



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA



NUMÉRO 145



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 16 mai 2019

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le jeudi 16 mai 2019

[Traduction]

• (1550)

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC)): Bonjour. Bienvenue à la 145^e réunion du Comité permanent de la santé. Nous poursuivons notre étude de la violence subie par les travailleurs de la santé.

Nous avons un certain nombre d'excellents témoins à entendre aujourd'hui. De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, nous accueillons Mme Josette Roussel, responsable de programme, Pratiques et politiques infirmières, et Mme Isabelle St-Pierre, infirmière autorisée. Nous accueillons également Dre Kulvinder Gill, présidente de Concerned Ontario Doctors.

[Français]

De la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, nous recevons Mme Linda Lapointe, qui en est la vice-présidente, ainsi que M. Laurier Ouellet, qui est le président du Syndicat des professionnelles en soins de Chaudière-Appalaches.

[Traduction]

Aussi présent, de l'Hôpital d'Ottawa, M. Thomas Hayes, directeur, Sûreté, Sécurité, Stationnement et Santé du personnel, Ressources humaines.

Chacun d'entre eux disposera de 10 minutes pour faire son exposé. Nous allons commencer par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Madame Roussel, vous avez 10 minutes.

Mme Josette Roussel (responsable de programme, Pratiques et politiques infirmières, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci, madame la présidente. Mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir invitée à comparaître.

Je m'appelle Josette Roussel. Je suis infirmière autorisée et la responsable du programme Pratiques et politiques infirmières de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je suis accompagnée par ma collègue, Mme Isabelle St-Pierre, qui est infirmière autorisée et professeure agrégée à l'Université du Québec en Outaouais. Mme St-Pierre a aussi un doctorat en sciences infirmières, lequel s'articule autour de la violence horizontale en milieu de travail.

[Français]

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est la voix professionnelle nationale et mondiale des soins infirmiers au Canada. Elle représente un peu plus de 135 000 infirmières et infirmiers dans les 13 provinces et territoires du Canada.

L'AIIIC fait progresser la pratique et la profession infirmières afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Le système de santé du Canada ne pourrait pas fonctionner sans les infirmières. Le cadre de travail des infirmières varie et comprend notamment les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers, les centres de réadaptation, les cliniques, les organismes communautaires, les centres de détention, les établissements de soins de longue durée et les soins à domicile.

Le problème de la violence dans le milieu de la santé n'est pas nouveau. La violence peut être non déguisée, par exemple, la violence physique, verbale, financière ou sexuelle, ou elle peut être déguisée, par exemple la négligence, la brutalité ou l'humiliation devant autrui. La violence peut régner entre les employés d'une même organisation, par exemple, entre collègues infirmiers, ou entre employés et non-employés, par exemple entre patients et infirmières.

En fait, la violence est un problème mondial largement reconnu, le tiers des infirmières dans le monde étant victimes d'agressions physiques, les deux tiers étant exposées à la violence non physique au travail, et 80 % étant victimes d'une forme quelconque de violence au travail. Bien que ces chiffres révèlent une situation alarmante, en fait, elle est bien pire. Seulement 19 % des infirmières déposent une plainte officielle pour violence en milieu de travail.

Une analyse statistique montre que 60 % des nouvelles infirmières qui subissent la violence au travail démissionnent de leur premier emploi dans les six mois suivant leur embauche et que 50 % d'entre elles choisiront de quitter la profession complètement. Les infirmières sont celles qui risquent le plus d'être agressées dans leur milieu de travail, après les policiers.

Bien que toutes les infirmières soient susceptibles d'être victimes d'actes de violence en milieu de travail, les infirmières qui travaillent dans les établissements de soins de longue durée, les services d'urgence et les établissements psychiatriques sont les plus exposées, de même que les travailleurs de nuit et les infirmières débutantes.

Les auteurs d'actes de violence en milieu de travail sont notamment les patients, leurs familles ou les visiteurs. Il peut s'agir des médecins, des gestionnaires, d'autres infirmières ou d'autres employés. On sait aussi que les conditions de travail favorisent la violence en milieu de travail. Parmi les facteurs organisationnels qui contribuent au problème, mentionnons la surcharge de travail, le manque de personnel, le recours excessif aux heures supplémentaires obligatoires ou volontaires, le manque de soutien de la direction lorsqu'il y a dénonciation de la violence en milieu de travail et le manque de conscience des conséquences par l'auteur des actes de violence.

Parmi les conséquences de la violence en milieu de travail les plus souvent signalées, mentionnons les blessures physiques, les troubles post-traumatiques, l'épuisement professionnel, les problèmes de gestion de la colère et la peur tenace et l'anxiété, pour n'en nommer que quelques-unes. Les données statistiques de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario indiquent qu'en 2016, les accidents avec perte de temps attribuables à la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé étaient beaucoup plus nombreux que dans d'autres secteurs, avec plus de 800 accidents, comparativement à 138 dans le secteur manufacturier, trois dans la construction et aucun dans l'exploitation minière.

Les répercussions de la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé sont significatives, et leurs retombées sont réelles. La violence compromet le sort des patients, des infirmières et des organisations.

L'Association formule quatre recommandations.

La première, c'est que le gouvernement fédéral initie une stratégie pancanadienne visant à expliquer pourquoi la violence en milieu de travail demeure un problème et pourquoi les actions mises en oeuvre continuent d'avoir un succès limité. Cette étude pourrait prendre la forme de consultations, de tables rondes et d'une enquête publique visant à demander l'avis des politiciens, des hauts dirigeants, des professionnels de la santé, des patients et des familles. Cette étude du gouvernement fédéral mènerait également à des définitions plus claires et plus ciblées de la violence afin de cheminer vers un langage commun qui permettra une comparaison des données.

La deuxième, c'est que le gouvernement fédéral crée un centre de diffusion des pratiques d'avenir et fasse naître des occasions de partage d'informations afin que les organisations se penchent sur les pratiques exemplaires et tirent des leçons des incidents et des quasi-incidents.

Troisièmement, nous recommandons que le gouvernement fédéral appuie le financement nécessaire pour évaluer les programmes existants et les stratégies fructueuses et qu'il dirige un programme de recherche longitudinale sur la violence en milieu de travail. Ces évaluations devraient mettre l'accent sur les leçons à tirer des incidents et des quasi-incidents, sur ce que les professionnels de la santé jugent efficace dans leur organisation et sur les moyens de s'assurer que les politiques donnent les résultats escomptés sur le terrain.

Enfin, nous recommandons que le gouvernement fédéral élabore, de concert avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les organismes de soins de santé, des stratégies de prévention qui tiennent compte des caractéristiques personnelles, des relations interpersonnelles et des facteurs organisationnels. Ces stratégies pourraient consister, par exemple, à améliorer minimalement les systèmes de gestion des ressources humaines de la santé, les communications et les conditions de travail.

Conjugué à ces recommandations, j'aimerais aussi faire remarquer que le problème s'explique en partie du fait que la définition de ce qui constitue de la violence en milieu de travail varie. On emploie indifféremment un mot pour l'autre et il n'y a pas une typologie normalisée qui classe les formes de violence en milieu de travail. Le mémoire de notre Association donnera un meilleur aperçu des complications résultant de différentes définitions. Toutefois, il faut trouver un langage plus normalisé pour exposer le problème. On se demande encore si l'intention doit être un élément de définition également.

Finalement, compte tenu de la tendance à la hausse du nombre d'incidents violents dans le milieu des soins de santé, l'Association est d'avis qu'il est urgent que le gouvernement fédéral intervienne, notamment en offrant du soutien aux victimes. L'adoption des recommandations formulées aujourd'hui permettra au Comité permanent de répondre au besoin grandissant de mesures de prévention, d'évaluation et d'intervention dans le domaine de la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé.

Il faudra un effort soutenu et concerté pour réaliser ce que nous voulons tous, soit des milieux de travail sans violence et, en conséquence, l'amélioration du sort des patients, des infirmières et des organisations. De plus, étant donné que différents facteurs contribuent à la violence exercée par les familles des patients ou les professionnels de la santé, il faudra des stratégies diverses et multidimensionnelles pour calmer la situation. Il n'y a pas d'approche ou de solution universelle.

J'aimerais encore une fois remercier le Comité d'avoir donné à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada l'occasion de partager son point de vue et ses recommandations. Travaillons tous ensemble pour offrir un avenir meilleur aux travailleurs et aux infirmières du secteur des soins de santé.

Il nous fera plaisir de répondre à vos questions. Merci.

• (1555)

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Tout à fait.

Nous entendrons maintenant le Concerned Ontario Doctors.

Docteure Gill, vous avez 10 minutes à votre disposition.

Dre Kulvinder Gill (présidente, Concerned Ontario Doctors): Bonjour.

Je pratique la médecine de première ligne à Brampton et à Milton, en Ontario, j'enseigne la médecine et je suis la cofondatrice et présidente de l'organisme Concerned Ontario Doctors.

Je vous remercie de me donner l'occasion de prendre la parole devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes qui se penche sur la violence subie par les médecins de première ligne au Canada. Je vous parle au nom de Concerned Ontario Doctors, un organisme populaire sans but lucratif qui représente près de 11 000 médecins de famille et spécialistes qui oeuvrent au niveau communautaire et dans le milieu universitaire en Ontario. Nous préconisons un système de santé axé sur les patients, durable, accessible et de grande qualité.

Le système de santé du Canada a déjà été une source de grande fierté pour notre pays. Il est inconcevable que nous soyons maintenant le deuxième avant-dernier des pays les plus riches au monde pour ce qui est de l'accessibilité aux soins. L'Ontario est en pleine crise historique dans le domaine des soins de santé, les médecins subissant une huitième année de compressions budgétaires sans précédent de milliards de dollars dans les soins essentiels aux patients de première ligne, ce qui laisse plus d'un million d'habitants ontariens sans médecin de famille, crée des engorgements dans les salles d'urgence partout dans la province et fait exploser les temps d'attente, les délais pour consulter certains spécialistes pouvant atteindre trois ans. Les patients épanchent de plus en plus leur frustration et leur colère face au système de santé défaillant sur les médecins de première ligne.

Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la violence en milieu de travail désigne « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir [...] contre autrui ou contre un groupe [de personnes], qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou une carence ».

On sait que le secteur des soins de santé a la plus forte incidence d'actes de violence en milieu de travail. En Ontario, près de 29 000 médecins fournissent des soins médicaux de base à 14 millions d'habitants et prodiguent des soins tous les jours à plus de 300 000 patients. Il est essentiel que les gouvernements s'attaquent à la violence contre les médecins de première ligne à tous les niveaux de prestation de soins, depuis les hôpitaux jusqu'aux centres de soins de longue durée, en passant par les centres de santé communautaires et les soins à domicile.

Les médecins canadiens qui travaillent dans les hôpitaux, les services d'urgence psychiatrique et dans les cliniques après fermeture risquent plus qu'avant de tomber sur un patient agressif et violent, tout comme les médecins qui font des visites à domicile ou qui traitent un grand nombre de patients atteints de maladie mentale et de toxicomanie.

La majorité des médecins de première ligne de l'Ontario font face à des risques accrus de violence lorsqu'ils prodiguent des soins dans des cliniques médicales et sans rendez-vous dans la collectivité. Lorsque les tentatives de désescalade échouent, la seule option qui reste — souvent après qu'il y ait eu violence et brutalité —, c'est de prévenir la police. Les médecins de première ligne ont signalé des cas de violence allant des injures à la violence physique, en passant par le racisme et le harcèlement sexuel, sans oublier le crachat, la morsure, les coups de pied, la caresse agressive, les coups, les coups de couteau et l'agression tout court.

