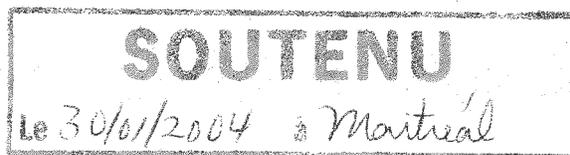


ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE



LA GESTION ET LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA VIOLENCE :

LA RÉALITÉ DU MONDE HOSPITALIER

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION PUBLIQUE

PAR

PASCALE BARRETTE BRISSON

31 JANVIER 2004

MEM
626

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

LA GESTION ET LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA VIOLENCE :
LA RÉALITÉ DU MONDE HOSPITALIER

MÉMOIRE

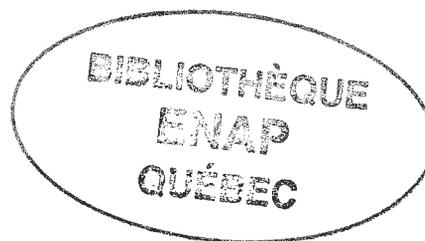
PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION PUBLIQUE

PAR

PASCALE BARRETTE BRISSON



31 JANVIER 2004

Aux tout p'tits de ma vie...

*... Tu réjouis l'été
tu sens bon l'hiver
dis-moi ousse que t'étais
sans moi, terrestre extra?*

*J'allonge l'éternité
j'agrandis l'univers,
le soleil à tes pieds
et ma vie en travers*

*J'aime oh oh
comme un trou perdu...*

Richard Desjardins

Recu le 17 fev. 04

REMERCIEMENTS

Ce mémoire a été pour moi une longue mais valeureuse entreprise. C'est grâce aux gens qui ont cru en moi, qui m'ont supportée, encouragée, guidée et au temps qu'ils m'ont consacré que j'ai eu le courage de mener à terme cet ouvrage.

J'ai eu le privilège d'être accueillie dans une organisation qui m'a donné accès à des données inestimables. Je désire remercier le personnel des ressources humaines pour les informations qu'ils n'ont pas hésité à me confier, ainsi que pour leur accueil chaleureux et leur grande disponibilité. Un merci spécial à la directrice des ressources humaines, qui m'a fait confiance. Son respect et sa disponibilité m'ont permis de mener à terme cette grande entreprise. Je tiens aussi à remercier tous les répondants qui ont accepté de me consacrer de leur précieux temps pour contribuer à ma recherche.

Je tiens également à remercier une amie exceptionnelle, ma grande sœur, qui par son génie m'a grandement aidée dans la rédaction de ce mémoire. Son oreille attentive, son énergie débordante et son dévouement m'ont apportée motivation et inspiration. Je n'ai jamais su la remercier à sa juste valeur. Merci Charlot! Merci Laurie et Louis, mes parents adorés qui ont toujours cru en moi et qui m'ont supportée tout au long de mes longues années d'études. Françoise, merci pour ta lecture attentive et surtout pour ton aide de dernière minute. Merci à Laurent-san pour sa chaleur, ses encouragements et pour ses nombreuses questions qui m'ont amenée vers de nouvelles réflexions.

Un merci particulier à Gladys Symons, mon cher professeur. C'est grâce à son dévouement pour la recherche et pour ses étudiants, à ses idées innovatrices et surtout à son entrain que le goût de la recherche que j'avais délaissée, m'est revenu. Elle a su stimuler ma curiosité intellectuelle, elle m'a amenée à affirmer mes opinions et m'a poussée vers l'excellence. Mais surtout, elle m'a démontrée que nous,

étudiants, sommes capables de critiquer et de s'affirmer et qu'il est essentiel de croire en nos idées et en nos capacités. J'ai traversé cette dure étape parce qu'elle a su, avec justesse et discernement, me guider et me soutenir. Merci mille fois!

Je remercie finalement les membres du jury, Isabelle Fortier et Daniel Lozeau, qui ont accepté de participer à l'évaluation de ce mémoire. Leurs conseils, leurs commentaires et leurs idées novatrices m'ont encouragé à perfectionner mon travail et à terminer ce fastidieux travail.

« La tolérance zéro, c'est un but de la politique, c'est tendre vers. Aujourd'hui, on l'a pas, mais aussitôt qu'il y a une situation, c'est tolérance zéro, on le règle. Moi c'est le sérieux que je mets dans mon service par rapport à la violence. Est-ce que c'est le sérieux que l'organisation met par rapport à la politique sur la violence? »

(Secteur général, gestionnaire)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES	vi
LISTE DES TABLEAUX	xii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	5
UNE ÉTUDE SUR LA VIOLENCE DANS LE MILIEU HOSPITALIER	5
1.1 Définir, comprendre et élucider la violence en milieu hospitalier	5
1.2 Mise en contexte : l'hôpital comme lieu d'étude	6
1.2.1 Le comité et la politique : un retour historique	6
1.2.2 Les problèmes de l'organisation face à la gestion de la violence	8
1.2.3 Le quotidien et la violence	10
1.3 La pertinence de la recherche	10
1.3.1 La violence dans le milieu hospitalier : mieux la connaître pour mieux agir.....	10
1.3.2 Les ancrages de la violence : retourner à la source.....	11
1.3.3 L'hôpital choisi : un site privilégié.....	11
1.3.4 Le rôle des gestionnaires : un aspect peu connu de la violence	12
1.4 Les retombées d'une étude sur la violence en milieu hospitalier	12
1.5 État des connaissances : la violence au travail	14
1.5.1 La littérature internationale et américaine sur la violence au travail	14
1.5.2 La littérature québécoise sur la violence au travail	18
1.6 L'approche théorique pour une recherche sur la violence	26

1.6.1	La construction sociale de la violence organisationnelle	26
1.6.2	Les définitions de la violence	28
1.6.3	Les ancrages organisationnels, sociaux et individuels de la violence.....	32
1.6.4	La réaction des gestionnaires face à la violence.....	33
1.6.5	Les responsabilités légales de l'employeur	34
1.6.6	Les questions à résoudre.....	35
CHAPITRE 2.....		36
LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE		36
2.1	Stratégie de recherche	36
2.2	Choix des échantillons	36
2.2.1	La sélection des dossiers à l'étude	37
2.2.2	La constitution des groupes de participants	38
2.3	Techniques de collecte de données	41
2.3.1	Étude des dossiers : la violence et le processus d'enquête.....	41
2.3.2	L'observation et la participation.....	42
2.3.3	La documentation diverse.....	44
2.3.4	Les entrevues semi-dirigées.....	44
2.4	Traitement des données	45
2.4.1	Les dossiers de plaintes.....	45
2.4.2	Les entrevues : retranscription « verbatim ».....	47
2.4.3	MAX QDA : système d'analyse de données qualitatives	47

CHAPITRE 3	51
<i>ÉTAT DE LA SITUATION : LES FORMES DE VIOLENCE DANS LE MILIEU HOSPITALIER</i>	51
3.1 Les événements déclarés : portrait des dossiers analysés	51
3.1.1 La procédure officielle de la politique de non-violence.....	51
3.1.2 Les cas déclarés et les plaintes enquêtés de violence	53
3.1.3 Les statistiques officielles : les données de la DRH et de la DPC	58
3.1.4 Les dossiers analysés : une partie de la réalité	62
3.2 Les témoignages de la violence non déclarée	63
3.2.1 La présentation des participants	63
3.2.2 La violence externe	65
3.2.3 La violence interne	68
3.3 Les formes de violence en fonction des types de comportements	70
3.3.1 La violence verbale et symbolique.....	70
3.3.2 La violence physique	71
3.3.3 La violence psychologique.....	73
3.3.4 La violence sexuelle	76
3.4 En résumé : les formes de violence dans le milieu hospitalier	77
CHAPITRE 4	79
<i>LES ANCRAGES ORGANISATIONNELS, SOCIAUX ET INDIVIDUELS DE LA VIOLENCE HOSPITALIÈRE</i>	79
4.1 Les ancrages organisationnels	79
4.1.1 Changement structurel : l'approche clientèle	79
4.1.2 Les départements fermés	83
4.1.3 Les bases de regroupements et les sentiments d'appartenance	85
4.1.4 Les problèmes de communication.....	88
4.1.5 Laxisme des gestionnaires ou laxisme de l'employeur?	92

4.2	Les ancrages sociaux de la violence	95
4.2.1	La pénurie dans le milieu hospitalier	95
4.2.2	La conception de la violence dans une société violente.....	96
4.3	Les ancrages individuels.....	97
4.4	En résumé : les ancrages de la violence	98
CHAPITRE 5.....		99
LA GESTION DE LA VIOLENCE : LES GESTIONNAIRES, LA POLITIQUE ET LE COMITÉ		99
5.1	Les gestionnaires et la violence au quotidien.....	99
5.1.1	Les qualités d'un bon gestionnaire	100
5.1.2	La gestion de la violence : une dure responsabilité	102
5.2	La politique de non-violence.....	106
5.2.1	La procédure administrative des ressources humaines	109
5.2.2	Les enquêteurs : prévention ou discipline?.....	110
5.2.3	Perception et appréciation : ce que les gens en pensent	112
5.3	Le comité de la prévention de la violence	117
5.3.1	Les mandats du comité : prévention et promotion	118
5.3.2	Les membres et les gestionnaires: ce qu'ils en pensent	120
CHAPITRE 6.....		123
LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA VIOLENCE.....		123
6.1	La politique : la construction de la violence déclarée	124
6.1.1	La bureaucratisation de la gestion de la violence	124
6.1.2	L'application différenciée de la politique	127
6.1.3	Les enquêteurs et la violence déclarée	129
6.1.4	La gestion de la violence déclarée : un processus coercitif ou préventif?	130
6.1.5	Les décisions des enquêteurs : tolérance ou intolérance?.....	133

6.2	Les normes de tolérance de la violence déclarée	133
6.2.1	La norme informelle en fonction des formes de violence	133
6.2.2	Les normes informelles en fonction des personnes concernées	134
6.2.3	Les normes informelles en fonction du secteur d'activité.....	135
6.2.4	La violence dans le secteur clinique et dans le secteur général	136
6.3	Le comité de la prévention de la violence et la construction sociale de la prévention	138
6.3.1	La prévention : sur quoi agit-elle?.....	138
6.3.2	Le rôle du comité de la prévention de la violence avant et après la politique.....	139
6.3.3	La promotion de la non-violence.....	142
6.4	Les gestionnaires : la gestion de la violence et de ses multiples définitions	143
6.4.1	Les multiples définitions de la violence	143
6.4.2	La déresponsabilisation des gestionnaires.....	145
CHAPITRE 7.....		147
VERS UNE COMPRÉHENSION DE LA VIOLENCE EN MILIEU HOSPITALIER		147
7.1	Mieux connaître la violence hospitalière	147
7.2	Les limites de l'étude sur la violence.....	150
7.3	Nouvelles questions soulevées par l'étude.....	151
7.4	Nouvelles pistes de recherche.....	153
7.5	Conclusion.....	154

ANNEXES	156
Annexe 1 La politique de non-violence	157
Annexe 2 Le formulaire de déclaration	164
Annexe 3 Compte rendu de la réunion du 5 février 2003	166
Annexe 4 Protocole d’entrevue des gestionnaires	171
Annexe 5 Protocole d’entrevue des membres du comité	177
Annexe 6 Protocole d’entrevue des responsables d’enquêtes	182
Annexe 7 Protocole d’entrevue de l’enquêteur à la Direction des services professionnels	188
Annexe 8 Structure organisationnelle de l’hôpital	193
Annexe 9 Structure de gestion par programme	195
RÉFÉRENCES	197

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1	TYPOLOGIE DE LA VIOLENCE.....	22
TABLEAU 2.1	GRILLE POUR L'ANALYSE DES DOSSIERS.....	46
TABLEAU 2.2	EXEMPLE DE CRITÈRES DE RECHERCHE SUR MAX QDA	49
TABLEAU 3.1	LE NOMBRE D'AGRESSIONS DÉCLARÉES SELON LE SEXE DES VICTIMES ET DES AGRESSEURS	55
TABLEAU 3.2	LE NOMBRE D'AGRESSIONS DÉCLARÉES SELON LE STATUT PROFESSIONNEL DES VICTIMES ET DES AGRESSEURS	55
TABLEAU 3.3	LE NOMBRE D'AGRESSIONS DÉCLARÉES SELON LES FORMES DE VIOLENCE	56
TABLEAU 3.4	LES DÉCISIONS RENDUES SUITE AUX ENQUÊTES	58
TABLEAU 3.5	LES STATISTIQUES OFFICIELLES SUR LA VIOLENCE INTERNE ...	59
TABLEAU 3.6	LES STATISTIQUES OFFICIELLES SUR LA VIOLENCE EXTERNE ..	61
TABLEAU 3.7	RÉPARTITION DES PARTICIPANTS PAR SECTEURS.....	64

INTRODUCTION

La violence au travail fait partie du quotidien : elle s'imisce dans les rapports entre les employés, paraît parfois normale alors qu'en réalité, les gens la tolèrent de moins en moins. Ses nombreuses manifestations en font un phénomène difficile à cerner, à enrayer et par le fait même, à définir. L'interprétation des situations par les gens qui la vivent ou qui en sont témoins est une référence pour déterminer si un comportement est violent. Cependant, ce qui peut être accepté par certains, peut être d'emblée refusé par d'autres. L'intervention d'une tierce partie peut donc apporter un regard différent sur la situation permettant de délimiter la nature violente des agissements. La gestion de la violence est une responsabilité pour les gestionnaires, mais aussi pour tous les membres de l'organisation qui doivent, entre autres, mettre en place les balises d'une norme de tolérance à l'égard de la violence.

Depuis quelques années, les organisations se sont donc dotées de politiques de non-violence justement dans le but d'établir cette norme. Ces procédures, qui facilitent la gestion de la violence et qui assurent un traitement juste et équitable des déclarations permettent à l'employeur de s'acquitter de la responsabilité légale en vertu de la Loi sur la santé et sécurité au travail qui stipule qu'il a le devoir de protéger ses employés tout en leur offrant un milieu sain, respectueux et exempt de violence.

Le milieu hospitalier n'échappe ni à la violence ni au désir d'en être épargné. Les particularités des hôpitaux, que ce soient le rôle et la représentation qu'ils occupent dans notre société, la façon dont les services y sont structurés, le personnel qui les compose ou les usagers qui les fréquentent, ont une incidence sur les formes de violence qui s'y développent et qui s'y manifestent. L'atmosphère est chargée d'une tension unique liée à la maladie et à la mort qui peut parfois pousser les employés ou les usagers à se désorganiser. Certes, une partie des agressions dans les hôpitaux émane de la clientèle, mais il ne s'agit que d'une portion de ce qui s'y déroule réellement. Il ne faut

surtout pas négliger la violence qui émerge de l'intérieur de l'organisation et qui affecte, tout autant que la violence impliquant la clientèle, le fonctionnement de l'organisation.

Des mesures ont été développées et implantées dans des hôpitaux du Québec pour tracer la ligne entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas, l'objectif étant de diminuer les manifestations de la violence et d'en faciliter la gestion. Une politique en la matière est, pour le moment, le moyen privilégié pour s'assurer d'un traitement juste et équitable des plaintes, le tout basé sur le principe de tolérance zéro. Mais comment une telle pratique peut-elle s'intégrer sans heurts dans la culture hospitalière?

La présente étude a été élaborée dans le but de faire la lumière sur le phénomène de la violence touchant les employés du milieu hospitalier afin d'en comprendre les différentes manifestations et les mécanismes propres à ce contexte qui favorisent l'émergence et le maintien de ces comportements. Le second objectif a été de déterminer par quels moyens la gestion de la violence se réalise, que ce soit à l'aide d'une politique ou par l'intermédiaire de ses employés, dont les gestionnaires. La recherche s'est donc déroulée dans un hôpital public du Québec où une politique de non-violence a été implantée et qui est en vigueur depuis plus d'un an.

Selon la perspective constructiviste, les gestionnaires, les représentants de l'administration et les autres membres de l'organisation, par leurs perceptions, leur implication dans la gestion des conflits et par le rôle qui leur est assigné, contribuent à la construction sociale de la violence dans le domaine hospitalier. Cette approche théorique a été retenue afin de faire émerger les différentes conceptions et définitions de la violence telles que vécues par les personnes qu'elles touchent dans l'organisation sous étude.

La collecte de données s'est déroulée en deux temps. Premièrement, un portrait des formes de violence déclarées et des personnes qu'elles concernent, a été dressé à l'aide des dossiers de plaintes déposées en vertu de la politique de non-violence. Ce

recensement des données a aussi permis de reconstituer en partie le processus d'enquête et d'identifier les gestionnaires interpellés par la politique de non-violence.

Deuxièmement, des entrevues semi-dirigées avec des gestionnaires, les enquêteurs et les membres du comité de la prévention de la violence ont permis d'identifier les formes de violence qui n'ont pas été déclarées et qui ont échappé au contrôle de la politique. Cette seconde étape avait pour objectif de saisir comment la gestion de la violence se réalise au quotidien, et comment cette responsabilité est perçue par les personnes qui ont à l'accomplir et à l'assumer. Par le fait même, il a été possible de sonder leur perception à l'égard de la nouvelle procédure de traitement des plaintes ainsi que celle du comité de la prévention de la violence.

L'analyse des données recueillies a permis la rédaction du présent rapport qui se divise en sept chapitres. Les deux premiers font état du projet de recherche, des questions et des objectifs qui ont guidé l'analyse et la collecte des données. Le recensement des écrits permet de comprendre la problématique de la violence telle qu'elle a été étudiée dans les dernières années et le cadre théorique définit l'approche théorique privilégiée, ainsi que les définitions des concepts clés retenues. Le second chapitre présente en détail la méthodologie de recherche qui a été privilégiée pour mener à terme cette étude de cas. La stratégie de recherche, les techniques de collectes de données, le choix des échantillons ainsi que les méthodes de traitement des données y sont détaillés.

Les chapitres 3, 4 et 5 contiennent les résultats de la recherche. D'abord, un portrait des formes de violence dans le milieu hospitalier est dressé en fonction des plaintes officiellement déposées en vertu de la politique, suivi d'un second portrait basé cette fois-ci sur le témoignage des membres de l'organisation. Le chapitre 4 consiste en une analyse des ancrages de la violence dans le milieu hospitalier tels qu'identifiés par les répondants. Ils sont de trois ordres : organisationnels, sociaux et individuels. C'est au chapitre 5 que la gestion de la violence proprement dite est abordée. D'abord du point de vue du gestionnaire, c'est-à-dire comment il perçoit son rôle face à la violence et

comment il l'actualise dans un contexte où une politique de non-violence a été implantée. Ensuite, c'est par une analyse de la politique et de son fonctionnement que la gestion de la violence du point de vue de l'organisation est abordée. Finalement, la dernière partie est consacrée au comité de la prévention de la violence et à la définition de son mandat tel que perçu par ses membres et par les gestionnaires.

Le chapitre 6 est une analyse constructiviste de la violence suite à l'interprétation des résultats de la recherche. La première partie vise à analyser l'impact de la politique, telle qu'elle a été rédigée et telle qu'elle est appliquée par les enquêteurs, sur la construction de la violence reconnue dans l'organisation. La seconde partie cherche à démontrer comment les membres du comité, par leur travail et par leur implication dans le fonctionnement du comité, ont aussi un impact sur la construction sociale de la violence, mais surtout sur la prévention et la promotion de la non-violence. Finalement, la part des gestionnaires dans cette construction de la violence sera abordée pour conclure ce chapitre. Le dernier chapitre conclut cette étude en proposant de nouvelles avenues de recherche à la lumière des limites d'une étude sur la violence au travail.

CHAPITRE 1

UNE ÉTUDE SUR LA VIOLENCE DANS LE MILIEU HOSPITALIER

1.1 Définir, comprendre et élucider la violence en milieu hospitalier

Le premier objectif de cette recherche est de comprendre et de définir la violence organisationnelle dans un contexte particulier, soit celui d'un hôpital public au Québec. Il s'agit d'identifier ce qui contribue à l'émergence de la violence entre les employés de l'organisation, d'en définir les formes et d'en comprendre les manifestations.

Le second objectif est de saisir comment se réalise la gestion de la violence dans le milieu hospitalier où une politique de non-violence a été implantée. Il sera alors question de définir et de comprendre le rôle des cadres, des supérieurs et des gestionnaires ainsi que celui des représentants de l'administration de l'hôpital, en l'occurrence les membres d'un comité de la prévention de la violence, dans la gestion de la violence.

Enfin, le dernier objectif est de comprendre les implications d'une politique de non-violence dans le contexte médical. Le but est de mettre en lumière les avantages et inconvénients d'une telle politique ainsi que de faire ressortir les impacts qu'elle peut avoir sur le rôle des gestionnaires et des membres de l'organisation dans les situations de violence.

1.2 Mise en contexte : l'hôpital comme lieu d'étude

La présente étude s'est déroulée dans un hôpital du secteur public au Québec où une politique de non-violence a été implantée quelques années auparavant. C'est en effet au mois d'août 2001 que l'organisation a lancé officiellement sa politique de non-violence visant à la fois le personnel, les patients et toute personne fréquentant l'établissement. La politique énonce la position de l'établissement face à la violence, mais prévoit également un mécanisme formel de traitement des plaintes.

La politique a été rédigée par un comité formé de membres de l'organisation oeuvrant dans diverses disciplines dont les ressources humaines, les communications, le service de sécurité et la psychiatrie ou appartenant à des regroupements tel que les principaux syndicats. L'histoire de l'implantation de ce comité et de la rédaction de la politique est empreinte de plusieurs embûches. Afin de bien saisir le contexte de l'étude, voici un résumé de l'histoire de la formation du comité de la prévention de la violence et de la rédaction de la politique de non-violence.

1.2.1 Le comité et la politique : un retour historique

Le comité de la prévention de la violence a vu le jour il y a environ sept ans. Les membres étaient des volontaires interpellés par la problématique de la violence au sein de leur service ou dans l'organisation. Les rencontres étaient alors informelles et se déroulaient généralement en dehors des heures de travail. Elles permettaient aux membres d'échanger sur divers problèmes relatifs à la violence au travail, une problématique de plus en plus préoccupante pour eux. Cette violence provenait surtout de la clientèle et c'est pourquoi les discussions étaient tournées vers ce secteur. Le partage des expériences permettait à tous de mieux réagir face à des situations de

violence et de mettre sur pied des mécanismes pour venir en aide au personnel parfois démuni devant une clientèle agressive.

Il existait alors des mécanismes formels de traitement des plaintes pour les patients, mais les employés ne disposaient pas de pareils moyens. Le conseiller à la clientèle avait comme mandat de recueillir toute plainte de la clientèle visant le personnel, de faire une enquête et de proposer des mesures disciplinaires s'il le jugeait nécessaire. Toutefois, les situations concernant des employés de l'organisation étaient traitées aux ressources humaines par le conseiller aux relations de travail. Le volet disciplinaire était alors très présent au détriment, peut-être, d'une approche plus préventive.

Pour remédier à ce manque, le comité a été mandaté de rédiger une politique de non-violence dans laquelle devaient être précisés la philosophie de l'organisation à l'égard de la violence ainsi que les mécanismes de dépôt des plaintes. Cependant, un cadre plus formel s'est avéré nécessaire pour mettre sur papier de telles idées. C'est à ce moment que des membres des ressources humaines se sont joints à l'équipe déjà en place, ont sollicité divers intervenants et ont procédé à la rédaction finale de la politique. À la veille son implantation, soit en août 2001, le comité était composé de 13 personnes¹.

Une fois la rédaction de la politique terminée, le comité a continué ses rencontres au rythme de deux à trois par année pour faire le point sur la violence dans l'établissement. Ces rencontres ont permis de présenter les statistiques concernant les plaintes déposées

¹ Les membres du comité à cette époque ont été identifiés grâce au compte rendu d'une réunion daté du 5 juillet 2001. Étaient présents à cette rencontre : trois employés de la Direction des ressources humaines (dont un chef de service, un conseiller et un technicien en administration); un représentant du syndicat des infirmiers et infirmières; un représentant du syndicat des employés généraux; un gestionnaire à l'urgence; le chef de service à la sécurité; un employé du service de l'audiovisuel; un employé de la Direction de la planification et des communications; le gestionnaire de la psychiatrie; un architecte et un psychiatre.

en vertu de la politique et de discuter de différents moyens à implanter pour prévenir les situations de violence dans les secteurs les plus problématiques de l'hôpital.

Une partie des membres sont restés (deux représentants des ressources humaines – un représentant du syndicat des infirmiers (ères), un gestionnaire de l'urgence et un de la psychiatrie) alors que certains ont été remplacés par d'autres employés de leur département (un représentant du syndicat des employés généraux, un chef de service à la sécurité, un employé de la Direction de la planification et des communications). Finalement, une partie des membres se sont retirés et n'ont pas été remplacés (un représentant des ressources humaines, un employé de l'audiovisuel, l'architecte et le psychiatre).

Les membres de cette nouvelle équipe ont des rôles différents de ceux des membres qui ont contribué à l'implantation de la politique. Ces rôles seront détaillés au chapitre 5 (point 5.3.2) mais il est important de souligner que l'application de la politique n'est pas un de ces rôles. Lorsqu'il y a une enquête, si des membres sont convoqués, c'est parce qu'ils occupent une fonction particulière dans l'organisation (par exemple : représentant syndical) qui justifie leur présence. Toutefois, il y a deux membres du comité qui sont aussi des enquêteurs. Le premier s'occupe des plaintes visant le personnel alors que l'autre traite les plaintes touchant la clientèle. Ils ont cette responsabilité en vertu de la position qu'ils occupent dans l'organisation : un est conseiller en santé et sécurité au travail aux ressources humaines et l'autre est directeur adjoint à la Direction de la planification et des communications.

1.2.2 Les problèmes de l'organisation face à la gestion de la violence

Les membres de l'organisation, qui depuis maintenant deux ans appliquent cette politique et gèrent les situations de violence de façon plus formelle, ont tout de même rencontré certaines difficultés au cours de la dernière année. D'ailleurs, une entrevue

préliminaire auprès de l'un des enquêteurs a permis d'identifier certains problèmes liés à l'application d'une telle politique et ont servi de pistes pour l'élaboration de ce projet de recherche. Certains de ces problèmes se retrouvent également dans la recension des écrits (section 1.5).

Le premier problème est relié à la nature interprétative de la politique. En effet, la définition et le concept même de la violence sont très larges et reposent en grande partie sur l'interprétation qu'en font les acteurs concernés, que ce soit l'agresseur, le plaignant ou la tierce partie responsable de gérer le conflit. La décision d'appliquer une mesure disciplinaire dépend largement de l'analyse de la situation, du contexte dans lequel s'est déroulé l'acte de violence, du type de comportement et des conséquences physiques ou psychologiques sur la victime, ainsi que de la personne qui effectue cette analyse. Cela met également en lumière la problématique de la tolérance face à la violence, c'est-à-dire qu'un comportement peut être perçu comme violent pour certains alors qu'il ne l'est pas pour d'autres.

Le second problème concerne le degré de collaboration des gestionnaires dans la résolution de conflits entre les employés. Selon cet enquêteur, les cadres s'impliquent très peu dans le processus malgré le fait qu'il soit stipulé dans la politique qu'ils sont responsables de participer à l'enquête. Ils collaborent pour mettre en place des mesures disciplinaires lorsque celles-ci lui sont recommandées suite à une enquête.

Certes, il s'agit du point de vue d'une personne mais, comme il sera possible de le constater plus loin, certains auteurs (Aurousseau 2002; Soares 2002), suite à des études sur la violence au travail, ont également reconnu ces deux difficultés : l'interprétation des situations de violence et la réalisation du rôle des gestionnaires. Même si elles ont été identifiées, il n'y a pas encore à ce jour d'études ayant porté précisément sur ces aspects de la violence au travail, plus particulièrement dans le milieu hospitalier.

1.2.3 Le quotidien et la violence

Cette recherche a pour but d'étudier la violence, les actes violents, leur traitement et de faire ressortir tous les mécanismes qui les touchent de près ou de loin dans l'organisation choisie. Il s'agit d'une étude microscopique d'un phénomène. Il faut donc faire attention de ne pas généraliser le portrait de la violence qui sera dépeint à l'ensemble des rapports sociaux qui se déroulent dans l'organisation. La violence est certes présente, mais elle ne se retrouve pas, de façon quotidienne, au cœur de tous les échanges.

Pour illustrer cette idée, un gestionnaire a mentionné que sur 65 000 visites annuelles à l'urgence, on estime qu'environ 30 cas de violence ont été déclarés et qu'environ 60 cas n'ont pas été recensés. Ainsi, à peine 0,14 % des visites annuelles peuvent représenter un cas potentiel de violence. La prudence est donc de mise dans l'interprétation des données et dans la lecture des résultats.

1.3 La pertinence de la recherche

1.3.1 La violence dans le milieu hospitalier : mieux la connaître pour mieux agir

Il existe un nombre considérable de formes de violence. C'est en se concentrant sur un environnement précis qu'il est possible d'identifier les formes de violence qui s'y manifestent. De plus, ceci permet d'identifier des mécanismes, propres au contexte, qui favorisent l'apparition, le développement ou le maintien de ces formes particulières de violence. Les hôpitaux sont empreints de leur vocation, de leur clientèle, de la composition de leur personnel, de leur mandat et de leur histoire. Il s'agit d'une société, d'un groupe, d'une organisation avec ses propres structures, normes, règles et cultures.

En ciblant ce contexte, il est possible de comprendre comment se manifeste la violence dans ce milieu et d'envisager des mesures appropriées au domaine hospitalier.

1.3.2 Les ancrages de la violence : retourner à la source

Les recherches sur la violence dans le domaine hospitalier au Québec sont peu nombreuses et se résument aux études que la FIIQ (FIIQ 1995; 1997; 2001; 2002) a menées auprès de ses membres. Malgré cette contribution considérable sur la violence qui touche les infirmiers et infirmières du Québec, un portrait plus global, incluant toutes les catégories d'emploi, s'impose aujourd'hui. D'ailleurs, les ancrages organisationnels touchant l'ensemble du personnel seront identifiés, ce qui permettra alors de mieux saisir la dynamique de la violence dans un tel milieu et d'orienter les interventions en conséquence.

1.3.3 L'hôpital choisi : un site privilégié

La compilation des plaintes permet de définir et de se familiariser avec le phénomène de la violence organisationnelle. Cette pratique n'est pas encore généralisée dans l'ensemble des hôpitaux au Québec, quoique de plus en plus d'établissements se dotent d'une politique de non-violence. Or, dans ce cas-ci, la mise en place d'une politique de non-violence remonte à plus d'un an, ce qui rend possible la compilation de données tangibles. De plus, en implantant une telle politique, l'organisation reconnaît par le fait même le phénomène de la violence. Elle sensibilise ses membres et permet de faire surgir les réalités telles que vécues par certains d'entre eux, en l'occurrence les gestionnaires et les membres du comité de la prévention de la violence.

1.3.4 Le rôle des gestionnaires : un aspect peu connu de la violence

Les connaissances dans le domaine de la violence au travail commencent à prendre forme, mais à ce jour, très peu d'entre elles se sont intéressées distinctement au rôle des gestionnaires qui en assument la gestion au quotidien. En fait, même si l'on mentionne qu'ils ont cette responsabilité mais ne s'en acquittent pas (Aurousseau, 2000; Soares, 2002), on ne connaît pas vraiment les causes d'un tel constat. Des mesures ont été élaborées puis mises en place, mais personne ne s'est encore intéressé à ceux qui les appliquent. Dans les faits, ce sont les gestionnaires qui doivent résoudre les conflits, analyser les situations et prendre des décisions qui entraînent des conséquences non négligeables pour leur service, mais également pour leurs employés. Il s'agit d'une lourde responsabilité à porter et c'est pourquoi cette recherche se penche sur le rôle des gestionnaires face à la violence.

