

« Hors de contrôle : » La violence contre le personnel de soutien des établissements de soins de longue durée

Albert Banerjee ¹
Tamara Daly ²
Hugh Armstrong ³
Pat Armstrong ⁴
Stirling Lafrance ⁵ et
Marta Szebehely ⁶

23 février 2008

¹ Candidat au doctorat, Département de sociologie, Université York

² Professeure adjointe, École de politique et de gestion de la santé, Université York

³ Professeur, École de travail social, Université Carleton

⁴ Professeur, Département de sociologie et d'études féministes, Université York, et titulaire d'une chaire de recherche en services de santé et soins infirmiers de la FCRSS/IRSC

⁵ Candidat à la maîtrise, Programme en pensée social et politique, Université York

⁶ Professeure, Département de travail social, Université de Stockholm

Remerciements

*Étude : Le personnel et les lieux de travail dans le domaine des soins
de longue durée : comparaison du Canada et de l'Europe nordique*

Ce projet a été financé par le Programme des opportunités internationales – Subventions pour des projets de recherche concertés (POI-74350) des Instituts de recherche en santé du Canada, ainsi que par la Chaire de recherche en services de santé et soins infirmiers de la D^r Pat Armstrong de la FCRSS/IRSC. Ont également été partenaires de ce projet sous diverses formes le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), le syndicat des Travailleurs canadiens de l'automobile (TCA), le Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public (SNEGSP), l'Union internationale des employés de service (UIES) et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers (FCSII). L'Institut de recherche sociale de l'Université York a assumé la responsabilité de l'échantillon d'enquête, de la distribution, de la collecte et de l'entrée de données. Cependant, l'analyse des données et le contenu du présent rapport n'engagent que la responsabilité des auteurs.

Table des matières

1. SOMMAIRE	IV
2. INTRODUCTION	1
3. MÉTHODOLOGIE.....	2
4. FRÉQUENCE DE LA VIOLENCE.....	3
5. SIGNALEMENT OFFICIEL DE LA VIOLENCE.....	5
6. VARIATION DE LA VIOLENCE.....	6
7. VIOLENCE ET CONDITIONS DE TRAVAIL	8
8. SOCIALISATION ET SOINS RELATIONNELS	11
9. AUTONOMIE ET COMMUNICATIONS ENTRE COLLÈGUES	12
10. DÉMENCES	16
11. IMPACT DE LA VIOLENCE.....	18
12. CONCLUSION	19
13. RÉFÉRENCES	21

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Fréquence de la violence expérimentée par le personnel de soutien des provinces canadiennes	4
Tableau 2 : Violence au travail dans les établissements de soins de longue durée au Canada et en Europe nordique	7
Tableau 3 : Surcharge de travail et sentiment d'inaptitude chez les soignants des établissements canadiens de soins de longue durée.....	9
Tableau 4 : Travailler en manque de personnel au Canada et en Europe nordique.....	10
Tableau 5 : Fréquence et types d'activités de socialisation auxquelles participent les soignants des établissements canadiens de soins de longue durée	11
Figure 1 : Fréquence de la violence vécue par les soignants dans les établissements de soins de longue durée nordiques et canadiens	8
Figure 2 : Proportion des travailleuses et travailleurs capables d'influer « toujours ou la plupart du temps » sur le planning de la journée de travail dans les pays nordiques et dans les provinces canadiennes.....	14
Figure 3 : Proportion des travailleuses et travailleurs qui ont assez de temps pour discuter « toujours ou la plupart du temps » des difficultés avec leurs collègues dans les pays nordiques et les provinces canadiennes	15
Figure 4 : Proportion des travailleuses et travailleurs qui sont « fortement d'accord » avec l'affirmation voulant qu'ils soient trop souvent laissés à eux-mêmes pour prendre soin des résidents dans les pays nordiques et les provinces canadiennes	16

« Hors de contrôle » : La violence contre le personnel de soutien des établissements de soins de longue durée

1. Sommaire

Au Canada, il est dangereux de travailler dans le domaine des soins de longue durée. Pourtant, cela n'a pas à être ainsi. Notre étude montre que la violence est présente pour ainsi dire au quotidien dans les établissements de soins de longue durée canadiens, alors qu'il en va autrement dans les pays nordiques. Il apparaît évident que le niveau élevé de violence dans les établissements canadiens n'est pas un incontournable en soins de longue durée et qu'il y a moyen de la réduire.

Ce rapport sur la violence vécue par le personnel de soutien puise dans une étude internationale qui compare les soins en établissement de soins de longue durée dans trois provinces canadienne (le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Ontario) et quatre pays nordiques d'Europe (le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède). Il est appuyé par des discussions ciblées et permet d'appréhender les soins de longue durée de l'intérieur, du point de vue du personnel.

Les conclusions auxquelles nous sommes arrivés sont profondément troublantes. Le personnel de soutien nous dit que la violence est une caractéristique *constante et permanente* dans les établissements canadiens. Cette violence est physique, verbale et sexuelle. Le racisme est également courant. Presque tous les employés de soutien ont vécu une forme ou une autre de violence. Et près de la moitié vivent de la violence physique sur une base *quotidienne*.

La plupart des incidents de violence ne sont pas signalés. La violence demeure invisible et sans réponse. Les employés nous disent qu'ils ne la signalent pas, qu'ils n'ont pas le temps de remplir la paperasse, qu'ils ne croient pas que des mesures seraient prises de toute façon, qu'ils craignent d'être blâmés. Ils vont même jusqu'à dire, ce qui est tout à fait déconcertant, qu'ils en viennent presque à tolérer ces agressions comme faisant partie du travail.

Nos comparaisons internationales montrent que le niveau de violence dans les établissements canadiens de soins de longue durée est extraordinaire. Le personnel de soutien canadien est presque *sept* fois plus susceptible d'être victime de violence au quotidien que le personnel des pays nordiques. *Il est évident que le niveau élevé de violence dans les établissements canadiens n'a pas de raison d'être et qu'il peut être réduit.*

Les travailleuses et travailleurs du secteur associent la violence aux conditions de travail. La surcharge de travail, le manque de temps et la rareté des ressources les placent dans des situations dangereuses. *Le manque de personnel est une cause majeure.* Les employés de soutien canadiens travaillent constamment en manque de personnel. Pour près de la moitié d'entre eux, ce manque est quotidien. Et plus du tiers estiment être trop souvent

laissés à eux-mêmes pour prendre soin des résidents. Le manque de personnel est beaucoup moins fréquent dans les pays nordiques. Les employés des établissements nordiques jouissent aussi d'une plus grande flexibilité au travail et les communications sont meilleures entre collègues – deux facteurs qui atténuent la violence au travail.

Les employés de soutien canadiens sont grandement préoccupés par l'augmentation des besoins en soins des résidents et par le manque de formation adéquate. De plus, la formation fournie n'est pas appuyée par des ressources adéquates, ce qui oblige les employés à la suivre sur leur propre temps ou durant les pauses.

Travailler dans des conditions extrêmes est en soi une forme de violence – une violence structurelle qui prend dans une large mesure naissance dans la façon dont les soins de longue durée sont organisés et financés. Ces conditions peuvent être changées. Mais il reste que, par les temps qui courent, le travail dans les soins de longue durée coûte excessivement cher aux soignants canadiens. Les employés de soutien canadiens sont *deux fois plus* susceptibles d'être physiquement épuisés, *trois fois plus* susceptibles de souffrir de maux de dos et *quatre fois plus* susceptibles d'être mentalement épuisés que les employés nordiques.

L'énorme différence entre les taux de violence et les conditions de travail qui prévalent dans les établissements canadiens et les établissements nordiques montre de façon claire que les problèmes peuvent être corrigés. Plusieurs recommandations se dégagent d'emblée :

- Il faut que les gouvernements reconnaissent que le manque chronique de personnel est un des principaux facteurs qui contribuent à la violence au travail. Il faut qu'ils corrigent ce manque de personnel en légiférant des normes de soins adéquates et en dégageant le financement nécessaire pour satisfaire à ces normes.
- Il faut créer un environnement de travail qui permet l'autonomie, qui donne aux employés de soutien un véritable droit de regard sur la façon dont leur travail est conçu, organisé et programmé.
- Il est impératif de documenter la violence, mais notre étude montre que cela ne sera pas possible tant que la tendance à blâmer n'aura pas été renversée.
- Une formation adéquate qui tient compte des besoins médicaux, mentaux, émotionnels et sociaux des résidents est essentielle. Il faut que le personnel soit supporté au niveau du temps et des ressources nécessaires pour suivre une telle formation. La formation doit être détaillée, reconnue, accessible (temps rémunéré, absences remplacées) et être conçue en fonction de la réalité des travailleuses et travailleurs.
- De façon plus générale, la différence entre le Canada et les pays nordiques témoigne d'un passé de négligence. Il faut que les soins de longue durée soient reconnus comme un service de santé essentiel et qu'ils aient rang de priorité nationale.