Lors d'un sondage mené en 2010 auprès des médecins de famille du Canada, environ le tiers ont déclaré avoir toléré le comportement agressif d'un patient ou d'un membre de sa famille au cours du mois précédent. Au cours de leur carrière, 98 % ont signalé au moins un incident de violence. De ce nombre, 75 % étaient des incidents majeurs, comme le harcèlement sexuel, tandis que près de 40 % étaient graves, comme les agressions sexuelles ou le harcèlement criminel. Les résultats ont varié chez les femmes médecins d'astreinte. Leur sentiment de sécurité a chuté de façon spectaculaire, passant à 7,2 % pendant les heures de garde par astreinte, comparativement à 75 % chez les médecins de sexe masculin. Sur le nombre de médecins ayant été confrontés à un événement violent au cours du mois précédent, 55 % n'étaient pas au courant de l'existence de politiques visant à les protéger, 76 % n'ont pas demandé d'aide et 64 % n'ont pas signalé l'événement violent.

Les médecins subissent de plus en plus de cyberharcèlement et de cyberintimidation de la part des patients. Dans un récent sondage mené par Medscape auprès de médecins en Amérique du Nord, près de 40 % ont déclaré avoir été victimes de violence en ligne. Une plus grande hostilité des patients a été associée à l'anonymat en ligne.

Le rapport de l'étude sur les femmes publié en 2018 par The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine a révélé, chose terrible, que, de tous les domaines STIM, c'est en médecine que le harcèlement sexuel des femmes est le plus répandu, car, en médecine, les harceleurs sont des collègues, des superviseurs, des subalternes et aussi des patients. On a relevé quatre facteurs de risque élevé de harcèlement sexuel en médecine, soit le fait que ce sont des hommes qui sont en position de pouvoir ou en situation

d'autorité, la tolérance organisationnelle à l'égard du harcèlement sexuel, une structure hiérarchique et des environnements qui isolent.

● (1600)

Jusqu'à 50 % des étudiantes en médecine disent avoir été victimes de harcèlement sexuel. Monographies et journaux décrivent une culture du harcèlement en médecine, ce qui a des répercussions à long terme sur la profession, y compris d'importantes contractions de la santé psychologique et physique au sein de la profession. Au Canada, la plupart des étudiants en médecine sont de sexe féminin et la part des personnes de couleur en médecine est supérieure à celle constatée dans la population générale. Cependant, les femmes et les personnes de couleur n'occupent qu'une infime partie des postes de direction. C'est cette culture délétère en médecine qui évince les femmes et les gens de couleur des postes de direction et qui crée des plafonds de verre.

La violence envers les médecins de première ligne est associée à une augmentation du stress, de l'épuisement professionnel, de la dépendance et du risque de maladie mentale, y compris la dépression, l'anxiété et les idées suicidaires. Cela peut aussi entraîner un manque de personnel ou le refus de travailler dans les secteurs à risque élevé et de moins bons résultats pour les patients. C'est très préoccupant, car le taux d'épuisement professionnel signalé par les quelque 87 000 médecins du Canada est maintenant de 50 %, et les médecins de l'Ontario ont un taux d'épuisement professionnel historique de 63 %.

La médecine accuse le taux de suicide le plus élevé de toutes les professions. Cette crise de santé publique est très préoccupante. Le taux de suicide chez les médecins est plus du double de celui dans la population en général, le taux chez les médecins de sexe masculin étant 40 % supérieur à celui des hommes dans la population générale, et le taux chez les médecins de sexe féminin dépassant de 130 % le taux des femmes en général.

Ironiquement, les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation et de délivrance des permis ne traitent pas sur le même pied la santé mentale et la santé physique des médecins. L'un des plus grands obstacles à la prestation de soins de santé mentale aux médecins demeure l'obligation d'en informer ces organismes. La majorité des médecins de première ligne souffre en silence, craignant de perdre leur permis de pratique et leur gagne-pain.

Le Canada pénètre en terrain inconnu, la part de personnes âgées dans sa population devant augmenter de 68 % au cours des 20 prochaines années. Étant donné que notre système de soins de santé est déjà poussé au-delà de ses capacités en raison des compressions importantes subies et de la forte limitation des soins de première ligne, la violence à ce niveau ne peut qu'empirer.

Le gouvernement du Canada a l'occasion de jouer un rôle de premier plan dans l'instauration de changements dans l'ensemble des provinces et des territoires. L'organisme Concerned Ontario Doctors formule 11 recommandations clés.

La première, c'est l'adoption d'une politique de tolérance zéro à l'égard de la violence et du harcèlement en milieu de travail aux premières lignes du système de santé du Canada.

La deuxième, c'est une définition universelle de la violence en milieu de travail.

La troisième consiste à veiller à ce que soient manifestes l'existence de mesures de sécurité et la surveillance visant à lutter contre la violence en milieu de travail dans les hôpitaux, les établissements de soins de santé mentale et les centres de soins de longue durée, et qu'une procédure officielle de signalement protège contre les représailles.

Quatrièmement, il faut élaborer des stratégies globales pour assurer la sécurité des médecins qui pratiquent dans les cliniques communautaires ou sans rendez-vous, qui font des visites à domicile ou qui sont d'astreinte de nuit, et qu'une procédure officielle de signalement protège contre les représailles.

Cinquièmement, les écoles de médecine et le cursus des résidents doivent offrir une formation obligatoire sur les moyens d'assurer une désescalade en cas de sexisme, de racisme, de harcèlement, de violence verbale ou de violence physique de la part des patients.

Sixièmement, le collège des médecins des provinces et des territoires devrait élaborer des politiques pour s'attaquer au sexisme, au racisme, au harcèlement, à la violence verbale et à la violence physique des patients envers les stagiaires en médecine et les médecins et s'assurer que ces politiques sont conformes aux codes provinciaux et territoriaux des droits de la personne.

La septième consiste à veiller à ce que les médecins de première ligne jouissent d'une représentation démocratique dont on peut rendre compte et qui est transparente. Selon les experts de l'OCDE, le harcèlement et la corruption se généralisent et créent un climat toxique lorsque le pouvoir est monopolistique. L'Ontario est la seule province à avoir autorisé un ordre de médecins à recevoir des cotisations fixées par le gouvernement et versées par tous les médecins. Cela a créé une situation intenable. Les gouvernements ont la responsabilité de protéger les patients et les médecins et de s'attaquer à cette mesure délétère et au manque de représentation démocratique en abrogeant ces lois et en mettant en oeuvre un examen judiciaire indépendant.

La huitième consiste à mettre en place une mesure législative de protection des médecins et des travailleurs de la santé qui dénoncent les actes répréhensibles qui ont une incidence sur la sécurité en première ligne et sur celle des patients.

La neuvième consiste à créer un poste d'ombudsman des soins de santé de première ligne qui soit semblable à celui d'autres pays comme l'Australie, afin que le titulaire reçoive les dénonciations en toute confidentialité et soit chargé de protéger les travailleurs de première ligne.

• (1605)

La dixième, c'est que tous les ordres de gouvernement devraient s'attaquer au problème préoccupant de l'épuisement professionnel et des tendances suicidaires des médecins.

La onzième demande que l'on modifie le Code criminel pour que ses dispositions s'appliquent aux médecins, aux infirmières et aux travailleurs de la santé qui sont victimes de violence en milieu de travail, comme c'est le cas pour les travailleurs du transport et les policiers.

Enfin, la violence envers les médecins, les infirmières et les travailleurs de la santé en première ligne est un problème sociétal complexe à multiples facettes qui exige une approche globale à plusieurs volets, ce qui n'est possible que si nous travaillons tous ensemble.

Le président (M. Bill Casey (Cumberland—Colchester, Lib.)): Merci beaucoup. Je vous prie d'excuser mon retard. Il y avait une urgence.

Madame Gladu, je vous remercie de m'avoir remplacé.

Nous avons maintenant la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec.

Madame Lapointe, nous avons des problèmes techniques pour la vidéoconférence. Nous n'avons pas de son. Nous reviendrons à vous plus tard.

Nous allons entendre M. Thomas Hayes, directeur à l'Hôpital d'Ottawa.

M. Thomas Hayes (directeur, Sûreté, Sécurité, Stationnement et Santé du personnel, Ressources humaines, L'Hôpital d'Ottawa): Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs, de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui de la violence en milieu de travail dans le secteur de la santé.

Je m'appelle Thomas Hayes. Je suis directeur de la Sûreté, de la Sécurité, du Stationnement et de la Santé du personnel à l'Hôpital d'Ottawa. Je travaille à l'hôpital depuis plus de 16 ans. C'est l'un des plus grands hôpitaux de l'Ontario, avec près de 16 000 employés, dont 4 400 infirmières, 1 400 médecins et sages-femmes et 1 100 bénévoles. C'est un hôpital universitaire qui accueille des milliers d'étudiants chaque année. Il compte 19 sites à Ottawa. Nous recevons plus de 174 000 visites d'urgence par an et près de 1,2 million de visites en soins ambulatoires; de plus, l'an dernier, nous avons accompagné l'accouchement de 6 211 bébés. L'hôpital compte plus de 2 000 chercheurs et se classe au troisième rang au Canada pour le financement approuvé par les pairs fourni par les Instituts de recherche en santé du Canada.

L'an dernier, 58 membres du personnel ont subi des blessures au travail à la suite d'actes de violence suffisamment graves pour qu'ils doivent s'absenter ou consulter un médecin. L'équipe de sécurité de l'hôpital a répondu chaque jour à une moyenne de sept codes blancs, c'est-à-dire des interventions physiques urgentes, et de trois appels préventifs.

Je dois dire que la violence dans le secteur de la santé est un sujet difficile à aborder. Je vais vous raconter deux incidents, dont j'ai modifié certains aspects pour protéger la vie privée des intéressés.

Premièrement, imaginez que vous êtes infirmière. Vous travaillez dans un service d'urgence. C'est la nuit. On est en train d'évaluer et de traiter plusieurs patients susceptibles d'être hospitalisés, dont l'un est accompagné d'un visiteur. Le quart de service est long, et le gardien de sécurité demande s'il peut aller prendre un café. Vous dites bien sûr. Tout est calme, et tout le monde a besoin d'une pause de temps en temps.

Maintenant, vous êtes seule. Au bout de quelques minutes, l'un de vos patients commence à marcher de long en large dans le couloir et à essayer d'entrer dans les chambres des autres patients. Vous allez lui parler, et il reprend le chemin de sa chambre.

Mais, tout à coup, il se jette sur vous, vous saisit, remonte votre chemise par-dessus votre tête et vous donne des coups de poing pendant que vous glissez au sol pour vous protéger. Le visiteur, qui entend le vacarme, arrive dans le couloir, voit ce qui se passe et court appuyer sur un bouton d'alarme. Heureusement, le bureau de la sécurité est juste de l'autre côté du couloir, et, quelques secondes plus tard, quatre gardiens arrivent et commencent à maîtriser le patient qui vous frappait, mais qui semble maintenant avoir perdu toute envie de continuer à vous agresser. Une infirmière et un médecin arrivent également sur place pour aider, pendant que vous vous traînez jusqu'au poste de soins infirmiers verrouillé, où vous pouvez commencer à reprendre votre souffle. Et si le visiteur n'avait pas été là? Et s'il était parti quelques minutes plus tôt? Vous n'auriez eu aucun moyen d'obtenir de l'aide. Il n'y avait pas de système ou d'horaire en place pour remplacer ce gardien qui avait besoin d'une pause.