1.4 Les retombées d'une étude sur la violence en milieu hospitalier

Dresser un portrait des formes de violence et des points d'ancrage de ce phénomène propre au milieu hospitalier présente plusieurs avantages pour l'organisation. En effet, un recensement représente non seulement un outil précieux qui permet de mieux orienter les interventions et d'évaluer l'efficacité d'une politique en la matière, mais il constitue également un indice important de l'évolution de la violence au fil du temps. Dans plusieurs organisations, la compilation des plaintes est très difficile car il n'y a pas depuis suffisamment longtemps des mécanismes de recueil de données. C'est pourquoi celles qui ont la possibilité d'effectuer de telles collectes ont tout avantage à s'en servir et à les analyser.

Par ailleurs, cette étude va permettre de mieux comprendre et reconnaître les différents rôles et responsabilités de chacun dans la gestion de la violence dans un milieu

hospitalier. Reconnaître le rôle du gestionnaire en matière de violence, et les difficultés qui y sont associées, contribue à faciliter l'accomplissement de cette tâche. Parallèlement, les gestionnaires, par l'entremise de cette étude, ont la possibilité d'exprimer leurs besoins et leurs attentes en ce qui a trait aux mécanismes mis en place pour diminuer la violence au sein de l'organisation. Manifestement, jeter la lumière sur les formes de violence, sur les diverses réticences et sur les responsabilités des acteurs permet d'envisager des agissements complémentaires visant l'élimination de la violence et auxquels tous pourront et voudront participer.

Une réaffirmation de la position de l'organisation face à la violence et des besoins des gestionnaires dans la réalisation de leur rôle facilite l'application de la politique et l'intervention des supérieurs, ce qui contribue à un traitement plus rapide et efficace des plaintes. Effectivement, une actualisation de la politique incite les victimes ou les témoins à déclarer des événements qui peuvent leur sembler anodins, et encourage les employés à s'informer et à s'investir davantage dans un processus de plus en plus ancré au sein de l'institution. Ainsi, les employés développent un sentiment de confiance envers l'organisation et dans les mécanismes mis en place pour les protéger. Une des retombées de ce projet sera donc de sensibiliser le personnel, de l'encourager à s'informer et à s'investir davantage.

Finalement, l'amélioration des connaissances dans ce domaine permet d'établir des points de repères et des outils, tant pour l'organisation que pour ses membres, afin de faciliter l'application efficace d'une telle politique. L'hôpital disposera d'un outil substantiel qui pourrait éventuellement servir de référence dans l'application future de politiques en matière de violence dans les milieux hospitaliers. C'est ainsi que la recherche peut contribuer à améliorer la gestion de la violence dans un contexte hospitalier.

1.5 État des connaissances : la violence au travail

1.5.1 La littérature internationale et américaine sur la violence au travail

En 1998, l'Organisation internationale du travail a publié une vaste étude comparative sur la violence au travail (Chappell et Di Martino, 2000), dressant le portrait global du phénomène à travers le monde, notamment en France, aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Japon, aux Philippines et en Allemagne. Il en est ressorti que non seulement la violence au travail est causée par les nouvelles conditions socio-économiques, mais aussi que ces tendances s'étendent à l'ensemble des continents. Cette étude a également permis l'identification de facteurs participant à une fréquence accrue et à la prévalence des comportements violents dans le milieu de travail. En effet, la vulnérabilité et l'insécurité des travailleurs liés à la perte d'emploi, aux conditions et au milieu de travail, aux rapports avec les collègues et avec les directions d'entreprises, et à la forte compétitivité mondiale, entre autres, participent au développement de la violence. La reconnaissance de la contribution de multiples facteurs implique qu'une démarche globale s'impose afin d'enrayer le phénomène. Cette démarche se doit d'être à la fois préventive et axée sur l'action, mais aussi de toucher à la fois l'individu, l'organisation et l'environnement de l'entreprise (Chappell et Di Martino, 2000).

Outre cette fameuse enquête, les autres recherches internationales sont très nombreuses et portent sur des aspects bien différents de la violence au travail (Antai-Otong, 2001; Arnetz, 2001; Hearn, 1994; Jensen et Hodson, 1999; Johnson et Indvik, 2001; Kondrasuk et al, 2001; Linstead, 1997; McKoy Y et Smith MH, 2001; Neuman et Baron, 1998; O'Leary-Kelly, 1996, 1998; Tobin, 2001). Par contre, certains sujets reviennent fréquemment et permettent de mieux comprendre ce phénomène.

1.5.1.1 *L'organisation violente et les facteurs organisationnels*

D'abord, les premières approches démontrent comment l'organisation est violente en soi, par sa culture, sa structure, ses politiques et ses procédures (Hearn 1994; Neuman et Baron 1998; O'Leary-Kelly 1996; Tobin 2001). Hearn (1994) la présente comme une structure qui est fondamentalement violente, c'est-à-dire qu'elle est établie sur des relations de pouvoir, de domination et de contrôle qui entraînent de la violence et qui l'utilisent. Le modèle patriarcal y est reproduit par la hiérarchie organisationnelle liée au statut, à l'âge, à la classe ou à toute autre division sociale, et par la prédominance de l'obéissance et du respect de l'autorité. Il existe donc des facteurs propres à la structure, aux fonctions et aux opérations, grâce auxquels la violence se développe et se perpétue.

Antai-Otong (2001), Arnetz (2001), Kondrasuk et al (2001), McKoy et Smith (2001), Neuman et Baron (1998), O'Leary-Kelly (1996) et Tobin (2001) se sont quant à eux intéressés aux facteurs organisationnels et à leur impact sur le déclenchement de comportements violents dans les organisations. Malgré les appellations différentes variant d'un auteur à l'autre quant à la notion de facteur, la présence de trois niveaux est, quant à elle, constante. Il s'agit de celui de l'individu, de l'organisation et de la société². À chacun de ces niveaux correspondent d'autres degrés ou sous-niveaux. Par exemple, pour l'individu, il y a des prédispositions individuelles (psychologiques) ou bien des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, origine ethnique) qui peuvent avoir un impact.

En fait, O'Leary-Kelly (1996; 1998) et Neuman et Baron (1998) considèrent que l'organisation est de nature violente puisque certaines politiques et pratiques peuvent

² Ces trois niveaux sont expliqués dans le cadre théorique (point 1.6.2.2) pour préciser la notion d'ancrage de la violence.

encourager certaines formes de violence. Il y a d'abord les facteurs sociaux, comme un traitement inéquitable des employés, une augmentation de la diversité de la main d'œuvre³ (selon le sexe, l'âge et l'ethnie), des normes comportementales encourageant la violence, ou la présence d'événements frustrants comme l'interférence avec les objectifs d'un employé ou de l'entreprise (Neuman et Baron 1998).

Ces premiers facteurs relèvent directement de l'organisation. Or, il existe également des facteurs situationnels, soit l'ensemble des situations ou moments lors desquels se déroulent les agressions. Par exemple, des transformations importantes ou des changements au niveau des paramètres liés à la fonction de l'employé (diminution des ressources et augmentation des responsabilités), ainsi que des conditions environnementales, peuvent contribuer à l'apparition de comportements violents ou être ressentis comme tels. Finalement, ces deux formes de déterminants peuvent influencer ou non une personne en fonction de ses dispositions individuelles. En réalité, certains employés sont plus irritables, préfèrent travailler seuls ou être en contrôle de leur travail, et certains contrôlent difficilement leurs émotions ou interprètent mal les intentions des autres (Neuman et Baron 1998).

³ Selon Neuman et Baron (1998) la diversité de main d'œuvre peut mener à des conflits et des tensions interpersonnelles. Ce constat repose sur des études qui démontrent que les personnes sont attirées par ceux qu'elles perçoivent comme similaires et répugnées par ceux qu'elles perçoivent comme différents. Cette diversité peut avoir un impact sur la violence dans une organisation : « To the extent that these differences cause difficulty in interpersonal communication, or lead to mutual stereotyping, aggression may increase » (p. 403). Arousseau (1999) traite de ce sujet en parlant d'homogénéité des milieux de travail où il se développe une forme d'intolérance face à la différence qui est immédiatement perçue, et considérée comme dangereuse et menaçante. (p. 368)

1.5.1.2 Les formes de violence

Ensuite, ce sont les formes de violence qui sont abordées, tant en fonction de l'intensité des actes et de leurs conséquences (Neuman et Baron 1998; O'Leary-Kelly 1996) que selon le type d'agresseur (Hornstein 1996 cité dans Moreau 2001). Neuman et Baron (1998) présentent les principales formes de violence d'après leur degré : des plus ouvertes aux plus pernicieuses. L'hostilité représente la forme la plus discrète, mais aussi la plus fréquente de violence. Vient ensuite l'obstruction, qui consiste à empêcher une personne ou l'organisation d'atteindre ses objectifs. Cette seconde forme est également passive et peut se traduire par la rétention volontaire d'informations ou par le ralentissement de la cadence du travail. Finalement, la dernière forme est l'agression ouverte, qu'elle soit de nature physique ou sexuelle.

Hornstein (cité dans Moreau 2001) s'intéresse à une autre forme de violence qu'il appelle hiérarchique. Son étude met en relation la violence et les qualités ou le comportement d'un agresseur qui est d'emblée en position d'autorité. Selon lui, il y a trois types de gestionnaires : le conquérant, qui affirme de façon brutale son pouvoir pour assurer un contrôle, le performant, qui déprécie ses subordonnés pour améliorer ses propres conditions, et finalement le manipulateur, qui est centré sur ses besoins, pensées et émotions et qui perçoit ses employés comme des objets qu'il peut manipuler à sa guise. Tous ces comportements abusifs de la part des patrons peuvent également provenir de la culture de l'organisation, à savoir si elle est traditionnelle, hiérarchique et autocratique.

1.5.1.3 Violence et prévention

Finalement, le dernier thème souvent abordé dans la littérature est celui des mesures à prendre pour contrer ce phénomène, punir les agresseurs et supporter les victimes (Antai-Otong 2001; Diamond 1997; Johnson et Indvik 2001; McKoy et Smith 2001; Neuman 1997). On y retrouve entre autres les modèles psychologiques (Diamond 1997)

favorisant un support émotif pour les victimes, les approches préventives (Antai-Otong, 2001; Neuman et Baron 1998) et légales qui rappellent les considérations et mesures législatives (McKoy et Smith, 2001) ainsi qu'une série de recettes miracles pour l'embauche de personnel (Neuman et Baron 1998).

Ces recherches ont permis aux chercheurs de dresser un portrait général de la violence au travail et d'en identifier les multiples manifestations. Il en est aussi ressorti qu'il existe des facteurs propres à l'organisation, à sa culture et au personnel qui la composent, et que tout cela participe à l'émergence de comportements violents (Hean 1994; Neuman et Baron 1998; O'Leary-Kelly 1996). Ces études ont certainement contribuées à sensibiliser les chercheurs, les groupes de professionnels et les syndicats d'ici qui se sont penchés sur ce phénomène au Québec.

1.5.2 La littérature québécoise sur la violence au travail

1.5.2.1 *Le rapport interministériel sur la violence*

La littérature québécoise sur la violence est également très étendue, et en aborde les différents aspects. Plusieurs groupes de recherche se sont intéressés à la question, dont des syndicats, des groupes de travailleurs, des équipes de recherche et même le gouvernement du Québec. En 1999, la Direction des études et des politiques du ministère du travail du gouvernement du Québec⁴ a publié un document faisant état de la situation de la violence et du harcèlement psychologique au travail. Ce premier document a été suivi en 2001 d'un Rapport du Comité interministériel qui fait non seulement état de la situation, mais qui propose également des recommandations pour

⁴ Voir sous Moreau (1999) dans les références.

sensibiliser et former la population, intervenir au sein des organisations, soutenir les victimes et faciliter les recours légaux (Moreau 2001). Cette vaste étude a contribué à sensibiliser les organisations qui ont été mandatées de se doter de mécanismes de prévention de la violence et de traitement des plaintes.

1.5.2.2 Recherches syndicales : la FIIQ et les professionnels du Québec

Avant que ne soient publiées ces deux études gouvernementales, la Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ) s'intéressait déjà à cette problématique qui touche l'ensemble de ses membres. En 1990, elle a publié une brochure faisant état du premier sondage auprès de ses membres portant sur les conditions de travail des infirmières dans leur milieu de travail. Ce n'est qu'en septembre 1995 qu'une enquête statistique a révélé des données alarmantes au sujet de la violence dans le domaine de la santé au Québec. En effet, plus de 65 % des infirmières interrogées avaient été victimes d'une agression physique durant leur carrière, et une sur deux avait été la cible de menaces. La provenance des agressions était variée, en passant des familles et des patients aux médecins et aux membres du personnel, incluant les supérieurs immédiats (FIIQ, 1995). Un troisième document a été publié en 2002, cette fois-ci pour présenter des mesures de préventions et pour inciter les organisations à se munir d'une politique en matière de violence.

D'autres regroupements syndicaux, dont les professionnelles et professionnels du gouvernement du Québec, ont également participé à des sondages⁵ visant à faire état de la situation et ont été l'objet d'études sur le sujet (Moreau 1999). Dans ce cas-ci, les données étaient aussi surprenantes et reliaient surtout les types d'agresseurs aux

⁵ Les données sur le sondage ont été prises dans l'étude de Moreau (1999) mais proviennent d'un article de C. Eddie (1998) « La santé au travail. Sondage effectué en juin 1996 auprès des professionnelles et professionnels membres du SPGQ » Info-Express, vol. 8, no 3(23), p. 15-18.

formes de violence. Par exemple, les supérieurs étaient responsables de 59,9 % des cas de violence verbale et de 86,9 % des cas de violence psychologique, tandis que les bénéficiaires et les clients étaient responsables de 56,4 % des cas de violence physique et les collègues, de 61,8 % des cas de violence sexuelle⁶. Il est important de souligner que cette étude a non seulement permis de relier le type d'agression au type d'agresseur, mais surtout, que la majorité des personnes interrogées (57,8 %) étaient insatisfaites du soutien de leur employeur, malgré le fait que ce dernier fût informé de la situation de conflit.

1.5.2.3 *Les typologies de la violence et les ancrages organisationnels*

D'autres études réalisées par des chercheurs du milieu universitaire, en collaboration avec des groupes de travailleurs ou des syndicats, se sont également intéressées à la question de la violence au travail. D'abord, celle d'Aurousseau (1996), réalisée en comité conjoint avec l'UQAM-CNS-FTQ, s'est penchée sur la violence organisationnelle dans le but de la définir et de l'expliquer. Cette forme de violence est présente si « une ou des personnes oeuvrant pour une organisation donnée, par des actions ou par des menaces, portent atteinte de manière intentionnelle ou non intentionnelle à l'intégrité ou à la sécurité physique ou psychologique d'un ou de plusieurs autres individus oeuvrant pour la même organisation » (Aurousseau 1999 cité dans Moreau 2001). La violence peut être verticale si elle se produit entre des personnes de différents paliers hiérarchiques; elle correspond alors à la violence hiérarchique présentée précédemment. Elle peut également être horizontale si elle implique des collègues de même niveau.

⁶ Les formes de violence qui ont été définies dans la politique de non-violence de l'organisation sous étude se retrouvent aussi dans la littérature sur la violence et sont définies de la même manière. Il y a la violence physique, psychologique, verbale, symbolique et sexuelle. Voir section 1.6.2.2 pour le détail des définitions ou à l'annexe 1 (La politique de non-violence).

Cette recherche a donc permis de définir une typologie de la violence et des scénarios possibles dans un contexte organisationnel (Aurousseau 2000). La première classification sert à déterminer l'ampleur d'un acte et ses effets anticipés en fonction de certaines caractéristiques du comportement. Elle se définit sur deux axes, dont le premier concerne la gravité et la visibilité⁷, tandis que le second, celui de l'occurrence, détermine la fréquence des comportements (voir tableau 1.1). Un acte est considéré grave selon l'écart entre le comportement observé et les normes dominantes du milieu dans lequel il se produit. Plus cet écart est grand, plus l'acte est considéré comme grave. La visibilité dépend de la perception et de l'interprétation des personnes visées par l'acte ou de celles qui en sont témoins (Moreau 1999, Aurousseau 2000). Les conséquences varient aussi selon les caractéristiques de l'acte et de sa position sur les deux axes.

⁷ Une limite de cette classification repose sur la présentation d'un modèle bidimensionnel mais comportant trois variables distinctes. La gravité et la visibilité des actes de violence sont deux variables indépendantes mais qui sont regroupées par l'auteur tel que présenté dans le tableau 1.1. Ce tableau devrait comporter 3 axes : celui de l'occurrence, de l'intensité et de la visibilité.

TABLEAU 1.1 TYPLOGIE DE LA VIOLENCE

		Occurrence, fréquence de(s) l'acte(s)	
		PEU	SOUVENT
Gravité intrinsèque et visibilité de/des l'acte(s)	VISIBLE	VIOLENCE FORTE, PONCTUELLE ET VISIBLE Conséquences : provoque larmes et colère, se reconnaît facilement mais les conséquences se font sentir longtemps	VIOLENCE SOUTENUE, FORTE ET VISIBLE Conséquences : entraîne de la détresse, identification plus facile des agresseurs, caractère excessif qui rend les déclarations plus faciles
	INSIDIEUSE	VIOLENCE PONCTUELLE, FAIBLE ET INSIDIEUSE Conséquences : entre le comportement abusif et normal, s'oublie vite, se justifie par une analyse contextuelle	VIOLENCE SOUTENUE, FAIBLE ET INSIDIEUSE Conséquences : plus nocive des formes de violence, provoque de la détresse, peu de soutien des pairs

Source : Confédération des Syndicats Nationaux (2001). La violence en milieu de travail : tolérance zéro (2ème éd.). Montréal : CSN, 32 p.

La seconde classification est basée sur le nombre d'agresseurs et de victimes, et permet d'envisager quatre scénarios possibles. Le premier affronte deux personnes, soit l'agresseur qui est souvent en position de pouvoir par rapport à la seconde, la victime. Bien souvent, cette forme de violence, appelée le duel, est interprétée comme un conflit de personnalité, ce qui contribue à sa banalisation : « la lecture du duel comme un

conflit de personnalité banalise la violence qui est ensuite évacuée de la zone de responsabilité des dirigeants » (Aurousseau 2000).

Le second scénario est la tyrannie, où une seule personne s'acharne sur plusieurs victimes. Ensuite, vient la coalition, où un individu doit faire face à un groupe d'assaillants. Finalement, la fresque confronte un groupe d'agresseur à un groupe de victimes. Cette dernière forme se retrouve dans des organisations défailtantes où les personnes qui tentent d'échapper à la violence se retrouvent encore plus marginalisées. La violence est souvent le résultat d'une coalition où il y a de la violence directe (visible), mais aussi une violence indirecte qui prend la forme d'un refus d'intervenir, ou d'ignorance alors que la personne pourrait jouer un rôle important dans la résolution de conflit (Aurousseau 2000).

Outre cet apport quant aux typologies de la violence, cette étude est originale de par la définition qu'elle propose du phénomène. En se basant sur trois composantes essentielles, l'auteur la définit de la sorte : « Il y a violence dans un milieu de vie (société, organisation, famille) si, et seulement si, des faits observables s'écartant des normes ou des valeurs reconnues dans un milieu donné ont des impacts négatifs perceptibles sur des individus ou des groupes » (Aurousseau 2000).

Selon cette définition, la norme partagée est l'élément central sur lequel on devrait se baser pour déterminer si un acte est violent, c'est-à-dire que la perception est essentielle pour déterminer s'il y a violence (Aurousseau 1996). « S'il n'y a pas de normes de comportements partagées ou de valeurs communes aux protagonistes et à leur entourage immédiat (dans le contexte précis de la situation à analyser), les perceptions

individuelles s'affrontent sans qu'il soit possible de déterminer objectivement qui agresse et qui est agressé, ni même s'il y a réellement abus » (Aurousseau 2000)⁸.

Les textes recensés jusqu'alors avancent une série de facteurs organisationnels ou sociaux pour expliquer l'apparition, la contagion et l'expression de la violence dans le contexte du travail. L'étude d'Aurousseau (1996; 2000; 2002) apporte toutefois une nuance importante à la notion de facteur en la remplaçant par celle d'ancrage⁹. Ceci implique que la violence est un processus répétitif complexe où une série de situations est influencée par des éléments systémiques de l'organisation, qui sont eux aussi influencés par ces situations. Les inter-influences ainsi générées et leur enracinement dans l'organisation créent alors une synergie qui contribue à la répétition des comportements et des situations propices à la violence. Cette façon de percevoir la violence permet de s'éloigner de la tendance à vouloir isoler un ou plusieurs facteurs responsables et d'y attribuer l'apparition d'une forme particulière de violence. Cette vision considère la violence comme un phénomène linéaire de cause à effet, alors qu'il s'agit bien au contraire d'un « processus itératif » (Aurousseau 2000). Les ancrages dont il est question sont de trois ordres : organisationnels, individuels et sociaux.

⁸ Les perceptions individuelles dont il est question ici, se réfèrent au fait que certains actes peuvent paraître violents pour certains et ne pas l'être pour d'autres. Le fait de partager une norme de comportement facilite l'expression de ces perceptions et la sanction de comportements agressifs. Ceci ne signifie pas pour autant que s'il n'y a pas de consensus, il n'y a pas de violence, au contraire. La violence est toujours présente, mais sa perception peut varier considérablement d'une personne à l'autre. La norme est seulement un seuil selon lequel les individus s'entendent pour dire qu'un comportement est clairement inacceptable. Il s'agit à mon sens d'une définition constructiviste de la violence où les acteurs contribuent à définir ce qui est, dans un certain contexte, violent et ce qui ne l'est pas.

⁹ Définition selon le Petit Robert (2002) : « Action, manière d'ancrer, d'attacher à un point fixe. Point d'ancrage : lieu (abstrait) de fixation. Voir enracinement.

1.5.2.4 *La violence psychologique et les gestionnaires*

L'étude réalisée par Angelo Soares (2002) porte sur le harcèlement psychologique au travail. Le souci de sa recherche était de dresser un portrait de cette forme de violence, d'en préciser une définition et d'en déterminer les causes possibles, à la fois macro-sociales, mais aussi micro-sociales. L'escalade de ce phénomène dans la dernière décennie est, selon l'auteur, lié aux nouveaux rapports de travail, à l'affaiblissement des rapports sociaux, à l'individualisme et à l'effritement des conditions de travail. Les sources sont de trois ordres, soit de l'organisation du travail, de la conception des tâches et du style de gestion. Il conclut que le harcèlement est principalement lié aux transformations de l'organisation et aux conditions de travail.

En ce qui a trait aux gestionnaires, l'étude de Soares révèle qu'ils adoptent généralement un comportement passif et ne tentent pas de régler les conflits à la source du harcèlement, bien que cette fonction relève directement de leur rôle. Effectivement, ils doivent assurer un environnement sain et exempt de violence, ainsi que maîtriser et régler les conflits, mais ils n'y parviennent pas. Soares (2002) confirme que « l'intervention de la direction dès les premiers indices de harcèlement psychologique est fondamentale pour prévenir et faire cesser ce type de pratique dans l'organisation ». Néanmoins, il n'explique pas pourquoi les gestionnaires se refusent d'assumer ce rôle.

Le comportement des gestionnaires en ce qui a trait à la violence est également repris dans l'étude d'Aurousseau (2000), qui l'associe d'avantage aux ancrages de la violence. Par exemple, nier une situation de violence contribue à l'expression de la violence et renforce des inclinaisons déjà existantes. Cette réaction est souvent attribuée aux cadres qui refusent d'intervenir, même s'ils connaissent les coûts associés, « en affirmant que les situations de violence organisationnelle sont inévitables, voire acceptables en milieu de travail » (Aurousseau 2000). La négligence de gestion des conflits, le manque de vision et le maintien des cultures organisationnelles favorisant certaines formes de

violence sont également des ancrages de la violence qui sont souvent attribués aux cadres et aux dirigeants (Aurousseau 2000).

1.6 L'approche théorique pour une recherche sur la violence

1.6.1 La construction sociale de la violence organisationnelle

L'approche théorique privilégiée dans la présente étude repose sur la construction sociale de la réalité (Berger et Luckmann, 1996; Robson, 2002). Dans cette perspective, la violence est perçue comme un construit social. Les principales notions de l'approche constructiviste qui ont été développées par Berger et Luckmann (1996) seront discutées à l'instant afin de bien comprendre comment la violence, dans une telle perspective, se construit par les expériences des individus dans un certain contexte.

La réalité, telle que nous la vivons, se construit par les interactions avec autrui. Lorsque l'on vit une expérience, c'est-à-dire que l'on extériorise notre subjectivité, il se développe une connaissance relative à cette expérience à laquelle ceux qui nous entourent peuvent avoir accès, et à laquelle ils participent également par leurs propres expériences subjectives. La réalité commune ainsi produite est appelée par les auteurs « la réalité de la vie quotidienne », et c'est le partage par le langage des conceptions communes de cette réalité qui permet aux acteurs d'échanger et de se comprendre.

La violence, dans cette perspective est une expérience de la vie quotidienne. Il s'agit d'une réalité subjectivement vécue par les agresseurs potentiels, par les victimes et par toute autres personnes touchée de près ou de loin par cette réalité. Dans la vie quotidienne de l'organisation, il se construit une réalité de la violence propre aux gens qui constituent l'organisation et propre au contexte dans lesquels s'extériorisent leurs expériences.

Mais l'extériorisation n'est pas la seule étape de la construction sociale d'une réalité. Afin d'être accessible à tous, la réalité subjective doit s'exprimer en des termes que les autres peuvent comprendre et interpréter. C'est par le langage que la réalité devient objectivée, car elle peut-être dès lors communiquée aux autres. Tout un vocabulaire commun se met en place pour décrire les connaissances reliées à l'expérience partagée. L'institutionnalisation est le processus par lequel une expérience et les connaissances qui y sont liées deviennent stables, car transmises à d'autres générations. Elle procure une stabilité, un ordre et une direction à la réalité objective. Les rôles sont l'expression de cette institutionnalisation, car il s'agit de l'objectivation d'une conduite.

Transposée à la réalité de la violence, l'objectivation peut venir du fait que certaines expériences violentes se répètent à l'intérieur même de l'organisation ou que dans les discours ambiants, il s'agit d'une réalité qui se construit. Peu importe, un langage commun s'est développé dans l'hôpital pour qualifier, définir, catégoriser et même gérer la violence. Le vocabulaire est officiel et partagé. Ce stock de connaissance propre à la violence permet aux différents acteurs d'en partager une conception commune. Une politique de non-violence est un processus d'objectivation et d'institutionnalisation de la violence. Une telle implantation vient formaliser, stabiliser la réalité de la violence tout en créant de nouveaux rôles.

La dernière étape de la construction sociale de la réalité est l'intériorisation de cette réalité par l'identification aux significations que celle-ci nous procure. C'est dans cette phase que l'on prend conscience de la réalité subjective d'autrui et que l'on développe sa propre identité par l'appropriation de la réalité telle que construite et objectivée par les prédécesseurs. Il y a également l'appropriation des rôles, du langage, des institutions et des connaissances qui y sont reliées.

L'intériorisation de la violence dans le contexte organisationnel est un processus de socialisation secondaire, car ce sont les différentes connaissances ainsi que les rôles liés à cette sous-réalité qui sont intériorisés. Les connaissances vont être assimilées

différemment selon le rôle joué par l'individu, selon qu'il doit gérer un conflit, qu'il en est l'instigateur ou qu'il en est la victime. Également, le rôle détenu aura un impact sur la légitimité de définir de nouvelles connaissances qui seront par la suite institutionnalisées.

Ce processus en trois temps est dialectique. Il y a une extériorisation de notre expérience subjective en interaction avec autrui qui est objectivée pour être partagée. Une fois dans la réalité commune, cette expérience s'intègre dans les connaissances qui sont ensuite distribuées et intériorisées par d'autres. Enfin, c'est grâce à ce qui a été assimilé que d'autres expériences continueront à contribuer à la construction sociale de la réalité.

Afin de comprendre la violence dans le milieu hospitalier, il est important de saisir comment cette réalité est construite par les différents acteurs. La présente étude vise donc à faire émerger les différentes conceptions de la violence et leurs définitions, en ayant comme point de départ l'expérience des gestionnaires, des membres du comité et des enquêteurs. Ces personnes détiennent une légitimité pour définir la violence qui est directement reliée au rôle qu'ils jouent au sein de l'organisation. C'est par leurs perceptions de la violence, leur implication dans la gestion des conflits et par le rôle qui leur est assigné, qu'ils ont le statut d'experts dans la construction sociale de la violence dans le domaine hospitalier.

1.6.2 Les définitions de la violence

1.6.2.1 *La violence organisationnelle*

La violence peut être envisagée de différentes façons, car ses manifestations sont nombreuses. La notion de violence organisationnelle (Aurousseau 2000) sera privilégiée, bien qu'elle soit plus restreinte que celle de la violence au travail. La

violence organisationnelle, aussi appelée violence interne concerne les personnes qui appartiennent à une même organisation (Aurousseau 2000 ; 1999 cité dans Moreau 2001; Neuman 1998). Ce concept permet de concentrer la recherche sur deux formes importantes de violence, horizontale et verticale (Aurousseau 1999 cité dans Moreau 2001), et d'identifier les enracinements organisationnels de la violence (Aurousseau 2000). Cette recherche examinera plus spécialement la conception sociologique de la violence qui « réconcilie un phénomène qui se produit entre des individus et des phénomènes de groupes ou de sociétés où des situations d'agressions sont présentes » (Moreau 2001).

Par opposition à la violence en milieu de travail, qui regroupe des agresseurs ne faisant pas nécessairement partie de l'organisation mais qui gravitent autour de celle-ci, la forme de violence qui implique uniquement les employés d'une même organisation (Aurousseau 1999 cité dans Moreau 2001; Neuman 1998) constitue le point de mire de cette étude. Le choix de cette forme de violence repose sur le fait que ses manifestations sont plus fréquentes, ou du moins peuvent être répétitives car les employés se côtoient de façon plus régulière, qu'elle implique la responsabilité des dirigeants et qu'une intervention interne est nécessaire pour résoudre le conflit (Aurousseau 2000).

Dans la littérature, plusieurs formes de violence et leur définition ont été proposées en faisant surtout référence à des comportements et à leur intention ou à leur impact sur les personnes concernées. La notion plus générale de violence a été privilégiée tout au long de cette étude au détriment des autres formes de violence, tel que le harcèlement, l'abus de pouvoir, le « mobbing », le « bullying »¹⁰ ou l'agressivité. Ces dernières

¹⁰ Le *bullying* consiste en des « tentatives, conduites par des collègues de travail et des supérieurs hiérarchiques, pour jeter le discrédit sur une personne par de fausses allégations d'incompétences, fausses allégations d'actes criminels, dénonciations, etc. » (Aurousseau 2000; Lamy cité dans Moreau 2001).

appellations sont plus restrictives et n'englobent pas le phénomène dans son ensemble (Aurousseau 2000).

Le harcèlement sous-entend un caractère intentionnel et répétitif qui ne peut pas se généraliser à toutes les formes de violence dans un contexte organisationnel (Moreau 2001 ; Aurousseau 2000). Le « mobbing » est quant à lui une forme de violence ou d'attitude de la part d'une personne ou d'un groupe et dirigée vers une personne spécifique. Il s'agit d'une agression répétitive et collective qui occulte les agressions individuelles. Finalement, la notion d'abus de pouvoir sous-entend la présence d'une autorité formelle alors que la violence en général peut être perpétrée par des personnes n'ayant pas nécessairement de pouvoir formel (Aurousseau 2000).