2. Introduction

Les établissements de soins de longue durée canadiens sont des lieux de travail violents et dangereux. Leurs employés vivent de la violence à peu près au quotidien. Ils se font pousser, frapper, crier dessus et mordre. Cette étude montre que la violence est une constante dans les conditions de travail. Pourtant, cela n'a pas à être ainsi. Notre étude révèle que le niveau de violence est nettement inférieur dans les pays nordiques. Le niveau élevé de violence dans les établissements canadiens est exceptionnel et *n'est pas* une caractéristique inéluctable des soins de longue durée. La violence peut être réduite.

Notre étude est basée sur un sondage réalisé auprès de travailleuses et travailleurs à l'emploi d'établissements de soins de longue durée au Manitoba, en Ontario et en Nouvelle-Écosse. Elle puise également dans des témoignages de première ligne obtenus dans le cadre de discussions avec le personnel concerné. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet de plus grande envergure destinée à comparer les établissements de soins de longue durée canadiens à ceux des pays nordiques d'Europe. Nous puisons dans ces comparaisons internationales pour mettre en évidence certaines des sombres réalités du travail dans un établissement canadien de soins de longue durée.

Nos conclusions sont troublantes. Notre étude montre que la violence au travail est *quotidienne* pour de nombreux employés du domaine des soins de longue durée. Elle est physique, verbale et sexuelle. Le racisme et la violence structurelle^[1] (attribuable aux difficiles conditions de travail) sont également le lot de ces soignants qui aspirent à soigner, mais qui se voient dépouiller de toutes les ressources nécessaires pour ce faire. Comme notre étude veut traduire le point de vue des travailleuses et travailleurs, nous concluons que les soignants travaillent dans des conditions qui non seulement incitent à la violence, mais en plus la rendent invisible. La plupart des incidents violents ne sont pas signalés. Les soignants évitent de les signaler par crainte d'être blâmés, ou carrément parce qu'ils n'ont pas le temps de le faire. Ce qui est alarmant, c'est que ces soignants nous apprennent qu'on attend d'eux qu'ils encaissent cette violence, qu'ils la prennent avec un grain de sel. La situation, comme l'a dit un soignant, est « hors de contrôle ».

Pourtant, nos recherches révèlent que la violence n'a pas à être une caractéristique du travail de soins de longue durée. Nos comparaisons indiquent que le niveau de violence expérimenté dans les pays nordiques est nettement inférieur à celui qui se vit au Canada. La prévalence de la violence dans les établissements de soins de longue durée canadiens témoigne d'un passé de négligence.^[2,3] Cette négligence a produit un environnement de travail qui manque de personnel et de ressources. Les conditions de travail obligent les soignants à faire *trop de travail dans des délais réduits avec des ressources insuffisantes*. Donner des soins à toute vitesse, travailler pour deux, ne pas avoir de temps pour développer des relations avec les résidents et prendre soin de personnes âgées en déficit cognitif – bien souvent sans formation appropriée – sont autant de facteurs qui contribuent à la violence vécue par les soignants.

Bien que notre étude examine l'expérience de tous les types d'employés des établissements de soins de longue durée, le présent rapport est axé sur la violence contre

le *personnel de soutien*. Le choix de concentrer nos travaux sur le personnel de soutien vient du fait que la violence se produit surtout, quoique pas exclusivement, lors des activités de soins directs.^[4] Et comme les employés de soutien assurent la majeure partie des soins directs, ils sont plus fréquemment exposés à la violence.

Ce n'est pas parce que nous axons le présent rapport sur le personnel de soutien que la violence n'a pas d'impact sur les autres professions. En fait, il appert que 16,8 % des infirmières autorisées et 24,6 % des infirmières auxiliaires autorisées sont victimes de violence au quotidien. Ces chiffres sont scandaleux et, de toute évidence, beaucoup trop élevés. Cependant, ils sont encore assez éloignés des chiffres qui témoignent de la violence à l'égard du personnel de soutien : nos données indiquent que près de la moitié (43 %) des employés de soutien subissent de la violence au quotidien. C'est donc pour cette raison que nous concentrons le présent rapport sur ce groupe. D'ailleurs, à propos de la situation du personnel de soutien des établissements de soins de longue durée de la Colombie-Britannique, Neil Boyd observe que le risque de blessure liée à la violence dans ce groupe est plus élevé que chez les officiers de police locaux.^[4, 5]

Une dernière remarque : la violence dans les soins de longue durée n'est pas qu'un problème d'employés : c'est un problème de femmes. La vaste majorité des soignants sont des femmes. Dans notre étude, presque tous (95,1 %) les employés de soutien sont des femmes. Quand il est question de violence contre le personnel de soutien, on parle en fait de violence faite aux femmes. Et il importe de remarquer que plusieurs de ces femmes sont issues de groupes immigrants et/ou raciaux.

Pourtant, en dépit du fait que la plupart des soignants et résidents des établissements de soins de longue durée sont des femmes, les recherches sur les soins de longue durée ignorent habituellement ce fait. Dans le présent rapport, nous appréhendons le sexe en tant que *contexte* façonnant la vie des soignants. Dans le cas des soins de longue durée, les postulats liés au sexe – en particulier la dépréciation du personnel soignant et la favorisation des tâches instrumentales aux dépens du travail relationnel – ont grandement contribué aux niveaux de violence au travail que nous avons observés. Il importe de garder ces postulats à l'esprit dans l'interprétation de cette recherche et les efforts de changement.

3. Méthodologie

Ce rapport puise dans trois sources de données afin de mettre en évidence la violence vécue par les employés de soutien des établissements de soins de longue durée. Premièrement, il se base sur un sondage réalisé auprès des syndiqués d'établissements de soins de longue durée du Manitoba, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse. L'Institut de recherche sociale de l'Université York a assumé la responsabilité de l'échantillon d'enquête, de la distribution, de la collecte et de l'entrée de données. L'échantillon était basé au niveau de l'organisation et conçu pour être proportionnel à la population de la province et aux types de propriétaires des établissements de soins.

Quatre-vingt-un établissements de soins de longue durée syndiqués ont été sélectionnés. Cinq grands syndicats du secteur de la santé (TCA, FCSII, SCFP, SNEGSP, UIES) ont délégué des personnes-ressources dans chaque établissement afin de faciliter la distribution du sondage de l'Institut. À chaque lieu de travail, un représentant syndical a distribué le sondage au personnel. Le sondage a été mené de janvier à août 2006. Les travailleurs de 71 (87,6 %) des lieux de travail ont participé. En tout, 948 sondages ont été retournés. De ce nombre, 415 proviennent d'employés de soutien, en très large majorité (95,1 %) des femmes.

Deuxièmement, neuf groupes de discussion ont été organisés pour valider les résultats des sondages et permettre aux employés de commenter, préciser et élaborer nos conclusions. Ces discussions ont eu lieu entre décembre 2006 et mai 2007 dans chacune des trois provinces sondées (Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse).

Troisièmement, cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un grand projet comparatif sur les conditions de travail dans les établissements de soins de longue durée du Canada et des pays nordiques du Danemark, de la Finlande, de la Norvège et de la Suède. Pour faciliter les comparaisons entre pays, le sondage a été conçu en collaboration avec nos partenaires nordiques afin que ce des questions largement identiques soient posées dans le contexte nordique comme dans le contexte canadien.

Les données nordiques ont été collectées dans le cadre d'une étude globale intitulé : *NORDCARE: The everyday realities of care workers in the Nordic welfare states*.¹ En 2005, les sondages ont été postés à un échantillon au hasard de 5 000 travailleuses et travailleurs syndiqués du domaine des soins à domicile et en établissement aux personnes âgées et invalides au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède. Le taux de réponse a varié de 67 à 75 %. En tout, 1 574 sondages ont été retournés par des employés d'établissements de soins aux personnes âgées (391 au Danemark, 432 en Finlande, 435 en Norvège et 316 en Suède).

Pour faciliter la lecture, nous utilisons les expressions 'pays nordiques' ou 'pays nordiques d'Europe' au lieu d'énumérer chaque fois la liste des pays sondés. De même, nous parlons du Canada et des Canadiens au lieu d'énumérer les trois provinces sondées. De plus, dans l'interprétation de nos conclusions, il importe de se rappeler que dans le contexte canadien, les sondages n'ont été envoyés qu'à des établissements *syndiqués*. Ces résultats ne sont donc pas représentatifs des établissements non syndiqués.

4. Fréquence de la violence

Bien que les chercheurs n'aient que récemment commencé à se préoccuper de la violence à l'endroit du personnel de soins de longue durée, les études qui ont été menées indiquent que la violence est courante.^[6] Elle est le plus souvent verbale et physique.^[7] La violence

¹ Cette étude a été financée par le Conseil suédois de la recherche sur la vie au travail et en société, sous la direction de Marta Szebehely (professeure, Département de travail social, Université de Stockholm).

verbale vécue par les soignants fait souvent intervenir des menaces, des cris, des jurons, des insultes raciales et des remarques dégradantes. Elle peut aussi comporter des plaintes et des exigences excessives. La violence physique fait généralement intervenir des claques ou des coups à l'aide d'un objet. Elle implique fréquemment des pincements, des morsures, du tirage de cheveux, des coups de coude, des crachats. Il est également très courant de se faire tordre le poignet. Il y a présence de harcèlement sexuel et de violence sexuelle, mais ces cas ont été beaucoup moins étudiés.^[8]

Notre étude révèle des niveaux remarquablement élevés de violence. Presque tous (89,7 %) les employés de soutien qui ont participé à notre sondage ont fait l'expérience d'une forme ou une autre de violence physique de la part des résidents ou d'un de leurs parents dans le cadre de leur travail (tableau 1).

