégâts. Après le déjeuner, on les ramène à leur chambre, si c'est là qu'ils veulent aller.

- En arrivant, je dis « Bonjour » histoire de vérifier que la personne est éveillée, puis j'ajoute « Je vais vous aider à vous préparer pour le déjeuner. Je reviens tout de suite. » Après avoir fait le tour de toutes les chambres pour un premier bonjour, je reviens en courant, je lave le visage, les mains, les aisselles, sous les seins pour les femmes, pendant que la personne est encore au lit. Je la retourne, je lui mets sa couche, je lui remonte son bas de pyjama et ensuite, soit elle se lève toute seule, soit je monte le dossier du lit, je la retourne, je l'aide à s'asseoir puis à se lever. Il faut aussi que j'enlève la couche souillée et le linge sale, que je replace la débarbouillette et serviette, range le savon etc., et que j'essuie tout ce qu'il faut.
- L'horreur, c'est quand on est au chevet de quelqu'un et qu'on entend une sonnette d'appel, avec la personne dont on s'occupe qui gémit et l'autre qui hurle et qu'on se dit qu'on ne peut pas se couper en deux, mais que de toute évidence, ce jour-là, impossible de faire une pause. Le déjeuner va être servi dans vingt minutes, il me reste trois personnes à laver et habiller et je dois toutes les accompagner individuellement jusqu'à la salle à manger.
- Dans mon service, une personne s'occupe de vingt-cinq résidents. Ma partenaire, l'autre PSSP que j'appelle pour me donner un coup de main pour les choses que je ne peux vraiment pas faire seule, elle s'occupe de trente-sept personnes, et ce ne sont pas des personnes autonomes. Dans mon service, il y a neuf résidents pour qui les soins, ou les simples déplacements dans le lit, sont l'affaire de deux personnes. Comment on se débrouille? Pour faire une chose correctement, on en néglige une ou deux autres.

La pénurie d'effectifs est reconnue comme contribuant à la violence envers le personnel des établissements de SLD. L'attention individuelle qui peut être accordée aux personnes lors de la prestation des soins lorsque les effectifs sont suffisants peut atténuer certains des facteurs qui déclenchent les comportements agressifs.²⁷ Par contre, travailler seule ou seul là où il n'y a pas assez de personnel crée des risques additionnels.

- Dans un poste de nuit, on est trois pour soixante résidents. Ce n'est pas bon la sécurité des résidents ni pour la nôtre.
- Une nuit, une de mes collègues a failli se faire étrangler. Elle était toute seule et elle n'arrivait pas à utiliser son sifflet. C'est un résident assez cohérent qui a réussi à la sauver, en fait.

Organisation du travail

L'organisation du travail et son exécution sont décidées par les membres de l'administration, qui ont pour principaux soucis l'efficacité et la productivité. Les soins sont découpés en tâches précises : douche ou bain, élimination et propreté, habillage, alimentation. La gestion du temps, la budgétisation, la quête d'efficacité au sein du système de santé actuel semblent l'emporter de plus en plus sur le principe de soins axés sur les patients – ou résidents – à

mesure que le « taylorisme médical » s'impose comme le nouveau crédo.³¹ Dans le contexte des SLD, cette tendance à « l'industrialisation »³² signifie que l'accent est mis sur l'accomplissement des gestes indispensables et que moins de temps est accordé aux soins relationnels, autrement dit à un plus vaste éventail de services et aux interactions sociales entre les résidents et les membres du personnel. Quantité d'études ont montré qu'une structure hiérarchique stricte et l'assignation rigide de tâches qui l'accompagne ne laissent guère de marge de manœuvre au personnel pour adapter son travail aux besoins des résidents.^{33,34} Ceci se ressent directement sur la qualité de vie des résidents et peut contribuer à leur agitation, crainte ou confusion, qui peuvent à leur tour susciter un comportement agressif.

- Le travail est devenu tellement orienté sur les tâches.
- Évidemment que les résidents sont agités, on n'a plus de temps à leur consacrer. Si on arrive à passer cinq ou six minutes avec une personne, même à l'heure du souper, c'est déjà génial.
- On n'aimerait rien de mieux que de pouvoir offrir le genre de soins qu'on aimerait recevoir nous-mêmes un jour – des soins calmes, lents, tranquilles. Un brin de causerie le matin. C'est ce que les personnes âgées surtout aimeraient, celles qui ont plus de 80 ans et qui sont tellement dépendantes de leur soignante ou soignant; mais ce n'est pas comme ça que ça se passe, hélas.
- Avant, on avait le temps de cultiver une relation avec les résidents. On pouvait leur parler pour apprendre à les connaître. C'est fini. Maintenant, on pose des gestes comme si on travaillait à la pièce. On met les gens au lit comme si on manipulait un sac de patates de 100 livres. Bonne nuit. Rien de plus. On appelle ça des soins de santé, mais c'est comme sur une chaîne de montage.

Quand le personnel est tellement surmené qu'il ne peut avoir qu'une relation superficielle avec les résidents, il lui est impossible d'atténuer la souffrance psychologique de ces derniers, ce qui accroît le risque de violence.

- J'ai connu le cas d'un résident qui semblait bien se porter, mais qui avait un sérieux cas de stress post-traumatique. Cet homme faisait des cauchemars et il fallait toujours que quelqu'un soit à son chevet la nuit.
- On les voit sombrer dans la dépression, se laisser aller. Des fois, tout ce que ça prend pour leur donner le sourire, c'est de les serrer un instant dans ses bras, ou de leur tenir la main et de bavarder un peu. Alors, on fait ça entre deux tâches, par exemple quand on les amène à la salle à manger. On fait tout le temps plusieurs choses à la fois. Même quand on essaie de se dépêcher pour aller vers un autre résident qui a activé sa sonnette, on ne lâche pas la main de la personne qu'on accompagne et on s'arrange le mieux possible pour qu'elle soit à l'aise et satisfaite, parce qu'on sait que sinon, elle va faire une scène....
- J'ai toujours le sentiment de devoir faire un triage chaque fois que j'entame mon poste ou presque. Du genre, bon, de qui faut-il que je m'occupe en premier? Ce n'est pas juste pour les autres, à mon avis. Je me pose toujours trois questions à propos de

chaque personne dont je suis responsable : Est-ce qu'elle est en sécurité? Est-ce qu'elle est confortable? Est-ce qu'elle est satisfaite? Le mieux que j'arrive à obtenir, en général, c'est un « oui » à deux de ces questions sur trois, et encore.