Cependant, une nuance au concept d'agressivité s'impose, car elle pourrait s'avérer utile lorsqu'il sera question de diagnostiquer les situations de violence. Verret (1996, cité dans Moreau 2001) considère l'agressivité comme une « pulsion qui fait partie de chaque être humain, qui est même nécessaire à sa survie, mais son expression doit se faire par des voies socialement acceptables » (Moreau 2001). En effet, c'est lorsque l'agressivité provoque des impacts négatifs ou qu'elle dépasse ce qui est normalement acceptable, qu'elle peut être considérée comme une forme de violence. Ainsi, dans un contexte où l'agressivité est plus ou moins tolérée, la violence qui en découle le sera également.

Dans le but de qualifier et d'identifier l'acte violent, pour des fins d'analyse et de diagnostic en fonction du contexte, la définition d'Aurousseau (2000) sera retenue : « Il y a violence dans un milieu de vie (société, organisation, famille) si, et seulement si, des faits observables s'écartant des normes ou des valeurs reconnues dans un milieu donné ont des impacts négatifs perceptibles sur des individus ou des groupes » (Aurousseau 2000).

Cette définition, bien qu'elle englobe trois dimensions de l'acte violent reconnues dans la littérature, se limite aux événements visibles en termes d'action et en termes de conséquences. Il y a des formes de violence pour lesquelles les impacts ne sont pas perceptibles, tout comme les faits peuvent ne pas être observables. Ce qui sera retenu de cette définition est le concept de norme reconnue dans un milieu donné. Cette définition se rapproche de la conception de Verret (1996 cité dans Moreau 2001) de l'agressivité, où un comportement est considéré agressif selon le contexte dans lequel il se déroule et selon la tolérance des personnes concernées face aux comportements agressifs. Étant donné que l'approche théorique privilégiée est celle de la construction sociale de la réalité, cette définition permet de voir la violence comme la transgression au construit d'un consensus. Le chapitre 6 fera le pont entre cette définition constructiviste et la violence dans le milieu hospitalier.

1.6.2.2 Les formes de violence

Les formes de violence ainsi que leurs définitions qui ont été identifiées dans la politique de non-violence de l'organisation (annexe 1) ont été retenues pour des fins de classifications. La violence physique est un acte ou un comportement qui porte atteinte à l'intégrité physique d'une personne. La violence symbolique s'en distingue par le fait que les actes sont dirigés vers des objets inanimés plutôt qu'envers une personne. La violence psychologique atteint l'intégrité psychique ou mentale d'un individu et la violence sexuelle comporte des comportements à connotation sexuelle non consentis. La violence verbale inclut tous les éclats de voix, la brusquerie ou les propos déplacés des employés. Ces termes seront utilisés tout au long de cet ouvrage car il s'agit d'une classification reconnue par l'organisation.

1.6.3 Les ancrages organisationnels, sociaux et individuels de la violence

Les ancrages organisationnels supposent une inter-influence entre des situations et des éléments systémiques de l'organisation (Aurousseau 2000). Selon l'approche réaliste critique (Robson 2002; Sayer 2000), le résultat d'une action est issu d'un ou de plusieurs mécanismes qui, dans un contexte particulier, trouvent toutes les conditions nécessaires pour se réaliser. La notion de mécanisme et celle d'ancrage se rapprochent l'une de l'autre dans la mesure où ce sont des éléments qui influencent l'action et son résultat, et ce, en fonction des conditions du milieu dans lequel l'action prend place. Afin de bien comprendre la violence organisationnelle dans le milieu hospitalier, la notion d'ancrage et la dynamique des mécanismes selon l'approche réaliste ont été retenues. Il a été possible d'identifier lesquels ont un impact ou sont prédominants dans le domaine hospitalier.

Ce sont davantage les ancrages organisationnels, provenant de l'organisation du travail (Moreau 2001; Neuman 1998; Soares 2002), qui ont été sondés et qui constituent notre point de mire. Aurousseau (1999) en a identifié quelques-uns qui touchent plus particulièrement les professionnels et professionnelles du Québec, tels que la ou les cultures organisationnelles en fonction de la composition du personnel, les conflits liés aux attentes incompatibles, l'ambiguïté reliée au manque d'information et aux attentes, la surcharge liée au rôle et le comportement des dirigeants. Il existe certainement un ensemble complexe d'ancrages propres au domaine hospitalier qui contribuent à la construction de formes particulières de violence.

Les ancrages sociaux et individuels, même s'ils n'ont pas été sondés plus spécifiquement, n'ont pas pour autant été écartés de la recherche. Certains éléments individuels de vulnérabilité (Moreau 2001) ont été pris en compte dans l'analyse des formes de violence. Néanmoins, les caractéristiques socio-démographiques ont été retenues et non pas les aspects psychologiques des individus. Nommons entre autres

l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le statut professionnel, les années d'ancienneté (Hearn 1994) et l'appartenance syndicale. En ce qui a trait aux ancrages sociaux, ils sont externes à l'organisation et incluent, par exemple, les nouvelles règles du marché du travail, la hausse de la demande, la compétitivité ou le rendement et la rationalisation des effectifs (Aurousseau 2000).

1.6.4 La réaction des gestionnaires face à la violence

Soares a proposé une définition du comportement des gestionnaires à l'égard de cette responsabilité qui leur incombe, soit la gestion de la violence. La « passivité managériale » (Soares 1999 cité dans Moreau 2001) se définit comme suit : « face à une situation de harcèlement psychologique horizontale, c'est-à-dire entre collègues, les gestionnaires ont tendance à adopter un comportement passif et n'essaient pas de régler le conflit » (Moreau 2001). Ainsi, les politiques sont implantées, mais les gestionnaires ou les employeurs restent impassibles devant des situations conflictuelles. Le rôle qu'ils sont appelés à jouer implique un engagement émotif parfois menaçant, ce qui fait qu'ils ne s'impliquent pas nécessairement tel qu'ils le devraient (Aurousseau 2002).

Ils peuvent ainsi adopter deux types de comportements, soit celui d'être passif, en refusant de s'acquitter de ce rôle ou actif, en s'impliquant directement. Le cas échéant, des mesures concrètes peuvent être envisagées et appliquées (Aurousseau 2002). Cette recherche a cherché à mieux comprendre l'attitude des gestionnaires dans la gestion de la violence et à faire la lumière sur la perception qu'ils ont de cette responsabilité.

1.6.5 Les responsabilités légales de l'employeur

À ce rôle parfois difficile à accomplir s'ajoute quelques considérations légales qui peuvent avoir un impact sur sa réalisation. Lorsqu'il est question de violence, la responsabilité légale est attribuée à l'employeur. La Charte québécoise des droits et libertés de la personne assure à toute personne le droit à sa dignité, à son honneur et à sa réputation (article 4). L'article 46, quant à lui, stipule que « toute personne qui travaille a droit, conformément à la loi, à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique » (Lamy 2000). Le Code civil du Québec (article 2087) inflige clairement à l'employeur l'obligation de protéger la santé, la sécurité et la dignité de ses travailleurs (Lamy 2000). Finalement, la Loi sur la santé et la sécurité du travail (article 51) définit une série de mesures concrètes qui visent à protéger la santé et la sécurité des membres d'une organisation (CSST 1979). L'employeur est donc non seulement responsable de ses propres actes, mais également de ceux des autres, de les contrôler, et aussi de les prévenir (Moreau 2001 ; Lamy 2000).

Pour se dégager de cette responsabilité légale, l'employeur doit démontrer qu'il a pris toutes les mesures nécessaires pour contrer le comportement violent, que celui-ci s'est produit sans son consentement et qu'il a tenté d'en atténuer les effets (Moreau 2001). L'implantation d'une politique permet donc de se libérer d'une partie de ces responsabilités. Elle doit contenir certaines informations, dont un code de conduite, une norme à maintenir, des mécanismes de résolution de conflit où le gestionnaire doit intervenir, ainsi que des mécanismes officiels de traitement des plaintes. Même si l'employeur s'acquitte ainsi de son devoir de gérance et s'évite une éventuelle accusation d'inaction, l'adoption d'une telle politique doit être accompagnée d'un mode de diffusion et d'application efficace (Lamy 2000).

1.6.6 Les questions à résoudre

Cette conception de la violence, de ses ancrages et des rôles et responsabilités des personnes qu'elle interpelle fait ressortir quelques questions pertinentes en fonction du milieu hospitalier. Ces sont ces interrogations qui ont guidé les travaux tout au long de la recherche.

- 1) Quelles sont les formes de violence que l'on retrouve dans le milieu hospitalier?
- 2) Quels sont les principaux ancrages de la violence dans un tel contexte?
 - a) Est-ce que ces ancrages varient en fonction des services?
- 3) Quel est le rôle d'une politique de non-violence dans un établissement hospitalier?
 - a) Quels sont ses avantages et inconvénients?
- 4) Quel est le rôle du gestionnaire dans la gestion de la violence?
 - a) Comment le gestionnaire perçoit-il ce rôle?
 - b) Est-ce que la politique a un impact sur le rôle des gestionnaires?
 - c) Si oui, quel est-il?
- 5) Quelles sont les normes partagées dans l'organisation pour définir les comportements violents?
 - a) Est-ce que ces normes sont respectées par les membres de l'organisation?
 - b) Comment s'exprime ce respect ou ce non-respect?

CHAPITRE 2

LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

2.1 Stratégie de recherche

L'objectif de cette recherche consiste à faire émerger les différentes interprétations de la réalité de la violence organisationnelle, telle que vécue par des personnes concernées. Or, la nature même des questions de recherche influence le choix d'une méthode de travail. La méthodologie est flexible (Robson 2002) et repose sur une méthode qualitative qui sera ici détaillée. Cette approche permet de répondre aux questions de recherche et de mieux comprendre le phénomène étudié pour éventuellement poser de nouvelles interrogations dont les réponses sont jusqu'ici inconnues.

L'approche privilégiée pour mener à terme cette recherche est l'étude de cas portant sur une organisation, soit un centre hospitalier au Québec. La stratégie, sensible aux spécificités du site choisi et des constats réalisés en cours d'étude, permet de sonder, par l'entremise d'entrevues et d'une documentation diversifiée, nos questions de recherche. Étant donné la nature interprétative de la violence, il est difficile d'en prévoir les manifestations, mais non impossible d'en identifier les tendances.

2.2 Choix des échantillons

L'organisation sélectionnée pour l'étude de cas est un hôpital public du Québec. Une entente avec l'organisation a été conclue pour préserver son anonymat. De plus, des considérations éthiques ne permettent pas de divulguer ni son identité, ni celle des

membres interviewés. Cet établissement a été sélectionné entre autres parce que la violence au travail est un phénomène qui y est reconnu. Le fait d'implanter des procédures, telle qu'une politique pour gérer la violence, contribue à la construction sociale de la violence du point de vue de l'organisation. L'organisation et ses experts de la gestion de la violence participent à créer une réalité commune de la violence reconnue par ses membres. Ils contribuent aussi à la l'identification des comportements violents et à leur sanction. Sans leurs interventions, la violence serait définie en fonction des perceptions individuelles sans qu'une conception commune ne soit définie. Ainsi l'organisation répond explicitement à la violence par la reconnaissance de l'existence de celle-ci, à l'aide de procédures et de politiques qui la sanctionnent (Hearn, 1994). C'est pourquoi il s'agit d'un environnement pertinent pour la présente étude.

La collecte de données s'est fait par triangulation (Robson 2002), c'est-à-dire que plusieurs méthodes ont été utilisées. L'objectif est de valider les sources d'informations et de faire concorder entre elles des données provenant de sources indépendantes, dans la mesure où cela est possible. La recherche inclut des analyses documentaires, une série d'entrevues avec des membres de l'organisation et de l'observation. Afin de mieux comprendre comment se sont déroulées ces différentes étapes, le choix des échantillons est d'abord expliqué, puis chacune des techniques de collecte et d'analyse des données est décrite en détail. Les échantillons pour les entrevues et pour les dossiers de plaintes ont été préalablement déterminés. Cependant, pour les deux autres méthodes, ce sont les personnes contacts des ressources humaines qui ont suggéré les échantillons, une fois le projet amorcé.

2.2.1 La sélection des dossiers à l'étude

La première partie de l'étude qui s'est déroulée du mois d'octobre 2002 à janvier 2003, a consisté à analyser les dossiers de plaintes déposés en vertu de la politique de non-violence. L'échantillon est constitué de l'ensemble des dossiers présentés aux ressources

humaines depuis l'implantation de la politique ayant fait l'objet d'une plainte. Plus spécifiquement, pour être sélectionnée pour la présente étude, une déclaration devait concerner des employés de l'organisation, et ce, peu importe leur statut ou leur profession dans l'hôpital. Il fallait également que les enquêteurs aient rencontré les deux parties et déposé leur décision afin d'avoir des plaintes dont le cheminement était similaire et dont le caractère violent du comportement ait été reconnu comme tel par les représentants de l'organisation.

À l'aide de ces données, un portrait de la violence déclarée dans l'organisation, de ses formes et des caractéristiques des victimes et des agresseurs, a été dressé. Ce portrait a permis de mieux comprendre les procédures d'enquête suite au dépôt d'une plainte, et c'est à partir de ces dossiers que l'échantillon des gestionnaires a été bâti (voir section 2.2.2.2 sur la constitution du groupe des gestionnaires).

Au départ, les plaintes impliquant la clientèle ne devaient pas être à l'étude, étant donné que l'attention était orientée vers la violence organisationnelle, n'impliquant que des employés de l'organisation. Cependant, la manifestation fréquente de cette forme de violence dans le discours des répondants m'a amenée à m'interroger sur la nature de ces plaintes et sur le processus d'enquête qui y est rattaché. La personne responsable des enquêtes impliquant la clientèle a permis la lecture de ces plaintes déposées dans la dernière année. L'objectif a surtout été de comparer les interventions et la procédure de traitement des plaintes effectuées par les ressources humaines et par la Direction de la planification et des communications.

2.2.2 La constitution des groupes de participants

La seconde partie de la collecte de données a consisté à réaliser une série d'entrevues avec certains membres de l'organisation. Au départ, deux échantillons ont été constitués. Le premier a été composé dans le but comprendre le rôle des membres du

comité dans l'application de la politique et leur contribution dans la gestion de la violence. Le second est formé de gestionnaires interpellés par la politique et impliqués dans des situations de violence. Cependant, en cours de recherche, la nécessité de former un troisième groupe, composé des enquêteurs, s'est fait sentir. Voici comment les différents échantillons pour les entrevues ont été prélevés.

2.2.2.1 Les gestionnaires

Le premier échantillon est constitué de gestionnaires. Suite à l'étude des dossiers, ils ont été sélectionnés sur la base de deux critères. D'abord, ils devaient avoir au moins un employé impliqué dans une plainte, et ce, en tant qu'agresseur. Le fait que l'agresseur travaille dans le service rend le gestionnaire imputable du comportement de cet employé et de l'application de mesures disciplinaires. Il est ainsi plus susceptible d'être concerné par la résolution du conflit et par le processus d'enquête. Ensuite, il fallait qu'il ait été consulté lors de l'enquête pour qu'il soit susceptible de connaître la politique et d'en avoir vécu l'application.

Au total, dix gestionnaires répondaient à ces deux critères. Un second tri a eu lieu afin de restreindre la sélection aux services dans lesquels on retrouvait l'agresseur et le plaignant. Lorsque les deux personnes concernées travaillent pour le même gestionnaire, ce dernier est susceptible d'avoir fait une intervention soit avant ou après le conflit. De plus, lorsque les employés ne sont pas dans le même service, les gestionnaires ne sont pas nécessairement consultés lors des enquêtes. Ce second critère de sélection a permis de s'assurer que le gestionnaire ait été impliqué dans au moins un processus d'enquête et qu'il ait eu au moins une situation de violence dans son service. Au total, cinq gestionnaires ont été rencontrés.

2.2.2.2 *Les membres du comité*

Le deuxième groupe est composé des membres du comité ou d'anciens membres. La sélection de ces sujets a été plus complexe, du fait que la structure du comité n'est pas constante et que ses membres changent régulièrement. En se basant sur une liste dressée lors d'un procès verbal daté du 5 juillet 2001 de l'une des premières rencontres formelles du comité, et d'une liste de convocation actuelle (février 2003), il a été possible d'identifier les différents secteurs impliqués dans le fonctionnement du comité. Un participant par secteur a été sélectionné et lorsqu'un membre était également enquêteur, il représentait alors son secteur.

Pour être rencontrés, les représentants de chacun des secteurs devaient déjà avoir participé et assisté à au moins une rencontre du comité. Il y avait entre autres un représentant des secteurs suivants : le syndicat des employés généraux et celui des infirmiers (ères), le service de psychiatrie, la sécurité, l'urgence, la chirurgie, les ressources humaines et la Direction de la planification et des communications.

Il est important de noter que le représentant de la sécurité n'est pas actuellement membre du comité, mais l'était lors de sa formation. Il a été récemment substitué mais son remplaçant n'avait encore jamais participé à une rencontre. Il a donc conseillé de rencontrer l'ancien membre mieux informé sur les rôles et les responsabilités du comité ainsi que sur son histoire. Par ailleurs, il y a une seule personne qui n'a pas participé à l'étude. Le représentant du syndicat des infirmières et infirmiers de l'établissement a été approché à deux reprises sans toutefois retourner les appels laissés à son attention. Lors d'une rencontre impromptue, il a affirmé être débordé de travail, ne pouvant se libérer pour une entrevue. Cependant, un membre du comité a affirmé, lors de son entrevue, que lui et le représentant du syndicat des infirmiers (ères) remettaient en question leur présence aux rencontres du comité n'étant pas satisfaits du rôle qu'ils y jouent. On peut donc émettre l'hypothèse que ce membre n'a pas voulu participer à la

recherche parce qu'il a confondu cette étude avec les travaux du comité de la prévention de la violence dans lesquels il ne désire justement plus être impliqué.

2.2.2.3 Les responsables d'enquêtes

Il y a, au sein de l'organisation, quatre personnes qui assument la responsabilité de recevoir les plaintes, de déterminer si une enquête est justifiée et de la mener à terme, s'il y a lieu. Trois de ces personnes sont également membres du comité de la prévention de la violence ou l'ont déjà été, et faisaient donc partie de l'échantillon des membres du comité. Cependant, ils n'ont pas du tout le même statut ni les mêmes responsabilités que les autres membres du comité. Étant donné qu'un des objectifs de cette recherche est d'étudier la gestion de la violence, il est devenu clair que les responsables d'enquêtes ont un rôle distinct et qu'il fallait l'étudier plus spécifiquement. De plus, celui qui est responsable des enquêtes qui touchent les médecins n'est pas membre du comité. Avec les deux échantillons tels que constitués au départ, il échappait à la sélection des sujets.

2.3 Techniques de collecte de données

2.3.1 Étude des dossiers : la violence et le processus d'enquête

L'étude des dossiers, qui vise à recueillir les données sur la violence et sur les processus d'enquête, s'est déroulée du mois d'octobre 2002 au mois de janvier 2003 dans les bureaux des ressources humaines. Une des personnes responsables des enquêtes concernant les employés qui détient les dossiers de plaintes et d'enquête en a permis la consultation. Dans les dossiers, on y retrouve généralement la plainte officielle, telle que déposée par le plaignant, ainsi que des notes manuscrites des rencontres réalisées en cours d'enquête. Également, une lettre formelle peut être jointe faisant état des résultats de l'enquête ou des mesures disciplinaires recommandées.

Dans la plupart des dossiers, la lettre officielle n'y était pas et les documents manuscrits étaient parfois difficiles à déchiffrer ou très peu détaillés. Le déroulement de l'enquête ainsi que sa conclusion n'étaient pas explicitement décrits. Pour en connaître les détails, il a donc fallu se référer à un des responsables des enquêtes. Cette personne s'est avérée être la ressource la plus importante pour la collecte des données concernant les dossiers de plaintes. Elle a été rencontrée à quelques reprises afin d'éclaircir le travail qui a été réalisé.

Lorsqu'il manquait des informations importantes à la compréhension du dossier ou lorsque les résultats de l'enquête ont mené à un congédiement, d'autres informations pertinentes ont pu être recherchées dans le dossier de l'employé. En général, il ne contenait pas d'information spécifiquement reliée à la plainte, mais plutôt des informations pouvant remettre en contexte l'agression et la manière dont la plainte avait été traitée.

2.3.2 L'observation et la participation

La seconde technique a été l'observation et la participation à des rencontres clés lors du séjour aux ressources humaines (octobre 2002 à janvier 2003). Étant donné que ces réunions n'étaient pas prévues, aucun échantillon n'a été constitué pour cette technique de collecte de données. Il s'est avéré qu'une enquête a été amorcée au moment même où l'étude des dossiers se déroulait. De plus, une réunion du comité de la prévention de la violence a été convoquée afin d'entrer en contact avec les membres durant la première phase de la collecte de données.

La première rencontre à laquelle j'ai assisté dans le cadre de l'enquête s'est faite en présence de la plaignante, des responsables d'enquêtes et des représentants syndicaux. Le but était de recueillir la version des faits, en fonction de la plainte écrite qui avait été déposée la veille. La réunion a duré environ une heure trente, au terme de

laquelle une seconde rencontre s'est poursuivie uniquement avec les responsables d'enquêtes et moi-même pour discuter des différentes solutions possibles. Le lendemain, la personne visée par la plainte a également été rencontrée par les mêmes personnes, l'objectif étant toujours de recueillir sa version de l'histoire. Une autre rencontre s'est déroulée avec le gestionnaire mais cette fois-ci en mon absence.

Ces deux réunions ont donc permis de recueillir des données quant au déroulement de l'enquête et quant au traitement des plaintes par les ressources humaines de l'hôpital. Étant donné que l'enregistrement n'a pas été permis, c'est par la prise de notes que les informations pertinentes ont été recueillies¹¹.

La réunion du comité de la prévention de la violence a été convoquée au mois de février 2003. Elle a été organisée entre autres pour me permettre de rencontrer les différents membres du comité qui allaient éventuellement être approchés pour les entrevues semi-dirigées. L'objectif a aussi été pour moi d'observer les rôles des différents membres du comité. La rencontre a duré environ deux heures, au terme desquelles les membres avaient discuté des statistiques concernant la violence dans l'établissement et des moyens à implanter pour prévenir la violence. C'est encore une fois par la prise de notes que les observations ont été relevées (voir annexe 3)¹².

¹¹ Le compte rendu de l'enquête n'a pas été inclus dans le présent travail car il doit rester confidentiel. Les échanges et les témoignages ont été utilisés afin de mieux comprendre les processus d'enquêtes, mais le détail de la situation ne peut être relaté ici.

¹² Un résumé de cette rencontre a été joint en annexe. Cependant, les noms des personnes ont été retirés afin de ne pas compromettre l'entente de confidentialité.

2.3.3 La documentation diverse

Certains documents¹³ organisationnels ont aussi été consultés lors de la collecte de données et ont servi à remettre en contexte certaines affirmations, observations et interrogations qui se sont manifestées. On y retrouve des documents rédigés par le comité de la prévention de la violence, par la Direction des ressources humaines, par la Direction de la planification et des communications et par le conseil d'administration de l'établissement.

2.3.4 Les entrevues semi-dirigées

La dernière technique de collecte de données a consisté en des rencontres individuelles d'environ une heure avec les personnes issues des trois échantillons préalablement constitués. Au départ, deux protocoles d'entrevues ont été rédigés, l'un pour les gestionnaires (voir annexe 4) et l'autre pour membres du comité (annexe 5). Après quelques rencontres avec des gestionnaires, un troisième protocole (annexe 6), fusionnant les deux premiers, a été constitué pour les responsables d'enquête qui sont membres du comité. Finalement, un quatrième protocole a été rédigé spécialement pour le médecin enquêteur (annexe 7), parce que ce dernier n'est pas membre du comité.

Les rencontres individuelles se sont déroulées soit dans le bureau du participant ou dans un bureau qui m'avait été assigné de façon temporaire. Le choix de l'emplacement était à la discrétion du sujet et reposait essentiellement sur le fait que certains d'entre eux travaillent dans des endroits très achalandés et ne voulaient pas être déconcentrés

¹³ Pour plus de détails, voir les références à la section sur la documentation organisationnelle.

ou interrompus lors de l'entrevue. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des sujets.

2.4 Traitement des données

2.4.1 Les dossiers de plaintes

Une grille d'analyse détaillée a été montée afin de dégager les informations pertinentes des dossiers de plainte pour l'analyse des résultats. Une partie de ces données a été utilisée dans l'analyse des résultats tandis que le reste a servi à mieux comprendre le phénomène de violence dans son ensemble et à orienter la rédaction des protocoles d'entrevues. La grille d'analyse, telle que conçue au départ, est présentée à la page suivante.

TABLEAU 2.1 GRILLE POUR L'ANALYSE DES DOSSIERS

Caractéristiques de la victime	Sexe Âge Origine ethnique Statut professionnel Ancienneté Appartenance syndicale Relation avec l'agresseur
Caractéristiques de l'agresseur	Sexe Âge Origine ethnique Statut professionnel Ancienneté Appartenance syndicale Relation avec l'agresseur
Analyse du dossier	Cheminement de la plainte Personne responsable de l'enquête Implication du gestionnaire ou supérieur Arguments présentés au dossier Lieu de l'agression Moment de l'agression
Décision	Recommandation du responsable Recommandation du comité
Formes de violence	Description telle que dans la plainte Horizontale ou verticale Directe ou indirecte Ponctuelle ou répétitive
Conséquences	Récidive Autre plainte liée
Autres informations pertinentes	

Les renseignements recueillis sur les plaignants et sur les agresseurs ont été utilisés pour dresser le portrait des formes de violence en fonctions des personnes concernées et de leur statut dans l'organisation. Les critères retenus étaient le sexe et le statut professionnel, car ces deux composantes étaient présentes dans l'ensemble des dossiers. Les autres informations telles que l'appartenance syndicale, l'ancienneté, l'origine ethnique et l'âge n'ont pas été utilisées pour l'analyse des résultats car elles n'étaient pas

facilement accessibles et parfois pas du tout. Elles ont tout de même été recueillies lorsque possible.

Les données sur le cheminement des enquêtes étaient quant à elles peu fréquentes et ne se retrouvaient généralement pas dans les dossiers. Elles ont été recueillies lors de rencontres avec les responsables des enquêtes et ont été utilisées pour mieux comprendre le cheminement des plaintes et le processus d'enquête.

2.4.2 Les entrevues : retranscription « verbatim »

Tel que mentionné précédemment, les entrevues avec les sujets ont toutes été enregistrées. La validité des données, et éventuellement de leur analyse, repose sur la capacité à se référer au contenu réel des échanges (Robson 2002). C'est pourquoi la méthode de retranscription mot à mot a été privilégiée et a suivi chacune des entrevues.

Cette première étape de l'analyse des données a été suivie par la constitution d'un plan détaillé comprenant les grands thèmes de recherche. Ce plan, basé sur les questions de recherche, a servi d'assise pour le déchiffrage des entrevues. Les thèmes principaux étaient les formes de violence, les ancrages de la violence, la politique de non-violence, le comité de la prévention et le rôle des gestionnaires.

2.4.3 MAX QDA : système d'analyse de données qualitatives

Le programme informatique MAX QDA a été sélectionné pour effectuer l'analyse des données qualitatives. Le nombre élevé d'entrevues et de pages de retranscription à analyser a justifié le recours à un tel instrument. Ceci a facilité le décortilage des

données et, par la suite, leur analyse. Cet outil de recherche de type « code and retrieve programm »¹⁴ (Robson 2002) permet de récupérer des segments d'entrevues et de les associer avec des codes définis et ordonnés par le chercheur. En fait, il s'agit d'un logiciel qui fonctionne un peu comme une base de données où sont entreposées les entrevues, mais dans laquelle on peut également procéder à une analyse par portion d'entrevues. Voici comment ce logiciel a été utilisé dans l'analyse des données.

La première étape a consisté à insérer les retranscriptions des entrevues dans la section appelée système de documentation. Cette section du programme permet la création de groupes de participants pour éventuellement raffiner l'analyse des segments et faire ressortir des citations par groupes, et de comparer les données entre elles. Chaque entrevue a donc été associée avec son groupe respectif. Le premier était celui des gestionnaires, puis des membres du comité et finalement, des responsables d'enquête¹⁵.

La seconde étape a visé à créer le plan d'analyse des données par thèmes, qui a été construit après les retranscriptions. Tel que mentionné, ce plan est basé sur les questions de recherche et présente les grandes thématiques qui seront abordées dans l'analyse des résultats. Le plan a donc été intégré dans la section appelée le système de codes. Il a permis d'associer des segments d'entrevues à chacun des thèmes et sous thèmes.

La dernière étape se résume au défrichage des entrevues. Chacune d'entre elles a été relue et, pour toutes les citations pertinentes à un ou plusieurs thèmes, une association avec le code correspondant, a été établie. Une fois les entrevues divisées en segments, l'analyse proprement dite a commencé.

¹⁴ Texte original en anglais

¹⁵ Les enquêteurs qui sont aussi membres du comité ont été mis dans le groupe des enquêteurs.

L'analyse des données s'est faite en deux temps. D'abord, pour chacun des thèmes, tous les segments ont été retracés et ce, pour tous les participants confondus. Voici un exemple des critères de recherche utilisés dans cette première étape :

TABLEAU 2.2 EXEMPLE DE CRITÈRES DE RECHERCHE SUR MAX QDA

Code	forme de violence
Sous-code	en fonction du comportement
Documentation	tous les participants

L'objectif était de faire ressortir pour chaque thème et sous thème les grandes tendances ainsi que les similitudes et les contradictions dans le discours de tous les sujets. C'est en faisant cette première analyse qu'il a été possible d'identifier des thèmes problématiques pour lesquels les discours étaient différents d'un groupe de participant à un autre ou pour lesquels les discours s'opposaient ou se rapprochaient.

C'est ainsi que dans un deuxième temps, une seconde analyse plus exploratoire a été réalisée. Un ou plusieurs groupes de participants ont été sélectionnés en fonction d'un ou de plusieurs thèmes qui devaient être approfondis. Des recherches par mots clés ont aussi été faites, et ce, en fonction des groupes de sujets. Par exemple, rechercher l'expression « mesure disciplinaire » dans deux groupes différents a permis de comparer la perception de cette réalité liée à la violence dans l'organisation. L'objectif de cette seconde partie était de mettre en lumière des contradictions entre les discours et surtout de faire ressortir une multitude de réalités afin de répondre à nos questions de recherche.

La présentation des résultats s'est fait à partir des citations retenues dans les deux temps de l'analyse. Cependant, durant la rédaction du plan et du présent rapport, un retour constant aux données a été essentiel soit pour vérifier des hypothèses, pour

approfondir une affirmation ou simplement pour remettre en contexte ce qui était analysé.

CHAPITRE 3

ÉTAT DE LA SITUATION : LES FORMES DE VIOLENCE DANS LE MILIEU HOSPITALIER

Ce chapitre vise à dresser un portrait de la violence dans l'organisation en fonction des données recueillies lors de l'examen des dossiers. Cette analyse, basée sur des plaintes concrètes, met en lumière les formes de violence qui sont déclarées dans un centre hospitalier. Un second portrait, cette fois-ci ébauché à partir des données recueillies lors des entrevues doit aussi être dessiné. L'objectif est de comparer deux réalités et de mettre en évidence les différences entre les formes de violence déclarées et celles qui passent encore sous silence. Afin de faciliter la compréhension de ces résultats, un aperçu de la procédure telle que définie dans la politique de non-violence de l'organisation sera d'abord présenté.

3.1 Les événements déclarés : portrait des dossiers analysés

3.1.1 La procédure officielle de la politique de non-violence

La politique (voir annexe 1) comprend six grandes parties. L'énoncé vise d'abord à expliquer son fondement existentiel : toute forme de violence, de la part de quelque membre que ce soit de l'organisation ou de ceux qui la côtoient, est strictement interdite. De plus, on annonce que l'implantation de la politique est en conformité avec les responsabilités légales de l'employeur, qui sont d'assurer la sécurité de ses employés ainsi que leur intégrité physique et psychologique.