Tableau 1 : Fréquence de la violence expérimentée par le personnel de soutien des provinces canadiennes

Fréquence Type de violence	À peu près chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Moins souvent	Jamais
Violence physique	43,0 %	23,1 %	7,8 %	15,8 %	10,3 %
Attentions sexuelles non sollicitées	14,3 %	15,8 %	7,5 %	31,8 %	30,6 %
Commentaires racistes	6,1 %	5,6 %	3,8 %	23,0 %	61,5 %

Près de la moitié (43,0 %) des répondants ont déclaré vivre de la violence physique *à peu près chaque jour*, tandis que 23,1 % vivent de la violence physique sur une base hebdomadaire. Les participants du groupe de discussion ont fait valoir très clairement que la violence est une caractéristique *constante et permanente* du travail. Un commentaire exprimé traduit bien l'avis de plusieurs :

J'ai été frappée au visage plusieurs fois. J'ai été frappée à la mâchoire à plusieurs reprises. On m'a tapé dessus. On m'a tordu les poignets. On m'a tirée, on m'a poussée. C'est le quotidien. La violence, c'est le quotidien.

Les attentions sexuelles non sollicitées sont aussi un aspect qui est souvent déploré par le personnel de soutien (voir le tableau 1). Le tiers environ (30,1 %) des répondants disent subir des attentions sexuelles non sollicitées sur une base quotidienne ou hebdomadaire, tandis que 39,3 % disent vivre cette situation une fois par mois ou moins souvent. Un peu moins du tiers (30,6 %) disent n'avoir jamais fait l'objet d'attentions sexuelles non sollicitées.

Comme l'a expliqué une soignante, un incident « type » de violence sexuelle est le bain donné à un résident mâle qui essaie de vous mettre le visage contre son pénis. Comme l'a

exprimé une autre soignante : « Lorsqu'on leur dit de se laver les parties, ils refusent et répondent que nous sommes payées pour faire ça. »

Les employés subissent aussi des commentaires racistes (voir le tableau 1). Dans l'ensemble, 11,7 % des répondants disent subir des commentaires racistes chaque jour ou chaque semaine. Ce chiffre sous-estime sans doute le niveau de racisme au travail, et ce, pour plusieurs raisons : premièrement, il s'agit d'un pourcentage pour l'ensemble et aucune distinction n'est faite entre les établissements ruraux et urbains. Il est probable que les membres des minorités visibles, qui se comptent en nombres supérieurs dans les grands centres urbains, vivent davantage d'incidents de racisme que le suggère le nombre obtenu ici. Deuxièmement, le questionnaire n'était offert qu'en anglais et les répondants devaient le remplir seuls, donc sans l'aide d'un interprète, ce qui fait que la barrière linguistique a sans doute nui à la représentation de ce groupe. Néanmoins, dans nos groupes de discussion, certains soignants ont déclaré être témoins ou personnellement victimes de racisme « à longueur de temps » au travail.

Globalement, nos résultats sur la fréquence de la violence contre le personnel de soutien vont dans le sens des conclusions d'autres chercheurs et suggèrent que le problème pourrait même être plus largement répandu. Lors de leur étude d'un établissement de soins de longue durée de 320 lits à Winnipeg, par exemple, Donna Goodridge et ses collègues sont arrivés à la conclusion que chaque employé de soutien peut s'attendre à être agressés physiquement 9,3 fois et verbalement 11,3 fois par mois par les résidents.^[9]

Rares sont les employés de soutien à ne pas être touchés par la violence. Comme l'a dit un soignant : « Il y a toujours quelqu'un qui a un bleu ou quelque chose. » Ou, comme l'a exprimé une autre employée :

C'est physique. C'est moral. C'est sexuel. C'est verbal. J'ai déjà eu des côtes cassées. J'ai été agressée sexuellement dans une salle de douche. Mes vêtements ont été arrachés.

5. Signalement officiel de la violence

Les recherches suggèrent que la vaste majorité des incidents de violence dans les établissements de soins de longue durée ne sont pas signalés.^[4, 10] Les études indiquent que les signalements officiels ne sont généralement effectués que si des soins médicaux sont requis.^[7] Dans la plupart des cas, on garde le silence ou, au mieux, on le mentionne à une infirmière, mais cette mention se traduit rarement en rapport écrit officiel. Donna Goodridge et ses collègues, par exemple, estiment que sur les 15 000 incidents de violence qui ont eu lieu au cours d'une période de six mois, moins de un pour cent (0,27 %) ont été signalés.^[9]

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer l'absence de signalement, dont la paperasserie, l'absence de suivi de la direction, la culture du blâme, la peur de la confrontation avec la direction, le désir d'éviter tout conflit avec les résidents, le mythe voulant que la violence soit une caractéristique inévitable du travail.^[7, 11, 12] Il y a peut-

être également un lien avec le sexisme – plus spécifiquement l’invisibilité et la normalisation de la violence faite aux femmes.

Les participants de nos groupes de discussion ont invoqué la paperasserie et la peur du blâme des supérieurs comme motifs de silence à l’égard de la violence au travail. « Quand on se blesse au travail, on n’a pas à remplir un formulaire de huit pages. » En d’autres mots :

... Il y a une montagne de papiers à remplir pour un rapport d’incident, et quand on ose aller jusque là, l’infirmière nous regarde en voulant dire : « Explique la situation », comme si c’était notre faute.

Être blâmé des incidents de violence n’est pas seulement courant : c’est aussi démoralisant et cela crée un environnement de travail sur lequel on ne peut pas s’appuyer. Le sentiment d’inutilité est palpable dans la remarque suivante : « Si on se fait frapper, on se fait demander ce qu’on a fait, parce que c’est toujours notre faute. » Une autre a renchéri : « Ouais, c’est comme ça. Mais frappe un directeur et je te garantis que tu es à la porte dans l’heure qui suit » Les employés sont blâmés même pour la violence sexuelle : « Il y a eu un cas et lorsque l’employée s’est plainte à la direction, elle s’est fait dire qu’elle devrait être moins amicale avec les résidents mâles. »

Le plus déconcertant, c’est notre conclusion à l’effet que la violence est devenue routinière et qu’on attend des soignants qu’ils la tolèrent : « On nous a dit que ça faisait partie du travail », a déclaré une soignante. Une autre a renchéri : « Nous essayons de ne pas l’accepter, mais la direction nous répond qu’on est des grandes filles, qu’on ne doit pas se laisser atteindre comme ça, et qu’on n’a qu’à faire comme si de rien n’était. »

Ce que nos conclusions établissent clairement, c’est que même s’il existe définitivement un besoin d’amélioration au niveau de la documentation des incidents violents, il ne sert à rien de s’attendre à ce que les employés participent à la procédure de signalisation tant que perdurera la culture de blâme. En fait, notre étude conclut que la confiance entre la direction et le personnel est inexistante à tous points de vue. Par exemple, plus de la moitié (60,7 %) des employés de soutien sondés affirment que les superviseurs ne font pas confiance au personnel et que les moyens de surveillance et de contrôle sont trop nombreux. Plus du tiers (35,1 %) affirment n’avoir que « rarement ou jamais » d’appui de leur supérieur hiérarchique. Dans de telles conditions, on comprend facilement pourquoi la violence n’est pas signalée. Pour le public, la violence demeure invisible. Et pour les soignants, elle reste sans réponse.

6. Variation de la violence

La violence au travail est fréquente dans le domaine des soins de longue durée, mais on peut la prévenir. Nos comparaisons internationales montrent clairement que la violence n’a pas à être une caractéristique de l’emploi. Lorsque l’on compare le niveau de violence vécu par les soignants canadiens avec celui que vivent les soignants des pays nordiques d’Europe, quelques différences surprenantes se révèlent (voir le tableau 2).