Avançons de quelques années. Vous êtes une infirmière en dialyse qui travaille le soir pendant que plusieurs patients terminent leur traitement d'une journée. Vous savez, d'après les renseignements fournis au début du quart de travail par le comité de sécurité, qu'un des patients a déjà eu un comportement violent et perturbateur au cours de visites antérieures. Votre gestionnaire avait invité un agent de sécurité et un membre du comité mixte de santé et de sécurité à donner une séance de recyclage sur la prévention de la violence à votre dernière réunion d'équipe et il avait rappelé l'importance de signaler les incidents et de demander de l'aide en cas de besoin. On vous a dit que cela pouvait se produire n'importe où dans l'hôpital, pas seulement à l'urgence ou dans les départements de soins en santé mentale, et que, en fait, dans l'un des autres campus, un patient en dialyse était récemment arrivé à sa séance de traitement avec un gros couteau dans son sac.

Vous remarquez que le patient commence à être très fâché contre une autre infirmière qui essaie de le calmer et de lui faire baisser le ton. Vous demandez au commis de signaler un code blanc, et vous l'entendez faire l'appel, posément, presque aussitôt. Moins d'une minute plus tard, plusieurs agents de sécurité et la superviseuse des soins infirmiers de nuit arrivent. Ils vous demandent ce qui se passe, puis, ensemble, ils s'approchent du patient pour discuter de ses préoccupations et peuvent désamorcer la situation.

● (1610)

Vous déposez un compte rendu dans le système de suivi de la sécurité, qui vous invite à signaler les problèmes concernant aussi bien la sécurité du personnel que celle des patients. Le lendemain, votre gestionnaire prend de vos nouvelles après avoir lu le compte rendu pour s'assurer que tout va bien. Elle vous remercie de votre intervention et vous fait savoir qu'elle examinera l'incident avec le groupe de travail sur la prévention de la violence pour voir s'il y a d'autres leçons à tirer de cet événement et les partager avec d'autres ministères.

À l'hôpital d'Ottawa, nous avons compris il y a plusieurs années que nous ne savions pas vraiment à quel point la violence à l'égard de nos employés était généralisée et que c'était beaucoup plus grave que nous le pensions. Nous avons décidé que, pour arriver à offrir à chaque patient les soins de première qualité, le service exceptionnel et la compassion que nous voudrions pour nos proches, il fallait offrir ces mêmes soins et cette même compassion à notre personnel. Nous avons élargi notre stratégie globale pour y inclure un objectif quadruple. En plus d'une meilleure qualité de soins à moindre coût, d'une meilleure santé de la population et d'une meilleure expérience de l'hôpital pour les patients, elle comprend maintenant une meilleure qualité de vie professionnelle pour le personnel. Nous

avons appris que, en collaborant avec des groupes syndicaux comme l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et avec notre personnel de première ligne, médecins compris, nous créons un environnement plus sécuritaire.

Nous savons que nous avons encore beaucoup de chemin à faire, comme dans tous les autres milieux de travail du secteur de la santé, pour lutter contre la violence, mais nous sommes au moins plus rassurés de savoir que notre personnel n'a pas peur de signaler les problèmes pour qu'on puisse les régler dans le respect des besoins des patients, des visiteurs et du personnel.

Merci.

● (1615)

Le président: Merci beaucoup.

Essayons encore.

Madame Lapointe, vous avez 10 minutes.

[Français]

Mme Linda Lapointe (vice-présidente, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec): Bonjour aux membres du Comité.

D'abord, nous tenons à vous remercier de cette invitation et à vous dire que notre participation à cette étude est extrêmement importante pour nous, puisqu'elle traite d'une question cruciale pour les 76 000 membres qui composent la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec.

Je suis Linda Lapointe, vice-présidente de la FIQ et responsable du secteur de la santé et de la sécurité du travail. Nous représentons plus de 90 % des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes cliniques au Québec. Quatre-vingt-dix pour cent de nos membres sont des femmes, et elles subissent au quotidien diverses formes de violence.

Je suis accompagnée aujourd'hui par M. Laurier Ouellet, président du Syndicat des professionnelles en soins de Chaudière-Appalaches. Ce syndicat est affilié à la FIQ et représente 3 500 infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes dans cette région.

La violence que vivent les professionnelles en soins prend diverses formes. Elle peut être physique, psychologique, sexuelle ou organisationnelle. Elle peut être active ou passive, directe ou indirecte. Nous savons que la violence psychologique est sept fois plus susceptible de survenir que la violence physique.

L'accès à de l'information précise sur les professionnelles en soins est difficile, notamment parce que les données disponibles regroupent l'ensemble du personnel du secteur des affaires sociales. Il est difficile d'avoir un portrait exact des cas de violence en milieu de soins de santé, notamment dans les centres d'hébergement de soins de longue durée et à domicile. De plus, en raison d'un important phénomène de sous-déclaration, sur lequel nous reviendrons, les chiffres dont nous nous faisons part aujourd'hui ne sont que la pointe de l'iceberg.

Selon les statistiques sur la violence, le stress et le harcèlement en milieu de travail pour les années 2014 à 2017 de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail, la CNESST, on constate une hausse générale de 27 % des lésions acceptées. Parmi celles-ci, 32 % sont attribuables à la violence physique et 12 % à la violence psychologique. Il y a également une hausse générale de 11 % en matière de harcèlement sexuel et psychologique. Finalement, on constate qu'une forte proportion de femmes subissent cette violence. Seulement pour l'année 2017, les femmes ont été victimes de 73 % des lésions attribuables à la violence physique et de 68 % des lésions attribuables à la violence psychologique.

Le milieu de la santé représente à lui seul 61 % des lésions acceptées attribuables à la violence physique, bien que le personnel de la santé ne représente que 10 % de l'ensemble des établissements couverts par la Commission. Le nombre de réclamations acceptées pour blessures causées par la violence en milieu de travail a augmenté de presque 25 % entre 2015 et 2017.

Les conséquences sont extrêmement sérieuses et causent beaucoup de douleur et de détresse dans la vie des professionnelles en soins, ce que vous expliquera davantage M. Ouellet.

M. Laurier Ouellet (président, Syndicat des professionnelles en soins de Chaudière-Appalaches, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec): Merci.

Je tenais à témoigner des conditions de violence quotidienne vécue en milieu de santé dans toutes les installations, que ce soit en soins de longue durée, en milieu hospitalier ou même au domicile des patients. Cette violence est omniprésente et quotidienne. On parle ici de violence faite par les patients, sous forme de menaces, d'attaques verbales, de coups, de crachats, d'égratignures, et j'en passe. C'est le lot de notre travail de tous les jours. En plus de la violence de certains patients, la hiérarchie médicale et le peu de prise des établissements de santé comme le mien sur les médecins font que des écarts de langage, du harcèlement psychologique ou du mépris sont des choses avec lesquelles les travailleuses doivent jongler tous les jours.

De temps à autre, dans les médias, on peut lire la tragédie d'une femme enceinte qui a perdu son enfant à naître à la suite de la violence subie en milieu de travail. C'est ce qui est arrivé à Ariel Garneau, qui a perdu son enfant à naître à la suite d'un coup de poing dans le ventre, l'hiver dernier. Même si ce genre de coup arrive tous les jours, quand cela touche les femmes enceintes, cette violence est tellement insupportable qu'elle est nommée comme telle. À d'autres moments, elle n'est pas nommée clairement. Bien peu de mesures sont prises pour l'éviter. Pire encore, nos employeurs souhaitent que les femmes enceintes demeurent au travail encore plus longtemps qu'avant, dans des milieux toujours plus dangereux.

Nous sentons que nos gestionnaires sont bien peu tenus de rendre des comptes. La seule chose qui semble compter, c'est le respect du budget, peu importe les conséquences sur les travailleuses.

C'est là une forme particulièrement insidieuse de la violence vécue dans le milieu de la santé. Il s'agit de la violence organisationnelle, celle qui nous semble venir de deux causes principales, soit l'augmentation marquée de la charge de travail en raison des compressions budgétaires, de même que la hiérarchie médicale et son mépris pour les travailleuses de la santé. L'omerta et les menaces de sanctions étouffent les dénonciations.

La violence organisationnelle est une violence qui cause des dépressions, des maladies et du stress. Plusieurs travailleuses quittent le milieu de la santé. Dans une petite région comme la mienne, plus

de 40 millions de dollars sont payés en raison d'absences au travail. C'est énorme.

On force les travailleuses à faire des heures supplémentaires obligatoires, même si elles n'en peuvent plus, physiquement et mentalement, et même si cela détruit leur vie de famille. Toutes les semaines, le syndicat est témoin de pleurs, de crises et de la détresse vécue par les professionnelles en soins qui doivent rester en heures supplémentaires sous la pression et les menaces.

Les gestionnaires sont au courant de cette violence. Bien souvent, ces femmes étaient elles-mêmes des professionnelles de la santé auparavant et l'ont vécue. La banalisation fait son œuvre. La violence finit par être vue comme une banalité, personne ne se préoccupe vraiment de la situation et les travailleuses de la santé finissent par trouver normal d'être violentées. Bien souvent, elles ne dénoncent même plus la situation. Le manque de temps et la surcharge de travail contribuent aussi au faible taux de déclaration. Dans ma région, nous estimons que seulement 10 % des cas sont déclarés. Il y a encore énormément de choses à comprendre et à faire.

• (1620)

Mme Linda Lapointe: En ce qui concerne les facteurs qui contribuent à la violence, M. Ouellet vient de faire référence à plusieurs d'entre eux, comme la surcharge de travail et les compressions budgétaires. On ajoute à cela l'introduction d'outils de la nouvelle gestion publique et la multiplication des indicateurs de performance qui y sont rattachés.

Cette obsession liée à l'efficacité déshumanise les soins et a des répercussions sur nos professionnelles en soins. La série de réformes du réseau de la santé au Québec a mobilisé toutes les énergies vitales et créé des établissements toujours plus gros. On obtient alors un secteur de la santé essoufflé, voire épuisé, au sein duquel la violence augmente. Ces mégastuctures ne favorisent pas une gestion de proximité.

Parmi ces réformes, la désinstitutionnalisation des patients en santé mentale rend plus complexe l'offre de soins sécuritaires. Les équipes se déplacent dans des lieux non sécurisés et non contrôlés en vue de donner les services, par exemple en soutien à domicile. De plus, fermer des urgences en santé mentale n'a pas fait diminuer le nombre de patients.

Les obstacles et les facteurs de risques sont importants. Devant une telle ampleur, les moyens de protection sont insuffisants. Nous sommes cependant convaincus qu'il s'agit d'un enjeu pour lequel chaque brique compte en vue de bâtir une culture de prévention.

Tout d'abord, la FIC revendique que le secteur de la santé soit reconnu comme un groupe prioritaire au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Une telle mesure obligerait les employeurs à respecter quatre obligations qui découlent de cette loi: établir un programme de prévention, établir un programme de santé propre à un établissement, établir un comité de santé et de sécurité au travail et désigner un représentant à la prévention.