Dans la seconde section, les objectifs mirés par la politique sont exposés : assurer un milieu de travail sain et exempt de violence, former et informer le personnel et la clientèle, prévenir et éliminer la violence, puis en dernier lieu, assurer la présence de dispositifs efficaces et équitables pour le traitement des plaintes. Certes, de tels objectifs s'inscrivent autant dans une perspective préventive que corrective.

La troisième partie traite des définitions de la violence. De façon globale, la violence est un « acte ou un comportement abusif qui a pour objet d'agir sur quelqu'un ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation » (Politique de non-violence 2001). Y sont aussi inclus les types de violence, soit physique, psychologique, sexuelle, symbolique et verbale. La violence physique comporte tous les actes portant atteinte à l'intégrité physique d'une personne alors que la violence psychologique atteint l'intégrité psychique ou mentale d'un individu. La violence sexuelle est définie comme suit : « acte de violence comportant des propos, avances ou assauts sexuels, non consentis » (Politique de non-violence, 2001). La violence symbolique est dirigée contre des objets inanimés et la violence verbale est « caractérisée par le ton de la voix (brusquerie), le débit ou les propos utilisés » (Politique de non-violence, 2001).

Ensuite, la quatrième section fait état des responsabilités de tous et chacun, en débutant par les directeurs et les gestionnaires. On y retrouve l'ensemble des actions ou des attitudes que doivent adopter les cadres, soit, entre autres, d'assurer un milieu respectueux pour les employés, d'intervenir lors d'un conflit ou d'une situation de violence et d'apporter les mesures correctives, s'il y a lieu. Quant à eux, les employés doivent notamment acquérir de l'information et des connaissances au sujet de la violence. De plus, ils doivent respecter les autres, déclarer les actes de violence dont ils ont été la cible ou dont ils ont été témoins, et aussi participer à la prévention, à l'identification et au dépistage de situations à risque.

Puis, la procédure administrative pour déposer une plainte est élaborée dans la dernière partie de la politique. Or la procédure à suivre varie en fonction de l'agresseur. Si

l'agression est perpétrée par un employé, le supérieur ou l'employé s'adresse à la Direction des ressources humaines ; si un médecin est concerné, c'est la Direction des services professionnels qui se charge de la plainte et de l'enquête ; s'il s'agit d'un bénévole, la Direction des soins infirmiers est directement contactée ; si l'agression provient d'un stagiaire, il faut alors s'adresser à la direction qui emploie le stagiaire ; lorsque l'acte a été commis par un patient ou un visiteur, la procédure exige que la plainte soit dirigée vers la Direction de la planification et des communications ; dans le cas d'un acte commis par un fournisseur, c'est le Directeur des services administratifs qui sera d'abord interpellé. Enfin, peu importe la gravité et l'ampleur de l'acte, des mesures correctives sont prévues et seront déterminées suite à l'enquête menée par les différentes directions.

Finalement, la dernière partie de la politique est un formulaire de déclaration (voir annexe 2). La première section sert à identifier le plaignant, sa fonction et son service ainsi que l'agresseur lorsque ce dernier est connu. Ensuite, une série de comportements sont identifiés avec des cases à cocher. La personne qui complète cette grille coche les cases qui semblent pertinentes à la situation vécue. Au verso du formulaire, un espace est prévu pour une description écrite de la situation. La procédure n'est pas définie au-delà de la description des rôles des directions concernées.

Les dossiers qui seront à l'instant présentés ont été déposés en vertu de la politique qui vient d'être résumée. Le formulaire de déclaration a joué un rôle important dans la reconstitution des faits dans la mesure où il s'agit du seul document préalable à une enquête formelle.

3.1.2 Les cas déclarés et les plaintes enquêtés de violence

Au total, 16 plaintes ont été étudiées dans le cadre de cette étude. Par ailleurs, un dossier d'enquête peut contenir plus d'une déclaration de violence, dans le cas où

plusieurs personnes déposeraient une plainte contre un même agresseur. Lors de l'analyse des dossiers, chaque plainte a été traitée individuellement afin de comptabiliser le nombre d'agressions et d'identifier les principales formes de violence qui sont déclarées et sur lesquelles une enquête a eu lieu.

Les données qui seront à l'instant présentées incluent deux dossiers dont le traitement, en principe, ne relève pas des ressources humaines. Le premier inclut trois plaintes : deux plaintes contre un employé, déposées par des visiteurs, et une plainte contre un collègue de cet employé, mais déposée par un autre employé. Les ressources humaines ont fait enquête sur les trois déclarations au sein d'un seul dossier alors qu'au moins deux d'entre elles auraient dû être traitées par la Direction de la planification et des communications en collaboration avec le commissaire local.

Quant au second dossier, il est constitué d'une plainte contre un médecin qui a également été traitée aux ressources humaines conjointement avec la Direction des services professionnels (DSP), alors que selon la procédure, c'est la DSP qui doit s'en charger. Bien que toutes ces déclarations figurent dans les statistiques, elles ne représentent toutefois pas l'ensemble des plaintes déposées depuis la dernière année concernant la clientèle et les médecins.

Les données sont présentées dans les tableaux qui suivent. Elles ont été comptabilisées en fonction du sexe des victimes et agresseurs, en fonction de leur statut professionnel et selon les formes de violence:

TABLEAU 3.1 LE NOMBRE D'AGRESSIONS DÉCLARÉES SELON LE SEXE DES VICTIMES ET DES AGRESSEURS

VICTIMES	AGRESSEURS		TOTAL
	FEMME	HOMME	
FEMME	10	4	14
HOMME	1	5	6
TOTAL	11	9	20¹⁶

TABLEAU 3.2 LE NOMBRE D'AGRESSIONS DÉCLARÉES SELON LE STATUT PROFESSIONNEL DES VICTIMES ET DES AGRESSEURS

VICTIMES	AGRESSEURS			TOTAL
	SECTEUR GÉNÉRAL	INFIRMIER/ÈRE	MÉDECIN	
CADRE	2			2
SECTEUR GÉNÉRAL	8	1		9
INFIRMIER /ÈRE		5		5
PROFESSIONNEL /LE	1		1	2
VISITEUR /RE	2			2
TOTAL	13	6	1	20

¹⁶ Le nombre total de plaintes étudiées est de 16. Cependant, dans un dossier, une victime était agressée par 4 femmes et 1 homme ce qui augmente le nombre d'agressions à 20. Il s'agissait d'une agression psychologique entre des infirmiers et infirmières.

TABLEAU 3.3 LE NOMBRE D'AGRESSIONS DÉCLARÉES SELON LES FORMES DE VIOLENCE

LES FORMES DE VIOLENCE	TOTAL
PHYSIQUE	3
PSYCHOLOGIQUE	6
SYMBOLIQUE	1
VERBALE	9
SEXUELLE	1
TOTAL	20

Parmi les agressions déclarées, 9 cas sur 20 ont été perpétrés par des hommes comparativement à 11 agressions par des femmes. Les femmes victimes sont aussi plus nombreuses que les hommes, soient 14 comparativement à 6 hommes. Il y a un seul cas d'agression provenant d'une femme et dirigée vers un homme. Les hommes agressent autant des personnes du même sexe que des femmes (5 hommes victimes contre 4 femmes victimes).

Les agressions entre employés du secteur général¹⁷ sont plus fréquentes (8 agressions sur 20 perpétrées par des employés généraux) que les agressions entre d'autres

¹⁷ Le secteur général qualifie différents titres d'emploi dont les tâches ne sont pas directement reliées aux soins. Par exemple, les préposés (à l'accueil, à l'entretien, ...), les secrétaires, les commis, les techniciens (électricité, machinerie, peintres, ...). Cette distinction entre le secteur clinique et général s'est avérée nécessaire pour l'analyse des résultats. Voir explication à la section 3.2.

catégories d'employés. Les victimes de violence sont aussi plus nombreuses chez les employés généraux (9 cas sur 20), suivi des victimes dans le personnel infirmier (5 cas sur 20). Les autres victimes sont soit des cadres, des professionnels, ou des visiteurs.

La violence est surtout horizontale, c'est-à-dire qu'elle concerne des employés de statut similaire, à l'exception de trois cas recensés de violence hiérarchique. Dans deux de ces situations, la violence est dirigée du bas vers le haut et non du haut vers le bas. Dans le dernier cas, il s'agit de violence provenant d'un médecin et dirigée vers un employé.

La violence verbale est la forme la plus courante (9 cas sur 20) suivi de la violence psychologique (6 cas sur 20). Les violences physiques, symboliques et sexuelles sont moins fréquentes, quoi qu'au moins une plainte ait été déposée pour chacune de ces formes de violence.

Les scénarios en fonction du nombre d'agresseurs et de victimes, ne sont pas très nombreux. En fait, dans la presque totalité des cas, deux personnes s'affrontent, donnant lieu à un duel. Un seul cas de coalition a été recensé; plusieurs agresseurs se sont retournés contre une infirmière. La fresque est quant à elle absente de notre échantillon, tout comme le scénario du tyran.

Ce résumé des données est basé sur les informations qui étaient accessibles dans les dossiers. Cependant, le manque d'informations sur le déroulement des enquêtes ne m'a pas permis de décrire les différents processus reliés au cheminement des plaintes. Dans certains dossiers (11 cas sur 20) le résultat de l'enquête était connu. Pour les 9 autres plaintes, il n'y avait aucune indication quant à la décision qui avait été prise. Voici les données disponibles sur les conséquences pour chacun des dossiers de plaintes.

TABLEAU 3.4 LES DÉCISIONS RENDUES SUITE AUX ENQUÊTES

CONSÉQUENCE	TOTAL
AUCUNE DONNÉE	9
AVERTISSEMENT ÉCRIT	4
ENTENTE DE DÉPART	4 ¹⁸
ÉVALUATION DES COMPÉTENCES DE LA PLAIGNANTE	1
SUSPENSION (ENTRE UN ET TROIS JOURS)	2
TOTAL	20

3.1.3 Les statistiques officielles : les données de la DRH et de la DPC

Lors de la rencontre avec le comité de la prévention de la violence, des statistiques ont été remises aux membres présents par le représentant des ressources humaines et par la représentante de la Direction de la planification et des communications. Dans le premier document, on y dénombre les agressions entre les employés et dans le second, les plaintes déposées par des employés, mais visant la clientèle. Voici les données telles qu'elles ont été présentées lors de cette réunion par les deux directions.

¹⁸ Au total, deux ententes de départ ont été conclues avec deux employés ayant affiché des comportements violents chacun à deux reprises. Le premier dossier est une agression de violence verbale d'une femme à l'encontre de deux autres femmes du secteur général. L'autre dossier concerne un homme ayant été violent verbalement avec un supérieur ainsi que physiquement avec une collègue.

TABLEAU 3.5 LES STATISTIQUES OFFICIELLES SUR LA VIOLENCE INTERNE

DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENTS VIOLENTS TRAITÉS PAR LA DRH JUIN 2001 À DÉCEMBRE 2002						
OBJET DE LA PLAINTÉ	CADRE ET EMPLOYÉ	EMPLOYÉ EMPLOYÉ	EMPLOYÉ PARENT	EMPLOYÉ MÉDECIN	MÉDECIN PATIENTE	TOUTES LES NATURES
SYMBOLIQUE	1					1
VERBALE, SEXUELLE ET PSYCHOLOGIQUE		2				2
PSYCHOLOGIQUE		2				2
VERBALE ET PSYCHOLOGIQUE		3	3			6
VERBALE	1	15	2			18
VERBALE ET PHYSIQUE		7	0	1	0	8
TOTAL	2	29	5	1	0	37

Source : Direction des ressources humaines

Le nombre total des plaintes enregistrées par les ressources humaines s'élève à 37, soit 21 plaintes de plus que celles qui ont été analysées lors de la collecte de données. Je me suis informée de la raison de cet écart auprès d'un des enquêteurs aux ressources humaines. Il m'a affirmé que certaines plaintes de ces 37 cas n'ont pas menées à des enquêtes soit parce qu'elles ont été jugées frivoles, soit parce qu'elles ont été réglées

suite à une rencontre avec les employés concernés¹⁹. Cet écart s'explique aussi, selon lui, par le fait que certains cas qui relèvent de la Direction de la planification et des communications (DPC) ont été inclus dans ces statistiques, puisque la plainte a été déposée aux ressources humaines même si le suivi a été assuré par la suite par la DPC. Il y a donc un chevauchement entre les données des ressources humaines et celles de l'autre direction.

Ces données telles qu'elles sont présentées comportent des limites importantes. D'abord, le sens de la relation entre l'agresseur et la victime n'est pas précisé. On ne peut donc pas savoir si le cadre, par exemple est celui qui agresse l'employé ou le contraire. La seconde limite touche les formes de violence. Elles ont été combinées de façon aléatoire, créant des catégories où toutes les agressions pourraient être intégrées. Finalement, les conséquences des plaintes ne sont pas indiquées si bien que l'on pourrait croire qu'il y a eu 37 déclarations traitées par un processus d'enquête par les ressources humaines alors que seulement 16 plaintes ont été traitées de la sorte. Ces données ne représentent pas la réalité des dossiers déposés et traités par les ressources humaines. Voici maintenant celles qui ont été remises par la Direction de la planification et des communications.

¹⁹ Le nombre exact de ces plaintes n'est pas connu. Une partie d'entre elles ont été communiquées verbalement par les plaignants et certaines plaintes n'ont pas eu de suite.

TABLEAU 3.6 LES STATISTIQUES OFFICIELLES SUR LA VIOLENCE EXTERNE

RÉPARTITION DES DÉCLARATIONS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS DÉCLARATIONS IMPLIQUANT DES CLIENTS				
	VERBALES		PHYSIQUES	
SECTEUR D'ACTIVITÉS	2001-2002²⁰	2002-2003	2001-2002	2002-2003
URGENCE	12	6	1	2
SERVICES DIAGNOSTICS	1	4	0	0
UNITÉS DE SOINS	8	4	0	0
AUTRES	0	1	0	0
TOTAL	21	15	1	2

Source : Direction de la planification et des communications

Ces statistiques portent sur des agressions provenant de la clientèle et dirigées à l'encontre du personnel. Elles sont présentées par secteurs cibles (urgence, services diagnostiques, unité de soins et autres) et par année financière. La principale limite de ces statistiques est que les formes de violence ne sont pas exposées. Il est alors impossible de savoir l'intensité ou la forme de la violence émanant de la clientèle. Est-il question de violence physique, verbale, symbolique ou sexuelle? En revanche, ces

²⁰ L'année 2001-2002 s'étend du 1^{er} septembre 2001 au 31 mars 2002. Pour ce qui est de l'année 2002-2003, elle est également incomplète. Elle se déroule du 1^{er} avril 2002 au 31 janvier 2003. La période couverte par les statistiques de la direction des planifications et des communications correspond à la même période que celle couverte par les statistiques des ressources humaines (tableau 3.5) étant donné que la politique a été implantée en août 2001 et que la réunion s'est déroulée en février 2003.

données, telles qu'elles sont présentées, contribuent à identifier les secteurs problématiques de l'hôpital pour orienter les interventions des membres de l'organisation.

3.1.4 Les dossiers analysés : une partie de la réalité

Il est difficile de dresser un portrait représentatif de la violence dans l'organisation et de ses formes à partir de cet échantillon. Il est toutefois possible de s'interroger sur ce que cachent de telles données. Les employés généraux semblent plus touchés par la violence, du moins, c'est ce que les statistiques présentent. Se peut-il que les employés de cette catégorie d'emploi soient plus à l'affût de la politique et de son fonctionnement, et seraient donc plus enclin à déclarer des événements violents? Pourquoi les autres employés ne sont-ils pas présents dans les statistiques? Est-ce parce qu'ils ne sont pas touchés par la violence ou parce qu'ils ne connaissent pas la politique? Est-ce possible qu'il y ait des enjeux importants s'ils dénoncent un collègue ou même un supérieur?

Les chiffres recueillis dans cette première phase de collecte de données donnent un aperçu des formes de violence qui sont déclarées par le personnel et les personnes qu'elles touchent. Il est possible de voir aussi comment ces informations sont traitées par les directions correspondantes. Certains renseignements sont cependant absents, surtout en ce qui a trait au déroulement des enquêtes et à leur dénouement, au cheminement des plaintes et à l'implication des gestionnaires. Afin de cerner l'ensemble de cette problématique, il faut aussi s'intéresser à la violence dans l'hôpital telle qu'elle est vécue, et non seulement telle qu'elle est déclarée formellement. Une approche centrée sur la perception des membres de l'organisation va permettre dans la prochaine section d'identifier d'autres formes de violence qui passent souvent sous silence et échappent au contrôle d'une politique en la matière.

3.2 Les témoignages de la violence non déclarée

3.2.1 La présentation des participants

Avant d'exposer les formes de violence issues des entrevues, une présentation de participants s'impose. Les personnes rencontrées ont été divisées en deux groupes, celui du secteur clinique et l'autre du secteur général. Cette distinction intuitive est ressortie d'une analyse préliminaire des données qui a laissé entrevoir une différence quant à la perception des formes de violence dans l'organisation en fonction du contact avec la clientèle. Le groupe clinique est constitué de personnes qui sont en contact direct avec la clientèle et qui leur prodiguent des soins. Le second groupe est davantage associé à l'administration de l'hôpital et aux services non médicaux.

Les répondants du groupe des gestionnaires occupent un poste soit de cadre, de cadre intermédiaire ou de coordonnateur. Ils ont à gérer de façon quotidienne des conflits de travail entre des employés qui relèvent directement ou indirectement d'eux. Les membres du comité occupent des postes diversifiés au sein de l'organisation. Néanmoins, la majorité est soit des gestionnaires, soit des cadres, à l'exception de la représentante syndicale. Les enquêteurs du secteur clinique occupent aussi des postes cadres au sein de leur direction alors que les enquêteurs des ressources humaines sont tous les deux des conseillers : un en relations de travail et l'autre en santé et sécurité au travail.

Pour respecter la confidentialité quant à l'identité des répondants, leur fonction dans l'hôpital n'a pas été divulguée dans ce rapport. Les citations utilisées et retranscrites dans l'analyse des résultats ont été identifiées à l'aide du groupe d'appartenance du participant (gestionnaire, membre du comité ou enquêteur) ainsi que le secteur auquel il appartient (clinique ou général). Le tableau 3.7 présente chacun des répondants en fonction de son secteur et du groupe d'étude auquel il appartient.

TABLEAU 3.7 RÉPARTITION DES PARTICIPANTS PAR SECTEURS

	SECTEUR CLINIQUE	SECTEUR GÉNÉRAL
GESTIONNAIRES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie (homme) ▪ Cardiologie (femme) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salubrité (homme) ▪ Laboratoire central (femme) ▪ Admission et téléphonie (femme)
MEMBRES DU COMITÉ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrie (homme) ▪ Urgence et chirurgie (femme) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sécurité (femme) ▪ Syndicat des employés généraux (femme)
ENQUÊTEURS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction des services professionnels (homme) ▪ Direction de la planification et des communications (femme)²¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction des ressources humaines (homme)²² ▪ Direction des ressources humaines (homme)

Les participants ont témoigné qu'il y a quotidiennement des événements mineurs, des accrochages et des conflits qui touchent le personnel et qui nécessitent une attention particulière. Les gestionnaires sont quant à eux quotidiennement confrontés à des situations de violence entre leurs employés et qui parfois, les touchent même personnellement. Les formes de violence qui seront à l'instant détaillées sont basées sur la perception des gestionnaires, mais aussi sur celle des membres du comité et des enquêteurs de cette réalité qu'est la violence organisationnelle.

²¹ Cet enquêteur est également membre du comité de la prévention de la violence

²² L'un des deux enquêteurs de la direction des ressources humaines est présentement membre du comité en tant que président alors que l'autre l'a déjà été mais, selon lui, il ne l'est plus actuellement.

Tous les répondants ont noté qu'il y a de plus en plus d'événements violents depuis quelques années. Un seul a affirmé qu'il y a moins de violence qu'auparavant, surtout en ce qui a trait aux médecins : la violence émanant des médecins est, selon lui, moins fréquente qu'il y a dix ans. Les interlocuteurs ont aussi affirmé que la violence verbale est la forme la plus courante. Il y a cependant des événements qui, selon les gestionnaires, sont plus durs à identifier : soit qu'ils ont de la difficulté à discerner si un comportement est violent, donc à l'évaluer; soit qu'ils ne voient pas les agissements violents, donc qu'ils ne parviennent pas à les détecter. Il est difficile, selon les membres de l'organisation rencontrés, d'évaluer cette sous-déclaration, car ils sont rarement présents lors de ces situations, qu'ils ont du mal à qualifier lorsqu'ils en sont témoins, mais ils en reconnaissent tout de même l'existence.

3.2.2 La violence externe

La violence externe concerne une personne de l'extérieur de l'organisation, qu'il s'agisse d'un patient, d'un visiteur ou d'un fournisseur. Bien qu'elle ne soit pas le sujet principal de la présente étude, il s'est avéré intéressant de l'inclure de façon sporadique dans l'analyse des résultats et d'en dresser un portrait global, vu son impact sur le personnel et le fonctionnement de l'organisation. De plus, il s'agit d'une forme de violence qui aurait augmenté depuis quelques années, du moins, selon les participants.

La violence externe peut provenir de la clientèle et être dirigée vers les employés ou vice versa. Dans cette recherche, c'est la violence faite aux employés par les patients ou les visiteurs, qui sera à l'étude puisque la politique prévoit des mécanismes pour traiter ces situations. La violence du personnel envers la clientèle est, quant à elle, gérée par une politique gouvernementale (Projet de loi no 27), qui vise essentiellement à protéger les usagers. Une procédure interne intitulée « règlement sur la procédure administrative » (Direction de la planification et des communications, 2001) définit le processus d'intervention du Commissaire local à la qualité des soins chargé de ces enquêtes.

Selon plusieurs participants, la relation qu'entretient le personnel avec la clientèle a changé depuis quelques années. Les visiteurs sont perçus comme étant de plus en plus exigeants et réagissent beaucoup plus facilement à l'attente, à l'insécurité et à l'insatisfaction. Un gestionnaire parle justement de ce changement d'attitude de la clientèle à l'égard de son personnel :

J'ai des employés qui ont travaillé longtemps à la même place, au niveau de l'accueil, donc qui étaient habitués à ça, et vivaient plus de difficultés même en deux, trois ans, plus que les dix en arrière, qui étaient assis à la même place, à faire la même job. Ils disaient beaucoup que la clientèle est beaucoup plus difficile, beaucoup plus exigeante. (Secteur général, gestionnaire)

La violence entre la clientèle et les employés est donc une préoccupation réelle du fait de sa fréquence élevée, de son impact et surtout à cause de l'impuissance qu'elle suscite. Cette impuissance est entre autres vécue par la personne qui reçoit les déclarations des employés. Pour l'instant, lorsqu'un membre du personnel dépose une plainte à l'égard d'un client et qu'elle provient de l'urgence, très peu de mesures peuvent être appliquées pour éviter que la situation ne se reproduise. L'approche disciplinaire n'est pas applicable, car les gens sont de passage et aucun membre de l'organisation n'a de pouvoir ni d'autorité sur ces individus. Parfois, l'agresseur n'est même pas identifiable, car il quitte les lieux après l'agression. La plainte est simplement examinée et l'employé est rencontré pour voir s'il a reçu tout le support nécessaire et s'il peut toujours fonctionner malgré l'agression dont il a été victime. La principale ressource disponible, outre le support du supérieur, est le programme d'aide aux employés offert par les ressources humaines.

Si la plainte est déposée par le personnel qui travaille dans les cliniques ou sur les étages, l'intervention prend une autre dimension, teintée par la permanence de la clientèle. Bien souvent, lorsqu'il y a une hospitalisation, la possibilité qu'il y ait récurrence devient une réalité, et le personnel doit, en conséquence, gérer cette possibilité. Il est arrivé à quelques reprises qu'un visiteur permanent soit rencontré pour conclure une

entente au sujet de son comportement violent. En l'occurrence, il pouvait être contraint à quitter les lieux. Dans certaines situations, les plaintes ont même mené à une intervention policière, mais ces cas sont extrêmement rares²³.

Même si une intervention est possible dans ces situations, il reste néanmoins que les gestionnaires, les employés et la direction de l'hôpital n'ont pas encore tous les moyens pour faire face à une clientèle potentiellement agressive. Les mesures abordées lors de la réunion du comité de la prévention de la violence visent justement à trouver des solutions permanentes, notamment pour le secteur de l'urgence. Il y a entre autres l'implantation d'une équipe de « code blanc » composée de membres du personnel. Son principal mandat consiste à intervenir à l'urgence lorsqu'une alarme est sonnée par le personnel. Un des enquêteurs, quelque peu préoccupé par cette approche musclée, a plutôt proposé lors de l'entrevue des mesures préventives. Il peut s'agir de former les employés ou de travailler sur l'amélioration de la communication entre le personnel de l'urgence et la clientèle. Cependant, ces dernières mesures n'ont pas encore été abordées dans les réunions du comité.

Selon les deux gestionnaires du secteur clinique, la violence dont il est question à l'hôpital émane de la clientèle et non des employés. Les membres du comité issus du même secteur n'ont parlé que de la violence externe, tant et si bien que selon eux, la violence entre employés consiste en des conflits mineurs, presque normaux, et qu'il ne s'agit pas là de la réelle problématique lorsqu'il est question de violence. Il faut dire que ces deux personnes n'ont pas assisté à la présentation par les ressources humaines des statistiques portant sur la violence entre les employés lors de la réunion du comité. Voici des citations qui expriment, selon eux, cette prédominance de la violence externe

²³ Deux exemples d'intervention policière ont été relatés dans les entrevues avec les membres du comité et les gestionnaires. Dans ces deux cas, les visiteurs ont été arrêtés et l'accès au site de l'hôpital leur a été interdit.

au détriment de la violence interne : « Violence employé, employé/employé, employé/médecin, c'est très, très, très peu fréquent. Qu'on a vraiment à intervenir en tant que tel? Je ne dis pas que ça arrive pas mais c'est vraiment pas fréquent ». (Secteur clinique, membre du comité)

Tu parlais d'événements violents entre employés, bon, c'est rare que ça arrive au point où c'est une violence à déclarer, c'est pas ça. Les événements de violence qu'on a c'est davantage relié à l'urgence, davantage relié au temps d'attente. (Secteur clinique, membre du comité)

Quant à eux, les gestionnaires provenant du secteur général ne nient pas la présence de la violence externe, mais ils sont surtout préoccupés par l'agressivité entre les personnes à l'emploi de l'hôpital. Il est intéressant de constater que les gestionnaires cliniques qui travaillent au bloc opératoire et en cardiologie, par exemple, ne semblent pas préoccupés par la violence externe, mais plutôt par la violence interne. Malgré le fait qu'il y ait un contact avec la clientèle, la violence provenant d'elle ne semble toutefois pas représenter une menace comme c'est le cas à l'urgence.

3.2.3 La violence interne

Cette forme de violence concerne les employés oeuvrant dans la même organisation et peut se manifester de différentes manières. Tel que mentionné ci-haut, la violence interne, ses formes, sa fréquence, son intensité et ses différentes manifestations sont reconnues par la majorité des participants en fonction de leur expérience personnelle. Les gestionnaires ont été sélectionnés sur la base d'une expérience de violence dans leur service. Ils sont ainsi susceptibles de reconnaître cette forme de violence. Les membres du comité n'ont cependant pas été sélectionnés sur ce même critère, mais la plupart d'entre eux, à l'exception de deux membres issus du secteur clinique, ont reconnu la violence interne comme étant présente dans l'organisation.

Au niveau interne, les personnes concernées par les situations de violence varient beaucoup en fonction des services et des secteurs de l'hôpital. Lorsqu'il y a un contact de soins avec la clientèle, les agressions proviennent surtout de professionnels et sont dirigées soit vers des membres du personnel général ou vers d'autres professionnels (ex : infirmière et préposé; médecin et technicien de laboratoire). Dans les secteurs où les services ne sont pas reliés aux soins, la violence est davantage initiée par des employés généraux et de soutien et vise des collègues, parfois des supérieurs. Néanmoins, la violence est beaucoup plus horizontale que verticale, et ce, peu importe le secteur. Lorsque la violence concerne des employés de niveau hiérarchique différent, la relation va de bas en haut et de haut en bas. Une personne peut avoir un comportement agressif envers un supérieur et vice versa.

Lorsqu'il est question de violence interne, l'intervention est beaucoup plus accessible que dans les cas de violence avec la clientèle. Les gestionnaires ont le pouvoir d'intervenir et d'imposer des mesures directement dans leur service, et s'ils ne parviennent pas à régler le conflit, d'autres moyens sont mis à leur disposition. En ce sens, la politique a été modelée pour répondre à ce besoin exprimé par les employés et par les supérieurs, c'est-à-dire de disposer d'une procédure formelle pour dénoncer une situation de violence, mais aussi d'avoir des moyens pour prévenir et corriger les comportements violents.

Selon les participants, la violence interne est donc présente et elle a été caractérisée par toutes ces personnes, à la lumière de leurs expériences. La prochaine section décrit la violence entre employés en fonction des types de comportements. Il s'agit entre autres de la violence verbale, physique, psychologique, sexuelle et symbolique. La fréquence et l'intensité de chacune de ces formes sont également décrites ainsi que les interventions possibles par les membres de l'organisation lorsqu'une forme particulière de violence se manifeste.

3.3 Les formes de violence en fonction des types de comportements

3.3.1 La violence verbale et symbolique

La violence verbale est la forme de violence la plus fréquente. C'est ce qui ressort de l'étude des dossiers, mais également de la rencontre avec les participants. Les deux personnes responsables des enquêtes sur la violence entre employés s'accordent sur la prédominance de cette forme de violence dans l'organisation : « Je peux vous dire, en ce qui concerne les employés, c'est beaucoup de violence verbale et tout ce qui est associé à la violence verbale ». (Secteur général, enquêteur)

La violence physique qu'on a va surtout être dirigée contre des objets inanimés et non pas contre des personnes. (...) Énormément, toute proportion gardée, la grande majorité va être de la violence verbale. Maintenant, la nuance entre verbales et psychologiques là, regarde, on peut tu toutes les mettrent dans le même panier? (Secteur général, enquêteur)

Les autres membres de l'organisation interrogés sont du même avis. La violence verbale, qui s'exprime surtout par un manque de respect envers les autres, colore les relations entre collègues : « On s'est rendu compte qu'il y a un gros travail qui va être fait même à l'interne, à priori, entre les gens mêmes. C'est rendu qu'entre collègues, dans la même boîte, on se manque de respect mais totalement ». (Secteur général, gestionnaire)

Comme c'est le cas avec le manque de respect, la violence verbale est reliée à une attitude ou à des comportements qui peuvent être menaçants pour la victime. La violence verbale peut donc initier d'autres formes de violence, parfois plus intenses, telle que de la violence physique ou bien plus sournoise, telle que de la violence psychologique. Dans bien des cas, l'autre forme de violence qui l'accompagne est dirigée vers des objets inanimés (claquer une porte, raccrocher au nez ou lancer un objet). La violence symbolique (voir définition à la section 1.6.2.2) se rapproche de la violence

physique à la différence qu'elle n'est pas dirigée vers une personne, mais plutôt vers un objet. Elle ne porte pas directement atteinte à l'intégrité physique, mais peut toutefois avoir un impact considérable du point de vue psychologique. Par exemple, « raccrocher, hausser la voix, tourner le dos, partir, tourner les talons, pis je m'en vais, ne pas tenir compte de l'autre, des choses comme ça ». (Secteur général, gestionnaire)

Les mesures qui ont été mises en place dans l'organisation, y compris la politique, ont un effet direct sur la violence verbale. Si un employé est verbalement violent envers un autre, il est aisé de déposer une plainte, car l'acte est visible, reconnu et descriptible dans le formulaire prévu à cet effet. Les gestionnaires sont également plus à l'aise d'intervenir dans ces situations, car ils ont quelque chose de concret sur lequel appuyer leur décision, et plus particulièrement s'ils en ont été témoins.