Tableau 2 : Violence au travail dans les établissements de soins de longue durée au Canada et en Europe nordique

Pays	Soignants victimes de la violence d'un résident ou d'un parent*				
	À peu près chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Moins souvent	Jamais
Danemark	5,0 %	10,3 %	7,0 %	43,0 %	34,7 %
Finlande	8,1 %	11,6 %	10,5 %	46,5 %	23,3 %
Norvège	6,8 %	10,7 %	7,5 %	45,2 %	29,7 %
Suède	6,2 %	13,3 %	10,5 %	43,0 %	26,9 %
Europe nordique	6,6 %	11,4 %	8,8 %	44,6 %	28,6 %
Canada	43,0 %	23,1 %	7,8 %	15,8 %	10,3 %

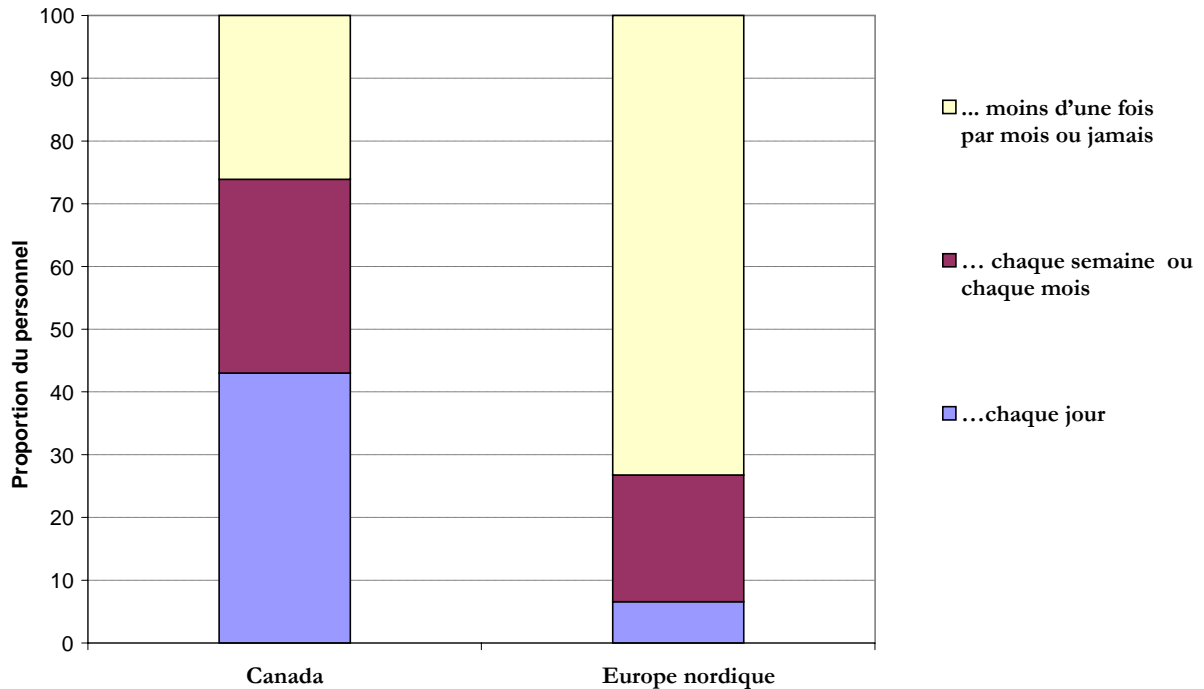
*Remarquons que le questionnaire à l'intention des répondants nordiques a sans doute surestimé le niveau de violence puisque la question porte sur les actes *et* les menaces de violence. La question canadienne ne porte que sur les actes de violence.

Le niveau de violence dans les établissements canadiens est extrême comparativement à la situation dans les pays nordiques. Par exemple, **les soignants canadiens sont près de sept fois plus susceptibles d'être victimes de violence à tous les jours que les soignants des pays nordiques.**² Autrement dit, au Canada près de la moitié (43,0 %) du personnel de soutien vit de la violence au quotidien. Dans les pays nordiques, ce chiffre n'est que de 6,6 %. De même, tandis que près des trois quarts (73,2 %) des soignants nordiques de subissent de la violence que moins d'une fois par mois, cette affirmation ne peut être faite que par le quart (26,1 %) des soignants canadiens.

Les différences sont encore plus frappantes lorsqu'elles sont représentées visuellement. La violence dans les établissements canadiens de soins de longue durée est gigantesque comparativement aux établissements nordiques (voir la figure 1).

² Comme les descriptions de tâches diffèrent d'un pays à l'autre, les chiffres nordiques font référence au personnel de soins en résidence en général. Toutefois, pour tenir compte de la façon dont les soins en résidence sont organisés dans les pays nordiques, il est préférable de comparer le groupe entier de soignants nordiques au personnel de soutien canadien. Les soignants nordiques, quelque soit leur titre de poste, font habituellement le même travail que les employés de soutien canadiens, et ils assurent plusieurs autres tâches qui, dans le contexte canadien, sont effectuées par des infirmières auxiliaires enregistrées. L'exposition à la violence est variable dans les soins en résidence des pays nordiques – la violence quotidienne vécue dans les différents groupes professionnels varie de 3,8 % à 7,7 % au Danemark, de 2,8 % à 12,5 % en Finlande, de 0 à 8,1 % en Norvège et de 5,7 % à 5,9 % en Suède. Les chiffres les plus élevés font habituellement référence à des employés plus spécialisés, par exemple ceux qui travaillent uniquement avec les personnes âgées psychiatriquées ou avec les personnes qui ont des difficultés d'apprentissage. Dans tous les cas, cependant, les chiffres sont nettement plus bas qu'au Canada.

Figure 1 : Fréquence de la violence vécue par les soignants dans les établissements de soins de longue durée nordiques et canadiens



Et nous avons des raisons de croire que les différences pourraient être encore plus prononcées : en effet, le questionnaire canadien ne parlait que d'actes de violence, tandis que le questionnaire nordique parlait de violence *et* de menaces de violence. Autrement dit, les actes de violence vécus du côté canadien sont beaucoup plus nombreux que les actes et les menaces de violence du côté nordique. Par ailleurs, en ce qui a trait à la problématique de la violence, nos groupes de discussion ont révélé des nuances qui ne sont pas apparues dans les réponses au sondage. Par exemple, non seulement les travailleuses et travailleurs ont-ils parlé de l'absence de signalisation mentionnée ci-dessus, mais ils ont aussi fait un lien direct entre la violence et leurs conditions de travail.

7. Violence et conditions de travail

Des études ont montré que les mauvaises conditions de travail sont parmi les principales causes de la violence vécue par les soignants.^[13-15] En particulier, le fait d'avoir trop à faire en trop peu de temps avec une autonomie limitée place les soignants dans une impasse : ils savent qu'ils doivent entrer dans une situation potentiellement dangereuse et faire les soins quotidiens à toute vitesse ou subir les conséquences qui viennent avec le fait de ne pas terminer le travail qu'on attend d'eux.

Les soins quotidiens – moment où la violence se produit le plus souvent – impliquent souvent des actes intimes et le partage de l'espace vital. Si les soins sont pratiqués à toute vitesse ou, pire, s'ils sont pratiqués de force – par exemple, lorsqu'il faut que le résident se lève, s'habille ou se lave pour être prêt pour un rendez-vous – les résidents peuvent se

sentir menacés, effrayés, bouleversés et être plus sujets à répliquer violemment.^[12] De plus, l'absence d'autonomie empêche les soignants de s'adapter aux besoins des résidents.^[14]

Les politiques en relations avec les couches d'incontinence nous donnent un exemple révélateur. Dans nos groupes de discussion, des soignants ont déclaré être limités dans le nombre de couches qu'ils peuvent utiliser par patient et ils ont pour instruction de ne pas changer une couche tant qu'elle n'a pas atteint le point de saturation indiqué par une ligne bleue. C'est le cas même si le soignant juge que la couche a besoin d'être changé et que le résident demande d'être changé. Les soignants sont constamment dans un dilemme éthique. D'un côté, ils veulent respecter l'autonomie du résident. De l'autre, les politiques attribuables au sous-financement compromettent le bien-être des résidents et la sécurité des soignants.

C'est pour ces raisons que nous avons posé des questions sur la charge de travail. Les résultats de notre sondage indiquent que le personnel de soutien n'a absolument pas assez de temps pour compléter les tâches requises, encore moins pour donner des soins émotionnels ni pour socialiser avec les résidents. La majorité des employés de soutien (60,3 %) déclarent qu'il y a presque toujours trop à faire (tableau 3). Ils se disent constamment en train de courir « sur un tapis roulant », « comme Speedy Gonzales qui tire partout », « comme des poules sans tête ».