Les résidents sentent bien quand leur soignante ou soignant est stressé et ce stress peut déteindre sur eux. C'est une des causes possibles des « comportements réactifs », y compris de la violence verbale.

- Est-ce que notre façon d'agir peut les inciter à la violence? Je dirais que oui.
- Avec les personnes atteintes de démence en particulier, il faut avoir de la patience. On ne peut pas les bousculer. Si on essaie, elles réagissent, elles se fâchent.
- Elles sont agitées parce qu'on l'est, nous. Elles veulent aller au lit, mais elles doivent rester assises pendant toute une heure à nous attendre. Quand j'arrive enfin, elles sont en colère. Elles m'en veulent d'avoir été si longue à venir, alors elles me frappent, me cognent, me crachent dessus ou me traitent de « sale conne ».

La hiérarchie du personnel des établissements de SLD peut créer des situations qui augmentent les risques de comportements violents. À titre d'exemple, les médecins ne communiquent souvent pas bien avec les PSSP et les IAA qui connaissent le mieux les résidents. Ainsi, il leur arrive de prescrire des médicaments ou d'interrompre leur prescription sans bien peser les conséquences d'une telle décision.

La médication des résidents est controversée. Ces dernières années, le recours aux antipsychotiques a été réduit de plus du tiers.¹⁴ Les sujets d'étude sont bien d'accord qu'il ne faut pas abuser des médicaments qui agissent comme une contention chimique. Ce qui est toutefois problématique, c'est que cette évolution n'a pas eu son pendant en termes d'augmentation du personnel ou d'autres ressources pour gérer l'agitation accrue des résidents qui en résulte.

- Le médecin va passer quand il fait la tournée des résidents. Nous, on s'arrache les cheveux en lui disant « écoutez, faites quelque chose, ça ne peut plus aller » et le médecin pourra nous dire, « mais voyons, je la trouve charmante cette vieille dame » - et du coup, rien ne change.
- Le médecin supprime un médicament. Si je me permets de dire « l'état de cet homme s'aggrave, il va commencer à donner des coups », le médecin me répond carrément « mais non, il n'en est pas rendu là ».

Une stratégie instaurée en 2010 est le Projet ontarien de soutien en cas de troubles du comportement ou « Projet OSTC ». L'idée est d'évaluer les troubles de comportement des résidents qui ont des déficiences cognitives ou neurologiques et d'établir des plans de soins en conséquence.²⁷ Malheureusement, les établissements de SLD n'ont pas toujours leur propre équipe pour cette stratégie ... parce qu'évidemment, comme avec la réduction du recours aux médicaments, la mise en œuvre du Projet OSTC nécessite du personnel additionnel.

- On a quelqu'un qui vient chaque semaine pour le Projet OSTC, mais pas de personnel additionnel pour exécuter les nouveaux plans de soins. La responsable du Projet OSTC donne des conseils quant aux médicaments, elle fait des recommandations aux médecins, mais elle ne passe pas vraiment de temps avec les résidents.
- J'ai déjà une quinzaine de plans de soins que je suis supposée connaître par cœur, et voilà qu'avec le Projet OSTC, on m'ajoute une dizaine de stratégies qui gonflent un plan de soins de cinq pages. Où sont les bras qui vont m'aider à faire tout ça?

Absence de mesures de sécurité

Les établissements de SLD soit n'ont pas de personnel chargé de la sécurité, soit confient la sécurité à des personnes qui ne sont pas formées à la manière de gérer les comportements agressifs des résidents. Du coup, le personnel chargé des soins se voit obligé de faire lui-même face aux situations d'urgence, y compris lorsqu'un *code blanc* est déclenché pour signaler une menace de violence ou un acte de violence en cours.

- Le personnel de sécurité n'intervient pas quand il y a un *code blanc*. Tout ce qu'il fait, si quelqu'un a appelé la police, c'est de diriger les agents vers l'étage approprié. Je crois que ces gens n'ont suivi aucune formation spéciale en matière de désescalade. Ils ne savent pas comment nous aider.

Milieu physique

Les sujets d'étude ont déploré certains aspects matériels de leur milieu de travail, notamment concernant la conception des locaux, qui ne leur laisse aucune sortie possible en cas de confrontation par quelqu'un sur le point de les agresser, l'insuffisance des moyens de communication et les mesures de sécurité inadéquates.

- Quand on est dans une chambre de résident, on n'entend même pas les annonces ou avertissements qui passent par les hauts-parleurs dans les couloirs – parce qu'on doit fermer la porte des chambres pour protéger la vie privée des résidents.
- Chez nous, il y a un grand espace entre deux couloirs. Quand je suis dans l'un des deux, comment ma collègue pourrait-elle m'entendre pendant qu'elle donne un bain à quelqu'un? De toute façon, 90 pour 100 du temps, je travaille seule. Alors, qui va venir à mon secours?

Les établissements de SLD mettent divers moyens à la disposition de leur personnel pour appeler au secours. Il peut s'agir de walkie-talkies ou de sifflets, par exemple. Parfois, le personnel ne dispose d'aucun moyen mécanique pour donner l'alerte.

- Certains établissements interdisent l'utilisation de téléphones cellulaires personnels. Je veux bien, et je vois pourquoi; mais dans ce cas, ils devraient équiper tous les PSSP et les IAA de dispositifs d'alarme personnels, parce que leur travail les amène à passer pas mal de temps dans les chambres des résidents sans personne d'autre à leurs côtés.

- Il m'a coincée, frappée et moi, j'ai sifflé et sifflé, fort et dans sa face, mais il n'a pas réagi du tout. Il a continué à me cogner dessus, personne n'entendait le sifflet. C'est seulement parce qu'il a pris un peu de recul au bout d'un moment que j'ai réussi à m'enfuir – c'était vraiment effrayant.
- J'ai su qu'une PSSP avait été seule dans une chambre, sa grossesse était avancée, et elle était toute seule avec un homme qui est devenu agressif. Il s'est passé un bon bout de temps avant que quelqu'un l'entende et les sépare. Elle a été blessée.
- Je me suis déjà retrouvée au bout d'un couloir avec un résident violent qui m'avait plaquée contre un mur. Je hurlais, en vain. Heureusement, j'ai réussi à sortir mon propre cellulaire de ma poche et à appeler l'IA.
- Quand quelqu'un vous met les mains au cou et que vous n'arrivez pas à respirer, un sifflet ne vous sert pas à grand chose.