Au Québec, en matière de santé psychologique, nous pouvons compter notamment sur les dispositions de la Loi sur les normes du travail. Toutefois, il existe un écart entre l'existence d'un droit et l'exercice de ce droit.

Nous disposons également de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Cette norme est un excellent outil, mais son application est volontaire et très peu répandue.

Nous avons parlé de la taille grandissante des établissements, qui crée une distance avec les gestionnaires. Il y a aussi un écart important entre le pourcentage de femmes professionnelles en soins et le nombre de femmes gestionnaires. En fait, 6 % des gestionnaires en santé sont des hommes, alors qu'ils forment environ 10 % de la profession, et seulement 6 % des femmes sont en gestion, alors qu'elles représentent près de 90 % de la profession. Il faudrait se demander pourquoi il y a si peu de femmes en gestion. Leur présence pourrait-elle améliorer la situation en ce qui concerne la violence subie par nos membres?

En ce moment, et depuis plusieurs années, la Fédération déploie des efforts prioritaires afin que soient mis en place de nouveaux ratios entre les professionnelles en soins et les patients. L'état des connaissances, les expériences internationales et la mise en place de projets de ratios par la FIQ confirment que, en nombre suffisant, les professionnelles en soins pourront offrir des soins sécuritaires et plus humains. Elles pourront le faire dans le cadre d'une charge de travail adéquate, dans un environnement qui contribuera à leur santé et leur sécurité au travail.

Le réseau doit davantage tenir compte des besoins des professionnelles, que ce soit ceux de la travailleuse enceinte, qui doit être réaffectée à un milieu sécuritaire, ou les besoins de celles qui vivent différentes formes de violences. La prévention doit primer et la violence doit cesser.

La FIQ est très préoccupée par le taux de violence sous toutes ses formes au sein du réseau de la santé. Nous souhaitons ardemment qu'une collaboration patronale-syndicale puisse enfin s'implanter au sein de nos établissements afin que nous nous attaquions à ce fléau sans cesse grandissant.

J'aimerais porter à votre connaissance le fait que nous avons reçu, aujourd'hui même, le rapport du vérificateur général du Québec, dans lequel plusieurs constats et recommandations rejoignent les préoccupations de notre fédération. Parmi les constats, mentionnons le fait que le Québec accuse des retards importants par rapport à d'autres administrations et que des iniquités persistent entre les travailleuses en matière de prévention.

Je vous remercie de votre écoute.

•(1625)

[Traduction]

Le président: Merci beaucoup de tous vos exposés.

Passons maintenant aux questions.

Nous allons commencer la série des sept minutes avec M. Ayoub.

[Français]

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Je vous remercie, monsieur le président.

Je remercie tous les témoins d'être parmi nous.

Je trouve qu'il s'agit de témoignages assez préoccupants. La situation ne présente pas beaucoup d'éléments positifs.

En me préparant, je me posais certaines questions. Par exemple, depuis combien de temps la violence existe-t-elle dans le milieu de la santé? Est-ce un phénomène en augmentation depuis les 5, 10 ou 15 dernières années ou est-ce un phénomène qui a toujours été là et qui n'a jamais vraiment été contrôlé?

Madame Lapointe et monsieur Hayes, vous avez vécu des expériences différentes. Avez-vous une réponse à me donner à ce sujet?

[Traduction]

Monsieur Hayes, vous pouvez répondre en anglais.

M. Thomas Hayes: Merci.

Il y a deux choses à considérer dans l'examen de la prévalence de la violence dans le secteur de la santé. Il y a d'abord l'impression qu'elle aurait augmenté dans les dernières années, mais nous pensons, en fait, que c'est simplement parce que les gens la signalent davantage, alors qu'ils l'acceptaient auparavant comme un élément naturel de leur travail.

Je dois dire que, dans mon organisation, on insiste sur le fait que, si on a envie de travailler dans le domaine de la santé par vocation, comme employé — qu'on soit infirmière, commis ou employé d'entretien —, on est probablement là parce qu'on se soucie des autres. On sait se mettre à la place des autres. On est donc peut-être le genre de personne qui accepte que cela arrive parfois. Je crois sincèrement que c'est vrai. Nous en parlons, et c'est pourquoi l'incitation à signaler les incidents a pris tant d'importance. Et nous avons, de fait, constaté une forte augmentation des signalements.

M. Ramez Ayoub: Merci, monsieur Hayes.

[Français]

Madame Lapointe, quel est votre point de vue sur l'augmentation de la violence? Sentez-vous que la violence augmente depuis les dernières années, ou était-elle latente sans qu'on en parle?

M. Hayes a mentionné qu'il y avait peut-être plus de dénonciations, alors que j'ai entendu d'autres témoignages où l'on disait le contraire. Il y a différents points de vue.

Mme Linda Lapointe: Vous adressez-vous à moi?

M. Ramez Ayoub: Oui, madame Lapointe, je m'adresse à vous. Je viens du Québec et je souhaite voir ce qui se passe au Québec. Je vous donne donc la parole.

Mme Linda Lapointe: Effectivement, nous sommes convaincus que la violence est en place dans les milieux de soins depuis plusieurs années. Nous sommes convaincus qu'il y a une recrudescence de la violence sous toutes ses formes, soit celles que nous vous avons énumérées précédemment.

Je parlerai principalement de la province de Québec. Depuis les dernières années, on parle de plus en plus de violence organisationnelle. Cela fait suite aux réformes, mais cela tient aussi aux patients, qui représentent des cas de plus en plus lourds au chapitre de la qualité des soins. La population est vieillissante, alors ce sont des soins plus complexes. Nous avons beaucoup de problèmes aussi sur le plan de la santé mentale. Par ailleurs, nous avons malheureusement eu droit, au cours des dernières années, à d'énormes compressions dans le réseau de la santé. Ces compressions ont entraîné une diminution du personnel. Aux heures des repas ou pendant les quarts de nuit, les professionnelles en soins sont parfois laissées à elles-mêmes. Il arrive parfois qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire assure un quart de nuit, alors qu'il y a 150 ou 160 patients en soins de longue durée.

Nous essayons d'être proactifs et parfois de diminuer l'utilisation de médicaments pour que le patient retrouve un peu plus de ses facultés cognitives, mais cela implique qu'il y ait des professionnels auprès du patient pour pouvoir effectivement donner ces soins.

•(1630)

M. Ramez Ayoub: J'ai bien compris.

Je veux aborder un autre point que je trouve aussi préoccupant, c'est-à-dire le sexe des gestionnaires. Il y a plus d'hommes et moins de femmes en gestion, tandis qu'il y a plus de femmes et moins d'hommes sur le terrain.

En donnant ces statistiques, êtes-vous en train de dire que le fait qu'il y ait plus d'hommes gestionnaires, donc plus d'hommes responsables de la prise de décision de l'administration, occasionne plus de violence, et qu'il y aurait moins de violence s'il y avait plus de femmes gestionnaires? Je veux bien saisir ce que vous avez dit.

Mme Linda Lapointe: Je ne prétends pas cela, mais nous voulions faire une comparaison. Comme je vous le disais, chez les professionnelles en soins, les femmes sont fortement majoritaires, à raison de 90 %. Nous nous demandons pourquoi il n'y aurait pas plus de femmes gestionnaires. Nous disons tout simplement que, puisque les femmes sont les plus touchées par la violence sous toutes ses formes, nous pensons qu'il y aurait une plus grande sensibilité s'il y avait plus de femmes comme gestionnaires et chefs d'unité.

Tantôt, il a été question d'autres exemples de situations de violence qui concernent parfois des médecins. Les soins de santé sont un milieu très encadré, très hiérarchique. Il y a parfois du harcèlement, peu importe qu'il soit sexuel, sous forme de menaces ou exprimé dans un ton de voix. Je ne vise pas nécessairement les médecins. Ce sont parfois des collègues aux prises avec une grande charge de travail et avec la pression de performance constante. Nous pensons que, si plus de gestionnaires étaient des femmes, il y aurait une plus grande sensibilité à cette violence et davantage de mesures seraient prises pour corriger la situation. C'est du moins ce que nous espérons.

M. Ramez Ayoub: Je vous remercie de votre réponse.

Une autre question que je voudrais aborder concerne les comités de santé et de sécurité. Dans le domaine public, c'est une chose qu'on connaît et qui est répandue. On n'a pas besoin de faire trop de promotion à ce sujet. Cela existe et c'est bien implanté.

Cela ne l'est-il pas dans les services de santé au Québec?

Mme Linda Lapointe: Théoriquement, cela figure dans nos conventions collectives respectives, mais cela n'est pas pris au sérieux par les organisations et les employeurs.

Nous avons effectivement un comité paritaire, formé de gens provenant de la partie syndicale et de gens provenant de la partie patronale. Toutefois, quand vient le temps de créer des programmes de prévention et d'en faire une priorité, il n'y a malheureusement pas beaucoup de gens qui s'en préoccupent, bien que les taux de lésions professionnelles et d'invalidité n'arrêtent pas d'augmenter.

M. Ramez Ayoub: Que faudrait-il faire pour que vous soyez entendus par l'entremise d'un tel comité?

Mme Linda Lapointe: Depuis longtemps, en tant que partie syndicale, la FIQ fait régulièrement des campagnes en lien avec la santé et la sécurité au travail. Cela dit, il y a un important travail à faire. Une semaine y est consacrée pour préconiser des mesures préventives.

Comme je vous le disais à la fin de ma présentation, le rapport du vérificateur général du Québec présente des critiques et des constats particulièrement sévères envers différentes structures, dont la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. Nous n'avons pas pu analyser le rapport, puisque nous ne l'avons reçu qu'aujourd'hui. Nous allons en prendre connaissance au cours des prochains jours. Cela dit, il y a un important travail à faire. Il y a un chapitre complet sur le retard du Québec en ce qui a trait à la prévention et à la santé et la sécurité au travail.

M. Ramez Ayoub: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Très bien. C'est à vous, madame Gladu.

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

Je viens du milieu pétrochimique, où l'on se soucie beaucoup de la sécurité au travail. Chaque incident fait l'objet d'un signalement qui permet de déterminer les causes principales et de prendre des mesures d'atténuation.

D'après tous les témoignages, il semble que les données sur les auteurs de violence ne soient pas disponibles le plus souvent. Les données anecdotiques nous révèlent qu'il s'agit de personnes souffrant de démence ou de problèmes de santé mentale, de personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de gens frustrés par les délais d'attente ou mécontents du ratio personnel-patients insuffisant. Est-ce qu'il y a d'autres causes à ajouter à cette liste?

Monsieur Hayes, je me disais que vous auriez des renseignements.

• (1635)

M. Thomas Hayes: Certainement. Je pense que c'est un aspect très important, et nous avons essayé d'y accorder beaucoup d'attention. Je vous ai dit tout à l'heure que nous avons eu 58 cas de blessures l'année dernière. En plus de cela, nous avons eu 530 autres signalements d'incidents simplement déclarés « pour la forme », c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de blessures, qu'il n'a pas été nécessaire de donner de premiers soins, mais seulement que cela s'est produit, afin que nous puissions avoir plus de données. Et nous avons effectivement examiné les causes.

Nous constatons, en effet, qu'il y a des départements plus à risque dans l'hôpital et qu'il y a peut-être des patients plus enclins à la violence. Mais, en réalité, au départ, cela peut être n'importe qui, quelqu'un qui a eu une mauvaise journée et qui a reçu une mauvaise nouvelle, parce que c'est ce qui se passe dans le milieu de la santé.