Tableau 3 : Surcharge de travail et sentiment d'inaptitude chez les soignants des établissements canadiens de soins de longue durée

Fréquence	À peu près tout le temps			
	À peu près tout le temps	Parfois	Rarement	Jamais
Il y a trop à faire	60,3 %	36,0 %	2,9 %	0,7 %
Sentiment d'inaptitude	40,6 %	46,8 %	8,2 %	4,5 %

Travailler en manque de personnel est une des principales causes de la surcharge de travail et du sentiment de toujours manquer de temps. En fait, travailler en manque de personnel semble être la norme dans les établissements canadiens de soins de longue durée. D'après la moitié environ (43,8 %) des soignants sondés, le personnel est insuffisant *tous les jours*, tandis que pour le tiers (34,4 %), le manque de personnel est un problème hebdomadaire. Dix pour cent seulement ont déclaré que les manques de personnel n'arrivaient qu'une fois par mois ou moins. Ces chiffres sous-estiment fort probablement le problème du manque de personnel, parce que nous avons posé des questions sur les établissements qui manquaient de personnel pour cause de maladie ou de vacances seulement. Les participants aux groupes de discussion ont fait valoir qu'il manquait aussi de personnel parce que de nombreux départs n'étaient pas comblés. Toutefois, le problème est clair : « Ce n'est pas une question de maladie ni de vacances. Il manque de personnel, point à la ligne. » En fait, certains ont même parlé de stratégie de gestion : « Cela permet des économies de ne pas remplacer les départs. »

Là encore, nos comparaisons avec les pays nordiques montrent que ces conditions de travail ne sont pas inévitables (tableau 4). Les différences sont particulièrement marquées en ce qui a trait aux niveaux de personnel. **Travailler en manque de personnel est la norme au Canada et cette norme est vécue à peu près chaque jour par 43,8 % des employés de soutien canadiens. Par contraste, seuls 15,4 % des soignants nordiques ont déclaré manquer de personnel au quotidien.** Tandis que les soignants nordiques estiment, à raison, que c'est beaucoup trop, nos conclusions montrent que travailler en manque de personnel n'est pas une caractéristique inhérente au domaine des soins de longue durée. C'est plutôt un héritage du passé – dans une large mesure un produit des décisions politiques et d'embauche.

Tableau 4 : Travailler en manque de personnel au Canada et en Europe nordique

Pays	Fréquence du manque de personnel				
	À peu près chaque jour	Chaque semaine	Chaque mois	Moins souvent	Jamais
Danemark	23,1 %	31,1 %	21,9 %	18,2 %	5,7 %
Finlande	12,4 %	26,9 %	31,4 %	26,2 %	2,9 %
Norvège	13,6 %	32,4 %	18,5 %	31,2 %	4,2 %
Suède	12,0 %	29,7 %	22,8 %	32,3 %	3,2 %
Europe nordique	15,4 %	30,0 %	23,8 %	26,7 %	4,0 %
Canada	43,8 %	34,4 %	8,7 %	10,6 %	2,5 %

Travailler en manque de personnel et en manque de temps ou de ressources peut aussi être considéré comme une forme de « violence structurelle »^[1] perpétrée à l'endroit des soignants. Travailler dans un tel contexte démoralise les soignants et les plonge dans un sentiment d'inaptitude. Par exemple, nous avons demandé aux répondants à quelle fréquence ils avaient l'impression de ne pas être à la hauteur parce que les résidents ne recevaient pas les soins qu'ils auraient du recevoir (tableau 3). Les soignants ont répondu à 40,6 % qu'ils se sentaient inadéquats « à peu près tout le temps », tandis que 46,5 % se sentent « parfois » inadéquats. Ils ne sont que 12,7 % à se sentir rarement ou jamais inadéquats. Dans les groupes de discussion, les travailleuses et travailleurs ont fourni des exemples : ne pas pouvoir prendre le temps d'expliquer aux résidents pourquoi ils doivent retourner dans leur chambre, ne pas pouvoir s'asseoir avec les résidents lorsqu'ils pleurent, ne pas laisser le temps aux résidents de mâcher leur nourriture. Déplorant le fait d'avoir à faire manger trois ou quatre résidents en même temps, un soignant a fait remarquer que : « C'est horrible d'avoir à leur enfourner la nourriture dans la bouche. » Cette violence structurelle a un impact certain sur les soignants qui aspirent à bien soigner. Et la souffrance ne s'arrête pas là :

Cela crève le cœur de partir en sachant qu'un résident est en colère et qu'on n'a pas eu le temps de s'asseoir avec lui et de discuter du problème. Le problème nous suit jusqu'à la maison, vous savez.

Je me sens très mal, surtout que je sais, dans le fond de mon cœur, comment il faudrait prendre soin d'une personne, comment j'aimerais moi-même qu'on prenne soin de moi, comment je voudrais qu'on prenne soin des membres de ma famille. Quand on se retrouve à donner des soins à un résident et qu'on ne peut même pas se rapprocher de la manière dont les soins devraient être données, surtout lorsqu'on sait, c'est très décevant. Les résidents y perdent de la dignité. Nous aussi.

8. Socialisation et soins relationnels

Une autre conséquence du manque de ressources et de personnel dans le contexte des soins de longue durée est que plusieurs occasions de bâtir des relations avec les résidents se perdent. Passer du temps avec les résidents – converser, boire un café, regarder la télé, manger, aller magasiner – est essentiel pour bâtir des relations. Ces relations aident à prévenir la violence et ce sont un élément caractéristique des soins de qualité.^[13]

Nous avons donc voulu savoir combien de temps les soignants consacraient à la socialisation avec les résidents. Dans l'ensemble, ils consacrent beaucoup moins de temps qu'ils voudraient. Plus de la moitié (53,9 %) déclarent n'avoir que rarement ou jamais le temps de converser ou de prendre un café avec les résidents (tableau 5). Ils sont encore moins nombreux à participer à des activités récréatives avec les résidents ou à les accompagner pour magasiner.

Tableau 5 : Fréquence et types d'activités de socialisation auxquelles participent les soignants des établissements canadiens de soins de longue durée

Fréquence Type de socialisation	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Chaque semaine	Chaque mois	Moins souvent ou jamais
Prendre un café ou converser avec un résident	16,2 %	16,7 %	8,2 %	5,6 %	53,3 %
Participer à une activité récréative avec un résident	5,0 %	5,5 %	6,6 %	7,6 %	75,3 %
Accompagner un résident pour magasiner	0,8 %	0,3 %	2,1 %	5,8 %	91,1 %

Par contraste, s'asseoir et prendre un café fait partie du quotidien chez la plupart des soignants des pays nordiques. La moitié (49,7 %) des soignants des pays nordiques disent s'asseoir pour prendre un café avec les résidents au moins une fois par jour, alors qu'au Canada, le simple fait de suggérer de s'asseoir et de prendre un café avec les résidents déclenche un fou-rire. Cependant, certains se souviennent d'une époque où la socialisation et les soins émotionnels existaient : « Ce n'est plus comme il y a des années, quand on avait le temps de s'asseoir auprès d'une personne qui pleurait. On a beaucoup moins de temps et beaucoup plus de travail à faire. »

L'absence de possibilité de socialiser avec les résidents n'est pas étonnante, vu les conditions de travail hautement stressantes et le sous-financement des soins de longue durée. Les soins relationnels exigent du temps et de la flexibilité. Ils exigent par-dessus tout un soutien institutionnel – sous la forme d'une culture organisationnelle qui encourage l'établissement de relations, mais aussi sous la forme de ressources matérielles qui permettent aux soignants d'assurer de tels soins.^[3]

Toutefois, la médiocrité des conditions de travail n'est qu'un facteur : il serait plus juste de conclure que les lamentables conditions de travail dans les établissements de soins de longue durée sont un héritage du sexisme. Comme nous l'a rappelé une universitaire nordique, Kari Waerness, un des effets du sexisme a été de sous-évaluer le travail de soin.^[16] Le sexisme, plus particulièrement, a mené à une ignorance profonde des formes de rationalité et de jugement, des types de communication, des capacités et du savoir-faire requis pour fournir des soins de qualité. Autrement dit, des postulats sexistes ont escamoté la *complexité* du travail de soins.^[17, 18]

Par conséquent, les soins sont désormais considérés comme une activité que les femmes font naturellement plutôt qu'une compétence qui s'apprend et qui se perfectionne. Ce type sous-tend la médiocrité de la formation que les soignants reçoivent, l'absence de ressources à leur disposition, le fait qu'ils n'ont aucune autonomie et aucune flexibilité, ainsi que le fait que l'on privilégie les tâches instrumentales lorsqu'il s'agit d'évaluer leur travail. L'absence de support et l'accent sur les tâches, en particulier, ne rendent pas honneur au travail de soin, en le soumettant à une logique industrielle et instrumentale. Cette façon de faire déshumanise à la fois les soignants et les résidents.

...J'ai l'impression de travailler sur une chaîne de montage. ... Dans un intervalle donné, il faut traiter un nombre 'x' de résidents – on les rentre, on les habille, on les ressort. Il n'y a pas de marge de manœuvre. Pas de temps pour une touche personnelle. Et cela me donne l'impression de travailler sur une chaîne de montage.

9. Autonomie et communications entre collègues

La flexibilité au niveau de l'organisation de son travail est une caractéristique déterminante d'un environnement de travail qui permet l'autonomie.^[13] Il a également été démontré que la flexibilité prévient la violence parce qu'elle permet aux soignants de mieux répondre aux besoins, aux humeurs et aux désirs des résidents.^[12] La communication entre collègues est aussi importante au chapitre de la prévention de la violence, parce qu'elle permet aux soignants de discuter de l'évolution des besoins des résidents, de s'avertir de la mauvaise humeur de certains et de partager les stratégies de gestion du comportement qui ont du succès.^[19]

C'est pourquoi nous avons demandé aux employés de soutien sondés d'évaluer le degré d'autonomie dont ils disposent pour effectuer leur travail quotidien. Nous leur avons

aussi demandé s'ils avaient suffisamment de temps pour discuter des difficultés avec leurs collègues.