L'agitation des résidents peut être exacerbée par leur environnement immédiat, ce qui peut les amener à faire des crises dont écope le personnel soignant. Un examen des effets de la conception architecturale et du milieu physique sur les personnes atteintes de démence – qui constituent la majeure partie de la population des établissements de SLD – a permis de recueillir quantité de preuves que la taille des chambres, leur aménagement, l'ambiance familiale, la stimulation sensorielle et les caractéristiques environnementales des salles communes influent grandement sur le bien-être et les comportements des résidents des établissements de soins.³⁵

Bien souvent, les résidents des établissements de SLD sont logés à deux dans une chambre, ce qui les prive de vie privée et augmente leur exposition à du bruit, de la lumière et d'autres perturbations à des moments susceptibles de les irriter.

- Entendre tout ce qui se passe dans la chambre et dehors, tout sentir, avoir des gens qui vont et viennent sans arrêt à n'importe quel moment, tout ce tapage contribue à leur agitation.
- Combien de fois j'ai entendu les résidents me dire « oh, j'ai peur de la noirceur, je veux dormir avec ma lampe allumée ». Moi, j'ai beau comprendre que c'est ce qu'il faut à une personne pour être à l'aise et se sentir mieux, mais qu'est-ce que je fais si l'autre personne dans la chambre veut tout éteindre la nuit? Il y a des gens qui aimeraient laisser la télé allumée pour s'endormir, mais dans une chambre pour deux, c'est impossible. Même les différences linguistiques peuvent créer des frictions entre résidents qui partagent une chambre.
- Il y a des gens qui hurlent toute la nuit. Essayez de vous mettre à la place de quelqu'un qui partage une chambre avec ce type de personne qui n'arrête pas de crier. Ça peut vous rendre à moitié fou. Ça vous empêche de dormir et ça vous rend malade. Le problème, c'est qu'il n'y a pas d'autre place pour le voisin ou la voisine qui fait tout ce boucan.

L'une des pratiques peut-être les plus troublantes est celle de séparer les couples admis ensemble quand un établissement ne peut pas les héberger dans la même chambre.

- On voit de plus en plus de comportements difficiles, surtout de couples mariés qui veulent se rejoindre. Des gens mariés depuis soixante-huit ans, par exemple, qui ont toujours couché dans le même lit, et qui, après leur admission, se font dire qu'ils ne peuvent pas partager une chambre. Il y a des couples qui, même après trois ou quatre ans dans un même établissement, ne sont toujours pas ensemble. Parfois, les chambres sont réservées soit aux hommes, soit aux femmes, alors s'il y en a une qui est disponible, mais prévue pour des hommes seulement, on ne peut pas y mettre de femme. Il y a aussi des situations où un membre du couple est logé au troisième et l'autre au rez-de-chaussée ... si on trouve le temps de le faire, on essaie de s'arranger pour qu'ils puissent passer du temps ensemble une fois par semaine.

Étude après étude a confirmé les bienfaits pour les résidents atteints de démence de la participation à de simples activités de plein air : celles-ci ont un effet positif sur leur santé mentale, leur qualité de vie et leur humeur, elles diminuent leur agitation, leur agression et permettent de réduire l'administration de médicaments visant à réguler leur comportement.³⁵ Selon les sujets d'étude, la majorité des résidents ne sortent jamais de l'établissement, à moins qu'un membre de leur parenté ne vienne les chercher pour une sortie ou que quelqu'un engagé par la famille dans le secteur privé ne les accompagne. Il a aussi été établi que la musique, la danse et d'autres activités réduisent les comportements agressifs des résidents atteints de démence.^{36,37}

- Quand un groupe musical vient se produire dans l'établissement, on constate une baisse du stress. Tout le monde est plus calme. Il y a moins de gens qui circulent. Pendant ce temps, nous, on peut mieux faire notre travail.

Malheureusement, les spectacles et autres activités récréatives sont souvent annulés, en raison soit de conflits d'horaires, soit de flambée épidémique.

- En général, il n'y a rien au programme en fin de semaine. En plus, tous les jours ou presque, plus aucune activité n'est proposée aux résidents après 19 heures. Pourtant, ils auraient besoin d'être divertis le soir. Ils ont trop de temps libre. D'abord ils s'ennuient, ensuite ils se fâchent, et c'est à partir de là que les choses s'enveniment. C'est aussi le moment de la journée où les effectifs diminuent.
- Quand une épidémie se déclare, toutes les activités sont annulées en attendant que ça se passe, ce qui peut vouloir dire trois semaines ou même trois mois. Les résidents en vivent carrément fous. Parce qu'en plus, pendant ce temps, il leur est interdit de quitter circuler dans l'établissement. Or, des flambées épidémiques, on en a souvent. Il nous est arrivé d'en avoir six mois sur douze.

Formation inadéquate

Les personnes qui assurent l'essentiel des soins au sein des établissements de SLD, les PSSP et les IAA, à savoir celles qui ont les contacts directs les plus fréquents avec les résidents, ne se sentent pas assez bien préparées pour faire face aux incidents d'agression.

- La psychiatrie, ce n'est pas notre spécialité. Nous n'avons pas suivi la formation nécessaire pour travailler dans un hôpital psychiatrique. Je touche ces gens et je les soigne jour après jour, mais je n'ai reçu aucune formation sur la façon de me protéger.