3.3.2 La violence physique

Les actes physiques sont quant à eux très rares, du moins de façon visible, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas. Quelques participants ont souligné que les employés qui ont des comptes à régler vont souvent le faire de façon cachée, mais organisée, et parfois même à l'extérieur du périphérique de l'hôpital. Les gestionnaires l'apprennent souvent par des rumeurs « de corridor », mais ils sont limités dans leurs interventions, car ils ne sont pas directement témoins et bien souvent, les personnes concernées ne parlent pas. Les autres spectateurs n'osent généralement pas parler de ce qu'ils ont vu, de peur des représailles.

En ce qui a trait aux employés mêlés à ces types d'affrontements, ils sont issus des secteurs de l'entretien, des services techniques²⁴ et chez les brancardiers. D'autres employés généraux peuvent également être touchés par opposition aux professionnels qui initient ou sont très peu affectés par cette forme de violence. Même les médecins, qui ont déjà affiché des comportements de violence physique dans le passé, sont beaucoup moins violents qu'auparavant, selon un des enquêteurs du secteur clinique : « Mais de la violence physique, de lancer des gogosses, ça arrive plus jamais, je vais vous le dire, jamais. J'ai pas vu ça depuis vingt ans. Ça arrive plus ». (Secteur clinique, enquêteur)

Ces actes sont pris très au sérieux dans l'organisation. Les conséquences peuvent être très graves et aller de la suspension de quelques jours à un congédiement. Ainsi, la violence physique est la forme de violence la moins tolérée dans l'organisation, peu importe de qui elle vient. Un des responsables d'enquêtes soutient cette affirmation en établissant ses priorités dans le cas où il se retrouverait avec plusieurs plaintes à traiter :

Il est évident aussi que si j'ai quatre plaintes qui entrent la même journée, j'ai essayé de regarder, à la face des plaintes, laquelle justifie ou nécessite une action immédiate. Si j'ai deux querelles verbales et j'en ai une où il y a eu une agressivité physique, on se comprend que les deux querelles verbales vont attendre à demain. Puis, l'agressivité physique va être réglée dans les quinze minutes qui suivent. (Secteur général, enquêteur)

Il semble que la norme de tolérance à l'égard de la violence physique est bien établie dans l'organisation, autant pour les gestionnaires que pour les employés. Le fait que certains d'entre eux se cachent pour se battre illustre qu'ils connaissent bien cette règle et ses conséquences, s'ils la transgressent. Or, étant donné l'intransigeance à l'égard de

²⁴ Les services techniques regroupent des employés de différents corps de métiers tels que les plombiers, les peintres, les électriciens, les transporteurs de matériaux lourds, etc.

cette forme de violence, il existe peut-être une violence physique sournoise dans l'établissement qui fait que certains gestionnaires, membres du comité et même les enquêteurs sous-estiment cette forme de violence.

3.3.3 La violence psychologique

Tout comme la violence physique cachée, il est difficile d'estimer la fréquence de la violence psychologique. Il s'agit de loin de la forme de violence la moins visible dans l'organisation. Dans le traitement des plaintes, certaines formes de violence psychologiques ont été enquêtées, mais elles étaient toujours accompagnées d'un élément visible, qu'il soit verbal ou physique.

Il existe une réelle problématique lorsqu'il est question de violence psychologique, où l'interprétation des personnes concernées prend toute son importance. Cette déclaration d'un des enquêteurs indique justement comment la perception peut avoir un impact sur la reconnaissance de la violence psychologique : « maintenant, la nuance entre verbales et psychologiques là, regarde, on peut tu toutes les mettre dans le même panier? » (Secteur général, enquêteur). On peut supposer qu'une plainte de violence psychologique ne sera pas traitée de la même manière qu'une autre où un événement visible l'accompagne.

Parmi les gestionnaires, certains ont beaucoup élaboré sur la violence psychologique car visiblement, elle est fréquente dans leur service et elle peut avoir des impacts importants sur leur personnel. Les deux principales formes de violence psychologiques qui sont ressorties lors des entrevues seront donc présentées, ainsi que les personnes qu'elles concernent et les interventions qui les accompagnent.

3.3.3.1 *L'intimidation : une violence cachée*

L'intimidation est la première forme de violence psychologique qui a été abordée. La majorité des personnes qui en ont parlé travaillent dans le secteur clinique. Celle-ci se manifeste le plus souvent dans les milieux professionnels. Des exemples ont démontré qu'il peut s'agir de menaces, mais surtout de remettre en question les compétences d'une collègue devant ses confrères.

Cette forme de violence peut également se produire dans les secteurs généraux comme l'entretien, les services techniques et la téléphonie. Dans ces secteurs, elle prend différentes formes, mais les menaces sont plus courantes. Contrairement aux formes plus subtiles que peut prendre l'intimidation dans un secteur professionnel, dans le secteur général, l'intimidation est plus visible et ouverte : « c'est sûr que j'ai déjà entendu des menaces, dans le sens, même entre femmes, j'en ai vu là, tu vas manger une volée (...) harcèlement, intimidation ». (Secteur général, gestionnaire)

Le problème lié à cette forme de violence est son caractère invisible à la fois pour l'entourage, mais même pour la victime. Ceci réduit le pouvoir d'intervention des gestionnaires et même des enquêteurs. Une seule plainte d'intimidation n'étant pas accompagnée d'une autre forme de violence plus visible a été déposée en vertu de la politique. Cependant, c'était un cas où plusieurs agresseurs s'acharnaient sur une victime, et des témoins ont été en mesure d'identifier la situation. Dans les autres cas, cette forme de violence a été accompagnée d'un comportement apparent, sans quoi, il était difficile d'en prouver l'existence. « L'intimidation, tu peux pas prouver ça sauf qu'on sait que c'est là parce qu'il y en a qui nous en ont parlé, mais essaies de prouver ça, c'est une autre affaire ». (Secteur clinique, gestionnaire)

3.3.3.2 *L'exclusion*

L'exclusion est la seconde forme de violence psychologique dont il a été question dans les entrevues. Elle se retrouve dans beaucoup de secteurs, mais plus particulièrement dans les équipes de professionnels.

Cette forme de violence se rapproche de l'intimidation et l'accompagne parfois. Il existe dans l'hôpital plusieurs services, équipes de travail ou groupes d'amis, bref une variété complexe de groupes sociaux avec des sentiments d'appartenance plus ou moins forts. J'exposerai plus loin (à la section 4.1.3) comment cette structure a un impact sur la violence, mais pour le moment, il est possible d'affirmer que l'exclusion, dans un contexte où le groupe est important, devient une réelle problématique. « Le plus pernicieux, pis qui arrive relativement souvent, c'est la mise à l'écart de certaines personnes parmi les groupes » (Secteur clinique, enquêteur). « ... pis là t'as des gens qui se mettent à six infirmières pour en écoëurer une autre ». (Secteur clinique, enquêteur)

Cette forme de violence, comme l'intimidation, se manifeste dans tous les secteurs, que ce soit dans le secteur clinique ou chez les employés généraux. Dans certains services, une forme de violence consiste à exclure les nouveaux employés ou les personnes de la liste de rappel (employés temporaires). Des équipes de travail peuvent, par exemple, ne pas intégrer un nouvel arrivant parce qu'il ne correspond pas tout à fait à ce qu'ils aspirent. Ils peuvent ignorer un stagiaire parce qu'ils savent qu'il va quitter le service d'ici quelques mois. Ils ne veulent pas perdre de temps à former quelqu'un qui ne restera pas. Ils peuvent aussi faire douter des compétences d'un collègue dans le but de l'intimider et de l'exclure du groupe.

Comme moi, chez nous, ce que je vis, c'est beaucoup d'intimidation, par rapport à des gens qui intimident d'autres gens, mettons s'ils ne font pas leur affaire. Les nouveaux, les nouvelles personnes qui se font orienter pour le travail pis qu'ils rentrent pas dans le moule. Tu rentres ou tu sacres ton camp! (Secteur clinique, gestionnaire)

Tu rentres là pis il y avait tellement un petit vase clos avec les gens qui étaient en place depuis des années là. Celle qui essayait d'entrer là, elle passait ou elle cassait. Ils t'aimaient pas la face, tu entrais, ils t'aimaient pas, ils te cassaient en deux. (Secteur général, gestionnaire)

Comme pour l'intimidation, l'exclusion est une forme de violence difficile à prouver et à identifier. Elle suscite beaucoup d'impuissance chez les gestionnaires, car elle n'est pas visible et les témoignages, qui sont une source d'information importante, peuvent être contradictoires. L'interprétation des situations peut être très difficile, tout comme de prendre position d'un côté ou d'un autre. Comment déterminer s'il s'agit réellement de violence? Comment savoir qui dit vrai?

Puis un moment donné, j'ai des gens qui sont venus me voir pis qui m'ont dit, (...) tu acceptes trop le harcèlement dans le labo, il y a du harcèlement, pis j'ai dit moi j'avais pas été témoin, j'avais pas vu, je l'avais pas perçu, pis finalement, j'ai cherché à voir où, pis finalement, ça c'est jamais avéré fondé, pis la personne est partie en maladie, pis les gens m'ont dit c'est à cause de ça, elle a subit du harcèlement. J'ai vérifié au niveau du bureau de santé, j'ai dit écoutez, je le vois pas moi, est-ce que c'est vrai, est-ce que vous pouvez regarder dans le dossier... Pis c'était pas présent. J'ai jamais vraiment compris pourquoi ils disaient ça. C'est pas toujours évident de voir ces situations-là. Pis encore aujourd'hui, j'ai toujours des doutes, mais j'ai jamais eu de certitude de ça. (Secteur général, gestionnaire)

3.3.4 La violence sexuelle

Cette forme de violence a été abordée par un seul participant, les autres ne l'ayant même pas mentionnée. Celui qui en a parlé a participé à l'enquête sur le dossier de plainte qui portait sur une déclaration de violence sexuelle (voir tableau 3.3). Lorsqu'il a mentionné cet exemple, il a clairement affirmé qu'il s'agit là d'un comportement inacceptable, et que selon lui, il s'agit d'un cas idéal pour illustrer la philosophie de tolérance zéro prônée dans la politique. Il a ensuite affirmé qu'il s'est retiré de l'enquête parce que ses valeurs personnelles obstruaient son jugement de la situation. La plainte a été traitée très rapidement par les ressources humaines et la personne visée a été

suspendue pour une période de trois jours sans solde, une des peines les plus sévères suite à une enquête, outre les ententes de départ.

Cette absence de discours sur la violence sexuelle peut laisser entrevoir qu'il s'agit d'une forme de violence peu fréquente dans le milieu hospitalier étudié. Il peut y avoir des incidents invisibles, mais les données actuelles ne permettent pas d'affirmer ou d'infirmer la présence de cette forme de violence. Cependant, à la lumière de la vive réaction du gestionnaire qui a été concerné dans la déclaration, il est possible de constater que la tolérance à l'égard de ces comportements est pratiquement nulle. Ceci se confirme aussi par le traitement rapide et sévère de la plainte.

3.4 En résumé : les formes de violence dans le milieu hospitalier

La violence telle que décrite par les répondants consiste très souvent en des éclats de voix, des cris, une perte de contrôle ou comme une attitude violente. Cette violence verbale est momentanée et visible, et selon nos interlocuteurs, elle est la plus fréquente dans l'organisation. Elle est souvent accompagnée d'une autre forme de violence telle que la violence symbolique ou psychologique. Ces mêmes constats peuvent être fait si l'on regarde la violence déclarée en vertu de la politique. Des plaintes ont en effet été déposées et des mesures disciplinaires allant de l'avertissement à la suspension ont été imposées pour corriger ces types de comportements. Les gestionnaires ont dit ne pas avoir de difficulté à intervenir dans ce genre de conflit, à moins qu'ils n'en aient pas été témoin. Ils se fient alors aux deux personnes concernées ou à des témoins pour valider ce qui a été dit.

La violence psychologique est également présente quoi que ses manifestations ne soient pas aussi visibles que dans le cas de la violence verbale ou symbolique. Elle peut être soutenue ou momentanée. Les interventions en ce qui a trait à cette forme de violence sont, pour les gestionnaires, plus difficiles pour eux étant donné qu'ils en sont rarement

témoin. On remarque qu'ils ont tous abordé cette forme de violence alors que dans les plaintes officielles, seulement une plainte de violence psychologique a été déposée. Très peu de plaintes officielles provenant des employés portent sur cette forme de violence. Dans tous les cas, les déclarations étaient agrémentées d'un événement visible.

Les répondants ont aussi parlé de violence physique, quoi que cette dernière ne soit pas très fréquente, du moins de façon visible. Il y aurait dans l'organisation de la violence physique, surtout entre les employés du secteur général mais cette dernière ne se produit pas devant témoins ou s'il y en a, ils restent silencieux. Cet aspect caché de la violence physique peut s'expliquer par l'intolérance stricte à son égard. Les employés connaissent les conséquences liées à de tels comportements et évitent de s'y faire prendre. Quant à la violence sexuelle, elle a été presque absente des discours ainsi que des dossiers de plaintes.

Mais comment expliquer cette violence? Qu'est-ce qui favorise l'ancrage de la violence? Ce résumé des formes d'agression va servir de repère pour le prochain chapitre, qui porte sur les ancrages organisationnels, individuels et sociaux de la violence. Plusieurs éléments déjà abordés au chapitre 3 seront précisés dans cette présentation des ancrages, car les formes de violence et les interventions qu'elles suscitent sont grandement influencées par les ancrages.

CHAPITRE 4

LES ANCRAGES ORGANISATIONNELS, SOCIAUX ET INDIVIDUELS DE LA VIOLENCE HOSPITALIÈRE

La notion d'ancrage telle que définie dans le premier chapitre se réfère à des éléments de l'organisation ayant une inter-influence sur des situations qui, elles aussi, ont un impact sur ces éléments systémiques. La synergie ainsi créée peut donner lieu à des conditions propices à la violence ou encourager des comportements violents. Il ne faut cependant pas y voir une chaîne de réaction de cause à effet mais plutôt considérer que certains éléments peuvent être déclenchés si les conditions sont propices. Dans ce chapitre, les différents ancrages identifiés suite à l'analyse des entrevues seront exposés. Ils sont de trois ordres, soit les ancrages organisationnels, sociaux et individuels.

4.1 Les ancrages organisationnels

4.1.1 Changement structurel : l'approche clientèle

En 1997, l'hôpital procédait à une réorganisation complète de ses services et implantait une structure de gestion par clientèle (voir annexe 8 pour le diagramme de la structure organisationnelle de l'hôpital). Cette nouvelle configuration avait pour but de « reconfigurer l'organisation des services sur la base de regroupements de clientèles » (Plan d'organisation, 1997). Ceci impliquait de créer des équipes multidisciplinaires, de décentraliser les prises de décisions, de responsabiliser les services et d'impliquer les médecins dans la gestion, le tout au meilleur coût possible. Au terme de ce changement,

neuf programmes-clientèles (voir annexe 9 pour le diagramme de la structure de gestion par programme) ont été implantés, intégrant les clientèles internes et externes ainsi que les équipes de travail et les ressources de support. En 2000, un amendement à la structure par programme a été rédigé pour concilier l'intégration d'un autre établissement. Également, certains services ont été retirés des programmes dont celui de la salubrité.

Les différents programmes relèvent de la Direction des opérations cliniques et chacun d'entre eux regroupe des services ou des unités dont la mission s'intègre à celle du programme. Cette structure devait affecter tous les services cliniques, alors que certains n'ont pas été directement touchés. Il s'agit des soins intensifs, de la salle d'accouchement et du bloc opératoire, toutes des unités fonctionnelles indépendantes. Cette restructuration a eu un impact sur l'organisation du travail, sur le rôle des gestionnaires et du personnel médical, sur la relation entre les équipes de travail et incidemment, sur la violence.

Un des premiers effets de la restructuration qui a été abordé par les gestionnaires est la distance hiérarchique et géographique provoquée entre leurs employés et eux, rendant ainsi la supervision et l'intervention plus difficiles. Par exemple, un employé qui travaille dans un programme se fait agresser par un collègue. Ce dernier relève d'une autre unité, mais exerce sa profession dans le même programme. A qui la victime doit-elle s'en remettre? Quel est le pouvoir du chef d'unité face à l'autre employé qui ne relève pas de lui? Est-ce que le chef de programme a le pouvoir d'intervenir? Et si oui, est-il suffisamment disponible pour traiter la plainte?

Le manque de contrôle, de pouvoir d'intervention et de support peut avoir, selon ce gestionnaire du secteur général, un impact sur le moral des employés et conséquemment sur l'apparition de comportements violents dans un service. En parlant au nom des employés, il constate que cet éloignement combiné avec d'autres facteurs peut certainement avoir un impact sur la violence dans l'hôpital : « J'ai plus de travail

pis en même temps j'ai pas d'aide, j'ai pas de support, je vois jamais mon boss, elle sait pas ce que je vis, la clientèle est plus chialeuse ». (Secteur général, gestionnaire)

Le fait que les employés soient éloignés de leur supérieur a aussi un impact direct sur la capacité de détection précoce de situations violentes. Plusieurs ont noté qu'une intervention rapide dans ce type de conflits est efficace car les gens ont encore fraîchement en mémoire ce qui s'est produit. Si l'attente est trop grande, les versions des faits changent, certains peuvent minimiser ce qui s'est produit ou même l'oublier complètement. L'intervention préventive constitue donc un moyen efficace pour empêcher la violence, mais si le gestionnaire n'est pas physiquement présent, il lui est très ardu de détecter une situation à risque. Il est d'autant plus difficile de reconstituer les événements parce qu'il ne vit pas le quotidien des employés et ignore bien souvent des détails importants pour mener une enquête juste et équitable.

Par rapport à la gestion des services comme tel, c'est sûr que ça dépend de bien des facteurs. Moi, bon, c'est sûr que j'en avais plusieurs tout éparpillés partout, donc c'est pas comme quand t'as le patron assis à côté, moi j'avais des employés à trois étages plus bas pis deux plus haut. Sauf que je faisais des tournées régulièrement, ça dépend des endroits. (Secteur général, gestionnaire)

Le second impact de la restructuration par programme est, selon cet autre gestionnaire, la création de groupes ayant leurs propres règles et des modes de gestion indépendants. Ces différences quant à la façon de gérer les programmes et quant à l'attribution des ressources créent de la compétition entre les programmes, de la jalousie et surtout de l'injustice.

Tu peux pas appliquer les mêmes règles administratives avec des programmes comme ça, parce que le chef de programme mène sa barque comme il le veut (...) Ça fait comme des petites compagnies dans la même compagnie. (Secteur général, gestionnaire)

La métaphore de l'entreprise privée est également reprise par un enquêteur qui ressent également cette ambiance individualiste qui domine dans l'hôpital :

Moi, ce qui me surprend ici, c'est de voir le peu de collégialité qu'il y a entre les personnes. Je trouve ça spécial. On travaille tout pour notre petite PME. On n'a pas, il y en a sûrement qu'ils l'ont, mais moi, ce que je perçois, c'est qu'on a très peu le même objectif. On ne pousse pas dans le même sens. (Secteur clinique, enquêteur)

À la salubrité, cette façon de gérer a eu un impact direct sur le service et c'est pourquoi les employés ont été retirés de la structuration des programmes. En effet, certains d'entre eux étaient affectés à un programme qui offrait des conditions différentes, des avantages ou autres éléments qui différaient de ceux de leurs collègues. Or, ce type d'écart de traitement peut générer des sentiments de jalousie et d'injustice. Selon ce gestionnaire, ces différences pouvaient même aller jusqu'à créer des guerres à l'intérieur des services : « l'injustice, le fait que les choses sont pas appliquées adéquatement ou équitablement font qu'il y a de la violence, même entre services ». (Secteur général, gestionnaire)

Les gestionnaires du secteur clinique qui ont abordé la question des programmes ont aussi noté que le travail multidisciplinaire, à la base de la réforme, cause parfois certains problèmes entre les groupes de professionnels. En ce sens, l'approche multidisciplinaire, dont l'objectif était d'enrailler le travail indépendant entre professionnels, est en soi un ancrage à la violence. La réorganisation a mis en relation des groupes de professionnels très hétérogènes et de niveau hiérarchique disparates en les contraignant à travailler en étroite collaboration. Par exemple, les employés de la salubrité affectés à la salle d'accouchement travaillaient tant avec des préposés aux bénéficiaires qu'avec les infirmières, les médecins et les stagiaires. Ainsi, la communication, les échanges et la complicité entre les employés d'un même programme n'étaient pas nécessairement harmonieux, le regroupement étant relié à l'appartenance au programme et non pas aux affinités professionnelles ou aux tâches similaires.

4.1.2 Les départements fermés

Les départements fermés sont des unités fonctionnelles qui n'ont pas été touchées dans le changement organisationnel de 1997. Lors des entrevues, plusieurs appellations et définitions sont ressorties ainsi que divers problèmes reliés à cette structure particulière au milieu hospitalier. Le terme « département fermé » a été proposé par un membre du comité pour démontrer l'étanchéité de leurs frontières. Les métaphores de « prison » ou « unité fonctionnelle » ont quant à elles été employées par un des enquêteurs du secteur clinique pour illustrer l'autonomie et l'hermétisme de ces départements. Pour expliquer plus en détail ces métaphores, voici les principales caractéristiques de ces services ainsi que leurs impacts en tant qu'ancrages de la violence organisationnelle.

Les départements fermés dont il a été question lors des entrevues sont au nombre de trois : la salle d'accouchement, les soins intensifs et le bloc opératoire. Leur première caractéristique est la présence constante du même personnel, des mêmes professionnels ainsi que des mêmes équipes de travail. La clientèle est le seul élément qui varie à l'intérieur de ces services. Étant donné que les tâches y sont très spécialisées, la formation du personnel peut prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Donc, contrairement à d'autres secteurs de l'hôpital, s'il y a des absences, c'est le personnel du service qui comble les horaires. Il en résulte que non seulement les gens travaillent toujours ensemble, mais en plus, ils font de longues heures et leurs horaires sont chargés.

Fait que chez nous, ils sont écoeurés, épuisés de faire tout ça. Je les comprends, je les comprends, mais des fois je me dis, il y en a d'autres des solutions. Fait que le moral est bien à terre. (...) Nous à la salle d'op ça prend 6 mois avant de former quelqu'un donc quand il nous manque du monde, il y a personne mettons de l'équipe volante qui vient remplacer. On s'arrange entre nous autres, parce que 6 mois, là! (Secteur clinique, gestionnaire)

La seconde caractéristique est reliée aux conditions physiques et environnementales dans lesquelles ces personnes travaillent. Lorsque l'on parle de département fermé ou de prison, l'image d'un endroit clos, restreint et fermé nous vient spontanément à l'esprit. C'est exactement ce dont il est question ici. L'espace physique peut être restreint à une salle dans laquelle cinq ou six personnes peuvent travailler pendant de longues heures, comme il peut s'agir d'une aile complète réservée aux activités de l'unité.

Troisièmement, ce sont des services où le niveau de stress est très élevé, parfois positif comme dans le cas de la salle d'accouchement, mais aussi négatif tel qu'aux soins intensifs. Le personnel est donc constamment soumis à une pression directement issue des tâches qu'il doit accomplir.

Finalement, ces services sont composés d'équipes multidisciplinaires formées de préposés, d'infirmières et de spécialistes de différentes professions. Toutes ces personnes, ayant leur propre champ de compétence, doivent collaborer pour réaliser des tâches très stressantes. Il peut donc se développer une compétition interdisciplinaire ou interpersonnelle ou bien un manque de compréhension entre les employés.

En fonction de ces diverses caractéristiques, voici la définition qui a été retenue :

C'est comme une prison. Je dis pas que je peux pas sortir, c'est dans le sens où 55, 60, 70 individus travaillent toujours ensemble dans un espace physiquement fermé à des tâches stressantes. Donc c'est une prison dans le sens où c'est un espace fermé. (Secteur clinique, enquêteur)

Les conditions difficiles qui règnent dans ces services en font un ancrage pour la violence. Déjà, les conditions de travail et environnementales ont un impact sur le moral du personnel, mais en plus, le manque de ressources humaines mène à un épuisement qui peut initier des situations de violence ponctuelle, forte ou faible. Aussi,

s'il y a un accroc entre deux personnes, ces dernières doivent tout de même poursuivre leur travail en étroite collaboration. Pour bien réaliser leurs tâches, elles doivent mettre de côté leurs différends, ce qui n'empêche pas que certaines formes de violence plus subtiles puissent y trouver un point d'ancrage.

Moi, un exemple que j'ai dans ma vie professionnelle, il y a une autre prison, c'est la salle d'accouchement. Nous autres, on va faire des épidurales ou mettons. Le personnel de la salle d'accouchement il décide que tel résident en anesthésie est pas compétent, tu sais, on a des gens en formation, pis là, il se fait écœurer pendant 3 mois de temps. C'est lourd à porter ça. (Secteur clinique, enquêteur)

4.1.3 Les bases de regroupements et les sentiments d'appartenance

Les regroupements, comme il a été mentionné, sont des phénomènes très courants dans l'organisation. Dans certains cas, ils se forment en réaction à une lacune quant au sentiment d'appartenance à l'organisation, alors que dans d'autres cas, il s'agit d'un processus normal dans un système formé par des employés issus de professions différentes. Pour certains, les gangs qui se sont développées au fil des ans sont le point d'ancrage de tensions qui peuvent mener à de la violence. Les principales bases de regroupement sont au nombre de cinq et à chacune d'elles correspond un sentiment d'appartenance plus ou moins fort.

D'abord, il y a l'hôpital en tant qu'entité à laquelle chacun appartient à titre d'employé. À plusieurs reprises, l'image de la famille et du village est revenue dans les entrevues pour illustrer ce que représente l'hôpital : « C'est une petite ville de 4 300 » (Secteur général, enquêteur). « On est un village, on est une ville dans ou on est un village dans une ville. Avec le nombre de personnes qui véhiculent ici là, ben si je t'aime pas, je pourrais te faire des problèmes » (Secteur général, membre du comité). « Moi, la journée où je suis entrée ici, il y a cinq ans, on m'a dit, tu vas voir, ici on est une grande famille, on prend soin de tout le monde » (Secteur clinique, gestionnaire).

Même si cette vision de l'hôpital comme une famille est forte chez les participants, il reste que le sentiment d'appartenance à ce premier niveau de regroupement est très faible, du moins c'est ce qu'ont ressenti deux des répondants interrogés. Les employés sont fiers de dire aux personnes de leur entourage qu'ils travaillent au sein de cette organisation, mais lorsqu'ils se retrouvent entre eux, le discours est différent. Le personnel est désillusionné et critique facilement l'organisation et son fonctionnement, comme le témoigne ce gestionnaire : « Je les sens, moi. Je me sens pas avec le même, je les sens plus, avec un moindre sentiment d'appartenance à l'organisation, moins, plus désabusé » (Secteur général, gestionnaire). L'image de la famille et du village représente donc ce à quoi les gens aspirent, mais en réalité, c'est davantage à d'autres groupes que se développe une réelle identité.

Je vais te dire de quoi. Pourquoi c'est par clan? C'est parce que l'identité de l'hôpital est pas forte, le sentiment d'appartenance c'est zéro ici. Zéro. (...) Le sentiment d'appartenance, c'est ça qu'il faut développer. La petite tape dans le dos, pis je te garantis que l'agressivité va diminuer. (Secteur général, membre du comité)

Le programme, le service, l'unité ou le département sont différentes appellations pour la seconde base de regroupement à laquelle les individus s'identifient davantage et dont le sentiment d'appartenance est surtout lié aux tâches communes à réaliser. Les gens qui travaillent ensemble développent des liens particuliers du fait qu'ils oeuvrent dans le même service et qu'ils partagent une mission et des objectifs similaires.

Il est également important de souligner que, dans certains départements de l'hôpital, il y a trois sous-groupes formés sur la base des horaires. Il y a les employés qui travaillent de jour, ceux qui assurent le service de soir, puis celui de nuit. Même si les tâches des employés affectés à ces différents quarts de travail sont similaires et réalisées dans le même endroit, il est ressorti une distinction au niveau de la dynamique de groupe surtout entre l'équipe de jour et celle de nuit. Le gestionnaire qui a abordé cette caractéristique a affirmé que les gens sont moins nombreux dans les équipes de nuit,

mais sont, en contrepartie, plus unis que le personnel de jour. Il arrive cependant que des conflits aient lieu le soir, d'autant plus que les gestionnaires ne sont pas présents. Il est arrivé à quelques reprises qu'un gestionnaire arrive le matin pour trouver des messages vocaux de plaintes de violence portant sur des événements survenus durant le quart de nuit.

Le statut professionnel est le troisième niveau de regroupement identifié. Il s'agit du rassemblement de personnes exerçant la même profession et/ou de niveaux hiérarchiques similaires.

« Regarde, par expérience, les physios, c'est une gang à part. Ok? L'équipe de physiothérapie, ça toujours été, dans tous les établissements que j'ai faits, une gang qui se tient, mais qui communique pas avec les autres, qui se mêle pas avec les autres. Les inhalos aussi. Tu sais les tâches spécialisées, c'est des petites gangs ». (Secteur général, gestionnaire)

Le partage, la communication et les échanges sont plus aisés entre eux car ils ont en commun des connaissances et des tâches à réaliser. Le sentiment d'appartenance lié à la profession est le plus fort, précisément parce qu'il y a beaucoup d'éléments communs qui unissent les individus. La perception d'un enquêteur à cet égard nous démontre que les employés se regroupent, et qu'il est normal que les gangs ne se mêlent pas, étant donné que les rôles de chacun sont forts différents: « Ben! Parce qu'ils ont chacun leurs rôles. C'est des rôles différents. Ben! Il veut pas faire partie de la gang de filles! C'est pas nécessaire que le chirurgien aille prendre un café avec les infirmières à 4 heures » (Secteur clinique, enquêteur).

La formation de groupes entre professionnels va cependant à l'encontre de la philosophie de soins axée sur le travail multidisciplinaire que valorise l'organisation. La réorganisation des services en programmes avait comme objectif de favoriser des échanges entre les groupes de professionnels et de promouvoir une approche globale de

soins, mais les structures de gangs n'ont pas suivi ce changement, elles en sont même l'opposé.

À un niveau plus personnel, viennent ensuite les affinités entre les employés. Il peut s'agir d'individus de même profession ou non, travaillant dans le même département ou non. Les relations personnelles ne sont pas directement reliées à la structure organisationnelle de l'hôpital. Par exemple, une personne peut avoir été affectée à un service pendant quelques années et développer une relation avec un autre employé de ce département. Une nouvelle affectation dans un autre service ne change pas nécessairement ce lien d'amitié. Sur la base des affinités, des gangs peuvent se former à l'intérieur des services ou entre les services et le sentiment d'appartenance peut être plus ou moins fort.

Finalement, le dernier niveau de regroupement, qui est d'une grande importance dans le milieu hospitalier, est l'affiliation syndicale. Ce niveau transcende tous les autres car on y retrouve des employés de divers programmes et fonctions, ayant plus ou moins d'affinités, mais qui sont représentés par une entité propre, leur syndicat. Dans une des entrevues, il a été dit que certains se protègent entre eux, refusant de témoigner contre un membre de leur syndicat accusé de violence. Il peut aussi y avoir des affrontements entre des membres de différentes affiliations syndicales, ce qui a été le cas dans un des dossiers de plainte analysés. Le sentiment d'appartenance lié à cette forme de regroupement est très fort pour certains.

4.1.4 Les problèmes de communication

Les problèmes reliés à la communication sont revenus à quelques reprises dans les entrevues ainsi que dans les ancrages présentés jusqu'ici. Ceci démontre que la violence se développe grâce à une série de mécanismes intimement reliés qui s'influencent mutuellement. Ainsi, les échanges entre les individus vont avoir des répercussions sur

les relations de groupes, sur le travail multidisciplinaire et sur les rapports avec la clientèle, et peuvent aussi avoir un impact sur l'apparition, la contagion ou le maintien de comportements violents. Pour bien les comprendre, cet ancrage et ses effets seront abordés de deux manières. Premièrement, il s'agira de traiter des divers problèmes de communication entre le personnel et la clientèle et deuxièmement, il faudra se pencher sur les complications reliées à la communication interne.