Cela peut être un parent qui a perdu la garde de son enfant, désormais confié aux services à l'enfance. C'est une transition de vie très difficile. Le sujet n'a pas beaucoup été abordé, mais 70 % des employés de mon milieu de travail sont des femmes. Plusieurs autres témoins vous l'ont dit. On sait que les femmes sont plus nombreuses à être victimes de violence familiale. Pour nous, cela veut dire que nous savons qu'à tout moment, avec 14 000 membres du personnel, il y a probablement des centaines de personnes à notre service qui vivent une vie très compliquée. Parfois, la violence familiale peut avoir des conséquences dans le milieu de travail, ou l'une de ces personnes peut se trouver en situation favorable et avoir le courage de demander de l'aide. Comment leur offrir un milieu de travail de meilleure qualité et plus sécuritaire?

Ce sont deux aspects. Il y en a beaucoup d'autres, mais ceux-là qui me tiennent à coeur, et on n'y pense pas souvent.

Mme Marilyn Gladu: Très intéressant.

Docteur Gill.

Dre Kulvinder Gill: La démographie des médecins au Canada est en train de changer radicalement. Il y a désormais plus de femmes que d'hommes parmi les étudiants en médecine. Au cours de la prochaine décennie, nous aurons plus de femmes que d'hommes parmi les médecins praticiens, mais il y a aussi une évolution démographique raciale.

Dans des centres urbains comme Vancouver et Toronto, d'ici 2031, la majorité des médecins praticiens seront, en fait, des gens de couleur. La recherche atteste que les femmes sont plus souvent victimes de harcèlement sexuel que les hommes, et que les femmes de couleur, notamment, y sont encore plus exposées.

Pour répondre à la question précédente, à savoir si on observe une augmentation de la violence ou simplement une augmentation du nombre de signalements, je dirais que c'est les deux. Il y a plus de dialogue, ce qui permet des discussions qui n'avaient pas lieu auparavant. On constate également une augmentation de la violence en raison de l'évolution démographique, mais aussi des pressions accrues qui s'exercent sur l'ensemble du système de santé.

Mme Marilyn Gladu: Excellent.

Parlons un peu du fait que beaucoup de femmes travaillent dans le domaine de la santé. Pour revenir à ma propre histoire, j'ai longtemps voyagé seule, ce qui peut être dangereux dans certaines régions du monde. On peut adopter différentes stratégies pour essayer de protéger les gens. Il n'est effectivement pas avisé que des gens travaillent seuls, mais c'est ce qui se passe avec les ressources actuelles.

On nous a fait des suggestions utiles, par exemple un système de jumelage. Le jumelage des nouveaux employés pour qu'ils ne soient jamais seuls pourrait être une mesure particulièrement efficace. Cela leur donnerait un sentiment de sécurité — mais je reconnais qu'il y a un petit problème de ressources ici. Il y a aussi la vidéosurveillance, le contrôle de l'accès, et les panneaux d'avertissement sur les murs, comme cela se fait dans les aéroports où l'on est prévenu que toute violence ou insulte à l'égard des travailleurs entraînera une interdiction de monter à bord de l'avion. Cela a été recommandé partout, sauf dans les services d'urgence, où on ne veut pas refuser de soins à qui que ce soit, même s'il y a violence. On nous a aussi parlé de système de signalement des incidents et de formation de suivi sur la désescalade, mais aussi de ressources pour réduire les délais d'attente.

Est-ce qu'il y aurait d'autres solutions à ajouter à cette liste?

Mme Isabelle St-Pierre (infirmière autorisée, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Si vous permettez, j'ajouterais que les suggestions que vous faites sont bonnes quand il s'agit de violence physique, et peut-être de violence physique de la part des patients ou de leur famille, mais il y a aussi les cas de violence entre professionnels. Quand on parle de ce type de violence, malheureusement, ce n'est ni une caméra ni une sonnerie qui réglera le problème.

On voit donc bien la complexité des besoins. Il faudra appliquer différents types de stratégies à différents types de violence.

• (1640)

Dre Kulvinder Gill: En fait, la plupart des [*Difficultés techniques*] médecins exercent en dehors du milieu hospitalier. Ils travaillent dans la collectivité et dans des cabinets privés, souvent en pratique indépendante, de sorte qu'il est beaucoup plus difficile de garantir leur sécurité, surtout s'il s'agit d'une femme médecin en pratique indépendante.

M. Thomas Hayes: Est-ce que je peux ajouter quelque chose?

Mme Marilyn Gladu: Certainement.

M. Thomas Hayes: Peut-être être qu'on en a déjà parlé et que je ne l'ai pas entendu, mais j'aimerais dire deux choses. Premièrement, il faudrait envisager un moyen d'appeler à l'aide, surtout si on est seul, c'est-à-dire un dispositif numérique ou bouton radio ou

d'alarme, un moyen de contacter un bureau de sécurité, un superviseur ou quelqu'un d'autre.

Le deuxième élément me semble vraiment important, mais on ne parle pas beaucoup. C'est le moyen de connaître le risque de violence associé à une personne, ou peut-être ses antécédents de violence. Et, surtout, comment communiquer ces renseignements entre les différents fournisseurs de soins de santé? Je vous ai parlé de l'Hôpital d'Ottawa et de ses 19 sites, mais il y a d'autres hôpitaux dans la ville. Il y a beaucoup de fournisseurs de soins de longue durée. Des gens sont amenés par la police ou par des ambulanciers paramédicaux. Disons qu'un patient passe d'un fournisseur de soins à un autre, au médecin, à l'infirmière ou peu importe. Comment s'assurer que, dans ce transfert, on puisse savoir qu'il s'agit de ce M. Hayes qui pourrait bien vous mordre quand vous essaieriez le nourrir?

Le président: Sur ce, passons à M. Davies.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci.

Merci à tous les témoins d'être parmi nous.

Madame St-Pierre, vous avez dit, je crois, qu'il nous faudrait un vocabulaire plus normalisé. C'était l'une de vos suggestions. Est-ce que vous pourriez me donner un exemple de vocabulaire normalisé qui serait utile dans ce cas?

Mme Isabelle St-Pierre: L'expression « violence en milieu de travail » pourrait être une formulation générique définissant ce qui se passe en milieu de travail, mais, quand on parle de « harcèlement » sexuel ou professionnel ou d'« intimidation », les gens l'interprètent de différentes façons. Quand on essaie de comparer les données de différents établissements, on se heurte à des difficultés.

Disons que la définition du terme « harcèlement » devrait indiquer qu'il s'agit d'un comportement répété. Un incident ponctuel ne serait pas considéré comme du harcèlement. Peut-être que des termes distincts différenciant les deux situations permettraient de définir toute la terminologie. À mon avis, la violence est un continuum d'escalade; mais, pour certaines personnes, le manque de civilité est une forme de violence, tandis que, pour d'autres, ce n'est pas le cas. C'est là que les choses deviennent nébuleuses.

M. Don Davies: S'il y avait des lignes directrices ou des normes nationales que tous les établissements de santé puissent mettre en oeuvre, nous pourrions peut-être obtenir des données plus uniformisées.

Cela m'amène à vous poser une question, madame Gill, et peut-être aussi à Mme St-Pierre. Pouvez-vous me donner une idée du pourcentage de situations de harcèlement sexuel ou d'agression sexuelle attribuables à des collègues, horizontalement et latéralement, comparativement aux cas attribuables aux patients et à la population en général?

Dre Kulvinder Gill: L'organisme Concerned Ontario Doctors mène actuellement une enquête auprès de tous les médecins praticiens et stagiaires de l'Ontario. Nous espérons avoir plus d'information d'ici la fin du mois. L'enquête porte sur le harcèlement sexuel et la violence, et sur bien d'autres sujets.

Les résultats d'un sondage auprès des médecins résidents du Canada ont été publiés il y a quelques mois. Ils révèlent que la plupart des situations de violence et de harcèlement sont attribuables, dans l'ordre, aux patients, aux personnes âgées et aux pairs.

M. Don Davies: Madame St-Pierre, avez-vous des données probantes à ce sujet?

Mme Isabelle St-Pierre: Une étude a été réalisée en 2005, grâce à des fonds accordés par Santé Canada et Statistique Canada. L'étude était pancanadienne, et on a également constaté qu'il s'agissait surtout des patients et de leur famille, puis des professionnels de la santé. Je peux vous donner les statistiques si vous le voulez.

M. Don Davies: J'ai posé la question à notre dernier groupe de témoins au début de la semaine, et ils n'avaient pas de réponse. Est-ce que vous avez des données probantes?

Nous savons que la violence en milieu de travail renvoie ou non, selon le cas, à une responsabilité. Cela va des personnes de 85 ans souffrant de démence, de psychose ou de trouble bipolaire jusqu'aux gens qui savent parfaitement ce qu'ils font, comme des patients ou des gens qui sont simplement en colère et incapables de se contrôler.

Pouvez-vous donner au Comité une idée générale du pourcentage de violence attribuable à des personnes non responsables et à des personnes responsables? Je pense qu'il faut élaborer des perspectives et des mesures radicalement différentes selon le cas. Pouvez-vous nous donner une idée de la répartition?

• (1645)

M. Thomas Hayes: Bien sûr. Je suis en train de sortir tous les avertissements que nous avons émis. Dans les hôpitaux de l'Ontario, nous devons tenir un registre de tels renseignements, afin d'être en mesure d'informer les autres des risques et vice versa. À l'Hôpital d'Ottawa, nous surveillons si la violence est courante entre les membres d'une famille ou entre les patients eux-mêmes. Cela nous donne une idée de la responsabilité ou de la non-responsabilité des personnes quant à leurs actes, et nous supposons qu'un membre de la famille ou un visiteur sera plus susceptible d'être responsable de ses actes que les patients eux-mêmes, qui sont plus souvent atteints de démence ou en proie au délire.

Ces chiffres sont étonnants, mais nous recueillons ces données depuis 2010. À l'heure actuelle, parmi nos patients, nous avons un peu plus de 3 500 indicateurs de violence actifs. Un peu plus de 3 000 d'entre eux concernent des patients, tandis que plusieurs centaines concernent des membres de leur famille ou des visiteurs.

M. Don Davies: Je vais continuer avec vous, monsieur Hayes.

Lors de notre dernière réunion, Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, a cité l'Hôpital d'Ottawa comme exemple d'établissement de soins de santé ayant mis en oeuvre des pratiques exemplaires en matière de prévention de la violence, et elle a recommandé que le Comité s'en inspire.

Quelles sont ces pratiques exemplaires? Que faites-vous de si positif?

M. Thomas Hayes: Merci, et je remercie également Mme Silas pour ce compliment.

Nous avons consacré beaucoup d'effort à cette question. À notre avis, l'élément clé était, tout d'abord, la collaboration. La collaboration avec tout le personnel de première ligne, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmières, de commis ou d'employés à l'entretien ménager. Les gens du comité mixte sur la santé et la sécurité font également preuve d'une bonne collaboration. D'autres témoins vous ont dit que ce système était en place, mais qu'il n'était pas toujours efficace. Au sein de notre organisation, nous avons amélioré cela en invitant des cadres supérieurs à devenir membres du comité mixte sur la santé et la sécurité, de sorte qu'on prend maintenant ce comité plus au sérieux.