Solutions

Les sujets d'étude ont suggéré des moyens de prévention primaire et secondaire qui permettraient, à leur avis, d'agir sur les causes immédiates et sous-jacentes de la violence. Leurs suggestions viennent rejoindre des idées formulées par ailleurs quant à la manière d'améliorer aussi bien la qualité des soins aux résidents que les conditions de travail des personnes qui assurent ces soins. Les solutions proposées sont parfois d'ordre pratique, tandis que d'autres appellent de vastes changements au niveau des établissements et du système. Elles sont reprises ci-après, telles que formulées par les sujets d'étude :

- Plus de personnel. Il faudrait voir à ce qu'on travaille toujours à deux. On serait plus en sécurité.
- Si on pouvait aller dans les chambres à trois, on ne serait pas si stressés et on serait à l'abri des agressions. Une personne pourrait faire la conversation au résident ou à la résidente et les deux autres pourraient s'occuper des soins. Parler aux gens et leur raconter notre propre vie, les distraire, pendant que les autres font ce qu'il y a à faire. Mais on n'est jamais à trois.
- Il faudrait absolument mettre en place un système permettant d'alerter le personnel soignant si une résidente ou un résident a des antécédents de violence. Pendant un temps, on mettait un avertissement sur la porte, mais cette pratique a été abandonnée pour des raisons de protection de la vie privée.
- C'est la formation qui manque. Dans la plupart des hôpitaux, le personnel a suivi une formation à l'intervention en cas de crise : c'est plus avancé que ce qu'on a appris, avec plus de conseils pratiques. Ce genre de formation serait idéale pour le personnel des établissements de SLD, pour nous apprendre concrètement comment réagir et quels gestes poser. Le mot clé ici, c'est intervention – parce qu'en fait, ce qu'il faut apprendre, c'est comment couper court à un incident avant toute escalade.
- Bien du monde dira « il faut plus de formation ». Moi je vous dis que non, ce qu'il faut, c'est plus de personnel. Il nous faut plus d'argent et plus de lois pour faire une différence; mais rien ne change, on attend toujours.
- À mon avis, notre priorité devrait être de faciliter la création de relations professionnelles et thérapeutiques avec les résidents. Si c'était là notre but, il faudrait commencer par admettre nos contraintes en termes de ressources humaines et par conséquent, avouer que le personnel existant n'a tout simplement pas le temps de cultiver ce type de relations.
- La pire des choses, c'est de mettre les personnes âgées et fragiles avec des résidents plus jeunes, atteints de troubles mentaux.
- Les familles devraient assumer un rôle plus important. Quand une personne est admise, quelqu'un de sa famille devrait signer un code de conduite en son nom, confirmant qu'il

est bien entendu comment traiter, et surtout comment ne pas traiter, les membres du personnel.

- Ils devraient absolument embaucher plus de personnel infirmier pour le Projet OSTC. Vous imaginez un peu, 400 lits et une seule personne pour le soutien en cas de troubles du comportement?
- Il n'y a pas assez d'hommes parmi les PSSP. Ce serait tellement mieux si des hommes PSSP s'occupaient des résidents masculins et non des femmes. Je suis pas mal certaine que les résidents y penseraient à deux fois avant de cogner un homme.
- Il nous faudrait aussi une salle spéciale et sécurisée où placer les résidents agités en attendant qu'ils se calment.
- Ce serait tellement bien si les établissements étaient plus accueillants. Ils devraient être mieux adaptés aux résidents. À l'heure actuelle, on les voit arriver et on leur dit, désormais, c'est ici chez vous, à vous de vous adapter, un point, c'est tout.
- La formation des PSSP devrait insister sur la manière de réagir à un incident de violence et souligner l'importance de le signaler. Les personnes qui choisissent cette profession devraient être mieux préparés à la réalité, parce qu'une fois qu'elles commencent à travailler, quand un résident les insulte, leur crache dessus ou leur lance des objets à la figure, elles sont vraiment choquées et prises au dépourvu.
- On doit surtout signaler les incidents – les signaler, encore et encore – parce que ce n'est pas acceptable de se faire frapper ou cracher dessus au travail.

Il est intéressant de noter qu'une bonne partie des suggestions de mesures de prévention primaire et secondaire des sujets d'étude font écho à celles formulées par l'organisme Ontario Long Term Care Association²⁷, à savoir : augmenter le financement, accroître la dotation en personnel, promouvoir les soins personnalisés, réaménager les bâtiments et prévoir des équipes internes de mise en œuvre du Projet OSTC.

Les sujets d'étude ont aussi proposé des stratégies de prévention tertiaire visant à atténuer les traumatismes psychologiques que leur laissent les incidents de mauvais traitements ou d'agression, de même que l'épuisement professionnel qui résulte d'une surcharge de travail et du sentiment que leurs efforts ne sont pas appréciés. Leur impression générale est qu'il leur est demandé de simplement tolérer ou accepter le risque de violence et de mauvais traitements comme faisant « partie de l'emploi ».

- J'avais demandé à ne plus devoir m'occuper d'un monsieur qui me cognait tous les jours, au point d'en laisser des bleus. Ma superviseuse m'a carrément dit, et je cite, « ça fait partie de ton travail ».

Les sujets d'étude ont également dit qu'il leur faudrait plus de soutien de leur direction, surtout après un incident de violence. Une personne a évoqué la nécessité pour les dirigeants de suivre une « formation en compassion ». Tout le monde s'est accordé à dire que la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail devrait reconnaître le stress post-traumatique chez le personnel des établissements de SLD. Selon les sujets d'étude, le temps qui leur est accordé pour se remettre d'une agression est

souvent insuffisant. Ces femmes (tout comme leurs collègues masculins) estiment qu'elles méritent plus de respect de la part des résidents en pleine possession de leurs facultés mentales, de la parenté des résidents en général, des médecins et des autres personnes qui supervisent l'administration de soins. Elles réclament l'adoption et l'application de politiques de tolérance zéro vis-à-vis de la violence.

Obstacles à la prévention

Bien que le problème de la violence envers le personnel des établissements de SLD fasse l'objet de bien des études et rapports, dont bon nombre offrent des solutions pratiques et réalisables, bien peu de choses ont été faites pour y remédier. Les obstacles à la prévention sont complexes. L'un des plus insidieux est le fait que le public ne réalise guère la gravité ni l'omniprésence de ce problème. Le public ne peut exiger le changement et faire pression pour l'obtenir qu'à condition d'être sensibilisé à un problème. Or les personnes dont la sécurité et la santé sont compromises par les risques de violence sur leurs lieux de travail et qui connaissent mieux que quiconque les lacunes du système n'osent pas trop en parler.

- On ne peut pas parler de ce qui se passe au travail, parce que si on le faisait, on risquerait de perdre notre emploi.
- Je pense que les choses seraient différentes si tout le monde savait ce qui se passe. Je devrais pouvoir raconter franchement les incidents dont j'ai eu connaissance, parce que les gens ne se rendent pas compte de ce qui nous arrive et il faudrait leur ouvrir les yeux. C'est vraiment tragique que tout soit passé sous silence.
- J'aimerais tellement que le public soit au courant du déroulement de nos journées dans un établissement de SLD. Il faut faire connaître la réalité – notre réalité. Le saviez-vous? On ne leur donne un bain qu'une fois toutes les deux ou trois semaines. J'en connais qui n'ont pas eu mieux qu'un lavage à l'éponge dans leur lit depuis huit ou neuf semaines ... mais on ne peut pas le dire aux familles.
- Si un policier reçoit un coup sur la face, il y a des vidéos de l'incident un peu partout. Moi, si je diffusais ce genre de scène, je me ferais mettre à la porte, parce que ce serait vu comme une infraction aux règles de confidentialité.