Les ancrages qui ont été décrits précédemment ont surtout des impacts sur la violence interne, touchant davantage le personnel que la clientèle. Or, la communication s'est avérée être un ancrage non seulement pour la violence interne, mais aussi, et peut-être plus pour la violence externe. Il s'agit en fait d'un des principaux ancrages, car il est revenu systématiquement dans toutes les entrevues où les participants ont abordé la violence concernant la clientèle. C'est la raison pour laquelle l'aborder du point de vue externe s'est avéré pertinent.

4.1.4.1 Les problèmes de communication avec les usagers

L'urgence est un centre névralgique lorsqu'il est question de violence externe. C'est dans ce service qu'émane la majorité des plaintes de cette nature et que les principales mesures préventives sont mises en place. Le responsable des enquêtes touchant la clientèle s'est penché sur les causes de la violence à l'urgence. Le temps d'attente est une des raisons principales, mais le manque de communication entre le personnel et les visiteurs a aussi un rôle non négligeable à jouer. Ces problèmes de communication s'expriment de trois manières.

D'abord, le personnel qui travaille depuis de nombreuses années et qui est habitué de traiter toutes sortes de cas n'informe pas les patients adéquatement sur l'état de leur

situation, sur le temps d'attente potentiel ou même sur la classification de leur état de santé²⁵. Le patient, qui s'est rendu à l'urgence juge que son cas nécessite une intervention immédiate. Il ne comprend pas pourquoi il doit attendre plusieurs heures alors que d'autres patients arrivés après lui sont appelés bien avant. Ce manque d'information peut amener l'individu à perdre patience, à exiger d'être vu et même à proférer des menaces.

On fait de la formation. On travaille sur un programme de formation en ce moment qui vont, qui va s'adresser aux gens de l'urgence pour leur dire comment, comment recevoir les gens et comment aussi, heu, comprendre les gens quand ils sont entre guillemets, en détresse par rapport à une situation. (Secteur général, enquêteur)

Le second problème est relié à la langue et à la diversité culturelle de la clientèle qui fréquente l'établissement. L'organisation dont il est question est à majorité francophone, même qu'une partie du personnel de première ligne ne parle pas l'anglais. En revanche, la clientèle est nombreuse à être de diverses origines ethniques et parfois, elle ne parle pas du tout le français et très peu l'anglais. Les échanges entre le personnel et la clientèle peuvent alors devenir très difficiles et en amener certains à réagir.

C'est des gens, des ethnies, des gens qui n'ont pas de communication, le lien de communication ne se fait pas parce que souvent ne parlent ni français, ni anglais, pis faut pas se le cacher, on a énormément de personnel sur la ligne de front qui ne parlent même pas anglais. Donc des problèmes sérieux de communications. (Secteur clinique, enquêteur)

²⁵ À l'urgence, plusieurs panneaux sont affichés pour expliquer la classification des cas selon l'urgence. Pour se référer à cette classification, il faut d'abord être informé de son statut (par exemple : 1 : très urgent; 2 : urgent; 3 : peu urgent, ...). Le temps d'attente dépend directement du numéro attribué au cas du patient.

À cette problématique de la langue s'ajoute celle des rites culturels. Certains patients ont des façons de faire propres à leur culture que les employés ne connaissent pas nécessairement. Ce manque de connaissances sur les différentes coutumes peut s'expliquer par le fait que la clientèle a changé très rapidement, contrairement au personnel qui est dans l'organisation depuis plusieurs années. Les changements culturels et sociaux qui se sont opérés depuis une vingtaine d'années dans la société québécoise n'ont pas été complètement intégrés dans l'organisation. Aujourd'hui, certains changements ont été faits, tel que l'aménagement d'un lieu de culte, ce qui démontre la volonté de l'hôpital de s'adapter à la nouvelle réalité sociale.

4.1.4.2 La communication interne : une question de respect

Au niveau interne, le manque de communication s'exprime différemment. Il ne s'agit pas de problèmes reliés à la langue ni à l'origine ethnique, mais plutôt au manque de compréhension entre les divers groupes et d'un manque de respect entre les individus.

Effectivement, c'est des choses, juste au quotidien, comment intervenir. Pas être provocateur, le ton, se présenter différemment, de prendre deux minutes pour se nommer. Des petits trucs des fois qui sont simples, mais qui aident à établir des bases de communication plus sereines. (Secteur général, gestionnaire)

Bien souvent, les employés ont une charge importante de travail à accomplir dans des conditions parfois difficiles. Ils vivent une pression constante provenant de la clientèle, de leur supérieur et même d'autres services. Un employé peut devenir exigeant avec d'autres membres du personnel au même titre qu'ils le sont avec lui. Il n'est pas rare que les employés entre eux se manquent de respect, réagissent négativement à des réquisitions ou éclatent devant le premier venu par incapacité de supporter un stress cuisant. Ainsi, le manque de communication s'exprime davantage par de l'impatience ou par de l'agressivité refoulée qui refait surface à un moment inopportun et qui est dirigée vers le premier venu.

Un second problème de communication a été abordé sommairement par quelques gestionnaires. Il s'agit du manque de compréhension entre divers professionnels appelés à travailler ensemble. Les connaissances ainsi que les rôles et les tâches varient d'une profession à l'autre. Il peut arriver que certains professionnels ne comprennent pas les actions des autres, et la nécessité d'agir d'une façon plutôt que d'autre. Cette problématique est aussi intimement liée au travail multidisciplinaire.

4.1.5 Laxisme des gestionnaires ou laxisme de l'employeur?

Le dernier ancrage qui est ressortit des entrevues est relié au laxisme dans la gestion, surtout dans la gestion des ressources humaines. Certains croient que ce laisser-aller provient des gestionnaires alors que d'autres accusent les représentants de l'organisation²⁶. La problématique reliée au laxisme des gestionnaires, qui a déjà été abordée dans l'éloignement causé par la réorganisation par programmes, sera maintenant discutée; puis celle reliée au laxisme de l'employeur et celle de l'administration de l'hôpital. En dernier lieu, le paradoxe issu de ces deux ancrages sera expliqué.

Lorsqu'il est question du laxisme des gestionnaires, il s'agit principalement du manque de disponibilité du gestionnaire. La surcharge de travail ne leur laisse pas nécessairement beaucoup de temps pour se consacrer à la gestion des conflits. De plus, certains sont amenés à travailler à l'extérieur de leur service ou de l'organisation, ce qui restreint leur capacité de supervision. Ces deux facteurs peuvent expliquer en partie pourquoi on leur reproche de ne pas être suffisamment à l'affût de ce qui se déroule

²⁶ Lorsque les répondants parlaient de l'organisation ou de l'administration, ils se référaient à la Direction des ressources humaines et aux employés responsables de la gestion des dossiers et du personnel.

dans leur service. De plus, les gestionnaires peuvent difficilement intervenir immédiatement, puisqu'ils sont rarement témoins, et il leur est également difficile d'identifier une situation potentiellement violente.

Je te dirais que le principal facteur qui pourrait favoriser l'apparition d'un comportement agressif ou violent serait, s'il était présent de façon régulière, le laxisme de l'employeur. Un employé commencera rarement à être violent du jour au lendemain. (Secteur général, enquêteur)

Un autre aspect du laxisme des gestionnaires est relié à l'encouragement et au support du personnel. Plusieurs ont mentionné que les chefs et supérieurs ne prennent plus le temps d'encadrer adéquatement leur personnel et de les encourager dans leur travail. Ils ne leur donnent pas de rétroaction sur ce qu'ils font, et certains doivent même organiser leur propre travail. Le peu d'intervention et de support de la part des gestionnaires peut initier des situations de violence ou nuire à leur détection. Le rôle du gestionnaire sera expliqué plus en détail au chapitre 5, notamment à la section 5.1.

Quant à l'employeur, le laxisme qui lui est reproché est relié à son intervention dans les situations de violence. Des gestionnaires et membres du comité ont souligné que, malgré le fait que les représentants de l'administration de l'hôpital reconnaissent des situations problématiques, peu de choses sont concrètement faites pour prévenir les situations de violence et surtout pour aller à la source des problèmes. Voici deux témoignages pour illustrer la perception des gestionnaires à l'égard de l'intervention des administrateurs: « (...) et un certain laxisme qu'on a dans la gestion des ressources humaines. D'après moi, ça peut contribuer à un climat de violence donc à faire penser qu'on tolère à peu près n'importe quoi » (Secteur clinique, gestionnaire).

Je comprends qu'on est dans un milieu syndiqué, je comprends qu'il y a des employés qui sont là depuis 15, 20 ans, et qu'il y a des attitudes qui sont vraiment, mais vraiment pas acceptables, pis on est tous d'accord là-dessus, tous les intervenants autour de la table, mais qu'on dit bon, ben, parce que ces gens-là sont là depuis x temps, on peut pas faire grand-chose, on peut pas, on peut pas. (Secteur général, gestionnaire)

Dans cet ancrage, il y a un paradoxe: d'une part, des représentants de l'organisation soulignent que les gestionnaires font preuve de laisser-aller dans leurs interventions face à la violence, et d'autre part, ces mêmes gestionnaires ont un discours similaire envers les représentants de l'organisation. La politique sur la prévention de la violence est certes un premier pas dans la bonne direction disent-ils, mais elle ne vient pas pour autant régler des problèmes récurrents de violence. De plus, les gestionnaires se sentent limités dans leurs interventions car, pour congédier un employé qui représente une menace pour le bon fonctionnement de leur service, ils ne peuvent rien faire sans le consentement de l'administration de l'hôpital et à la rigueur, sans l'intervention du syndicat. Ils doivent attendre une intervention externe au service.

Interviewer : Pis l'encadrement, vous parliez d'encadrement aussi?

Répondant : Ça c'est la DRH. Je peux te dire, mettons, on a 15 employés, on en a deux tu feras rien avec, tu feras rien avec. Sont syndiqués fait que sont là pour 25 ans. Sauf que tu vas perdre tout ton temps, tu vas perdre deux, trois heures par jour à monter un dossier contre cette personne-là qui est justement en train de pourrir tout ton monde par ses remarques. (...) Tu présentes le dossier à la DRH, tu leur dis faites de quoi parce que là je suis à veille de perdre mon énergie pis je suis à la veille de perdre de bons employés. Ben écoutez là, on en a plusieurs, on va faire quelque chose. (Secteur général, membre du comité)

Le point commun à ces deux visions de la gestion de la violence dans l'hôpital est qu'elles expriment une même idée : il y a un problème de laxisme reconnu par les deux parties. Les deux perceptions sont justifiables et compréhensibles. D'un côté les gestionnaires veulent être encouragés dans leurs interventions et supportés par l'organisation. Mais les gestionnaires désirent-ils réellement régler ces conflits? N'ont-ils pas d'autres responsabilités et attentes à combler? D'un autre côté, l'organisation aimerait que les gestionnaires s'impliquent davantage et qu'ils règlent les problèmes qui affectent leur service. Mais les gestionnaires ont-ils suffisamment d'outils et de support pour accomplir cette tâche? Est-ce qu'implanter une politique est suffisant pour qu'ils désirent s'impliquer? Est-ce qu'une telle politique ne crée pas l'effet contraire, c'est-à-dire d'évacuer la gestion de la violence du service et du contrôle des gestionnaires? Ces

questions seront au cœur du chapitre 5, mais il faut comprendre qu'il s'agit là de deux ancrages réels qui ont un impact sur la violence dans l'organisation.

4.2 Les ancrages sociaux de la violence

Les ancrages sociaux de la violence, tels que définis par Arousseau (1999) peuvent être perçus comme des mouvements de société qui sont externes à l'organisation, mais qui agissent sur les membres qui la composent. Les personnes interrogées ont été en majorité préoccupées par les ancrages organisationnels pour expliquer la violence au détriment des ancrages sociaux et individuels. Cependant, certains d'entre eux ont identifié des ancrages sociaux qui ont un impact sur la tolérance de la violence, sur les raisons de l'implantation d'une politique et sur les causes de l'augmentation du nombre d'événements violents dans l'organisation. Voici comment ces ancrages sociaux sont ressortis des discours et comment ils contribuent à leur manière à la violence dans l'organisation.

4.2.1 La pénurie dans le milieu hospitalier

Le système de la santé est depuis quelques années dans une période creuse. Les coupures gouvernementales dans le but d'atteindre le déficit zéro ont eu plusieurs répercussions sur les ressources disponibles. Les hôpitaux ont été contraints à fermer des lits et à respecter les budgets alloués aux établissements. Ils ont rationalisé et coupé dans leurs ressources humaines, financières et matérielles. Ces divers problèmes ont été soulignés à quelques reprises comme étant la raison de l'intolérance du personnel et de l'augmentation de la susceptibilité à la violence :

Qu'est-ce qui peut contribuer à augmenter la violence? Ben toutes les difficultés qu'on peut rencontrer, pénuries de ressources. Ça rend les gens extrêmement, on vit surtout, d'ailleurs, ces temps-ci, une période extrêmement difficile, heu, niveau très élevé d'intolérance de la part des médecins, de la part de, ... parce qu'on manque de ressources, on manque d'argent, on manque de ressources humaines, on manque de tout. (Secteur clinique, gestionnaire)

« Il y a l'absence de ressources qui existe dans les hôpitaux actuellement (Secteur clinique, enquêteur) » à laquelle s'ajoute une hausse de la demande de soins et de la qualité du service. Par les discours ambiants, les usagers sont de plus en plus incités à réclamer des services auxquels ils croient avoir droit en insistant davantage pour obtenir ce qui leur revient. Le personnel est donc complètement dépassé par les exigences de la clientèle. Ces deux éléments combinés ont un impact direct sur le niveau de tolérance du personnel à qui on demande de faire toujours plus avec moins.

4.2.2 La conception de la violence dans une société violente

La violence dans le milieu hospitalier est pour certains le reflet de celle que l'on retrouve dans la société en général. Selon eux, il y aurait une corrélation entre la violence qui se retrouve dans leur entourage, que ce soit à la maison, à l'école ou dans la rue, et celle qui se manifeste dans d'autres milieux sociaux, en l'occurrence, dans le milieu de travail. En fait, il faut s'attendre à ce qu'au sein d'organisations où il y a des contacts humains, les relations ne soient pas toujours harmonieuses. Un membre du comité et un enquêteur ont tous deux souligné cette influence de la société : « Tu sais, moi je dis c'est tout une question aussi de comment on se sent nous autres à travers la société. C'est le reflet de ce que t'es ici à l'hôpital. (...) Moi je dis que ça suit la société » (Secteur général, membre du comité). « (...) pis autrement, c'est les mêmes problèmes qu'on vit ailleurs dans la société. C'est ça. Il y a des relations humaines entre les gens là » (Secteur général, enquêteur).

Les valeurs véhiculées par la société sont en un sens un point d'ancrage de la violence dans le milieu hospitalier. Parallèlement, on tolère beaucoup moins les actes de violence. Cette tolérance sociale de la violence serait aussi reflétée dans les valeurs de l'organisation. En conséquence, la définition que l'on va donner à la violence va dépendre de ce que la société accepte et de ce qu'elle juge comme déviant. Selon ce participant, la perception de ce qui est violent a beaucoup changé au fil des années ainsi que la réaction des gens face à ce genre de comportements. Des façons d'agir qui étaient auparavant tolérées ne le sont plus maintenant :

C'est quoi qu'on considère comme violent maintenant par rapport à ce qu'on considèrerait comme de la violence il y a cinq ans? Ça peut évoluer dans les perceptions de la société. Pis combien il y en a de plus, de moins, qu'est-ce qu'on a fait avec? (...) Il y a l'évolution de la société qui peut avoir un certain impact c'est-à-dire que c'est pas toléré ben, ben nulle part et probablement que c'est moins toléré parce que c'était plus présent de la part de certaines personnes dans la société. (Secteur clinique, enquêteur)

Le discours sur les ancrages sociaux n'a seulement été abordé par trois personnes, dont deux enquêteurs et un membre du comité. Ils ont noté la corrélation entre les valeurs de la société et celles véhiculées par l'organisation. Quant aux autres répondants, ils n'ont pas du tout fait référence à des éléments externes à l'organisation.

4.3 Les ancrages individuels

Les ancrages individuels peuvent être perçus comme les aspects psychologiques ou socio-démographiques des individus. Dans le cadre théorique, certains de ces ancrages ont été identifiés et tout au long de l'analyse, leur influence sur la violence a été recherchée. Il s'agit de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du statut professionnel, des années d'ancienneté et de l'appartenance syndicale des agresseurs ou des victimes.

Malgré que certains participants aient mentionné qu'une partie de ces caractéristiques socio-démographiques ont un impact sur la violence dans le milieu hospitalier, les données telles que recueillies ne permettent pas de conclure l'effet de ces variables comme ancrage de la violence dans le milieu étudié. C'est davantage par une enquête sondant l'effet de ces caractéristiques auprès de tous les employés de l'organisation qu'il aurait été possible de déterminer si effectivement des caractéristiques de ce genre ont un impact sur la violence.

4.4 En résumé : les ancrages de la violence

L'identification des ancrages organisationnels, sociaux et individuels a permis de constater qu'il est difficile de les isoler les uns des autres. De ces ancrages, diverses formes de violence peuvent émerger, quoi qu'un ancrage ne soit pas directement relié à une forme particulière de violence. Ces mécanismes complexes, combinés à un contexte propice, font que les formes de violence qui ont été identifiées au chapitre 3, trouvent des points d'ancrages dans l'organisation pour se développer et se maintenir. Ces données ont été recueillies sur la base de témoignages des gestionnaires et des membres de l'organisation. Il se peut donc qu'il y ait d'autres ancrages et d'autres formes de violence que ceux qui ont été identifiés. Il s'agit cependant de points de repères pour mieux comprendre la violence dans le milieu hospitalier afin de cibler une intervention efficace.

Maintenant que les ancrages de la violence ont été présentés, la violence et ses différentes formes sont plus claires. Il est alors possible d'aborder la gestion de la violence qui se réalise par le truchement d'une politique, d'un comité de la prévention de la violence et aussi par l'implication des gestionnaires et des autres membres de l'organisation, interpellés par cette même politique.

CHAPITRE 5

LA GESTION DE LA VIOLENCE : LES GESTIONNAIRES, LA POLITIQUE ET

LE COMITÉ

Dans ce chapitre, l'attention sera d'abord portée sur les gestionnaires et sur le rôle qu'ils ont à jouer dans la gestion de la violence. Pour ce faire, il s'agit de faire ressortir les qualités qu'ils jugent être un atout dans la gestion des situations de violence et dans leurs relations avec leur personnel. En fonction de ces qualités et des responsabilités qu'ils ont à l'égard de leurs employés, nous verrons pourquoi la gestion de la violence constitue, selon eux, une lourde responsabilité. Cette première partie est suivie d'un aperçu du fonctionnement de la politique et de la perception que les divers participants en ont de cette façon de procéder. Finalement, le rôle et le mandat du comité de la prévention de la violence seront étudiés afin de comprendre comment il fonctionne, et ce que les interlocuteurs en savent et en pensent.

5.1 Les gestionnaires et la violence au quotidien

Au total, cinq gestionnaires ont été rencontrés, dont trois femmes et deux hommes oeuvrant dans des secteurs variés de l'établissement. Ils ont tous en moyenne une centaine d'employés sous leur supervision directe et indirecte. Les années d'expérience en gestion hospitalière varient d'un gestionnaire à l'autre, quoiqu'ils aient tous, sauf un, en moyenne dix années ou plus d'expérience. Leur ancienneté dans l'organisation est également impressionnante. Certains sont à l'emploi de l'hôpital depuis plus de 10 ans. Seuls deux d'entre eux travaillent à l'hôpital depuis moins de trois ans.

Ces personnes ont partagé, tout au long des entrevues, leur expérience en ce qui concerne la violence dans leur service. Ils en ont parlé avec émotion et toujours avec discernement. Il s'agit là d'une réalité qui les touche au quotidien. Le présent chapitre vise donc à relater leur vécu et leur perception des événements de violence qui affectent leur travail de gestionnaires.

5.1.1 Les qualités d'un bon gestionnaire

Avant toute chose, les gestionnaires reconnaissent qu'ils ont des responsabilités à l'égard de leurs employés en ce qui a trait à la violence dans leur service. D'un point de vue légal, l'employeur doit s'assurer que ses employés travaillent dans un milieu sécuritaire qui respecte leur intégrité physique et psychologique. Il s'agit là d'un droit reconnu et supporté par plusieurs articles de loi, tel que précisé dans le contexte théorique. Mais comment les gestionnaires perçoivent-ils la réalisation de cette obligation? Comment assument-ils cette responsabilité en tant qu'autorité?

Parmi ceux que nous avons rencontrés, certains se perçoivent d'abord et avant tout comme un chef de famille ou comme un bon père de famille. Ce sont sur leurs épaules que reposent le bon fonctionnement du service et le bien-être de leurs employés. Dans les situations de violence, ce rôle de père s'actualise par l'écoute, par les conseils et surtout par une intervention adéquate : « On a un rôle, bon père de famille, d'essayer de les diriger vers les programmes d'aide aux employés, de les diriger vers de la formation, les supporter (Secteur général, gestionnaire) ». Le gestionnaire est garant de la paix, c'est lui qui est responsable de rétablir les bonnes relations entre ses employés, de détecter les conflits potentiels et d'intervenir avant que les situations ne dégénèrent.

Leur intervention et leur rôle de médiateur doivent cependant être légitimes et reconnus comme tels afin de porter fruit. Pour ce faire, les gestionnaires ont parlé de

deux qualités qui sont, selon eux, à la base d'un respect mutuel entre les employés et les supérieurs et qui confèrent une légitimité à leur pouvoir d'intervention.

La première qualité est la capacité d'atteindre un équilibre entre la confiance et l'autorité. Pour se faire respecter, le gestionnaire doit acquérir la loyauté de ses employés tout en étant suffisamment autoritaire pour se faire respecter, et subséquemment pour être crédible. Il doit donc faire preuve de jugement et user de son autorité à bon escient. La légitimité du pouvoir repose donc sur l'instauration d'une relation de confiance avec les employés et de l'exercice d'une saine autorité sur eux. La prochaine citation est issue du discours d'un des gestionnaires qui se perçoit comme le bon père de famille. Cette nuance entre la crédibilité et l'autorité y est mentionnée :

Avec les employés, j'ai toujours prôné cette approche là, qu'on est capable de se parler doucement sans s'énerver, qu'il faut être calme, qu'on se parle doucement pis qu'on va arranger les choses...Il faut comme gestionnaire, dans un service comme ça, des fois que tu lèves le ton, pis que tu sois plus dur. (Secteur général, gestionnaire)

La seconde qualité est la justesse et l'équité. Elle se rapproche de la confiance dans le sens où c'est elle qui permet à un gestionnaire d'obtenir la confiance de ses employés. La constance dans les interventions et le fait de traiter tout le monde en tant qu'égaux ont été reconnus par certains comme étant un atout lorsque l'on a à gérer des personnes. Ce sont dans les situations de violence que la justice prend tout son sens, car le contraire peut provoquer de la frustration et mener à plus de réactions violentes, qui peuvent aller jusqu'à remettre en question l'autorité d'un supérieur.

À cette vision du gestionnaire comme père de famille s'oppose une autre vision. En effet, ce supérieur ne veut pas tenir le rôle de mère à l'égard de ses employés : « Il y a des limites aux interventions qu'on peut faire pis moi, je suis pas une mère pour eux autres, pis je suis pas là tout le temps, tu sais, c'est, je suis pas, (...) C'est des adultes majeurs et vaccinés » (Secteur clinique, gestionnaire).

Ce gestionnaire perçoit ses employés comme des adultes, et se refuse à les traiter comme des enfants, à les mater et à les protéger. Il s'agit pour lui d'une manière de les responsabiliser face à leurs actions et à leur travail. Dans ce cas-ci, un de ses employés a porté plainte en vertu de la politique. Le plaignant s'est, à quelques reprises, confié à son supérieur qui n'est pas, selon lui, intervenu adéquatement. En fin de compte, la situation a dégénéré à un point tel qu'une plainte a été déposée aux ressources humaines. L'employé a avoué lors de l'enquête avoir perdu confiance en son supérieur ne le croyant pas capable de faire cesser l'abus. C'est ce qui l'a, entre autres, poussé à déposer une plainte.

La façon dont le gestionnaire perçoit son rôle a donc un impact sur l'intervention qu'il va faire lors des situations de violence. Cette perception n'est pas uniforme et change en fonction de la personne, de son expérience et de la conception qu'elle a de son rôle. Malgré ces différences, tous les gestionnaires ont affirmé qu'il relève d'eux de régler les conflits entre leurs employés, du moins de les aider à mieux communiquer entre eux et à trouver des solutions. Autrement, les répercussions sur le rendement du service sont plus importantes que le temps consacré à la gestion des ressources humaines. Mais réaliser cette responsabilité n'est pas facile, et certaines particularités des situations de violence font de cette tâche un travail bien ingrat.

5.1.2 La gestion de la violence : une dure responsabilité

Les gestionnaires qui ont été rencontrés ont tous affirmé, à des degrés différents, qu'ils ne peuvent pas rester indifférents aux situations de violence. La nécessité d'intervenir, tous la reconnaissent, mais l'application de ce rôle est empreinte d'embûches parfois difficiles à surmonter. Voici les principales difficultés rencontrées par les gestionnaires lorsqu'ils sont confrontés à la gestion de violence.

Un des premiers problèmes c'est d'arriver à déchiffrer l'événement et de mettre à nu l'histoire telle qu'elle s'est produite. Ils sont très rarement témoins des événements soit parce qu'ils ne sont pas physiquement présents, soit parce que les agressions sont cachées ou soit parce que les gens restent muets, que ce soient la victime ou les témoins : « Je suis pas témoin de rien, pis j'ai questionné autour, personne est capable me répondre là-dessus » (Secteur général, gestionnaire). Le fait de vivre l'événement et de le constater par soi-même, change complètement l'intervention qu'ils peuvent faire.

Lorsque la plainte provient de la personne qui a été victime de violence, car une plainte peut aussi être déposée par un témoin ou par le supérieur, le gestionnaire consulte aussi celle qui est accusée pour recueillir sa version des faits. Déterminer qui dit vrai devient un réel casse-tête, car bien souvent, les versions ne concordent pas. Si le gestionnaire ne parvient pas à déterminer la vraie version des faits ou s'il ne parvient pas à identifier le réel malaise, sa capacité d'intervention est diminuée, comme l'affirme ce participant :

Quand il y en a un qui envoie chier un autre, sont pas capable de se parler des vraies affaires. Fait qu'ils passent par quelqu'un d'autre pour essayer de, tu sais, toi faut que tu ailles chercher l'autre version, là des fois, t'as pas pantoute les mêmes histoires, fait que qu'est-ce que tu fais avec ça? Effectivement, tu fais rien parce que t'as tellement deux versions contradictoires que t'es aussi bien de rester ça mort parce que t'as pas de crédibilité. (Secteur clinique, gestionnaire)

Il peut arriver aussi que les faits soient rapportés par une personne externe au problème ou que des indices soient subtilement donnés au gestionnaire pour qu'il fasse cesser les abus. Les témoins jouent un rôle important dans la capacité d'intervention du gestionnaire, car ils peuvent confirmer ou infirmer les versions qui lui sont racontées. Le problème est que, bien souvent, les témoins restent silencieux de peur que l'agression ne se retourne contre eux. Ils sont conscients de ce qui se passe dans le service, l'ont parfois vécu, mais n'osent pas en parler, et surtout pas à leur supérieur. Dans certains services, les rumeurs ont un impact considérable sur la quantité d'information que peut obtenir un gestionnaire. C'est souvent à partir de ces

suppositions qu'il va devenir plus alerte. Mais l'intervention basée sur des rumeurs n'est pas du tout crédible. La loi du silence l'emporte sur celle de la vérité.

Le second problème rencontré concerne la tolérance face à la violence. La notion de tolérance a été abordée dans bien des entrevues, et à quelques reprises, lorsqu'il a été question du rôle des gestionnaires. En fait, lorsqu'un employé se plaint des agissements d'un autre, le supérieur remet en contexte la plainte et tente de déterminer jusqu'à quel point le comportement est violent ou ne l'est pas. Il arrive qu'une personne ait un seuil de tolérance beaucoup plus bas qu'une autre et ce que l'une tolère, l'autre ne le tolère pas. C'est alors au gestionnaire de trancher la question, en faisant entrer en ligne de compte son propre seuil de tolérance.

Mais moi, j'ai une tolérance grande. Fait que ça dépend aussi de chacun. Moi ma tolérance est plus grande que probablement d'autres. (...) Je ne le sévis pas nécessairement pour ça, le dénoncer oui, le dire pis que tu souhaites que ça cesse, mais pas d'agir sur les personnes nécessairement. Je suis prête à donner une chance ou deux chances. (...) Tu te dis toujours, est-ce que c'est elle qui n'est pas tolérante? On sent, tu sens tout de suite que c'est toujours vis-à-vis la même personne, la même personne. Tu sais, si c'est toujours six fois la même personne qui vient toujours se plaindre de tout le monde, tu commences à douter aussi de la personne qui vient intervenir. Fait que c'est ce rôle là qui est difficile à jouer. (Secteur général, gestionnaire)

Dans cet exemple, le gestionnaire avoue que son seuil de tolérance est élevé et qu'il peut tolérer ce que d'autres ne tolèrent pas. Son intervention va donc dépendre directement de ce qu'il accepte. Ce mécanisme de tolérance est très complexe, car il fait interagir trois seuils potentiellement différents, celui de la victime, celui de l'agresseur et celui du gestionnaire. Il devient alors difficile pour le supérieur de savoir quand il faut agir et jusqu'où il faut tolérer.

Un troisième problème est lié aux tâches proprement dites des gestionnaires. La résolution de conflits et la gestion des ressources humaines ne représentent qu'une proportion des nombreuses tâches qu'ils ont à réaliser. Il y a entre autres, la gestion des

ressources financières et le contrôle budgétaire, l'organisation du travail et des horaires, le développement des infrastructures, la gestion des relations avec les autres services et départements ainsi que des relations externes avec les universités, les industries et les autres organisations externes. Bref, la tâche du gestionnaire est complexe et variée et ne se résume pas à la gestion de la violence.

Or, les gestionnaires ont tous fait part de la surcharge de travail qui les accaparent présentement. Le temps dont ils disposent pour leur personnel est limité ainsi que celui qui est dédié à la résolution de conflits. Parallèlement, ils ont tous constaté que le rôle d'intermédiaire représente un pourcentage important de leur travail quotidien. Le gestionnaire qui a travaillé à la téléphonie, un secteur très difficile, passait plus de la moitié de son temps à gérer les comportements violents dans son service. Pour le gestionnaire en chirurgie, c'est plutôt en fonction des individus que le temps de travail est amputé : « Il y a 20 % des gens qui me prennent 80 % de mon temps » (Secteur clinique, gestionnaire). En fin de compte, les gestionnaires estiment qu'ils ont bien d'autres choses à faire et que cette partie de leur travail contribue, au même titre que leurs autres responsabilités, à créer une charge de travail difficile à maîtriser.

Toutes ces difficultés, les gestionnaires les rencontrent quotidiennement lorsqu'il est question de gérer la violence dans leur service. Et c'est pourquoi certains d'entre eux délaissent un peu cet aspect de leur travail ou du moins font ce qui est nécessaire et urgent pour que le service continue de bien fonctionner. L'intervention d'une tierce partie constitue donc un soulagement, car elle permet d'évacuer une problématique dans laquelle ils ne parviennent pas toujours à s'investir et qu'ils ne parviennent pas à régler définitivement. La politique de non-violence a joué ce rôle pour certains, car elle est venue les décharger d'une tâche lourde. De plus, une intervention externe permet un regard plus neutre et détaché sur les relations conflictuelles au sein du service. Ce transfert n'enlève pas pour autant au gestionnaire la responsabilité d'assurer la gestion de la violence, bien au contraire. Il continue à intervenir au quotidien dans les conflits

mineurs et, lorsqu'il ne se sent pas capable d'intervenir, il détient un moyen alternatif externe, la politique de non-violence.