On a également la collaboration des groupes syndicaux. Nous croyions avoir toutes les solutions: on voit souvent les choses ainsi

du haut d'un poste de gestion. J'ai honte de le dire, mais c'est parfois le cas. Il arrive qu'on tombe dans ce genre de piège mental et il faut parfois s'arrêter et penser au personnel de première ligne. La collaboration avec une organisation comme l'AIIO — l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario — et d'autres unités de main-d'œuvre infirmière nous a aidés à revenir à des données probantes sur les pratiques exemplaires.

Enfin, en Ontario, il y a l'Association de santé et sécurité pour les services publics, l'une des associations de sécurité du ministère du Travail, qui a publié des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, qui sont disponibles sur son site Web. Nous avons examiné ces recommandations, ainsi que d'autres recommandations émanant d'autres provinces.

M. Don Davies: Combien de temps nous reste-t-il, monsieur le président?

Le président: Il vous reste 19 secondes.

M. Don Davies: Le projet de loi C-434, que j'ai présenté à la Chambre il y a une semaine ou deux, ferait de la violence contre un professionnel de la santé dans un contexte de soins de santé une circonstance aggravante dans la détermination de la peine.

Je me demande si vous pourriez donner au Comité une idée de la façon dont vos membres et les gens que vous représentez envisageraient cela. Si cela était inscrit dans la loi, quelle serait leur réaction?

Dre Kulvinder Gill: C'est en fait l'une de nos principales recommandations. Il y a plusieurs années, le gouvernement australien a adopté une loi semblable, qui s'applique aux médecins de première ligne, aux infirmières et aux ambulanciers paramédicaux. Un patient qui commet des voies de fait graves peut être condamné à une peine maximale de 14 ans.

À l'heure actuelle, les patients ne sont imputables de rien. Pour ce qui est de votre question précédente, au sujet des patients atteints de démence par rapport aux patients qui peuvent être considérés comme responsables de leurs actes, je pense que cela dépend en grande partie du type d'établissement de soins de santé.

Dans les salles d'urgence, par exemple, on voit plus souvent des patients qui souffrent de maladies qui peuvent affecter le jugement: on y rencontre plus de problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Dans les cliniques de médecine familiale et dans les cliniques de spécialistes, on voit généralement des patients qui sont très alertes et très conscients de leurs gestes. La responsabilité du patient diffère grandement en fonction de l'endroit où les soins sont prodigués.

• (1650)

M. Don Davies: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. Eyolfson, pour sept minutes.

M. Doug Eyolfson (Charleswood—St. James—Assiniboia—Headingley, Lib.): Merci, monsieur le président.

Merci à tous d'être venus.

Je vais commencer par vous, Dre Gill. Nous avons quelque chose en commun. Je suis urgentologue. J'ai travaillé dans les services d'urgence de Winnipeg pendant 20 ans. Votre description des problèmes qui affectent les services d'urgence m'a beaucoup interpellé. Nous constatons que lorsqu'il y a des compressions dans les services de première ligne, les gens se rendent aux urgences pour combler leurs besoins. Lorsqu'on ne peut plus les admettre à l'urgence à cause des coupures dans les services hospitaliers, ils n'ont plus nulle part où aller. J'ai toujours affirmé que le service d'urgence était le seul endroit où il était impossible de dire non.

L'administration émet souvent des directives dans le but d'augmenter le flux des patients. Elle dispose de toutes sortes de feuilles de calcul pour démontrer que le flux n'est pas ce qu'il devrait être, mais, quand nous leur disons que nous n'avons pas les ressources nécessaires pour accélérer ce flux, on nous dit de ne pas fabriquer d'excuses.

Que diriez-vous à l'administration des hôpitaux à ce sujet? Pensez-vous que cette façon de laisser au service d'urgence le soin de régler ce problème aggrave la situation?

Dre Kulvinder Gill: J'ai travaillé dans de nombreuses provinces. Je suis originaire du Manitoba et j'ai fait ma formation en médecine à Winnipeg. Je connais donc très bien les hôpitaux de cette province.

En ce qui concerne le flux des patients, je pense qu'il est très important que les administrateurs comprennent que le soin des patients exige du temps. Les évaluations de la qualité et les plans exigent du temps. Ici, en Ontario, le taux d'épuisement professionnel est de 63 %. Je ne saurais trop insister sur la gravité de la crise dans le domaine des soins de santé publique. Nous défendons cette cause depuis trois ans, mais aucun ordre de gouvernement ne nous a pris au sérieux.

Les médecins ont le taux de décès par suicide le plus élevé de toutes les professions. La déclaration obligatoire est cruelle. C'est cruel et cela doit changer. Il n'y a aucune raison pour que, dans toutes les autres professions, la santé mentale et la santé physique soient considérées comme d'importance égale, sauf en médecine.

Les organismes de réglementation doivent s'adapter et changer. Encore une fois, le modèle australien est un excellent modèle à suivre. En 2017, leurs gouvernements ont adopté des lois pour appuyer les médecins qui souffraient de maladie mentale au lieu de les punir. Leurs gouvernements ont pris ce problème très au sérieux. Ils ont même créé un poste d'ombudsman de la première ligne, et cela fait partie de nos autres recommandations. Cela permet aux médecins de première ligne, aux infirmières et aux travailleurs de la santé de faire part de leurs préoccupations à un organisme indépendant, habilité à s'en occuper. Cela permet également de signaler des incidents en toute confidentialité.

C'est là une partie de nos principales recommandations. Nous exhortons vivement le Comité à examiner les nombreux modèles qui existent actuellement en Suède et en Australie. Ils ont des décennies d'avance sur le Canada pour ce qui est de régler ces problèmes.

M. Doug Eyolfson: Cela aussi m'interpelle beaucoup.

J'espérais que les choses auraient changé depuis les années 1990, lorsque j'étais en résidence à la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Dans nos programmes de résidence, toutes spécialités confondues, trois résidents se sont suicidés en 15 mois, et les choses n'ont pas beaucoup changé. J'ai moi-même découvert le corps d'un résident qui s'était suicidé et on ne m'a offert aucun service de santé mentale. En fait, personne n'a trouvé inhabituel que je me présente au travail le lendemain. Personne n'a pensé à me dire : « Peut-être qu'un ou deux jours de congé te feraient vraiment du bien. »

Je n'ai pas vu de changements au cours des années subséquentes et j'espérais qu'au cours des 20 années suivantes, il y en aurait.

Dre Kulvinder Gill: C'est le contraire qui s'est produit, en réalité.

Malheureusement, en 2017, le gouvernement de l'Ontario a adopté une loi donnant au collège des médecins accès aux dossiers médicaux privés des médecins.

M. Doug Eyolfson: Ça alors.

• (1655)

Dre Kulvinder Gill: Non seulement les problèmes de santé mentale font-ils l'objet d'une divulgation obligatoire, mais le collège de l'Ontario a aussi accès aux dossiers de santé personnels des médecins. L'accès des médecins aux soins s'en est trouvé d'autant plus compliqué.

Ce sont de graves problèmes. Pour une raison quelconque, le gouvernement de l'Ontario ne considère pas les médecins comme des êtres humains et a complètement déshumanisé la profession. Nous devons commencer à penser que les médecins sont humains et à les traiter comme nous traitons les patients.

Il y a des problèmes importants au sein de l'organisme de réglementation de l'Ontario. Pas plus tard qu'hier, l'Ontario est devenu le premier territoire du monde où les médecins ont perdu leur liberté de conscience. Aucune loi de ce genre n'existe ailleurs au Canada et aucune loi de ce genre n'existe ailleurs dans le monde.

Cet organisme de réglementation, avec l'adoption du projet de loi 87 en 2017, nous a également fait perdre notre droit de bénéficier de l'application régulière de la loi, de même que notre présomption d'innocence.

Les médecins de première ligne font face à des problèmes importants, non seulement en ce qu'ils tentent de fournir des soins de première ligne aux patients avec des ressources limitées et dans un climat où la violence et le harcèlement sexuel sont en hausse, mais également parce que les ordres de réglementation et le gouvernement entravent leur accès à des soins de santé mentale et physique essentiels, qui leur font cruellement défaut.

M. Doug Eyolfson: Merci. Je n'étais pas au courant de la déclaration obligatoire des troubles de santé mentale. C'est franchement horrible.

Je ne sais pas si c'est ce que fait le Manitoba. Je vais me renseigner.

Dre Kulvinder Gill: Oui, c'est pareil.

M. Doug Eyolfson: Vous dites que oui. C'est tout à fait horrible, mais je suis heureux de le savoir maintenant. Je pense qu'il faut se pencher sur cette situation.

Pour les 30 secondes qu'il me reste, l'une de mes frustrations au service d'urgence vient de ce que tellement de services ont été coupés à l'extérieur, que des gens nous arrivent avec beaucoup d'initiatives, en disant que le service d'urgence serait très bien placé pour les mettre en oeuvre. Il ne s'agit pas de choses urgentes, mais personne ne se sent à l'aise de dire non. Par exemple, on dit : « Offrons le vaccin antigrippal à tous ceux qui se présentent, puisqu'on les tient là. » Ou encore, on dit : « Offrons des programmes d'abandon du tabac à tout fumeur qui arrive ». Tous ces extras font que nous sommes plus occupés.

Le moment est-il venu pour le milieu de la médecine d'urgence de réagir et de dire: « Nous sommes déjà surchargés de travail. Ne nous obligez pas à faire plus de choses qui ne font pas partie de notre mandat »?

Dre Kulvinder Gill: Il n'y a certainement pas de salles d'urgence en Ontario où l'on administre des vaccins antigrippaux. Il y a maintenant de plus en plus de cliniques d'urgences mineures qui sont situées près des salles d'urgence. Il arrive souvent que l'infirmière de triage soit en mesure de rediriger les patients de la salle d'urgence vers la clinique d'urgences mineures qui y est rattachée ou qui est voisine de celle-ci. Cela permet d'offrir des soins appropriés dans un cadre convenable.

M. Doug Eyolfson: Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup.

Cela met fin à notre série de questions de sept minutes. Nous passons maintenant à une série de questions de cinq minutes, en commençant par Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, monsieur le président.

Je vais commencer par Thomas Hayes. On dit que vous êtes le spécialiste des « pratiques exemplaires ». Quel est le budget annuel de votre service?

M. Thomas Hayes: Tout d'abord, mon service est complexe, parce qu'il est responsable de la sécurité, du stationnement et de la santé du personnel. Je vais mettre le stationnement de côté et parler seulement de la sécurité et de la santé du personnel. Je dirais que notre budget annuel pour ces groupes est d'environ 2 millions de dollars. Cela comprend en partie les budgets que nous avons pour la formation du personnel dans l'ensemble de l'hôpital — cela relève également de ma compétence — ainsi que les budgets pour aider les gens à retourner au travail.

Si je présentais cela sous une forme plus concrète, je dirais que j'ai un personnel d'environ 60 agents de protection qui sont membres de l'Hôpital d'Ottawa. Nous avons également une soixantaine de gardiens de sécurité qui sont sous contrat de sorte que nous puissions augmenter ou réduire notre effectif à volonté. J'ai une équipe de santé-sécurité et de santé du personnel d'environ 35 personnes, qui comprend des agents de sécurité, des infirmières, des physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé qui travaillent activement en appuyant les comités mixtes de santé et de sécurité, ou qui travaillent au soutien des employés, quels que soient leurs besoins en matière de santé.