Vu que le public n'est pas au courant du problème et ne leur accorde donc pas son soutien, les personnes qui assurent les SLD ne se sentent, individuellement, pas assez fortes pour faire pression en vue d'amener un changement. Contrairement au personnel infirmier, les PSSP de l'Ontario n'ont pas d'ordre de réglementation susceptible de leur garantir une reconnaissance professionnelle, de les conseiller et de les protéger.

Plutôt que de confronter leur employeur, seuls ou à plusieurs, pour exiger qu'il leur offre plus de protections, les sujets d'étude font appel à leurs propres stratégies d'adaptation. Leurs témoignages laissent transparaître un sentiment de défaitisme.

- J'ai développé une sorte de carapace. Si j'y restais sensible, si j'y pensais sans arrêt, j'aurais probablement des migraines – parce que je ne peux absolument rien faire pour changer les choses.

Certaines personnes comptent les années et les mois qu'il leur reste à faire avant de pouvoir prendre leur retraite; d'autres ont changé d'emploi pour ne plus avoir à assurer de soins directs aux résidents.

- J'ai été infirmière pendant plus de trente ans, mais j'ai décidé de changer et de faire le ménage, parce que je n'en pouvais plus.

Malgré le danger pour leur personne, les sujets d'étude ont tendance à ne pas en vouloir aux résidents qui ne sont pas maîtres de leurs actions, mais voient plutôt les actes d'agression venant de résidents atteints de démence avec compréhension ou détachement.

- Au début, ça me fendait le cœur. Maintenant, j'ai l'habitude. Je me rends compte qu'ils sont malades ou déments et que leur violence n'est sans doute pas intentionnelle. Leur colère même est inconsciente. Ces gens ne sont plus vraiment là, ils ne savent pas ce qu'ils font.

Ceci étant dit, les sujets d'étude ne voient pas nécessairement la violence comme étant inévitable et ne l'acceptent pas toujours comme une partie intrinsèque de leur travail.

- Il me semble qu'il y a une culture qui accepte l'agressivité des résidents. Le raisonnement est que leurs actes de violence ne sont pas des actes de violence ordinaire, parce qu'ils ne sont pas intentionnels; les résidents ne savent pas ce qu'ils font quand ils – ou elles – nous crachent dessus. C'est bien beau tout ça, mais j'estime quand même avoir le droit de faire mon travail sans me prendre des crachats à la figure, même s'ils viennent d'une personne démente. Ça ne devrait pas être vu comme un aspect normal de notre emploi.

Il n'existe pas de statistiques concernant l'incidence de la violence dans les établissements de SLD, parce que les incidents sont rarement signalés,⁶ ce qui ne fait qu'affaiblir les arguments en faveur des mesures de prévention.

- Mes collègues qui travaillent dans l'unité verrouillée ont les bras couverts de bleus du haut en bas. Combien de fois j'ai été vraiment choquée et je leur ai demandé si elles avaient signalé les incidents qui leur ont valu ces marques de violence. Leur réponse? Non, on ne savait pas qu'on était censées le faire.
- Les gens finissent par ne plus signaler les incidents, parce qu'ils se produisent tous les jours. On les entend dire, oh, c'est toujours la même histoire. Je me fais toujours pincer, triturer les seins ou saisir l'entrejambe quand je leur donne leurs soins.

Un des facteurs qui dissuade le personnel des établissements de SLD de signaler les incidents de violence est la crainte d'en porter le blâme.

- Quand on signale un incident, on se fait tout de suite poser des questions du genre « Qu'avez-vous fait pour déclencher une telle réaction? L'avez-vous provoquée? Qu'est-ce que vous lui faisiez pour qu'il s'enrage de la sorte? Quelle était votre attitude? Ne pensez-vous pas que vous aviez l'air agressive vous-même, en arrivant en trombe? »

Ben, moi, j'ai juste deux minutes pour aider quelqu'un à sortir du lit.

- J'ai essayé des centaines de façons de faire, mais ça ne change rien : cette dame souffre de démence et c'est ce qui se passe dans sa tête qui déclenche sa violence. Je n'ai aucun moyen d'agir sur la tourmente dans son crâne, moi.
- Personne ne nous offre de véritable soutien. La direction se donne des airs comme si elle essayait de le faire, mais en fin de compte, c'est toujours nous qui sommes tenus pour responsables. « Pourquoi ne lui avez-vous pas parlé sur un ton plus doux? Pourquoi n'avez-vous pas fait plus attention en vous approchant? » Sur le coup, on ne pense pas à tout ça. On essaie juste d'échapper à ce qui s'en vient.
- Il y en a plein parmi nous qui ne signalent rien, parce qu'on ne veut pas attirer l'attention sur nous. On se dit que si on parle à la direction chaque fois qu'il se passe quelque chose, on va finir par se faire fiché.

Un autre facteur qui entre en jeu est le manque de protections législatives et l'application insuffisante des dispositions existantes, deux facteurs attribuables là aussi, en partie du moins, au fait que si peu d'incidents sont signalés et à l'absence de données statistiques qui s'ensuit.

L'insuffisance du financement a aussi été citée par l'ensemble des sujets d'étude comme faisant obstacle à la prévention des agressions envers le personnel soignant. La hausse du financement est indispensable pour pouvoir accroître la dotation en personnel et donc améliorer tant les soins de base que les soins relationnels, rendre les établissements sécuritaires et adaptés aux résidents, augmenter les programmes de musique, de loisirs et de sorties – autant de choses qui peuvent rehausser la qualité de vie des résidents et, par ricochet, réduire l'agitation de ces derniers. Une hausse du financement permettrait aussi aux établissements de SLD d'avoir chacun sa propre équipe chargée de la mise en œuvre du Projet d'OSTC.