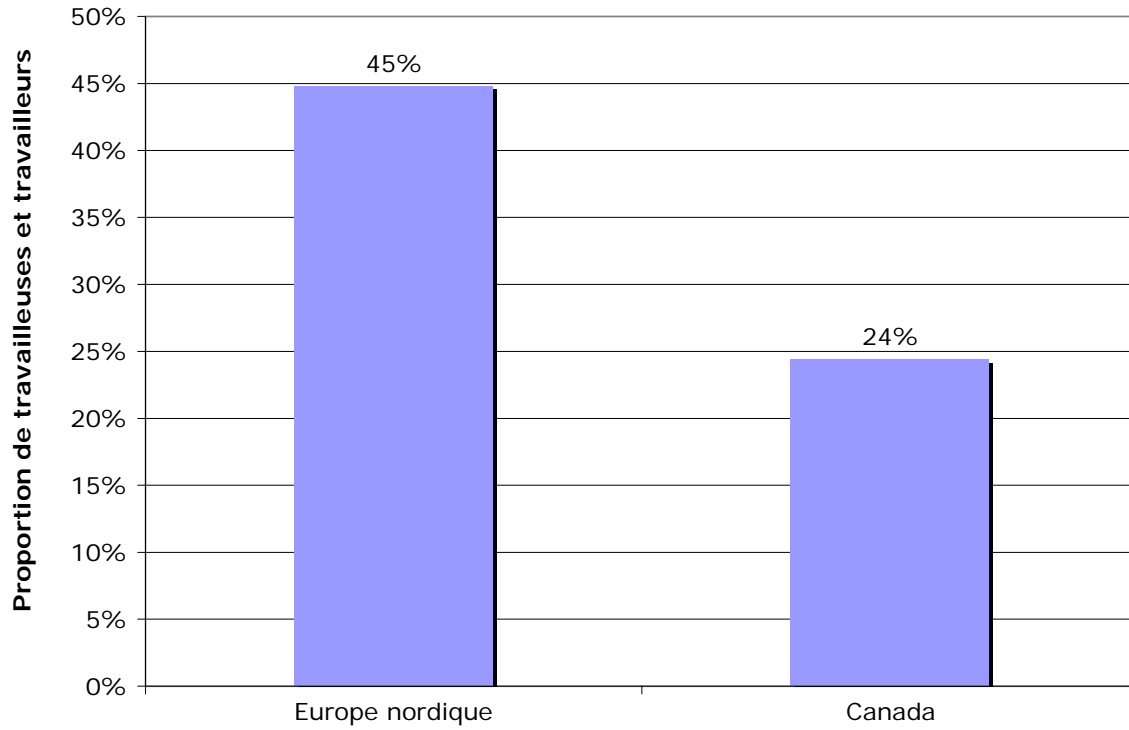
Il s'avère que les niveaux d'autonomie et de communication sont bas. Seuls 23,8 % des employés de soutien disent pouvoir influencer le planning d'une journée de travail. De même, seuls 21,5 % disent avoir la possibilité de discuter « à peu près tout le temps » des difficultés du travail avec leurs collègues (tableau 6). Environ la moitié des soignants sondés disent qu'ils ont « parfois » de l'influence sur le planning, mais cette flexibilité peut être plus apparente que réelle. Dans nos groupes de discussion, des soignants ont dit se méfier de cette flexibilité parce qu'elle signifie souvent une réorganisation constante des priorités dans un contexte de manque de temps.

Tableau 6 : Autonomie et communication chez le personnel de soutien de l'échantillon canadien

Fréquence	Toujours ou la plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
Pouvoir d'influencer sur le planning quotidien	23,8 %	49,7 %	22,5 %	4,0 %
Temps suffisant pour discuter des difficultés avec les collègues	21,5 %	55,0 %	21,8 %	1,7 %

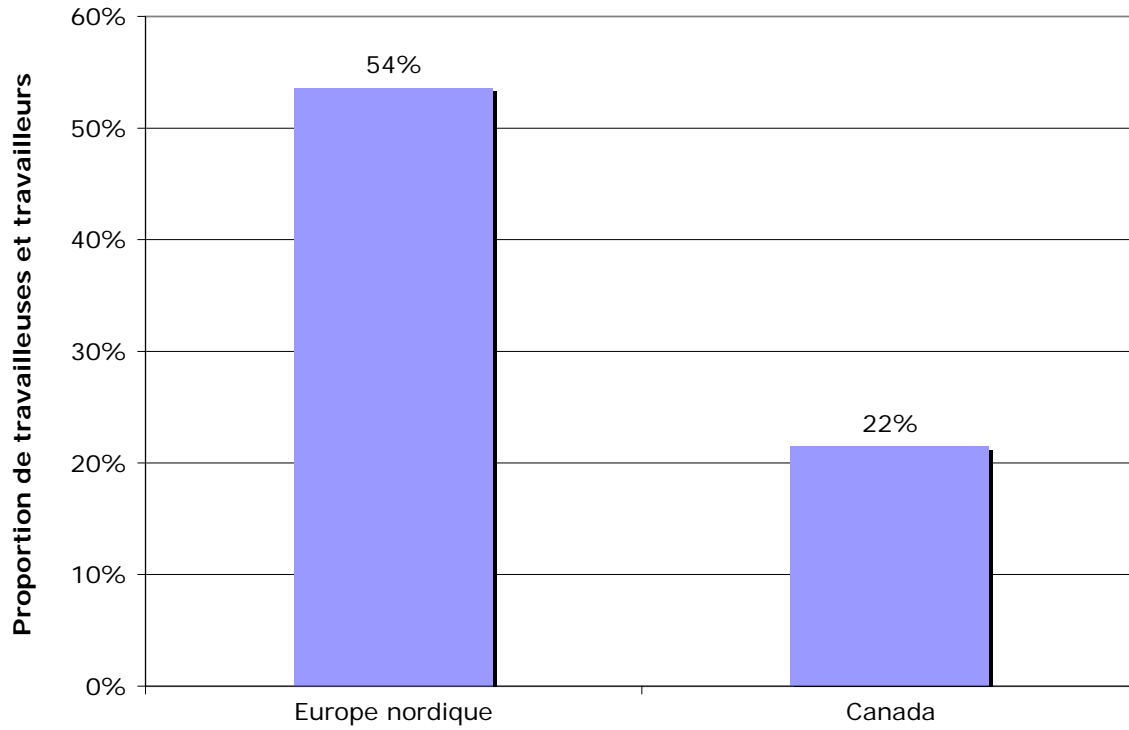
Lorsqu'on compare ce qui se passe dans les provinces canadiennes sondées à la situation dans les pays nordiques, force est de constater que la situation canadienne est unique. Dans les pays nordiques sondés, les travailleuses et travailleurs disent avoir plus de flexibilité qu'au Canada (figure 2). En particulier, environ 45 % des soignants nordiques affirment pouvoir influencer sur le planning quotidien « Toujours ou la plupart du temps ». Au Canada, la proportion n'est que de 23,8 %. La plus grande flexibilité dont bénéficient les soignants de l'Europe nordique peut expliquer en bonne partie les plus faibles niveaux de violence dans ces pays. Cependant, d'autres recherches seront nécessaires afin d'explorer cette relation.

Figure 2 : Proportion des travailleuses et travailleurs capables d'influer « toujours ou la plupart du temps » sur le planning de la journée de travail dans les pays nordiques et dans les provinces canadiennes



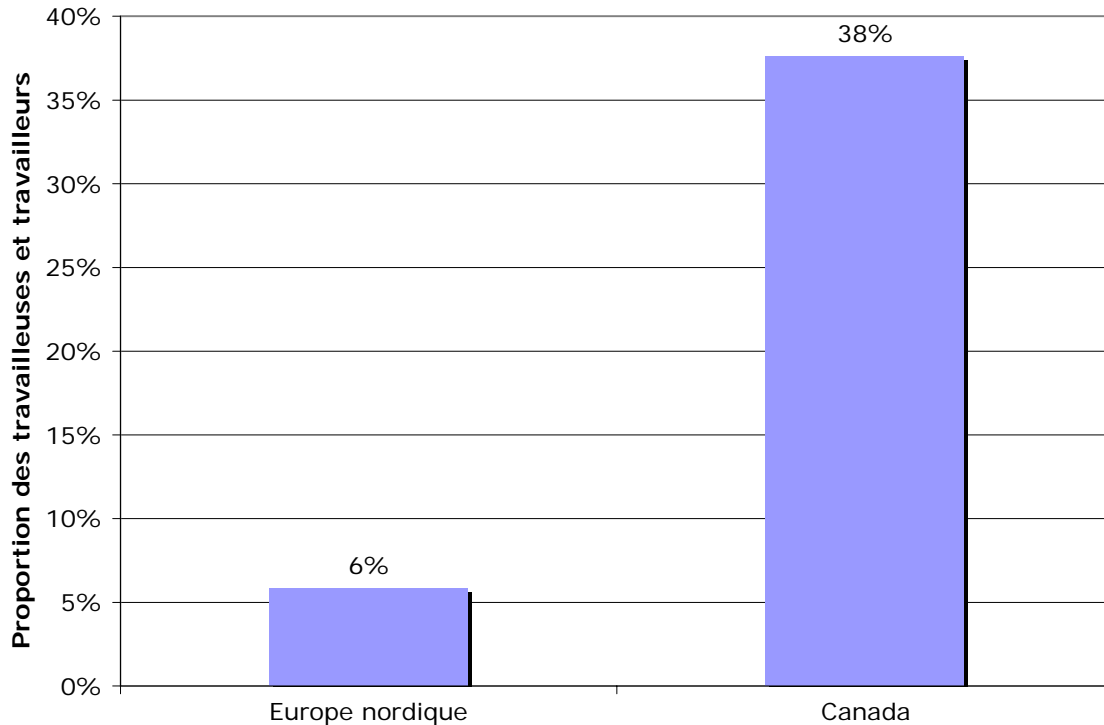
Pour bien comprendre les différents niveaux de violence entre les pays nordiques et le Canada, il faut tenir compte du niveau de communication entre les collègues (figure 3). *La moitié* (54 %) des soignants nordiques se disent capables de discuter des difficultés avec leurs collègues la plupart du temps. Au Canada, seul *le cinquième* (21,5 %) des soignants peuvent ainsi partager leurs connaissances.