• (1700)

Mme Marilyn Gladu: Ils desservent les 19 emplacements que vous avez.

M. Thomas Hayes: C'est exact.

Mme Marilyn Gladu: Très bien.

Je veux aussi parler de la question de savoir s'il y a un traitement acceptable d'aide en santé mentale ou du TSPT, après que la violence a eu lieu. Qu'est-ce qui est en place pour les infirmières, les médecins et les fournisseurs de soins de santé?

N'importe qui peut répondre.

Je vais commencer par Josette.

Mme Josette Roussel: Dans le secteur hospitalier, il y a la CSPAAAT. Il y a une commission des accidents du travail. Selon la blessure, il y a un mécanisme de signalement, et si vous avez besoin d'aide médicale, on vous paiera un congé. Vous êtes couvert par ce type d'assurance dans les hôpitaux.

Dans d'autres secteurs, selon le groupe dont vous faites partie, il y a des services d'assurance, mais je ne sais pas exactement à quoi ils ressemblent. Il y a certaines différences entre les différentes administrations. Ayant été infirmière en Ontario, je ne parle que de l'Ontario.

Mme Marilyn Gladu: Dre Gill, avez-vous quelque chose à dire?

Dre Kulvinder Gill: La majorité des médecins de première ligne de l'Ontario pratiquent en fait dans le secteur privé et n'ont droit à aucune prestation. S'ils prennent congé, ils doivent non seulement continuer à payer leur personnel, mais également les frais généraux de leur clinique. À leur retour au travail, ils doivent reporter les rendez-vous de tous les patients qu'ils avaient dû annuler. Bien souvent, ils ont un fardeau accru quand ils rentrent au travail.

Nous avons aussi auparavant le programme d'assurance prioritaire de l'OMA, qui offrait une couverture très minime par l'entremise du gouvernement de l'Ontario. Toutefois, en raison de compressions de plus en plus importantes, le gouvernement de l'Ontario a non seulement réduit la couverture de santé mentale, mais elle n'offre que quelques centaines de dollars par année à chaque médecin. Il y a de nouveaux diplômés qui s'inscrivent au programme chaque année, mais le gouvernement n'a pas augmenté le financement en conséquence, de sorte qu'il y a un plus petit montant qui est réparti entre un plus grand nombre de personnes.

[Français]

Mme Marilyn Gladu: Je me tourne maintenant du côté de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec.

Y a-t-il assez de services au Québec pour les personnes qui ont vécu des expériences de violence?

Mme Linda Lapointe: Il y a quand même un bon service relativement à cela. Du soutien est offert et toutes les professionnelles en soins de santé ont une assurance collective qui leur permet d'en recevoir. Elles doivent cependant aller elles-mêmes chercher le soutien psychologique dont elles ont besoin.

L'un des chevaux de bataille de la Fédération, ce sont les projets de ratios visant à diminuer le nombre de patients par infirmière, par infirmière auxiliaire et par inhalothérapeute, afin d'éviter toutes ces formes de violence. Vous allez en entendre parler au cours des prochaines années.

En général, il y a un bon soutien, sauf que toute cette prévention n'est malheureusement pas une priorité des organisations. Il y a vraiment beaucoup de travail à faire sur le plan de la communication avant d'en arriver à dire qu'assez, c'est assez.

Nous avons des politiques en matière de violence, de harcèlement et d'incivilité. Tous les établissements de santé en ont une, mais c'est un processus qui est quand même lourd. Nous prétendons que la sous-déclaration est vraiment importante, justement en raison de la lourdeur du processus de déclaration. Lorsqu'il s'agit de violence verbale ou d'incivilité entre collègues, il y a parfois un processus de médiation, mais il est assez lourd. Comme les gens se disent que cela ne donnera rien de toute façon, ils ne s'engagent pas dans le processus.

Mme Marilyn Gladu: Merci.

[Traduction]

Le président: D'accord. Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à M. McKinnon.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci, monsieur le président.

Ma première question s'adresse à Mme St-Pierre.

La majeure partie de notre discussion sur la violence a porté sur les relations avec les patients et les personnes en lien avec les patients, mais vous avez mentionné qu'il y avait aussi de la violence professionnelle. Je soupçonne que cela fait référence, essentiellement, à la violence entre collègues.

Si nous retirons de l'équation la violence liée aux patients, l'environnement des soins de santé est-il plus dangereux que, disons, d'autres milieux de travail en ce qui concerne la violence entre collègues?

Mme Isabelle St-Pierre: Je dirais que oui. On constate une augmentation partout. C'est en partie une question de charge de travail, car le milieu de travail est très stressant et les gens ne peuvent pas s'entraider ou n'ont pas le temps d'apprendre à se connaître. Attribuer de mauvaises intentions... Parfois, la violence est subjective. On peut avoir l'impression que quelqu'un est méchant envers soi alors qu'en fait, ce n'était pas cela. La personne a peut-être utilisé un langage grossier, mais elle n'avait pas l'intention de nous heurter.

Je pense que c'est compliqué. Nous savons que cette violence, celle qui s'exprime entre travailleurs, est généralement plus nocive pour le personnel. On s'attend généralement à une certaine solidarité de la part de ses collègues. Quand on vit cela jour après jour, on finit par prendre un congé de maladie et on devient déprimé, puis l'estime de soi s'en trouve affecté.

• (1705)

M. Ron McKinnon: Dans le milieu des soins de santé, les gens sont souvent épuisés et lourdement surchargés de travail de toutes sortes de façons. Je crois que, ce que vous dites, c'est que ce fardeau devient trop important et fait en sorte que les gens ignorent les règles normales de sécurité au travail qui s'appliquent à tout le monde.

Mme Isabelle St-Pierre: Je suis d'accord avec vous. Cela va aussi plus loin. Par exemple, si je fais une pause, quelqu'un me regardera et me dira: « Oh, vous avez le temps de faire une pause? Vous ne devez pas être très occupé. » Il arrive que lorsque vous prenez votre repas ou votre pause ou que vous allez aux toilettes, vos collègues s'en offusquent. Il y a des cliques comme ça et des situations comme ça.

M. Ron McKinnon: Merci.

Docteur Gill, vous avez dit que la majorité des médecins en Ontario — et par extension, je suppose, dans tout le pays — étaient en pratique privée. Je serais porté à croire que cela signifie que la plupart des médecins sont donc mieux en mesure de gérer leur environnement, en ce qui a trait aux conditions de travail qu'ils offrent à leur personnel et ainsi de suite.

Que peuvent faire les médecins en pratique privée pour améliorer leur sécurité et celle de leur personnel?

Dre Kulvinder Gill: Au cours des dernières années, les médecins en pratique privée ont essayé d'assurer la sécurité de leur personnel de secrétariat. Ce sont souvent les premières personnes confrontées à la violence d'un patient, au moment de l'inscription, notamment. Les médecins installent alors des barrières physiques entre leur personnel de secrétariat et les patients.

À part cela — comme je l'ai mentionné plus tôt —, si les tentatives de désescalade échouent, souvent, le seul moyen dont disposent les médecins de première ligne et le personnel de secrétariat est d'appeler la police. Cela survient souvent après une agression ou une escalade de la violence.

M. Ron McKinnon: Les boutons de panique, comme M. Hayes en a fait la suggestion, seraient-ils utiles à ces travailleurs?

Dre Kulvinder Gill: Qui répondrait à l'appel de panique? Voilà la question. Est-ce que ce serait le service de police local? Si c'est le cas, je sais que là où je pratique, le service de police Peel est extrêmement débordé. Malgré l'augmentation de son budget, il a encore de la difficulté à traiter le volume d'appels qu'il reçoit. Le temps que les policiers arrivent sur les lieux, souvent l'incident est clos.

C'est une situation très difficile. Mis à part l'affichage d'avertissements, l'installation de barrières physiques et l'installation de caméras, il y a très peu à la disposition des médecins de première ligne dans la collectivité pour lutter contre la violence. Grâce à des mesures législatives comme celles que le député Davies a proposées, les patients sauraient qu'il y a de sérieuses conséquences à leurs actes et cela contribuerait à décourager ce genre de comportement.

M. Ron McKinnon: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous revenons maintenant à Mme Gladu.

Mme Marilyn Gladu: Merci, monsieur le président.

J'aimerais parler un peu de l'affectation des ressources et de la réduction des temps d'attente, afin qu'on puisse s'attaquer aux raisons de cette frustration.

Il y a une pénurie de médecins et d'infirmières partout au pays. La pénurie la plus marquée que j'ai vue est au Cap-Breton, où il manque 52 urgentologues et un chirurgien vasculaire. Si une personne se sectionne une artère, soit elle perdra un membre, soit elle mourra, car on ne pourra l'amener à Halifax à temps. Il y a des pénuries d'infirmières partout au pays.

J'ai deux questions. La première est la suivante: quel est le bon ratio d'infirmières par patient que nous devrions essayer d'atteindre pour les différents niveaux de soins, en sachant que les soins intensifs sont différents des soins d'urgence, etc.? Avez-vous des idées à ce sujet?

• (1710)

Mme Josette Roussel: Les chiffres que nous utilisons se basent davantage sur les besoins des patients que sur le ratio. Cela signifie qu'il faut tenir compte des besoins des patients.

Je sais que les soins aux personnes âgées sont en hausse, et nous avons récemment publié un rapport à ce sujet. Nous devons prévoir davantage de ressources en fonction de modèles différents et de différentes catégories d'infirmières. Il faut faire les choses différemment. Nous ne pouvons plus utiliser les mêmes modèles. Nous savons que la situation ne s'améliore pas et il faut pouvoir compter sur différents services dans la collectivité, de sorte que les gens ne se rendent pas inutilement à l'urgence, ce qui engorge ce service, et laissent la place aux patients qui en ont réellement besoin.

Nous réfléchissons aux soins aux aînés en fonction des besoins de cette population et de la façon de lui fournir ce dont elle a besoin. De plus, nous concentrons nos efforts sur les soins de santé en milieu rural et éloigné où, comme vous l'avez mentionné, on pourrait recruter davantage d'infirmières, tirer avantage de la technologie et utiliser des modèles différents pour optimiser le travail des infirmières. Certains règlements et certaines politiques locales posent problème et créent des obstacles.

Ce sont toutes des solutions multidimensionnelles. Il faut, pour les mettre en oeuvre, avoir une idée globale de la situation et des besoins de la population en temps réel.

Mme Marilyn Gladu: Je constate que, partout au pays, les garderies emploient un travailleur pour huit enfants. Nous savons que, selon les normes des infirmières de l'Alberta, pour les établissements de soins de longue durée, par exemple, il faut une infirmière pour sept patients. Nous savons qu'en Ontario, la norme pour les unités de soins intensifs est de trois patients pour chaque infirmière, mais comme vous l'avez dit, cela peut dépendre de l'état du patient.

Pour ce qui est des médecins, si je vous ai bien comprise, docteur Gill, il y a un million de personnes en Ontario qui n'ont pas de médecin de famille?

Dre Kulvinder Gill: Il y en a maintenant plus d'un million.

Mme Marilyn Gladu: Ça ne m'étonne pas du tout. À Ottawa, le temps d'attente moyen pour un médecin de famille est de six ans, alors c'est un énorme problème.