- Nous avons demandé à la direction de nous fournir plus de formation, et aussi de nous aider à gérer les résidents agressifs. Sa réponse : « Vous pensez qu'on va le trouver où, l'argent pour ça? »

La réponse des dirigeants aux préoccupations du personnel concernant la violence reflète les contraintes budgétaires avec lesquelles les établissements de SLD sont obligés de composer. La priorité accordée à l'exécution des tâches avec le plus d'efficacité possible ne laisse guère de marge de manœuvre au personnel pour tenir compte de l'état d'esprit des résidents ou pour fournir à ces derniers des soins empreints d'assez de compassion pour respecter leur dignité humaine et les empêcher de devenir violents par frustration, colère ou confusion.

Discussion

Nous, chercheuse et chercheurs, avons été touchés par la sincérité des réponses que les sujets d'étude ont donné à nos questions. Autant de candeur était manifestement difficile pour certaines personnes, surtout au moment de nous faire part des agressions dont elles ont été victimes ou témoins, sans omettre les détails les plus délicats ou difficiles. Les personnes que

nous avons entendues nous ont parlé avec une douleur et une rancœur manifestes des humiliations sexuelles qu'elles endurent. Elles sont profondément inquiètes pour les résidents auxquels elles se sentent incapables de fournir des soins adéquats. Leur frustration et leur découragement étaient évidents lorsque nous leur demandions leur avis sur ce qu'il faudrait faire pour améliorer la situation.

Les résultats de cette étude sont à la fois révélateurs et troublants. Ils font la lumière sur un aspect des SLD auquel le public ne pense pas souvent, à savoir le vécu au jour le jour du personnel qui y assure les soins. Vu sa nature tant qualitative que descriptive, cette étude a permis de recueillir les points de vue des personnes qui courent le plus de risques, à savoir les soignantes et soignants. Elle est quelque peu limitée, en ce sens qu'aucun de ses sujets ne représentait une petite collectivité éloignée, où les conditions de travail dans les établissements de SLD ne sont peut-être pas les mêmes que dans un grand centre urbain. Ses constatations cadrent toutefois avec celles de maintes autres publications de qualité confirmant que la violence envers le personnel soignant est un phénomène répandu et hors de contrôle. Les raisons pour lesquelles le problème persiste sont multiples. Le travail dans les établissements de SLD est organisé jusque dans les moindres détails, en plus d'être axé sur l'exécution de tâches de la manière la plus efficace possible, selon les consignes de la direction. Les possibilités d'offrir aux résidentes des soins relationnels sont minimales – avec pour conséquence que la qualité des soins et la satisfaction au travail en pâtissent et que l'on assiste à des taux élevés de stress et d'épuisement professionnel, de même qu'à une hausse des incidents de violence des résidents envers le personnel soignant.^{8,38-40}

Les membres du personnel et les résidents des établissements de SLD sont essentiellement aussi prisonniers, ensemble, d'un milieu aussi dégradant pour les uns que pour les autres. Selon les sujets d'étude, leur moral et celui de leurs collègues est au plus bas, alors même que toutes et tous réalisent que les résidents bénéficiaires de leurs soins sont profondément malheureux. Les deux parties peuvent être vues comme les victimes d'un système économique qui dévalue le personnel soignant et les personnes ayant besoin de soins. Le personnel soignant, dont la majorité sont des femmes et bien souvent des femmes immigrantes et racialisées, est vu comme faisant du travail servile. Les résidents sont considérés ne plus avoir de valeur productive pour une société qui les perçoit principalement comme un drain pour les finances. Essayez d'imaginer une main-d'œuvre industrielle forcée de travailler tous les jours avec des machines dangereuses, sans équipement de protection personnelle, garde-corps ni verrouillages automatiques en cas de problème. Vu que dans les établissements de SLD, la source du danger, ce sont des personnes dépendantes, la même importance ne semble pas être attachée à la sécurité des travailleuses et travailleurs exposés à des risques pour leur sécurité, alors que ces risques sont aussi réels que dans un milieu industriel.

Le rôle du personnel soignant des établissements de SLD est par ailleurs difficile sur le plan psychologique. Il consiste à *prendre soin* des résidents, physiquement et émotionnellement. Hélas, le personnel dispose de moyens insuffisants pour s'acquitter de son rôle de façon convenable, notamment en raison de contraintes budgétaires – et pourtant, des pressions psychologiques sont exercées sur lui pour qu'il fasse quand même de son mieux et pour qu'il accepte sans broncher de fréquentes insultes et agressions. Il est censé faire preuve de compréhension et de compassion envers les personnes qu'il soigne, mais ses employeurs ne

semblent pas lui reconnaître le droit à ces mêmes considérations. Bien au contraire : les soignantes et soignants ont l'impression qu'on leur dit que c'est de leur faute si quelqu'un les agresse. Triste constat, ceci rappelle la manière dont la société a longtemps rejeté le blâme sur les femmes victimes de violence dans d'autres circonstances – une injustice qui est enfin en voie d'être globalement redressée. Selon Banerjee et coll. :

[traduction] Le défaut de prendre des mesures adéquates pour réduire le risque constant, la normalisation de la violence et le rejet du blâme sur les victimes sont caractéristiques de la violence envers les femmes. Force est de se demander pourquoi la question du sexe des membres du personnel soignant est généralement absente des analyses de la violence dans le secteur des soins de santé.⁶

À nous de décider si nous nous soucions vraiment du bien-être de nos concitoyennes et concitoyens dépendants, autrement dit des membres de notre société souffrant de troubles mentaux ou ayant atteint un âge avancé, voire les deux. Dans l'affirmative, il incombe aux gouvernements de leur consacrer des fonds additionnels, de même que de revoir et de faire appliquer des normes minimales plus strictes en matière de soins de longue durée. Une condition *sine qua non* de ce changement est de respecter et protéger le personnel soignant et de lui permettre de donner son avis sur les mesures qui s'imposent.

Il ne suffira pas de quelques petites réformes pour mettre le personnel des établissements de SLD à l'abri de la violence dans un système éculé qui semble atteindre son point de rupture. Compte tenu des résultats de la présente étude et d'autres recherches qui les confirment, les auteurs recommandent que les gouvernements provinciaux prescrivent la mise sur pied de programmes complets de prévention de la violence. Ces programmes devraient incorporer les solutions proposées par les sujets d'étude, telles que la distribution à tout le personnel de dispositifs d'alarme personnels ou encore l'identification des résidents violents. Les auteurs recommandent par ailleurs d'instaurer, par voie législative, des protections pour les membres du personnel des établissements de SLD qui dénoncent des problèmes de violence. Enfin, les auteurs préconisent l'adoption d'une loi, telle que le projet de *Loi de 2017 sur le temps alloué aux soins*, en vue de modifier les dispositions existantes régissant les SLD en Ontario et de prescrire quatre heures de soins par jour comme norme minimale dans les établissements de SLD, de même que des soins plus attentifs, axés sur les résidents.