Ça te donne un recul par rapport à tes employés. C'est pas toujours toi qui a à le frunter. Alors ça te permet d'avoir d'autres qui le font à ta place, pis de t'amener des fois un autre œil, une autre vision de la situation, pis t'amener aussi d'autres pistes de solution. Ça, ça nous permet un peu de souffler parce qu'il y a toutes les autres qu'il faut faire au quotidien. (Secteur général, gestionnaire)

La prochaine section est dédiée à cette nouvelle procédure visant à prévenir et à corriger les comportements violents dans l'organisation. Il faut d'abord décrire les procédures d'enquêtes et le fonctionnement actuel de la politique tels qu'ils ont été relatés par les participants. Il sera possible de présenter la perception et l'appréciation des gestionnaires à l'égard de ce nouveau mécanisme visant à alléger leur travail et à faciliter la gestion de la violence. À la fin de cette section, le comité de la prévention de la violence et son rôle dans la gestion de la violence dans l'hôpital sont présentés. La perception des membres interrogés permettra de voir à quel point ce comité est peu connu dans l'organisation.

5.2 La politique de non-violence

Le processus de dépôt des plaintes tel qu'il a été observé s'écarte quelque peu du texte de la politique qui a été présenté à la section 3.1.1 (voir aussi annexe 1). Les plaintes, selon la procédure officielle doivent être dirigées vers la direction appropriée en fonction du statut des plaignants et des accusés. Or, il est apparu que cette façon de faire n'est pas du tout uniforme. Des plaintes touchant des patients se sont retrouvées aux ressources humaines, de même qu'une plainte impliquant un médecin. Malgré ce manque d'uniformité, il a tout de même été possible, à la lumière de l'étude des dossiers, de l'expérience des gestionnaires et des enquêteurs, et de l'observation directe d'une enquête, de reconstituer la procédure de dépôt telle qu'elle se déroule

habituellement dans l'organisation. Par la même occasion, il a été possible de constater que la procédure, une fois la plainte déposée, n'est pas définie dans la politique. Cette façon de faire a donc été reconstituée à partir des témoignages des enquêteurs, mais aussi des gestionnaires.

Lorsque l'accusation est dirigée vers un patient, la plainte est reçue par la Direction de la planification et des communications. Son pouvoir d'intervention auprès de la clientèle est très limité. Par contre, l'enquêteur peut agir auprès de l'employé surtout pour s'assurer qu'il a reçu un support nécessaire. Une lettre lui est aussi acheminée pour l'informer que sa plainte a été reçue. Il est arrivé à quelques reprises qu'une rencontre ait lieu entre la direction et des visiteurs réguliers qui avaient fait l'objet de plusieurs plaintes. Une entente comportementale a été convenue et l'agresseur devait s'y conformer afin de garder ses privilèges de visiteur. Lorsque la violence provient d'un patient qui est de passage, comme c'est le cas à l'urgence, de telles interventions ne sont cependant pas possibles, ni efficaces.

Dans le cas où un médecin est visé par une plainte, la Direction des services professionnels est responsable de la recevoir et de l'investiguer. Selon l'enquêteur chargé de cette responsabilité, les ressources humaines ne sont pas consultées, ni même informées, ce qui ne semble pas être l'avis de l'un des enquêteurs des ressources humaines car selon lui, « elles sont traitées par le, par la Direction des services professionnels, mais on est au courant quand même dans ce temps là, 9 fois sur 10 parce qu'il y a au moins un employé d'impliqué » (Secteur général, enquêteur). L'autre enquêteur affirme quant à lui :

Interviewer : Pis est-ce que la Direction des ressources humaines est impliquée, elle?

Répondant : Non.

I : Non?

R : Sauf comme transmission de données s'il y a lieu.

I : Et est-ce que ç'a lieu?

R : Non mais tu sais, me transmettre des données (...) Parce que les médecins, dentistes, pharmaciens ne dépendent pas des ressources humaines. C'est des professionnels, pas les pharmaciens là, mais c'est des professionnels qui exercent leur profession dans l'hôpital mais qui sont engagés par le conseil d'administration donc c'est pas des employés de l'hôpital sauf des pharmaciens. (Secteur clinique, enquêteur)

Pourtant, lors de l'analyse des dossiers, une plainte touchant un médecin a été investiguée par les ressources humaines conjointement avec la DSP. Depuis l'implantation de la politique, deux plaintes ont été traitées directement par l'enquêteur de la DSP et dans ces deux cas, il a rencontré les accusés de façon informelle pour comprendre leur version des faits et éventuellement arriver à un terrain d'entente. Pour ces trois exemples impliquant des médecins, il n'y a pas eu de mesures quelconques. Cette façon informelle d'enquêter peut s'expliquer par le fait que le processus de dépôt d'une plainte et d'enquête contre un médecin est très complexe et relève de la Loi de la protection des usagers.

Selon ce texte de loi (Projet de loi no 27, Assemblée Nationale 2001), l'enquêteur qui reçoit une plainte peut demander, s'il le juge nécessaire, à l'exécutif du conseil des médecins de mettre sur pied un comité de discipline qui évalue le comportement et qui peut finalement recommander des sanctions au conseil d'administration. La complexité et la lourdeur de cette procédure découragent le dépôt de plaintes et encouragent l'enquêteur à régler le conflit directement avec le médecin. Cette façon de faire semble être efficace auprès des médecins, quoi que son efficacité n'ait pas été vérifiée auprès des personnes ayant porté plainte.

Les docteurs, médecins, dentistes et pharmaciens sont très inconfortables parce qu'il y avait pas de culture que le docteur pouvait se faire poser des questions sur des comportements donc quand tu les rencontres, ils sont un peu inconfortables et sont, le niveau d'anxiété monte un peu. Un peu inconfortable, habituellement, la plupart des gens le joue plutôt low profile. C'est rare que les gens qui disent que l'autre c'est un calique de menteur. (Secteur clinique, enquêteur)

En revanche, la procédure des ressources humaines pour les plaintes touchant des employés est plus structurée. De plus, les enquêteurs détiennent un pouvoir direct d'enquête, de recommandation et même d'intervention. Les différentes étapes sont ici présentées, à partir du dépôt d'une plainte jusqu'à son traitement.

5.2.1 La procédure administrative des ressources humaines

Lorsqu'un employé veut déposer une plainte, elle doit d'abord être remise au supérieur qui est responsable de l'entériner. Il arrive que les gestionnaires ne soient pas impliqués dans cette étape et que l'employé dépose directement sa plainte aux ressources humaines. Dans les exemples donnés par les participants, les gestionnaires ont appris qu'un de leurs employés s'apprêtait à déposer une plainte, mais ils ne l'avaient pas directement vue. Il est même arrivé que certains d'entre eux aient déjà rencontré les enquêteurs pour donner leur impression de la situation avant même le dépôt de la plainte.

Une première analyse, réalisée par un et parfois par les deux enquêteurs, se déroule à la lumière des faits tels que décrits sur le formulaire de plainte. Si la situation est jugée pressante, il peut y avoir une intervention immédiate. Cependant, les critères pour déterminer si une plainte est jugée urgente ne sont pas clairement précisés par les enquêteurs ou dans la procédure. Il a été question que la personne soit en danger suite à des menaces ou qu'il y ait eu une agression physique. Dans la journée même ou dans les jours qui suivent, toujours en fonction de l'urgence de la situation, le plaignant, puis l'accusé et enfin le gestionnaire sont rencontrés. Il arrive que dans certaines situations

les gestionnaires ne jouent pas directement un rôle dans les enquêtes. C'est le cas entre autres pour des plaintes touchant deux employés de deux services distincts. Selon un des enquêteurs, impliquer les supérieurs à cette étape ne ferait qu'alourdir la procédure.

Lorsque les différentes versions sont recueillies, une décision est rendue quant au caractère violent du comportement faisant l'objet de la plainte. La mesure disciplinaire conséquente est alors suggérée au gestionnaire qui doit en assumer l'application. Ces mesures sont déterminées en fonction de la gravité de l'acte et se fondent sur les règles administratives en matière de relations de travail.

Au bout de la ligne, on n'a pas le pouvoir d'imposer une décision. On a le pouvoir de faire des recommandations (...) Un gestionnaire va être plus directement impliqué dans l'enquête quand ça va être, par exemple, deux employés du même service. (Secteur général, enquêteur)

5.2.2 Les enquêteurs : prévention ou discipline?

Les deux enquêteurs ont chacun décrit leur rôle en fonction de leurs compétences professionnelles. Le premier est conseiller aux relations de travail et recommande les sanctions appropriées à la situation. Il apporte son expertise disciplinaire dans l'enquête. Le second, qui est conseiller en santé et sécurité au travail, s'occupe de l'aspect préventif. La prévention, selon eux, se réalise à deux niveaux : premièrement, dans les dossiers de plaintes, pour éviter qu'un comportement ne se reproduise, puis dans l'organisation en général pour prévenir l'apparition de comportements violents en fonction de situations à risque.

L'aspect préventif au niveau des plaintes n'est pas apparu si clairement lors de l'observation d'une enquête. Il en va de même pour ce qui est de cette distinction entre les rôles des deux enquêteurs. C'est une approche plus corrective qui a été observée et qui a consisté, au terme de l'enquête, à donner un avertissement aux deux employés : si

la situation se reproduit, l'un des deux sera transféré de poste. Dans ce cas-ci, il s'agit du plaignant, car il a moins d'ancienneté que son agresseur. Les éléments déclencheurs de la violence n'ont pas été investigués en profondeur, ni modifiés et la violence est toujours potentiellement présente entre ces deux employés.

L'étude des dossiers et les décisions rendues par les enquêteurs ont également démontré que l'aspect disciplinaire est beaucoup plus présent que l'aspect préventif. Leur conception même de la prévention teinte leurs interventions. Comme le témoigne cette citation, la prévention ne consiste pas à agir sur les éléments déclencheurs de l'agression, mais plutôt à mettre en place des mesures correctives visant à éliminer un comportement qui est déjà apparu.

Il y a des mesures préventives qui sont prises, dépendamment de chaque situation. On prend les mesures qui sont appropriées à la situation. Ça peut être de suspendre sans solde l'employé visé par la plainte le temps de l'enquête. Ça peut être de le déplacer. Ça peut être de lui donner des directives claires d'éviter tout contact avec la personne qui a fait la plainte. (Secteur général, enquêteur)

Le second niveau de prévention est relié aux tâches du comité de la prévention de la violence, mais son rôle dans les enquêtes est quant à lui restreint. Le comité, aux yeux de certains gestionnaires, joue un rôle concret dans les enquêtes. En réalité, ils confondent les enquêteurs au comité dont les membres ne sont pas informés des cas de violence soumis en vertu de la politique. Leur intervention en matière de prévention se trouve limitée du fait qu'ils ne connaissent pas les raisons qui ont amené de la violence ni même les endroits où elle se déclenche ou les individus qu'elle touche. Le rôle et le mandat du comité seront détaillés à la section 5.3.

5.2.3 Perception et appréciation : ce que les gens en pensent

5.2.3.1 *La connaissance de la politique*

La procédure et les définitions de la violence, telles que présentées dans la politique, sont en fait très peu connues des membres de l'organisation interrogés, à l'exception de certains enquêteurs et de quelques membres du comité. Lorsque les gestionnaires ont été interrogés sur ce qu'ils savent de la politique, certains n'ont tout simplement pas été en mesure de répondre, alors que d'autres ont spontanément parlé de tolérance zéro, philosophie à la base de la politique. Ils ont aussi défini la politique en termes de procédure administrative. Voici quelques réponses à la question portant sur ce qu'ils connaissent de la politique : « Tout ce que je retiens de cette politique là, c'est tolérance zéro. Alors moi, c'est le résumé que je peux faire » (Secteur général, gestionnaire). « Bon, premièrement, il y a un formulaire de plainte qui explique un peu c'est quoi la violence, qu'on ne tolère aucune violence, qu'on peut faire une dénonciation et après ça, il y a un suivi par un comité » (Secteur général, gestionnaire).

Ça énonce certains principes particuliers entre autres le principe de tolérance zéro en ce qui concerne la violence entre employés (...) Quelles sont les procédures à utiliser, les formulaires également qui sont joints pour les déclarations, les suivis. (Secteur clinique, gestionnaire)

Même si elle ne peut être détaillée par les gestionnaires, l'implantation de la politique de non-violence est perçue par tous comme une nécessité et un début de prévention de la violence. Il s'agit d'un moyen pour affirmer la position de l'organisation et sa philosophie à l'égard de la violence. En ce qui concerne l'impact réel dans les services, pour certains, l'implantation d'une telle politique n'en a pas ou presque pas eu. Pour d'autres, c'est tout à fait le contraire. Les employés sont maintenant avisés que des mesures peuvent être intentées contre quiconque contrevient à la norme de tolérance zéro.

Un gestionnaire, qui est insatisfait de l'impact et de l'orientation de la politique, est allé de l'avant avec ses propres moyens, après avoir ciblé les événements menant à des situations de violence dans son service. Il s'est surtout attaqué à la communication entre employés en offrant des cours d'approche clientèle. Son personnel est revenu emballé de cette formation et a partagé des astuces avec d'autres collègues pour mieux aborder les gens et pour désamorcer les personnes agressives.

Une différence quant à l'impact et à la connaissance de la politique s'observe cependant en fonction des secteurs d'activités. Dans le secteur clinique, très peu de plaintes ont été déposées et la politique a eu très peu d'impact. C'est ce qu'affirme un gestionnaire de ce secteur. Au niveau général, la politique a eu un impact dissuasif par rapport aux actes de violence de la même manière qu'elle a eu un impact incitatif en ce qui a trait aux déclarations. En effet, au cours des semaines qui ont suivi la mise en vigueur de la politique, les enquêteurs ont été bombardés de plaintes, parfois sérieuses, parfois frivoles, en grande majorité issues du secteur général. Peu importe la nature de ces plaintes, ceci nous indique que des employés ont pris connaissance de la procédure pour dénoncer les situations de violence.

Deux ans après, la connaissance de la politique à travers l'hôpital semble cependant différente. Durant la réunion du comité de la prévention de la violence, certains membres ont soulevé le problème d'accessibilité des formulaires de plaintes. Les infirmières de l'urgence ignorent quant à elles l'existence de la politique, qu'elles soient nouvelles ou anciennes. Ceci a été repris par un des enquêteurs.

C'est vrai ce qu'elle disait : c'est pas connu. Moi j'ai donné de la formation à deux cent infirmières et je te dirais que quand je leur ai dit qu'il qu'on avait une politique sur la non-violence, elles m'ont regardé comme si j'étais un extra-terrestre. (Secteur clinique, enquêteur)

5.2.3.2 *La procédure et les résultats d'enquêtes*

Pour ce qui est du fonctionnement de la politique, les gestionnaires ont, de façon générale, relaté la même procédure quant au dépôt et au traitement des plaintes et à leur implication dans les enquêtes que ce qui a été avancé par les enquêteurs. Ils ont cependant dénoncé qu'ils ne sont pas toujours au courant du dénouement d'une plainte. C'est le cas entre autres de ce gestionnaire qui a fait quelques démarches pour déposer une plainte contre un employé d'un autre service et qui, lors de l'entrevue, s'est rappelé n'avoir jamais eu de retour sur la plainte déposée : « Ça, on a jamais su la finalité de cette plainte là. (...) Quand c'est pas la personne de mon service, je sais pas c'est comment ça s'est résolu » (Secteur général, gestionnaire).

Cette problématique a aussi été identifiée par deux autres participants. D'abord, par un membre du comité qui participe aux enquêtes, non en tant que membre du comité, mais parce qu'il occupe un poste dans l'organisation qui justifie sa présence lors des enquêtes. Lors de l'entrevue, il a souligné ne pas avoir eu les conclusions finales d'une enquête en particulier.

Fait qu'à date, on a pas de conclusion. On n'a pas été rappelé. Ils sont encore tous les deux dans le même département (...) J'espère qu'ils nous appelleront pas quand il y en a une qui va se faire arracher la tête. Mais moi, la dernière fois, j'ai vu [l'enquêteur], je lui ai dit, regarde, ça été quoi la conclusion? (Secteur général, membre du comité)

Le second participant est un gestionnaire qui, suite au dépôt d'une plainte contre un médecin, a dû faire lui-même les démarches pour savoir s'il y avait eu des suites. Il croit que s'il n'était pas intervenu, la plainte serait passée sous silence. Un membre de la direction où la plainte a été déposée lui a confirmé que le médecin avait été rencontré et qu'il changerait d'attitude à l'égard de son personnel.

Ça, ça me pose une interrogation. Il y a une politique, je comprends, peut-être les gens sont informés de, mais j'avais, je sais pas, j'avais un doute parce que j'avais pas de suivi, j'avais pas de nouvelles. C'est moi qui est allé dire : « Qu'est-ce qui se passe avec ça ? ». Pis parce que je suis allé aux nouvelles et je me demande jusqu'à quel point, c'est moi qui a dit à l'employé qu'il y avait une suite, mais jusqu'à quel point dans le processus, une fois que l'employé a fait la plainte (...) c'est important qu'on revienne auprès de l'employé pis que l'employé qui a subit ça ou qui a fait la plainte, qu'on lui dise sans nécessairement aller dans le détail là, pis dire des choses confidentielles, mais dire qu'on a fait des démarches, on a pris des mesures, on a fait telle, telle chose. On a donné suite, pis j'avais l'impression pour eux, que ça tombait dans l'oubli. (Secteur général, gestionnaire)

Les résultats suite aux enquêtes sont en général positifs, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de récidives. Cependant, la violence s'y retrouve toujours, mais plutôt sous une forme latente. C'est comme si la mesure disciplinaire avait dissuadé l'individu à récidiver, mais en même temps, alimenté un sentiment d'injustice et de frustration. Ces gestionnaires nous témoignent des situations où l'on peut sentir la tension qui réside entre les employés et ce, même après une enquête :

L'individu est mieux, il est plus calme, on se parle plus, on ne peut plus se parler. Moi je lui parle, mais lui, il me parle plus. Il me demande plus rien. Il me hait pour mourir. Tout ce qu'il veut c'est me tuer. Il y a pas de menaces de mort, mais c'est là. (Secteur général, gestionnaire)

Mais ça reste toujours, de toute façon, elles sont encadrées, de façon plus serrée et elles savent très bien qu'à la prochaine altercation, il va y avoir des mesures disciplinaires qui vont être prises. (Secteur clinique, gestionnaire)

Un des enquêteurs a même affirmé que la réussite de la politique repose sur le fait qu'il n'y a jamais eu de récidive de la part d'un agresseur à l'encontre du plaignant. Selon lui, ceci démontre que la politique est efficace et surtout que le message est clair. En contrepartie, il affirme qu'il est possible que ce même agresseur puisse être l'objet d'une autre plainte provenant d'une seconde victime, et que ceci est normal. Mais en réalité, il s'agit là d'une récidive, et d'un comportement qui, malgré une intervention et de l'application de mesures disciplinaires, recommence à s'opérer. Ceci nous indique que

la politique, dans son application, a un effet dissuasif, mais n'enraie pas nécessairement la violence à la source.

Ce problème relié au caractère correctif de la politique a été souligné par quelques membres du comité ainsi que par un enquêteur. Les mesures disciplinaires associées aux comportements violents ont des effets contraires à ceux visés par la politique et ne préviennent pas nécessairement l'apparition de comportements violents. « Elle [la politique] est coercitive face à la personne qui pose un acte de violence, elle est pas aidante » (Secteur clinique, enquêteur).

Selon un membre du comité, la politique est un commencement, mais un travail plus en profondeur doit être fait pour arriver à de vrais résultats. C'est pourquoi d'autres moyens doivent être mis en place pour étoffer la politique et surtout pour prévenir que les situations s'aggravent au point de nécessiter une enquête. Selon lui, la politique est encore bien incomplète :

Il y a une éducation, c'est pour ça que je te disais, oui, il était beau notre document mais c'est après ça. Nous, on a à conscientiser notre monde, que oui le document existe, mais il est pas à n'importe quel prix, pas n'importe quoi (...) C'est bien beau de dire j'en veux pas de violence moi. Faut-tu que j'attende qu'il y ait un acte de violence pour que je puisse faire des choses. Est-ce que je pourrais moi mettre des choses en place pour qu'il y en ait pas de violence? (Secteur général, membre du comité)

La perception des gestionnaires et des membres du comité à l'égard de la politique est empreinte de problèmes liés à son application, au traitement équitable des plaintes et surtout aux lacunes liées aux aspects préventifs. Le comité est en partie responsable de la prévention de la violence dans l'organisation. Selon certains de ses membres, il devrait y avoir un suivi entre les plaintes et la prévention de la violence. Mais selon eux, ce suivi ne se fait pas. Il n'y a pas de lien de continuité entre l'application de la politique et le développement de mesures visant à prévenir l'apparition de comportements

violents : « Mais il faut, on veut tu ou on veut pas? Moi je suis rendue là la question, on veut tu faire quelque chose ou on veut pas? » (Secteur général, membre du comité).

C'est pas la politique qui est pas bonne. C'est le suivi qui est pas bon. La politique est bonne, est établie, est raisonnable, pas abusive. Le questionnaire est très facile de compréhension pour tout le monde. Par contre, moi, c'est le suivi. C'est le suivi qui n'est pas adéquat. (Secteur général, membre du comité).

Le comité par son mandat est l'entité qui devrait assumer cette responsabilité, c'est-à-dire d'identifier les mécanismes favorisant l'apparition de comportements violents et de les prévenir à l'aide d'idées innovatrices. Passons maintenant à ce comité, à la définition de son mandat et au rôle que jouent les différents membres dans la prévention de la violence et la promotion de la non-violence.

5.3 Le comité de la prévention de la violence

Le comité, sa présence dans l'organisation et son rôle dans le fonctionnement de la politique ont soulevé beaucoup d'interrogations chez les participants que nous avons rencontrés. Est-ce que ce comité existe toujours? Quel est son rôle exact et quelles sont les responsabilités de ses membres? L'objectif de cette partie de l'étude est de présenter les différentes conceptions du comité de la prévention de la violence en ce qui a trait au rôle réel et perçu de ses membres dans la gestion de la violence. Pour ce faire, le mandat du comité sera divisé en deux volets : la prévention de la violence dans l'organisation et la promotion de la non-violence. Cette analyse se terminera par un résumé de ce que les gestionnaires et certains membres pensent de ce comité et de son impact réel sur la violence et sur l'application de la politique.

Étant donné que la perception du comité varie considérablement d'un groupe de participants à un autre, la vision des membres du comité, et celle des gestionnaires seront présentées séparément. Les enquêteurs qui sont membres du comité ont été

intégrés au groupe du comité, à l'exception de l'enquêteur à la Direction des services professionnels qui ne fait pas partie actuellement du comité.

5.3.1 Les mandats du comité : prévention et promotion

Lorsque la question du comité de la prévention de la violence a été soulevée, les membres ont eu des réponses parfois contradictoires portant sur l'existence même de ce comité. Selon un des membres, le comité qui a rédigé la politique ne siège plus. Il a été remplacé par un autre comité dont le mandat consiste à se pencher sur la problématique de la violence à l'urgence. Cette personne a cependant été convoquée à la réunion du comité de la prévention de la violence, mais n'y a pas assisté.

Le conseiller à la santé et sécurité au travail, qui préside actuellement le comité, a nuancé cette affirmation selon laquelle le comité n'existe plus, en parlant de plusieurs comités dont un principal qui chapeaute tous les autres. Selon lui, ces sous-comités sont plus spécialisés et leurs mandats sont orientés vers des problématiques particulières à certains secteurs de l'hôpital. Seul le comité de l'urgence a été confirmé par au moins trois membres. Les autres n'ont pas fait allusion à d'autres comités (qui n'ont d'ailleurs pas été nommés), se référant à celui qui avait développé et implanté la politique.

Le mandat décrit par chaque membre dépend donc de la perception qu'ils ont du ou des comités et de la problématique qui détermine le mandat. Par exemple, selon ceux qui soutiennent que le comité actuel est celui de l'urgence, le mandat est davantage relié à la prévention de la violence à l'urgence, à l'implantation de mesures de sécurité ou d'intervention efficace. Pour ceux qui voient le comité comme étant dédié à l'ensemble de l'hôpital, le mandat est beaucoup plus vaste et est surtout relié à la prévention de la violence et à la promotion de la politique.

5.3.1.1 La prévention de la violence

La prévention de la violence, peu importe le comité, est un des aspects qui revient dans toutes les entrevues et que les membres reconnaissent. Que ce soit de cibler les causes de la violence ou de mettre sur pied des mécanismes pour éviter que les situations ne se reproduisent, que ce soit d'implanter une équipe d'intervenants ou de former le personnel, tous les membres s'entendent sur le fait que le comité doit orienter ses interventions dans une optique préventive.

Parmi les mesures discutées, notons entre autres l'affichage de la politique à travers l'hôpital, l'agrandissement et l'aménagement de la salle d'urgence, l'implantation d'une équipe d'intervention en situation d'urgence et l'affectation d'un agent de sécurité en permanence à l'urgence. Ces mesures ont été abordées lors de la réunion et se retrouvent également dans le bilan rédigé par les ressources humaines après un an d'application de la politique. Elles visent en majorité à prévenir la violence à l'urgence.

D'autres suggestions ont été discutées lors des entrevues, mais n'ont pas été abordées lors de la réunion du comité. Elles visent à agir sur les ancrages de la violence afin de diminuer le risque d'apparition de la violence. Il s'agit de former le personnel soit par des cours d'approche clientèle ou d'offrir des sessions d'informations sur les diversités culturelles, des conférences sur le stress au travail et de favoriser une intervention sur le terrain pour mieux comprendre les causes de la violence et de poser des gestes concrets auprès du personnel.

Parmi les membres interrogés, certains sont préoccupés par l'orientation qu'a prise le comité. Malgré l'implantation de la politique et les réunions occasionnelles du comité, le dossier de la violence n'a pas tellement bougé. Les membres ont pris connaissance des statistiques officielles (voir tableau 3.5 et 3.6) concernant les plaintes, mais aucune mesure préventive concrète n'a été discutée lors des réunions : « Ce volet là de

prévention, je pense que, qu'il a même pas été abordé là, pis pour moi, c'est de ça qu'on devrait parler, mais c'est pas de ça du tout » (Secteur général, membre du comité).

5.3.1.2 La promotion de la politique et de la non-violence

La promotion est le second mandat reconnu par les membres du comité. Il consiste à promouvoir la politique de non-violence à travers l'hôpital et de voir à ce qu'elle soit connue et utilisée. Une campagne promotionnelle importante a accompagné la mise en vigueur de la politique au mois d'août 2001. La politique et les formulaires de déclaration ont été distribués à l'ensemble du personnel. Les gestionnaires en ont reçu une copie par courrier électronique, des communiqués ont été distribués et une activité récréative a été montée spécialement pour sensibiliser le personnel. Malgré ces nombreuses tentatives pour promouvoir la politique, lors de la réunion du comité et des entrevues, il est ressorti que la politique n'est pas connue sur le terrain et que les employés n'ont pas été suffisamment sensibilisés. D'autres mesures promotionnelles ont été présentées dans le document faisant état de la première année d'application de la politique, mais aucune n'a été abordée par les membres du comité.

5.3.2 Les membres et les gestionnaires: ce qu'ils en pensent

Le comité est formé de représentants de diverses directions, services et syndicats, tel qu'il a été exposé au début de la recherche (voir section 1.2.1). Lors de la réunion, certains rôles sont apparus clairement. Par exemple, un des enquêteurs des ressources humaines agit en tant que président. C'est lui qui décide des sujets à traiter ainsi que du déroulement des rencontres :

Je préside (...) Essentiellement, c'est moi qui essaie de voir quels sont les sujets qui seront d'intérêt au comité, qui doivent être discutés au comité, donc les gens m'amènent des problématiques et je les représente au comité de prévention de violence. (Secteur général, enquêteur)

Deux gestionnaires ont été en mesure d'expliquer leur rôle en tant que membre du comité. Il consiste essentiellement à apporter leur expertise de terrain au comité, de valider les mesures qui seront mises en place et de proposer des solutions alternatives. Les autres membres n'ont pas été en mesure d'expliquer aussi clairement leur rôle, parce que justement, il est très peu clair à leurs yeux. Un des enquêteurs des ressources humaines a même affirmé qu'il n'est plus membre du comité, alors qu'il a reçu une convocation à la réunion au même titre que les autres. Un autre membre ne comprend pas ce que l'on attend de lui, à part de confirmer ou d'infirmer les décisions prises. Il ne sent pas qu'il contribue au développement des idées et à l'implantation des mesures. Il remet même en question sa présence aux réunions : « On n'a pas de, de rôle en tant que tel, si c'est ça que tu veux savoir. On nous donne pas de rôle. On est là un peu pour valider ou ils nous mettent là pour arriver avec des critiques (...) on est plus comme chien de garde dans un sens » (Secteur général, membre du comité). Le responsable des enquêtes qui concernent les patients est du même avis. Son rôle dans le comité n'est pas clair, même que c'est lui qui a insisté pour faire partie du comité étant donné qu'il a une tâche à accomplir à l'intérieur même de la politique.

Lors de l'observation de la réunion, il est apparu évident que les membres ne sont pas appelés à présenter des sujets, qu'ils ne participent pas activement aux échanges, et qu'ils ne sont pas interpellés par l'orientation qu'a prise le comité. La plupart d'entre eux sont présents pour infirmer ou confirmer les propositions amenées par les membres des ressources humaines. Il est aussi ressorti que ces membres ne sont pas satisfaits de ce rôle. Tel que cité précédemment, c'est le président qui se charge d'apporter les sujets d'intérêt, de présider la réunion et finalement de mettre en œuvre les mesures discutées lors des réunions.

Les gestionnaires, quant à eux, ignorent complètement l'existence même de ce comité. Ils ont été surpris d'apprendre que les membres se rencontrent et qu'ils travaillent actuellement sur la prévention de la violence dans l'organisation. Lorsqu'ils ont fait

référence au comité, c'est qu'il y avait confusion entre les enquêteurs et le comité. Pour ces gestionnaires, les enquêtes sont menées par un comité formé à cet effet.

Le comité de la prévention de la violence a joué un rôle indéniable dans le processus de rédaction de la politique de la non-violence. Certains de ses membres ont participé à la définition de la violence et à la procédure qui aujourd'hui sert de référence pour la gestion des situations de violence. Ce mandat a subitement été remplacé par celui de la prévention de la violence et de la promotion de la politique. Or, il semble que les effets concrets du travail de ce comité ne se font pas sentir dans l'organisation ni même chez les membres du comité. Le peu de réunions, leur espacement et le rôle statique qu'ils y jouent, limitent le développement de nouvelles idées et leur application. Le comité a donc un rôle très limité dans la gestion de la violence dans l'organisation, contrairement à la politique.

La gestion de la violence dans l'organisation se réalise par le travail des gestionnaires, par l'application de la politique de non-violence et par les projets des membres du comité de la prévention de la violence. Les différentes expériences qui ont été ici rapportées s'inscrivent dans le processus de construction sociale de la violence. Ceci signifie que les trois types d'acteurs qui sont interpellés par la gestion de la violence contribuent à définir ce qui est violent et ce qui ne l'est pas dans le milieu par leurs actes, leurs définitions de la violence et par l'application des procédures administratives. Le prochain chapitre vise à analyser, à la lumière de la définition retenue de la violence, comment cette dernière est construite par les acteurs dont il vient d'être question. Cette analyse fera essentiellement ressortir les implications de cette construction sur la gestion de la violence dans le milieu hospitalier.