Dre Kulvinder Gill: Le délai d'attente pour certains spécialistes a même dépassé les trois ans maintenant, ce qui est extrêmement grave. Le Canada a l'un des taux de médecins par habitant les plus bas parmi les pays de l'OCDE. Plutôt que de tenter de recruter et de former plus de médecins, nous avons fait le contraire.

En Ontario, le gouvernement a supprimé 50 postes de résidence, et au cours des trois dernières années, nous avons formé 150 médecins de moins. Le climat toxique créé par l'organisme de réglementation, ainsi que les compressions croissantes, ont fait en sorte de chasser les médecins de la province.

Non seulement les nouveaux diplômés ne restent pas en Ontario, mais les médecins qui approchent de la fin de leur carrière prennent leur retraite plus tôt. Nous voyons de plus en plus de médecins quitter le cadre de l'assurance-santé de l'Ontario, simplement parce que le CSPO et le gouvernement de l'Ontario l'ont rendu tellement toxique que les médecins en sont rendus à quitter la profession médicale.

Mme Marilyn Gladu: Les situations sont différentes d'un bout à l'autre du pays, mais d'après ce que j'ai entendu dire, il y aurait assez de Canadiens ayant une formation en médecine pour que nous puissions en affecter beaucoup plus dans le système. Il y a beaucoup de médecins formés au Canada qui ne réussissent pas à obtenir un jumelage ou un poste de résidence.

En Colombie-Britannique plus précisément, il y a un problème en raison des incitatifs financiers qui ont été mis en place à l'échelle provinciale: il est plus logique d'être un urgentologue qu'un médecin de famille, car, à salaire égal, l'urgentologue n'aura pas à payer de frais généraux.

Avez-vous des recommandations pour résoudre la pénurie de médecins?

Dre Kulvinder Gill: Comme je l'ai dit, le gouvernement doit vraiment commencer à voir les médecins comme des êtres humains. S'il y a un message que je peux transmettre au Comité, c'est que les médecins sont des êtres humains. Il faut commencer à traiter les médecins comme des êtres humains, et cela suppose l'élimination d'un bon nombre de ces politiques toxiques. Il n'y a aucune raison pour que les médecins n'aient pas droit à l'application régulière de la loi. Il n'y a aucune raison qu'on les prive de leur présomption d'innocence. Il n'y a aucune raison qu'on les prive de leur liberté de conscience. Il n'y a aucune raison pour que leur liberté d'expression soit brimée et il n'y a aucune raison pour que les médecins ne soient pas traités de la même façon que tous les autres citoyens canadiens.

À l'heure actuelle, en Ontario, les médecins sont littéralement des citoyens de deuxième classe. Réfléchissez-y bien. Les médecins sont

des citoyens de deuxième classe en Ontario. Ces personnes qui doivent résoudre des cas de vie ou de mort, qui ont passé plus de 10 ans et parfois près de 20 ans sur les bancs d'école pour être en mesure de vous offrir les soins dont vous avez besoin au moment où vous êtes le plus vulnérable, sont traitées comme des sous-humains. Il y a un grave problème.

Si nous ne commençons pas à traiter les médecins de première ligne comme des êtres humains, nous allons avoir un grave problème, car il ne restera plus de médecins de première ligne, surtout après la décision épouvantable rendue hier par un tribunal de l'Ontario. C'est du jamais vu nulle part dans le monde, que la liberté de conscience des médecins se trouve ainsi supprimée. Les médecins ne jouissent plus de la liberté de pensée. Rendu là, il y a un grave problème.

La cour a voulu donner l'impression qu'il y avait une dichotomie entre les droits des médecins et les droits des patients, mais c'était une fausse dichotomie. Tous les autres gouvernements du Canada l'ont compris. Tous les autres pays du monde l'ont compris, alors il est clair que des solutions existent. Lorsque les gouvernements deviennent hostiles envers les médecins de première ligne, ils quittent la profession.

• (1715)

Le président: D'accord. Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à Mme Sidhu.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Merci, monsieur le président. Merci à tous d'être ici.

Dre Gill, je représente Brampton-Sud. Merci de servir les gens de Brampton. Je sais que nous avons environ 900 000 résidents, mais un seul hôpital.

La semaine dernière, nous avons entendu parler des hôpitaux bondés, du manque de médecins et de la cyberintimidation. Vous en avez également parlé. Pouvez-vous m'expliquer comment on pourrait prévenir la cyberintimidation envers les médecins ou les professionnels de la santé?

Dre Kulvinder Gill: C'est extrêmement difficile, surtout parce qu'Internet permet aux gens de garder l'anonymat. Lorsqu'une personne peut demeurer anonyme, elle n'a pas à rendre compte de ses actes.

Il y a une plateforme qu'on appelle RateMD, qui s'est transformée en un environnement très toxique. Elle appartient en fait à la société Toronto Star. On va jusqu'à y rédiger des rapports négatifs, pour ensuite demander aux médecins de faire... Selon un article du *National Post*, ces rapports pourraient même être rédigés par l'entreprise elle-même. Ce genre de chose est extrêmement toxique. Non seulement les médecins doivent affronter la toxicité en première ligne — un collège toxique, un gouvernement toxique —, mais voilà maintenant que l'Internet est toxique.

Je pense que c'est là que le gouvernement peut intervenir et jouer un rôle positif. Lorsque des entreprises profitent des malheurs qu'ils créent eux-mêmes par la rédaction de faux commentaires, pour ensuite cibler les médecins afin qu'ils s'abonnent à leur service et paient une somme mensuelle énorme pour faire supprimer ces mêmes commentaires, nous avons un grave problème.

Une poursuite en libelle diffamatoire a été intentée et gagnée ici, en Ontario, la semaine dernière contre RateMD. Espérons qu'il y en aura plus, pour un jour mettre un terme à toute cette atmosphère toxique.

Mme Sonia Sidhu: La cybersécurité est l'une des principales priorités de notre gouvernement. Si vous avez des solutions, vous pouvez nous envoyer un courriel.

Si l'un d'entre vous a une suggestion à faire sur la façon dont le gouvernement fédéral peut régler ce problème, veuillez nous l'envoyer par la poste ou par courriel, et nous l'examinerons.

Comment peut-on désamorcer la situation de la formation des professionnels de la santé? Pouvez-vous nous en parler?

Dre Kulvinder Gill: Les étudiants en médecine commencent à être victimes de sexisme et de racisme de la part de leurs patients — même de harcèlement sexuel — lorsqu'ils sont au début de leur stage, avant même qu'ils aient commencé leur résidence officielle.

Depuis le moment où j'ai suivi ma formation jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de formation officielle sur la façon de traiter un patient qui devient violent ou qui utilise des insultes raciales.

Il y a environ deux ans, à Mississauga, il y a eu un événement qui a fait les manchettes à l'échelle nationale et internationale. Un patient était allé dans une clinique sans rendez-vous et avait demandé à être vu par un médecin blanc. On avait entendu beaucoup de mots très désobligeants. À l'époque, le ministre de la Santé et le premier ministre de la province l'avaient dénoncé. Le collège avait indiqué que les médecins bénéficiaient d'une protection en vertu du Code des droits de la personne de l'Ontario, mais il avait également indiqué que le collège n'avait absolument aucune politique à cet égard.

C'était là l'une de nos 11 recommandations: non seulement d'avoir une formation obligatoire à l'école de médecine et dans les programmes de formation en résidence, mais aussi de s'assurer que les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux créent des politiques pour garantir que les codes des droits de la personne fondamentaux soient bel et bien en vigueur et qu'il y ait des politiques pour s'attaquer aux problèmes de harcèlement.

• (1720)

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Le président: Merci beaucoup.

Nous passons maintenant à notre toute dernière question, avec M. Davies.

M. Don Davies: Merci.

Je ne sais pas si c'était Josette ou Isabelle, mais l'une d'entre vous a utilisé le terme « violence horizontale en milieu de travail ». Pourriez-vous nous dire ce que cela signifie?

Mme Isabelle St-Pierre: Le terme « horizontal » désigne essentiellement des employés de même niveau, c'est-à-dire d'infirmière à infirmière, disons, ou de médecin à médecin. Le terme « vertical » suppose habituellement une hiérarchie, comme un patron et son employé.

M. Don Davies: D'accord. Merci.

Madame Lapointe, si j'ai bien compris, vous avez dit que le Québec accusait un retard par rapport au reste du pays en ce qui a trait aux solutions à la violence en milieu de travail. Si j'ai bien compris, pourriez-vous nous dire pourquoi?

[Français]

Mme Linda Lapointe: Ce que j'ai affirmé vient d'un rapport du vérificateur général du Québec qui a été déposé à l'Assemblée

nationale. Nous n'en avons pris connaissance qu'aujourd'hui, de sorte que nous n'avons pas pu l'examiner.

Ce rapport fait des constats sur la santé et la sécurité au travail. C'est le vérificateur général lui-même qui affirme que nous accusons un retard considérable par rapport à d'autres organisations. Le vérificateur général présente 11 recommandations et plusieurs constats, mais, malheureusement, nous n'avons eu ce rapport que cet après-midi et je n'ai pas pu en prendre connaissance. Cela dit, il y a un chapitre complet là-dessus.

M. Don Davies: Merci.

[Traduction]

Il semble que de nombreux facteurs entrent en ligne de compte. L'un d'entre eux est le manque de personnel.

Une autre chose qui a été mentionnée, c'est cette culture persistante chez les professionnels de la santé, qui veut que la violence en milieu de travail dans les soins de santé soit une chose à laquelle on s'attend et que les professionnels doivent tout simplement la tolérer.

Je me demande dans quelle mesure cette attitude est répandue chez vos collègues et si vous avez des suggestions à faire sur la façon de changer cette culture.

Mme Isabelle St-Pierre: C'est très répandu. Je dirais que tout le monde sait qu'à un moment donné, il sera mal traité, que ce soit physiquement — se faire égratigner ou se faire cracher dessus — ou par des insultes. C'est très courant.

Ce n'est pas signalé, exactement parce que si nous devons signaler chaque incident, c'est tout ce que nous ferions, et rien n'en ressortirait, alors c'est...

M. Don Davies: C'est devenu normal.

Mme Isabelle St-Pierre: Oui, tout à fait.

Dre Kulvinder Gill: Cette culture est également bien ancrée dans les institutions, surtout quand il s'agit de personnes en position d'autorité ou de pouvoir au sein de l'institution.

Au lieu de s'attaquer au problème, souvent, l'établissement fait tout pour se protéger, et les médecins, les infirmières et les travailleurs de la santé, quant à eux, se voient chassés de l'organisation.

M. Don Davies: Merci.

Le président: Notre temps est écoulé.

Au nom du Comité, je tiens à remercier les témoins de nous avoir fourni ces renseignements de nature presque personnelle. Nous vous en sommes très reconnaissants, et cela nous aidera à rédiger un rapport qui, nous l'espérons, contribuera à améliorer votre situation, car nous convenons qu'il s'agit d'un grave problème qu'il faut régler.

Au nom du Comité, merci beaucoup à tous.

Merci à nos amis du Québec qui étaient présents par vidéoconférence. Ce n'est pas facile à faire. Merci beaucoup.

Nous allons suspendre la séance pendant une minute, puis nous nous occuperons de deux petites questions d'ordre administratif.

[La séance se poursuit à huis clos.]

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

PERMISSION DU PRÉSIDENT

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

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

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

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

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

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

SPEAKER'S PERMISSION

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

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

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

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

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