En quête de solutions, nous aurions aussi intérêt à nous tourner vers d'autres pays pour voir ce qui s'y fait que nous pourrions reproduire chez nous. Les études comparant la violence envers le personnel des établissements de SLD ici au Canada et dans les pays scandinaves démontrent l'importance de faire des SLD une priorité dans le cadre des responsabilités gouvernementales en matière de « protection sociale » en général.⁶ Les pays scandinaves ont manifestement adopté ce principe, vu la meilleure dotation en personnel de leurs établissements de SLD et l'approche des soins que ceux-ci reflètent : à titre d'exemple, là-bas, chaque soignante ou soignant assure un plus vaste éventail de soins, allant de soins médicaux et personnels jusqu'au nettoyage, parmi d'autres choses, ce qui engendre davantage de soins relationnels si importants psychologiquement.

Cette approche est très différente des politiques néolibérales que les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada ont de plus en plus tendance à adopter. Alors que les priorités économiques, au Canada comme dans la plupart des autres pays capitalistes, sont de plus en plus conçues de manière à permettre à une faible proportion de leur population d'amasser le plus de richesse possible, les coupures effectuées au nom de l'austérité dans les fonds publics consacrés aux services de santé publique réduisent l'accès aux soins, forcent une réduction de la dotation en personnel, négligent les soins relationnels au nom de l'efficacité et éliminent les programmes et services spécialisés. L'alourdissement des charges de travail et des responsabilités du personnel nuit à la qualité des soins aux résidents. Ainsi, le personnel des établissements de SLD fait-il face à un risque grandissant de violence de la part de résidents dont les soins laissent à désirer et qui en sont frustrés, et il est aux prises avec des niveaux croissants de stress, d'anxiété et de découragement.

Tant que persistera le problème de la dotation insuffisante en personnel des établissements de SLD persistera aussi celui de la violence contre les membres de ce personnel – pire, vu l'acuité croissante de l'état des résidents, le manque de réglementation gouvernementale et l'insuffisance des ressources, ce problème ira vraisemblablement en s'aggravant.

Remerciements

Les auteurs saluent avec reconnaissance les personnes qui ont accepté d'être des sujets pour la présente étude et qui ont eu le courage de nous faire part de leurs expériences, réflexions et idées. Les auteurs ont conscience à quel point il peut être difficile de parler d'incidents de violence. Les auteurs tiennent par ailleurs à remercier Heather Neiser et Linda Clayborne pour avoir facilité la présente étude en recrutant ses sujets, les répartissant en groupes aux fins des entretiens collectifs, enregistrant ces entretiens et apportant leur assistance de bien d'autres façons à notre équipe. Merci également à Sharon Richer et Megan Yeadon, qui se sont occupées des mille et une questions de logistique et tâches administratives qu'engendre ce type d'étude. Les auteurs sont par ailleurs redevables à Doug Allan, pour les importantes statistiques contextuelles qu'il a mises à leur disposition, de même qu'à Judith Wall, pour les renseignements qu'elle leur a fournis à propos de différentes questions juridiques touchant les SLD. Enfin, la gratitude des auteurs s'étend au comité d'éthique de l'Université de Sterling pour son examen attentif du protocole de cette étude, de même qu'au professeur Andrew Watterson, qui a passé en revue notre proposition d'étude et qui nous a apporté son mentorat et ses encouragements.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs ont déclaré les conflits d'intérêts potentiels suivants concernant la recherche liée au présent article, de même que la rédaction ou la publication de celui-ci : La présente étude a été menée de concert par le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario/Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO/SCFP) et deux spécialistes de la recherche affiliés à l'Université de Stirling. L'ensemble des frais liés à cette étude, y compris l'indemnisation et les dépenses des auteurs, ont été pris en charge par le CSHO/SCFP. L'étude étant de nature qualitative et

descriptive, ses résultats reflètent le vécu subjectif de ses sujets, ce qui se répercute inévitablement sur leur interprétation par les auteurs. Ceci étant dit, les auteurs déclarent que lors de l'examen et de l'analyse des données fournies par les sujets d'étude, leur intention a été de refléter fidèlement le vécu et les préoccupations dont il leur a été fait part, sans omission, fausse représentation ni développement des idées essentielles. Les auteurs déclarent par ailleurs n'avoir reçu aucun incitatif financier susceptible d'influer sur la production de conclusions ne reflétant pas précisément les données recueillies.

Financement

Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la recherche, la rédaction ou la publication du présent article, au-delà de ce qui est mentionné dans la déclaration ci-dessus.

Renvois

1. Lachs, M.S., T. Rosen, J. A. Teresi, et coll. Verbal and physical aggression directed at nursing home staff by residents. *J Gen Intern Med* 2012; 28: 660–667.
2. Public Services Health and Safety Association. *Workplace violence: complying with the Occupational Health and Safety Act*, www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/01/FFWorkplaceViolence.pdf (2010, récupéré le 25 mai 2017).
3. McPhaul, K.M. et J. A. Lipscomb. Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs* 2004; 9: 7.
4. Rodriguez, V. A. et T. M. Paravic. A model to investigate workplace violence in the health sector. *Rev Gaucha Enferm* 2013; 34: 196–200.
5. Brophy, J., M. M. Keith et M. Hurley. Assaulted and unheard: violence against healthcare staff. *New Solut* 2018; 27: 581–606.
6. Banerjee, A., T. Daly, P. Armstrong et coll. Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia. *Soc Sci Med* 2012; 74: 390–398.
7. Sharipova, M., A. Hogh et V. Borg. Individual and organizational risk factors of work-related violence in the Danish elder care. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 332–340.
8. Bourgeault, L. The personal support worker program standard in Ontario: an alternative to self-regulation? *Healthc Policy* 2015; 11: 20–26.
9. Di Martino, V. *Workplace violence in the health sector: relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: International Labour Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf (2003, récupéré le 15 juillet 2018).
10. Gorman, T. Controlling health hazards to hospital workers (Introduction). *New Solut.* 2013; 23: 6–8.
11. Woodhead, E. L., L. Northrop et B. Edelstein. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *J Appl Gerontol* 2016; 35: 84–105.
12. Wiskow, C. *Guidelines on workplace violence in the health sector*. Geneva: International Labour Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WV_ComparisonGuidelines.pdf (2003, récupéré le 18 mai 2018).