Figure 3 : Proportion des travailleuses et travailleurs qui ont assez de temps pour discuter « toujours ou la plupart du temps » des difficultés avec leurs collègues dans les pays nordiques et les provinces canadiennes



Avec ces grandes différences au niveau de la communication et de la flexibilité – qui s’ajoutent à un constant manque de personnel – il n’est probablement pas étonnant d’apprendre que les soignants canadiens ont l’impression de travailler tout seuls. En fait, plus du tiers (37,6 %) des répondants canadiens sont « fortement d’accord » avec l’affirmation voulant qu’ils soient trop souvent laissés à eux-mêmes pour prendre soin des résidents. Les soignants nordiques ne sont que 6 % à penser ainsi (figure 4).

Figure 4 : Proportion des travailleuses et travailleurs qui sont « fortement d'accord » avec l'affirmation voulant qu'ils soient trop souvent laissés à eux-mêmes pour prendre soin des résidents dans les pays nordiques et les provinces canadiennes



Se sentir seul, ou être laissé à soi-même pour prendre soin d'un résident, dans un environnement où le travail d'équipe est essentiel, pose une menace significative pour la santé et la sécurité des soignants comme des résidents.

10. Démences

Les résidents arrivent dans les établissements de soins de longue durée plus vieux et plus malades qu'avant.^[20] Les établissements de soins de longue durée dont la population compte de 60 à 70 pour cent de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence ne sont pas rares.^[21] Plusieurs, pour ne pas dire la plupart des résidents souffrent en outre d'une série d'affections et d'insuffisances. Le stress sur les soignants augmente d'autant, parce qu'ils n'ont pas assez de temps et de ressources pour répondre aux besoins de ces gens.

Le fait que certains résidents soient particulièrement agressifs a été pris en compte dans les recherches. Dans son examen des déclarations d'accident de travail, par exemple, Boyd a conclu que 10 % des résidents sont responsables des incidents de violence déclarés. Comme il fallait s'y attendre, le sexe est un facteur dans ces cas. Il s'avère que les hommes sont trois fois plus susceptibles d'être agressifs que les femmes. Ces gens qui ont tendance à être violents ont favorisé le développement d'unités spéciales de soins

pour résidents lourdement handicapés cognitivement, ainsi que des interventions de formation pour permettre aux soignants de développer des compétences spécialisées dans l'atténuation et la gestion des situations violentes. Des études ont montré que les interventions de ce type agissent à la baisse sur la violence à l'égard des soignants, bien qu'elles ne l'éliminent pas.^[19, 22, 23]

Les employés de soutien de notre étude ont exprimé de graves préoccupations relativement aux besoins de soins des résidents et au manque de temps et de ressources pour satisfaire ces besoins. Comme l'a expliqué une soignante :

Ils arrivent à 90 ans et plus totalement dépendants ... Même s'il y avait un ratio de huit résidents par soignant, ce serait comme s'il y en avait douze, à cause de la somme de travail qu'il y a à faire.

Les plus jeunes résidents arrivent aussi avec des problèmes graves et des besoins complexes :

Dans les soins de longue durée, il y a aussi des gens qui ont des lésions médullaires, des accidentés de la route, des cas de SLA, de SEP et de maladie mentale et physique, alors il n'y a pas que les personnes âgées. La population est beaucoup plus complexe dans notre établissement. Et certaines d'entre nous n'ont pas nécessairement la formation pour s'occuper d'une personne physiquement et mentalement malade. Déjà, là, c'est stressant de ne pas avoir une formation adéquate.

Le manque de ressources est également mis en relief par l'omission de fournir une formation adéquate. Comme l'a fait valoir un soignant :

*Il y a toutes sortes de désordres mentaux. Aucun de nous n'a été formé pour ça. Aucun. Personne n'a suivi de cours de psychologie. Les infirmières auxiliaires, les aides ménagers, personne. Les infirmières autorisées, **peut-être**. Nous ne sommes pas en sécurité. Les résidents ne sont pas en sécurité. La situation est hors de contrôle ... vraiment **hors de contrôle**. [Nous soulignons.]*

Tel qu'indiqué précédemment, les recherches indiquent que des interventions de formation peuvent contribuer à prévenir la violence et à créer un environnement de travail plus sécuritaire pour le personnel et les résidents. Toutefois, notre étude suggère que la formation en soi *ne suffit pas*. Les programmes de formation doivent être appuyés par des ressources adéquates. Les formations actuelles qui se donnent directement dans les établissements – « à l'interne » – obligent souvent les travailleuses et travailleurs à investir leur propre temps, ou les pauses dont ils ont pourtant grand besoin. Évidemment, cela crée du ressentiment en plus d'influencer à la baisse sur le taux de participation. Comme l'a fait valoir une soignante : « Nous avons de la formation à l'interne, mais ils appellent ça des déjeuners-conférence et ils utilisent notre temps de pause. Ils fournissent le sandwich et s'imaginent qu'on ne peut pas demander mieux. »

Les groupes de discussion ont également révélé que les soignants n'ont pas le temps de participer aux séances de formation : « On y va dix minutes et on part. On n'a pas le temps de rester toute la demi-heure. » Pour satisfaire aux exigences de la direction et du ministère de la Santé, certains employés se présentent et, après quelques minutes, signent la feuille de présence et quittent, ce qui fait que le taux de participation est surévalué : « Ils se fichent qu'on y aille seulement pour deux minutes, du moment qu'on signe leur bout de papier... » Obliger les gens à suivre une formation sans vraiment s'inquiéter de savoir si elle est efficace est, comme notre recherche l'indique, au mieux contreproductif, au pire dangereux.

11. Impact de la violence

Compte tenu de l'absence de rapport officiel, du laxisme avec lequel les établissements font le suivi des incidents violents, ainsi que de la rareté des recherches sur la violence au travail, il est difficile de déterminer l'impact de cette violence sur le personnel. Ce qui est clair, toutefois, c'est que les travailleuses et travailleurs qualifient cette violence d'« épouvantable » et de « dégradante », l'accusant de rendre le travail intensément « stressant ».

Les niveaux élevés de violence physique, verbale et sexuelles, combinés avec la violence structurelle qu'implique la dispensation de soins dans un environnement en manque de personnel et de ressources, pousse les travailleuses et travailleurs jusqu'à leurs limites d'endurance. Les employés de soutien sont physiquement et mentalement épuisés. Ils terminent leur journée de travail *presque toujours* fatigués physiquement (62,9 %), épuisés mentalement (39,6 %), avec un mal de dos (36,3 %). Ce sont là autant de pistes révélatrices de la gravité de l'impact des conditions de travail actuelles. Pour reprendre les mots d'une soignante : « La journée n'est pas encore commencée que je fais des prières pour partir au plus vite! »

Comme dans d'autres domaines, la situation canadienne est extrême. En comparant avec la plupart des pays nordiques, nous constatons que la situation peut être améliorée (tableau 7). Les taux nordiques d'épuisement sont nettement moins élevés. **Les employés de soutien canadiens sont deux fois plus susceptibles de se sentir physiquement épuisés à la fin de la journée, trois fois plus susceptibles de souffrir de maux de dos et quatre fois plus susceptibles d'être mentalement épuisés que les soignants nordiques.**

Tableau 7 : Impact du travail dans les établissements de soins de longue durée dans les pays nordiques et dans les provinces canadiennes

Pays	À la fin de la journée de travail, j'éprouve presque toujours :		
	de l'épuisement physique	de l'épuisement mental	des maux de dos
Danemark	26,0 %	8,3 %	11,5 %
Finlande	32,8 %	11,6 %	9,8 %
Norvège	29,5 %	8,0 %	12,1 %
Suède	28,7 %	15,5 %	15,2 %
Europe nordique	29,4 %	10,6 %	11,9 %
Canada	62,9 %	43,5 %	36,3 %

Les conditions de travail violente ont aussi un impact matériel, notamment parce que les coûts augmentent (les coûts des soins médicaux et psychologiques, lorsqu'il y en a), des dommages sont infligés à la propriété, la productivité diminue et les services de sécurité doivent être augmentés.^[4] En particulier, plusieurs études suggèrent que la violence contre les soignants joue sans doute un rôle dans l'accélération du coûteux roulement du personnel qui afflige le domaine des soins de longue durée.^[24] En fait, le taux de roulement chez le personnel de soutien est étonnamment élevé : ils est de 40 à 70 %, quoique dans certains établissements, il peut même grimper jusqu'à 500 %.^[13] Un roulement aussi élevé exacerbe la lourdeur de la charge de travail dans un environnement qui manque déjà de personnel. Dans les groupes de discussion, les soignants ont accusé cette situation de précipiter la violence au travail et d'accélérer l'incidence des maladies et des blessures. Les maladies et blessures coûtent cher aux travailleuses et travailleurs, mais aussi aux employeurs et à l'État.