13. American Academy of Experts in Traumatic Stress. *Workplace violence*, www.aaets.org/article179.htm (2014, récupéré le 28 juillet 2018).
14. Ontario Long Term Care Association. *This is long-term care 2016*, <https://www.oltca.com/OLTCA/Documents/Reports/TILTC2016.pdf> (2016, récupéré le 15 juillet 2018).
15. Sandelowski, M. Focus on research methods. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health* 2000; 23: 334–340.
16. Shenton, A. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Educ Inform* 2004; 22: 63–75.
17. Britten, N. Qualitative research: qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311: 251–253.
18. Keith, M. Workplace health and safety mapping: the why and how of body mapping. *Occup Health Rev* 2003; 102: 31–33.
19. Keith, M, B. Cann, J. Brophy et coll. Identifying and prioritizing gaming workers' health and safety concerns using mapping for data collection. *Am J Ind Med* 2001; 39: 42–51.
20. Keith, M, J. Brophy, P. Kirby et coll. *Barefoot research: A work security manual for workers*. Geneva: International Labour Organization, 2002. Dedoose Version 8.0.35, application Web pour la gestion, l'analyse et la présentation de données qualitatives et de données issues de recherches à méthodes multiples. Los Angeles: SocioCultural Research Consultants, LLC, www.dedoose.com (2018, récupéré le 1^{er} avril 2018).
21. Cresswell, J.W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: SAGE, 1998.
22. Dedoose, Version 8.0.35, application Web pour la gestion, l'analyse et la présentation de données qualitatives et de données issues de recherches multiméthodes. Los Angeles : SocioCultural Research Consultants, LLC, www.dedoose.com (2018, consulté le 1^{er} avril 2018).
23. Saldana, J. *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand Oaks: SAGE, 2015.
24. Patton, M. *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks: SAGE, 2001.
25. Occupational Safety and Health Administration, U.S. Department of Labor. *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers*. Rapport OSHA 3148-04R, www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf (2015, récupéré le 27 juillet 2018).
26. Clements, P.T., J. T. DeRanieri, K. Clark et coll. Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nurs Econ* 2005; 23: 119–124, 107.
27. Ontario Long Term Care Association. *More care. Better care. 2018 Budget submission*, <https://www.oltca.com/OLTCA/Documents/Reports/2018OLTCABudgetSubmission-MoreCareBetterCare.pdf> (2017, récupéré le 15 juillet 2018).
28. Sharkey, S. *People caring for people: impacting the quality of life and care of residents of long-term care homes*. A Report of the Independent Review of Staffing and Care Standards for Long-Term Care Homes in Ontario, <http://www.deslibris.ca/ID/213686> (2008, récupéré le 18 mai 2018).
29. Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors. *2015 Provincial budget submission*, <http://theonnc.ca/wp-content/uploads/2015/04/Ontario-Association-of-Non-Profit-Homes-and-Services-for-Seniors-BUDGET-SUBMISSION.pdf> (2014, récupéré le 15 juillet 2018).

30. Assemblée législative de l'Ontario. *Projet de loi 33, Loi de 2017 sur le temps alloué aux soins (modifiant la Loi sur les foyers de soins de longue durée et prévoyant une norme minimale en matière de soins quotidiens)*, <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-41/session-2/projet-loi-33> (2017, récupéré le 7 août 2018).
31. Hartzband, P. et J. Groopman. Medical Taylorism. *N Engl J Med* 2016; 324: 106–109.
32. Rastegar, D. A. Health care becomes an industry. *Ann Fam Med* 2004; 2: 79–83.
33. Banerjee, A., P. Armstrong, T. Daly et coll. Careworkers don't have a voice: epistemo- logical violence in residential care for older people. *J Aging Stud* 2015; 33: 28–36.
34. Daly, T., A. Banerjee, P. Armstrong et coll. Lifting the 'Violence Veil': examining work- ing conditions in long-term care facilities using iterative mixed methods. *Can J Aging* 2011; 30: 271–284.
35. Chaudhury, H., H. A. Cooke, H. Cowie et coll. The influence of the physical environment on residents with dementia in long-term care settings: a review of the empirical literature. *Gerontologist* 2018; 58: e325–e337.
36. Cohen-Mansfield, J. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 361–381.
37. Newfoundland and Labrador Centre for Applied Health Research. *Agitation and aggression in long-term care residents with dementia in Newfoundland and Labrador*, https://www.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CHRSP_Dementia_LTC_2014.pdf, (2014, récupéré le 28 juillet 2018).
38. Shaw, M.M. Aggression toward staff by nursing home residents: finding from a grounded theory study. *J Gerontol Nurs* 2004; 30: 43–54.
39. Stutte, K., S. Hahn, K. Fierz et coll. Factors associated with aggressive behavior between residents and staff in nursing homes. *Geriatr Nurs* 2017; 38: 398–405.
40. Poghosyan, L., S. P. Clarke, M. Finlayson et coll. Nurse burnout and quality of care: cross- national investigation in six countries. *Res Nurs Health* 2010; 33: 288–298.

Biographies des auteurs

James Brophy est un chercheur canadien qui se spécialise dans la santé au travail et l'hygiène du milieu. Les recherches qu'il a publiées portent, entre autres, sur la violence dans les lieux de travail, le cancer du sein lié au travail et les maladies liées à l'amiante, à la fabrication de plastiques et à l'agriculture. Il fait partie du comité de rédaction de la revue *New Solutions*.

Margaret Keith a mené tout un éventail de recherches dans les domaines de la santé au travail et de l'hygiène du milieu, et ce, en mettant à contribution des méthodes de collecte de données novatrices, telles que la mise en correspondance. Elle a rédigé une variété d'articles, de chapitres et de livres, de même que des cours de formation pour les lieux de travail et les universités. Elle est aussi membre du comité de rédaction de la revue *New Solutions*.

Michael Hurley préside depuis 1990 le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario/SCFP, lequel compte 30 000 membres. Il a contribué, avec Jonah Ginden, à l'ouvrage *Epidemic of Medical Errors and Hospital-Acquired Infections: Systemic and Social Causes*, publié en 2012 par CRC Press, sous la direction de William Charney.