12. Conclusion

Travailler dans le domaine des soins de longue durée est dangereux. Les employés de soutien sont victimes de violence à une fréquence alarmante. Ils peuvent s'attendre à être physiquement et verbalement agressés sur une base quotidienne. La violence sexuelle est également courante. Et toute cette violence en est venue à être considérée normale, caractéristique du travail.

Pourtant, la violence n'est pas une caractéristique inhérente des soins de longue durée. Nos comparaisons avec les pays nordiques indiquent clairement que les soins de longue durée peuvent être dispensés dans des conditions beaucoup plus sécuritaires. Il faut mieux comprendre comment les pays nordiques préviennent cette violence qui est si courante dans les établissements canadiens. Notre étude suggère que les réponses résident dans les conditions de travail et les relations de travail qui se pratiquent dans les établissements nordiques. Il s'agit donc d'un domaine où des recherches s'imposent.

Nous avons par contre la certitude que les forts niveaux de violence vécus par les travailleuses et travailleurs des établissements canadiens de soins de longue durée sont la conséquence *des conditions de travail actuelles, qui obligent les soignants à faire trop,*

trop vite, avec trop peu de ressources et avec une autonomie limitée. Nous avons également la certitude que la qualité des conditions de travail est directement liée à la qualité des conditions de vie des résidents.

Il est possible de développer des stratégies pour améliorer les conditions de travail des soignants en même temps que les conditions de vie des résidents. Pallier au manque chronique de personnel serait un excellent point de départ. On pourrait aussi permettre une plus grande autonomie aux soignants et leur accorder davantage de ressources. Pour vraiment transformer la situation, il faut reconnaître à sa juste valeur les compétences qu'implique ce travail de soin presque exclusivement féminin. Il serait également nécessaire de documenter les incidents violents, car la plupart ne sont pas signalés. Naturellement, comme le révèle notre étude, le signalement de la violence ne sera possible que si l'on élimine la peur du blâme et que l'on reconnaît certaines formes de violence, comme le racisme et la violence sexuelle. Favoriser l'instauration d'un environnement de travail où le personnel a vraiment son mot à dire devrait donc être une orientation politique clé. Pour ce faire, il faut donner aux soignants un vrai droit de regard sur la conception et l'organisation du travail. Il faut aussi soutenir et récompenser adéquatement les *soins* dans leur sens le plus large – et non pas simplement privilégier certaines tâches.

Les changements démographiques – les besoins accrus des personnes âgées et malades, le fardeau que constituent les démences et les tensions créées par le fait que l'on mélange des gens d'âges différents aux besoins différents – imposent une pression accrue sur le personnel de soutien. Il faut que cette situation soit reconnue et que des ressources adéquates soient dégagées. Naturellement, une meilleure formation dans ces domaines est essentielle, mais comme le révèle notre étude, cela ne suffit pas. Les travailleuses et travailleurs n'ont ni le temps ni les ressources nécessaires pour participer aux séances de formation et encore moins pour prendre soin de cette catégorie de résidents.

Enfin, les niveaux de violence sont stupéfiants, ce qui soulève des questions fondamentales quant à la place qu'occupent les soins de longue durée dans la société canadienne. Comment est-il possible qu'une telle violence puisse passer sous silence? À quelle hauteur les soins aux personnes âgées s'inscrivent-ils dans l'échelle de valeur des Canadiens? Qu'est-ce que toute cette violence révèle sur la manière dont nous traitons les soignants à qui nous confions nos êtres chers? Ce sont là des questions troublantes qui méritent qu'on y réfléchisse. Car, si les soins dispensés aux citoyens après la contribution de toute une vie sont le baromètre de notre société, à quelle conclusion peut-on arriver?^[2]

13. Références

1. Farmer, P., *On suffering and structural violence: A view from below*. Daedalus, 1996. **125**(1): p. 261-283.
2. Armstrong, P., en coll. avec A. Banerjee, *Challenging Questions: Designing Long-Term Facility Care with Women in Mind*. 2007, Women and Health Care Reform: Toronto.
3. Vladeck, B.C., *Unloving Care Revisited: The Persistence of Culture*, in *Culture Change in Long Term Care*, A.S. Weiner and J.L. Ronch, Editors. 2003, Haworth Social Work Practice Press: Binghamton, NY. p. 1-9.
4. Boyd, N., *Gently into the Night: Aggression in Long-term Care*. 1998, Worker's Compensation Board of British Columbia: Victoria.
5. Boyd, N., *Violence in the workplace in British Columbia: A preliminary investigation*. Canadian Journal of Criminology, 1995. **37**: p. 491-519.
6. Lusk, S.L., *Violence experienced by nurses' aides in nursing homes: an exploratory study*. AAOHN Journal, 1992. **40**(5): p. 237-241.
7. Gates, D., E. Fitzwater, and U. Meyer, *Violence against caregivers in nursing homes: expected, tolerated, and accepted*. Journal of Gerontological Nursing, 1999. **25**(4): p. 12-22.
8. Hellzen, O. et al., *The meaning of caring as described by nursing caring for a person who acts provokingly: an interview study*. Scandinavian Journal of Caring Science, 2004. **18**: p. 3-11.
9. Goodridge, D.M., P. Johnston et M. Thomson, *Conflict and Aggression as Stressors in the Work Environment of Nursing Assistants: Implications for Institutional Elder Abuse*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 1996. **8**(1): p. 49-67.
10. Gates, D., E. Fitzwater et P. Succop, *Reducing assaults against nursing home caregivers*. Nursing research, 2005. **54**(2): p. 119-127.
11. Levin, P.F. et al., *Assault of Long-Term Care Personnel*. Journal of Gerontological Nursing, 2003. **Mars**: p. 28-35.
12. Shaw, M.M., *Aggression Toward Staff by Nursing Home Residents: Findings from a Grounded Theory Study*. Journal of Gerontological Nursing, 2004. **Octobre**: p. 43-54.
13. Gruss, V. et al., *Job Stress Among Nursing Home Certified Nursing Assistants: Comparisons of Empowered and Nonempowered Work Environments*. Alzheimer's Care Quarterly, 2004. **5**(3): p. 207-216.
14. Chappell, N.L. et M. Novak, *The Role of Support in Alleviating Stress Among Nursing Assistants*. The Gerontologist, 1992. **32**(3): p. 351-359.
15. Novak, M. et N.L. Chappell, *Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elder*. International Journal of Aging and Human Development, 1994. **39**(2): p. 105-120.
16. Waerness, K., *The Rationality of Caring*. Economic and Industrial Democracy, 1984. **5**(2): p. 185-211.

17. Armstrong, P., H. Armstrong et K. Scott-Dixon, *Critical to Care: Women and Ancillary Work in Health Care*. 2006, The National Coordinating Group on Health Care Reform and Women; <http://www.cewh-cesf.ca/healthreform/>.
18. Armstrong, P. et T. Daly, *There are Not Enough Hands: Conditions in Ontario's Long-Term Care Facilities*. 2004, SCFP: Toronto.
19. Morgan, D.G. et al., *Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 2005. **12**(3): p. 347-358.
20. Stephenson, M. et E. Sawyer (éd.). *Continuing the Care: The Issues and Challenges for Long-Term Care*. 2002, CHA Press: Ottawa.
21. PWC, *Report of a Study to Review Levels of Service and Responses to Need in a Sample of Ontario Long-Term Care Facilities and Selected Comparators*. 2001, PriceWaterhouseCoopers, LLP.
22. Morgan, D.G. et al., *Evaluating rural nursing home environments: dementia special care units versus integrated facilities*. Aging and Mental Health, 2004. **8**(3): p. 256-265.
23. Gates, D. et al., *Preventing Assaults by Nursing Home Residents: Nursing Assistants' Knowledge and Confidence - A Pilot Study*. Journal of American Medical Directors Association, 2002. **3**: p. 366-70.
24. Kozak, J. et T. Lukawiecki, *Abuse and Neglect in Long-Term Care: A Resident's Perspective*. 2001, Family Violence Prevention Unit, Health Canada: Ottawa.