CHAPITRE 6

LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA VIOLENCE

Le souci de définir la violence, ses ancrages et ses manifestations dans un milieu hospitalier, de comprendre comment se réalise sa gestion et d'étudier les impacts d'une politique dans un tel contexte ont été les principaux objectifs poursuivis dans cette recherche. La plupart des questions de recherche ont été analysées dans les chapitres précédents à l'exception de la dernière portant sur les normes pour définir les comportements violents dans l'organisation. Le présent chapitre vise à comprendre comment se construisent ces normes dans l'organisation, et de proposer une analyse de leur contribution à la construction sociale de la violence dans l'organisation. Mais tout d'abord, il est important de rappeler certaines notions déjà abordées.

La violence a été définie au début de cette recherche comme suit :

« Il y a violence dans un milieu de vie (société, organisation, famille) si, et seulement si, des faits observables s'écartant des normes ou des valeurs reconnues dans un milieu donné ont des impacts négatifs perceptibles sur des individus ou des groupes ». (Aurousseau 2000)

Cette définition a été retenue notamment parce qu'elle permet de concevoir la violence comme un construit social, où les normes et leur institutionnalisation sont le résultat d'expériences objectivées de certains acteurs clés.

Les enquêteurs et les membres du comité, tout comme les gestionnaires, jouent un rôle dans cette construction de la violence et des normes. Les premiers en déterminant s'il y a violence ou non lors du dépôt d'une plainte et suite à une enquête, et les seconds parce qu'ils participent à cibler la prévention en fonction de

ce qu'ils considèrent comme violent ou ce qui nécessite une intervention de type préventive. Quant à eux, les gestionnaires, par la perception qu'ils ont de leur rôle, par la tolérance dont ils font preuve et par la place qu'ils accordent à la politique, contribuent à la construction de ces normes et de la violence dans leur service.

6.1 La politique : la construction de la violence déclarée

6.1.1 La bureaucratisation de la gestion de la violence

La politique, telle qu'elle a été rédigée, est une procédure officielle qui définit, de façon formelle le processus pour le dépôt d'une plainte de violence. Les formes de violence qui y sont décrites sont définies de façon opérationnelle, visant à classifier et identifier les actes en fonction de leurs caractéristiques propres. Un formulaire (annexe 2) est joint à la politique pour qualifier les comportements violents. Les types d'agissements sont agencés en cases à cocher qui doivent être remplies par la personne victime d'un acte de violence. Il y a, dans cette procédure, une volonté de réglementer, de formaliser et de circonscrire un problème organisationnel que la gestion quotidienne, effectuée par les enquêteurs et par les gestionnaires, ne parvient plus à gérer.

L'implantation d'une telle politique contribue à l'institutionnalisation de la violence, à en faire un phénomène reconnu et à en préciser les modalités de gestion. Par le fait même, la politique précise de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités ainsi qu'une obligation d'agir de la part de tous les membres de l'organisation, sauf pour

les enquêteurs dont le rôle n'est pas mentionné dans la politique²⁷. La violence, en tant que phénomène socialement construit, commence donc à prendre forme. Il se crée, par l'implantation d'une procédure de dépôt, une construction sociale officielle de la violence et des formes qui sont reconnues dans l'organisation.

La procédure, telle qu'elle est définie dans la politique, précise ce qu'il faut faire pour déposer une plainte. Cependant, il n'y a rien sur les démarches subséquentes à ce dépôt. Que se passe-t-il après? La personne qui reçoit la plainte, comment la traite-t-elle? Que doit-elle faire? En fait, le processus défini dans la politique est incomplet. Il manque l'essentiel lorsqu'il est question de gérer la violence, c'est-à-dire, comment allons-nous gérer cette situation? Il y a donc une contradiction inhérente à la politique de non-violence : il y a une volonté de formaliser les plaintes, mais leur traitement reste quant à lui arbitraire.

Les lois, les règlements, les procédures ont comme objectif d'assurer un traitement équitable pour tous, peu importe de qui il s'agit. Selon cette logique administrative légale, deux éléments importants devraient être présents ou prévus dans une politique en matière de violence. Premièrement, le traitement d'une plainte doit être équitable pour tous : que la définition de la violence soit la même, que le traitement soit semblable, bref, qu'une fois le processus complété, la plainte ait connue le même chemin que la précédente et que la suivante. En laissant une marge de manœuvre aux enquêteurs, l'idée à l'origine de la politique se trouve transgressée. Rien ne peut assurer aux victimes, comme aux agresseurs, que leur dossier sera traité de la même manière qu'un autre.

²⁷ La quatrième section de la politique présente les responsabilités de trois groupes d'acteurs, soient les directeurs, les gestionnaires et les employés. Son inclus dans les employés : les médecins, les stagiaires et les bénévoles. Les infirmières ne sont pas mentionnées ni les professionnels. De plus, les responsabilités des enquêteurs ne sont pas mentionnées.

Deuxièmement, l'application d'une telle procédure administrative sous-entend l'accumulation d'informations et de données sur le phénomène légiféré. Les dossiers, les comptes rendus, les lettres, enfin, tous les documents permettant de retourner sur la façon dont la procédure a été appliquée, constituent un élément important de cette volonté de formalisation. On pourrait parler de bureaucratisation de la violence par sa gestion légale et administrative. Malgré ces premiers pas vers la bureaucratisation, les documents et les informations sont presque inexistantes dans les dossiers de plaintes qui ont été sous étude. Pour obtenir l'information sur le déroulement des enquêtes, il n'y avait que le formulaire de plainte qui se retrouvait de façon constante dans tous les dossiers. Si les principes de la bureaucratie avaient été respectés, les données pertinentes relatives aux enquêtes n'auraient pas été recueillies auprès des enquêteurs, mais auraient été présentes dans chacun des dossiers. Il y a donc un écart entre la volonté de bureaucratiser la violence par l'implantation d'une politique et la gestion arbitraire de cette même politique.

À ces deux lacunes reliées au traitement des plaintes, s'ajoute le fait que les enquêteurs, tel que le précise la procédure, varient en fonction des personnes concernées dans les plaintes. Ces dernières peuvent être déposées à trois endroits différents, gérées de trois manières distinctes et les conséquences peuvent être aussi disparates. La politique ou plutôt la procédure de traitement sous-entendue dans la politique, s'applique par trois groupes d'employés différents, qui possèdent chacun une marge de manœuvre considérable dans le déroulement des enquêtes. Cette façon de procéder peut initier des sentiments d'injustice, de la frustration, de la colère et même, provoquer de la violence chez des personnes soumises aux enquêtes ou insatisfaites de ces dernières. En ce sens, on peut formuler l'hypothèse qu'une telle procédure ne contribue pas à enrayer la violence, mais plutôt la stimule.

6.1.2 L'application différenciée de la politique

Cette marge de manœuvre laissée aux enquêteurs a plusieurs conséquences outre les sentiments qui viennent d'être décrits. Entre autres, elle contribue à la construction de plusieurs réalités en ce qui concerne la violence dans l'organisation. Ces réalités sont principalement de deux ordres soit en fonction des personnes, soit en fonction des actes.

6.1.2.1 La réalité en fonction des personnes

Tout d'abord, la procédure officielle précise les personnes qui seront responsables de mener les enquêtes, et ce, en fonction des agresseurs ou des victimes. Cette distribution des plaintes crée un traitement différent en fonction du statut social des personnes ayant déposé ou qui sont visées par une déclaration. Également, trois réalités différentes se bâtissent ce qui contrevient à une image globale et intégrée de la violence telle que définie dans la politique. Ces trois réalités sont la violence perpétrée par ou contre un médecin, la violence perpétrée par ou contre un client, et la violence entre employés. Par exemple, une plainte qui concerne un médecin et qui est déposée par un employé, se verra traitée par la Direction des services professionnels. La plainte de cet employé qui, lui, relève des ressources humaines, ne connaîtra pas le même traitement qu'une autre plainte déposée par un collègue de ce dernier, et dirigée vers un autre employé. Dans le premier cas, l'enquêteur rencontre de façon informelle le médecin, tente de trouver un terrain d'entente. Dans le second cas, les rencontres sont plus structurées, les deux personnes concernées sont rencontrées ainsi que les gestionnaires, et des conséquences sont prévues selon l'ampleur de la situation. Dans les exemples de plaintes de violence déposées à l'encontre d'un médecin, dans un seul cas la victime a été rencontrée.

Il est possible de se demander s'il n'y a pas une relation entre ce traitement différentiel des plaintes et le statut détenu par les personnes qui sont l'objet ou qui déposent la plainte. Ainsi, le traitement réservé au corps médical est différent de

celui des employés du secteur général et clinique, et l'ensemble du personnel est aussi traité différemment que la clientèle. Alors qu'une politique ou un règlement vise à niveler les différences entre différents groupes, la politique de non-violence telle qu'elle est appliquée, tend à augmenter ce traitement différentiel.

6.1.2.2 La réalité en fonction des actes

En second lieu, le fait de juger certaines plaintes frivoles, de décider d'en enquêter et d'en laisser d'autres de côté, contribue à construire une réalité parallèle à celle définie dans la politique que l'on nommera la violence reconnue²⁸. La violence qui va être enquêtée est, selon les données du formulaire, et pour les enquêteurs, visible et descriptible. On peut se référer à une citation de l'un de ces derniers où il affirmait : « Maintenant, la nuance entre verbales et psychologiques là, regarde, on peut tu toutes les mettre dans le même panier? » (Secteur général, enquêteur). Ainsi, les formes de violence reconnues sont définies par les enquêteurs en vertu des décisions qu'ils rendent à partir du moment où une plainte est déposée.

Le formulaire de déclaration joint à la politique est une source d'information frappante pour confirmer que ce sont les formes visibles qui sont préconisées dans la construction de la violence reconnue. Sur la première page du formulaire, la victime doit remplir des cases à cocher pour identifier le type d'agression. Il y a quatre catégories : agression verbale, agression physique, état de l'agresseur et les facteurs probables de déclenchement de l'événement. Dans la politique, les formes de violence sont au nombre de cinq. Qu'est-il arrivé de la violence psychologique, sexuelle et symbolique? Les catégories qui ont été choisies afin de décrire les

²⁸ La violence déclarée se divise en deux catégories : celle qui est reconnue et qui va mener à une enquête et celle qui n'est pas reconnue et qui est jugée comme frivole. Cette dernière ne sera pas enquêtée.

événements violents sont des comportements visibles, observables et descriptibles. La violence symbolique, quoi que visible, est cependant exclue du formulaire.

Bien sûr qu'il est possible de décrire la situation telle qu'elle a été vécue avec toutes les nuances nécessaires, mais cette classification des actes de violence contribue à construire une réalité de la violence reconnue comme étant un événement visible et palpable. Pour être enquêtée, une violence doit être reconnue comme telle et cette décision repose, pour le moment, sur le fait que l'événement « entre » dans les catégories définies dans le formulaire et qu'en plus, les enquêteurs le reconnaissent comme tel.

6.1.3 Les enquêteurs et la violence déclarée

Les enquêteurs, peu importe dans quel domaine ils interviennent, sont les principaux acteurs qui contribuent à la construction des définitions des formes de violence reconnues, des interventions jugées nécessaires et de la prévention telle qu'elle devrait être mise en œuvre dans l'organisation. Ce sont eux qui, de façon officielle, déterminent, sanctionnent, et planifient les actions liées à la violence. Ils détiennent donc un pouvoir considérable en ce qui a trait à la construction de cette réalité. Pour comprendre les conséquences de cette détention de pouvoir, il faut aussi comprendre la philosophie sous-jacente à leurs interventions.

Tout d'abord, il est important de faire une distinction entre deux caractéristiques des enquêtes et de leur dénouement : les décisions que prennent les enquêteurs peuvent être coercitives (correctives) ou préventives, et elles peuvent être tolérantes ou intolérantes. La distinction entre ces deux notions va permettre de camper la discussion sur la nature du travail des enquêteurs et sur leur contribution à la construction des normes de violence.

6.1.4 La gestion de la violence déclarée : un processus coercitif ou préventif?

Le processus d'enquête, tel qu'il a été observé et commenté par les intervenants, est coercitif. Pour chaque acte reconnu comme violent, des sanctions appropriées sont prévues pour empêcher la personne de récidiver. Cette mesure est d'ailleurs indiquée dans le texte de la politique au point 4 de la procédure administrative de dépôt d'une plainte. Il s'agit de la seule spécification définie dans la politique suite au dépôt d'une plainte:

Les mesures disciplinaires administratives ou judiciaires appropriées, ainsi que les mesures prévues au code de déontologie ou au code d'éthique, seront prises à l'égard de toute personne visée par la présente, reconnue responsable ou impliquée dans un acte de violence et ce, proportionnellement à la gravité des actes posés. (Politique de non-violence, 2001)

Lors de l'enquête qui a été observée, il y avait un souci de reconstituer la situation de violence, de comprendre les éléments déclencheurs, mais en fin de compte, l'enquête était davantage orientée vers la description de la situation afin de déterminer la sanction possible. Il s'agissait davantage d'un terrain de négociation afin de faire un lien entre l'acte et la sanction, qu'une réunion à titre préventive. La présence syndicale est à cet effet révélatrice. Le représentant est présent pour faciliter la négociation et pour s'assurer que l'employé est représenté dans cette rencontre avec l'employeur.

La prévention, aux yeux d'un des enquêteurs, consiste à intervenir après un premier événement afin de s'assurer qu'il ne se reproduise plus, et ce sont ces démarches qui ont été observées lors de l'enquête. Cette intervention est à mon sens corrective, et ne consiste pas à prévenir l'apparition de comportements avant ses premières manifestations. La perception de ces deux notions, la prévention et la coercition, a un impact direct sur la façon dont les enquêtes vont être engagées, comment les cas de violence vont être traités et le message qui sera véhiculé dans l'organisation. La violence est châtiée par des moyens tout autant violents de coercition, et il n'y a pas

d'intérêts à comprendre comment et pourquoi une situation de violence se déclenche, de tenter d'intervenir sur les ancrages plutôt que sur les résultats.

Cette façon de concevoir l'intervention des enquêteurs en tant qu'action corrective a une double conséquence. Premièrement, il se développe une tendance à individualiser le problème de la violence et à ne pas considérer les comportements comme le résultat de plusieurs ancrages individuels, organisationnels et sociaux. Cette idée peut être aussi illustrée par le formulaire de plainte, dans la section des « facteurs probables au déclenchement de l'événement » (politique de non-violence, 2001). Tous les facteurs qui sont énumérés sont de type individuel, lié soit à l'agresseur, soit à la victime. Il n'y a aucun facteur organisationnel ou social.

Les statistiques présentées lors de la réunion du comité de la prévention de la violence par les deux enquêteurs sont révélatrices pour illustrer cette individualisation de la violence. L'enquêteur des ressources humaines a présenté les données en fonction du titre d'emploi des personnes (mais sans en préciser la relation) et des formes de violence tandis que l'enquêteur de la Direction de la planification et des communications a présenté ses données par service problématique (pour le détail de ces statistiques, voir tableaux 3.5 et 3.6). Il y a donc un souci d'associer la fréquence de la violence et de certaines de ces formes avec des secteurs problématiques de l'hôpital.

La deuxième conséquence qui découle de la première, consiste à limiter considérablement les possibilités de prévention de la violence. Si l'on ne reconnaît pas qu'il y a des éléments autres qu'individuels qui peuvent pousser les gens à se désorganiser, comment prévenir l'apparition de formes de violence similaires?

Pour illustrer ces conséquences, on peut comparer le travail de l'enquêteur au niveau de la clientèle et celui fait par les enquêteurs des ressources humaines. Dans le premier cas, l'enquêteur est très restreint en ce qui a trait aux sanctions. Certes, le visiteur ou le patient peut recevoir un avertissement dans le cas où il fréquente

l'établissement sur une base régulière, mais pour ce qui est de ceux qui sont de passage, le pouvoir d'intervention est limité. Les mesures qui ont été envisagées pour agir sur la violence externe se sont révélées être beaucoup plus préventives que coercitives. Par exemple, l'enquêteur a fait une étude pour déterminer s'il y a une corrélation entre les situations de violence à l'urgence et le temps d'attente, ce qui l'a amené à apporter certaines améliorations à la salle d'urgence pour que l'attente soit moins pénible pour les visiteurs et pour les personnes malades. Il a donc tenté de faire ressortir les ancrages organisationnels de la violence afin d'agir sur ces derniers.

Dans l'enquête qui a été observée ainsi que dans les dossiers de plaintes qui ont été étudiés, le pouvoir d'intervention des enquêteurs était très différent. Ils sont en mesure d'imposer des sanctions afin de corriger un comportement indésirable de la part d'un employé. L'objectif est de prévenir la récurrence en y associant une peine. La documentation et l'observation ont aussi permis de constater qu'il y a pas ou peu d'enquêtes directement sur le terrain, qu'il n'y a pas de détails sur les relations de travail, sur les conditions de travail ou sur tout autre élément organisationnel pouvant avoir déclenché une agression.

On voit par ces exemples que dans le cas où une intervention de type corrective serait limitée, il y a un recours à une action préventive, tel que c'est le cas pour l'enquêteur chargé de gérer la violence externe. Les cas de violence ne sont pas individualisés, au contraire, il y a un réel effort à comprendre les causes de déclenchement des agressions. En contrepartie, lorsque les interventions sont coercitives, il y a une tendance à considérer que l'agression est individuelle et qu'il s'agit d'un problème entre deux personnes. Le travail préventif est limité dans le sens où il n'y a pas de place pour les ancrages organisationnels sur lesquels il serait possible d'agir pour prévenir.

6.1.5 Les décisions des enquêteurs : tolérance ou intolérance?

Malgré le caractère coercitif du travail des enquêteurs pour les plaintes concernant les employés, il a été observé qu'il y avait une certaine tolérance à l'égard de la violence. Cette conception de la tolérance s'éloigne de celle promue dans la politique, la tolérance zéro ou l'intolérance. Étant donné que le processus d'enquête n'a pas été défini au-delà de la procédure de dépôt d'une plainte, les enquêteurs détiennent une grande marge de manœuvre pour tolérer ou non des comportements violents. Il s'opère une construction de normes de tolérance par les intervenants « experts » qui contribuent à définir ce qui est violent et ce qui ne l'est pas dans l'organisation. En référence avec notre définition de la violence, il a été possible d'observer qu'il y a au moins trois normes informelles qui se sont construites suite à l'application de la politique, par opposition à la norme formelle de tolérance zéro. Ces différences créent des réalités qui concernent les formes de violence, les personnes affectées par les plaintes (employés, enquêteurs et gestionnaires) et les secteurs d'activités auxquelles elles s'adonnent.

6.2 Les normes de tolérance de la violence déclarée

6.2.1 La norme informelle en fonction des formes de violence

Les formes de violence qui sont tolérées dans l'organisation s'accompagnent de la reconnaissance qui leur est attribuée par les enquêteurs, par les gestionnaires ou par les employés. Lorsqu'il y a de la violence visible, par opposition à de la violence sournoise (psychologique), il y a un ensemble de mesures prévues pour la déclarer, comme en témoigne le formulaire (voir annexe 2). Le travail des enquêteurs est aussi facilité dans la mesure où ils détiennent des éléments concrets et visibles sur lesquels baser leurs analyses et décisions. La politique et son application contribuent à créer une certaine tolérance face aux situations de violence qui ne sont pas identifiables et à agir sur celles qui sont visibles.

La violence interne par opposition à la violence externe est une seconde forme de violence où la tolérance peut varier. La violence envers la clientèle n'est pas du tout tolérée, mais inversement, lorsque ce sont les usagers qui sont les agresseurs, il y a une certaine forme de tolérance qui s'exprime. Le comportement de la clientèle est justifié par l'épreuve de la maladie et de la mort qu'ils ont à subir et par la situation difficile dans laquelle ils se trouvent. Lorsque la violence est interne et n'implique pas les patients, la tolérance s'exprime différemment, soit selon les personnes concernées, selon les secteurs d'activités ou selon les autres formes de violence.

Enfin, la troisième forme de violence où des normes de tolérance varient concerne les violences horizontales et verticales. Dans les cas de violence verticale, la tolérance variait en fonction du sens de la relation. Les décisions seraient plus tolérantes dans une relation du haut en bas que dans une relation de bas en haut. Par exemple, en comparant des situations où les actes de violences étaient similaires, lorsque les supérieurs étaient des victimes, les enquêtes se sont soldées par des ententes de départ. Dans le cas où c'était un supérieur qui avait agressé un subordonné, c'est ce dernier qui a écopé d'une lettre d'avis. Cependant, dans les cas de violence entre pairs, les conclusions des enquêtes étaient plus sévères. Ce constat nous amène à considérer l'hypothèse selon laquelle il y aurait une relation entre le statut hiérarchique et la tolérance de la violence.

6.2.2 Les normes informelles en fonction des personnes concernées

Les normes qui viennent d'être détaillées sont intimement liées avec celles qui seront à l'instant, présentées. Les formes de violence sont directement reliées aux personnes impliquées dans les dossiers de plaintes. Ainsi, lorsqu'il est question d'une plus grande tolérance à l'égard de la violence externe, c'est qu'il y a une plus grande tolérance à l'égard de la clientèle violente par rapport aux employés violents. De la même manière, si le traitement est différent pour la violence verticale et horizontale,

c'est qu'il y a une norme différente entre les personnes de niveau hiérarchique différent ou en fonction de leur statut dans l'hôpital.

Cependant, il faut noter qu'il y a une norme de tolérance qui se développe par l'entremise des enquêteurs. Chacun d'entre eux a sa propre conception de ce qui est violent, de ce qui peut être toléré et de ce qui ne l'est pas. Les gestionnaires, et ceci sera discuté plus en détail à la section 6.4, contribuent également à la construction d'une norme de tolérance à l'intérieur de leur propre service. Certains tolèrent d'avantage et d'autres beaucoup moins. De la même manière, chaque employé se construit sa propre norme de tolérance face à la violence et c'est en fonction de cette dernière que certains d'entre eux sont amenés à déposer des plaintes alors que d'autres, pour un même acte, ne le déclareront pas.

6.2.3 Les normes informelles en fonction du secteur d'activité

Les premiers secteurs d'activité pour lesquels il y a une norme de tolérance différente concernent le secteur clinique et le secteur général. Cette norme est liée à celles définies précédemment : norme informelle en fonction du type de violence interne / externe et norme informelle en fonction des personnes concernées client / employé. Mais cette distinction peut aller encore plus loin. Si l'on oublie la violence externe et que l'on ne tient compte que de la violence interne, il y a des normes différentes en fonction du contact de soins que les employés ont avec la clientèle. La violence qui provient des employés de soutien est beaucoup moins tolérée que celle provenant des employés issus du secteur clinique.

Dans ce dernier cas, il y a une série de justifications qui tendent à atténuer les comportements tels que le stress, la surcharge de travail, l'anxiété, etc., alors qu'au niveau général, la tolérance zéro est beaucoup plus appliquée. Une réflexion à ce sujet mérite d'être abordée. Elle s'articule autour du constat qui a été fait selon lequel

le secteur clinique est sous représenté dans les dossiers de plainte étudiés dans la présente recherche.

6.2.4 La violence dans le secteur clinique et dans le secteur général

Lorsqu'il est question de violence interne, il a été observé que les employés, de même que les gestionnaires du secteur général, étaient beaucoup plus à l'affût de la politique que ceux du secteur clinique. Les plaintes issues du secteur général étaient plus nombreuses, et les gestionnaires étaient au courant, non seulement de l'implantation de cette procédure, mais aussi des formulaires mis à la disposition des employés.

Selon deux des gestionnaires du secteur général, leurs employés connaissent très bien la politique officielle de tolérance zéro. Ils savent que leurs collègues ne peuvent, en aucun cas, être violents à leur égard, tout comme eux-mêmes ne peuvent afficher de comportements violents sans risquer de faire l'objet d'une plainte. Ils connaissent la norme de tolérance zéro, ils l'ont intériorisé et savent que porter plainte est un acte normal en fonction de la philosophie prônée dans l'organisation.

La situation semble cependant différente dans le secteur clinique. Il a été rapporté, par exemple, que les infirmières n'étaient pas au courant de cette politique, même un an après son implantation. Le manque de connaissance en ce qui a trait à la philosophie fait place à la construction d'une autre norme de tolérance. On peut donc émettre l'hypothèse que les normes de tolérance face à la violence changent en fonction du secteur d'activité et de la connaissance de la politique. Mais pourquoi le personnel du secteur clinique réagit-il différemment, à l'égard de la norme de tolérance zéro, de celui du secteur général lorsque vient le temps de dénoncer un collègue violent?

Il y a plusieurs explications qui peuvent être avancées. D'abord, les employés du secteur clinique sont confrontés avec une violence externe, issue de la clientèle. Ils

sont davantage préoccupés par cette forme de violence que les employés du secteur général. Il peut alors se créer une sorte de solidarité entre les employés dans le but de se protéger contre une violence venant de l'externe. Dans un tel contexte, il est possible qu'une norme de tolérance se développe face aux événements violents qui proviennent de leurs collègues.

Une seconde explication concerne le niveau de stress relié au contact avec la clientèle et le niveau de responsabilité à l'égard de la santé des patients auxquels les employés du secteur clinique sont confrontés. Ils sont incessamment en contact avec les patients, leur horaire est très chargé et ils doivent travailler avec d'autres collègues issus de spécialités très différentes. Il est donc possible que certaines formes de violence soient davantage tolérées parce qu'elles se manifestent dans un tel contexte et qu'elles soient justifiées parce qu'elles sont perpétrées par des personnes ayant des responsabilités très difficiles à accomplir. Il se peut qu'il y ait une norme de tolérance qui se développe face à la violence interne.

Il existe, certes, d'autres questionnements relatifs à cette sous-déclaration de la violence interne dans le secteur clinique. Par exemple, quelles sont les conséquences d'une plainte de violence dans une équipe de soins? Comment va-t-elle affecter les relations entre les professionnels appelés à travailler en étroite collaboration? Et ceci, affectera-t-il en dernier lieu les soins prodigués aux patients?

La politique, en tant que pratique organisationnelle, a un impact sur la gestion de la violence, mais aussi sur la définition de ce qu'est la violence et de ce qui est toléré. Dans ce processus de construction sociale de la violence, les enquêteurs jouent un rôle crucial. Certains privilégient une approche plus coercitive, une philosophie de tolérance zéro et des normes différentes et informelles de tolérance, alors que d'autres axent leurs interventions sur la prévention et sur une tolérance qui se justifie par des formes de violence, des personnes et des secteurs d'activités. Mais la construction sociale de la violence passe aussi par le comité de la prévention de la violence. Ce dernier n'est pas directement impliqué dans l'application des procédures

administratives, mais contribue, par ses interventions et ses projets, à construire la réalité de la prévention, c'est-à-dire la réalité de la violence sur laquelle il faut agir.

6.3 Le comité de la prévention de la violence et la construction sociale de la prévention

Les rôles du comité sont la prévention de la violence et la promotion de la politique de non-violence. Le travail des membres du comité, tel qu'il a été décrit lors des entrevues, consiste à identifier et à définir les situations problématiques dans l'organisation et à trouver les moyens pour prévenir l'apparition de comportements violents. De plus, ils sont responsables de promouvoir la politique et sa philosophie sous-jacente. Par ces mandats, les membres contribuent à la construction sociale de la violence. Pour illustrer cette idée, les deux axes d'intervention du comité seront présentés, la prévention et la promotion, ainsi que les conséquences du sens qui leur est accolé en ce qui concerne la violence.

6.3.1 La prévention : sur quoi agit-elle?

Les discussions auxquelles j'ai assistées lors de la réunion du comité de la prévention de la violence étaient surtout dirigées vers la prévention de la violence qui touche le personnel de l'urgence, et qui émane de la clientèle. Les projets présentés et discutés étaient, entre autres, les affiches de non-violence (avec le principe philosophique de la politique de tolérance zéro), la présence d'un agent de sécurité de façon permanente, ainsi que la mise sur pied d'un « bouton panique » pour les situations d'urgence. Outre la présentation sommaire des statistiques concernant la violence entre employés, cette dernière n'a pas fait l'objet de discussions. Le nombre de cas de violence interne et externe sont pourtant similaire : 37 plaintes déposées aux ressources humaines pour 39 plaintes provenant d'employés et dirigées vers la clientèle (pour plus de détails, voir tableaux 3.5 et 3.6). Lors des entrevues avec les

membres du comité, cet intérêt pour la violence concernant la clientèle était très présent au détriment de l'intérêt pour la violence interne. Le comité et ses membres participent à la construction sociale de la violence reconnue dans l'organisation (la violence externe) et pour laquelle une intervention préventive est nécessaire.

Le comité, qui devrait prévenir l'ensemble des formes de violence, peu importe qui elles impliquent, est davantage préoccupé par la violence impliquant la clientèle. Étant donné que les membres sont limités en matière d'interventions directes ou de type punitif auprès de la clientèle, car ils n'ont pas d'autorité sur elle, on pourrait présumer que les mesures sont préventives. Ce qui est paradoxal, c'est qu'en fait, les moyens envisagés par le comité sont coercitifs dans le sens où ils ont tous un caractère de répression et de contrainte. Les exemples de projets que nous venons de citer sont de nature intimidante et visent à générer une certaine crainte de représailles en cas de situation d'agression. Il s'agit de moyens qui sont, à mon avis, tout aussi violents que des comportements spontanément violents, à la différence qu'ils sont légitimes et organisés. Un retour sur l'histoire du comité et sur celle de l'implantation de la politique permettrait d'éclaircir la nature des décisions prises par les membres de ce comité.

6.3.2 Le rôle du comité de la prévention de la violence avant et après la politique

Le comité, à son origine, fonctionnait de façon informelle. Il s'agissait de rencontres peu structurées avec des membres de l'organisation concernés par la violence dans l'hôpital. L'objectif était d'échanger sur certaines problématiques propres à chaque service et de discuter des moyens disponibles pour agir sur les situations de violence. Le glissement de ce comité informel à un comité formel s'est produit à partir du moment où les ressources humaines ont été mandatées pour rédiger une politique de non-violence.

Le comité s'est retrouvé dans un processus de bureaucratisation. Les rencontres étaient formelles avec procès-verbaux et convocations officielles. Le mandat consistait désormais à développer une définition consensuelle de la violence et de préciser comment intervenir de façon juste et légale en cas de violence. Progressivement, certains membres ont été remplacés : ils n'étaient plus nécessairement membres du comité parce qu'ils étaient touchés par la problématique de la violence dans l'organisation, mais bien parce qu'ils occupaient une fonction précise dans l'organisation qui justifiait leur présence aux réunions (expertise).

Un exemple de ce remplacement concerne le représentant de la sécurité. La personne qui a été interrogée n'est actuellement plus membre du comité. Elle avait été un des premiers membres et elle est restée en poste jusqu'au jour où ayant assuré le poste de chef de sécurité par intérim pendant deux ans, elle a été remplacée. Le nouveau chef a pris sa place au sein comité de la prévention de la violence malgré l'implication, la connaissance et l'expérience de l'ancien chef.

Parallèlement au remplacement des membres, le mandat du comité est devenu officiel et formalisé : il fallait bâtir une politique de non-violence. La rédaction de la politique est devenue le principal mandat du comité, au détriment de la prévention et même de la compréhension de la violence dans l'organisation. Cette procédure de rédaction a duré plus de cinq ans et elle fut très difficile, mais en fin de compte, la politique a été officiellement lancée.

Le lancement de la politique correspond à la disparition du principal objectif du comité qui consistait à définir et à qualifier la violence dans la politique de non-violence. Seuls les enquêteurs ont continué à exercer un rôle à l'intérieur de l'application de la politique. Le vide laissé, suite au lancement de la politique, est peut-être une des causes de la démobilisation de certains membres du comité. Tel qu'il a été décrit à la section 5.3.2, ces derniers se sont désengagés, en partie parce qu'ils n'étaient pas satisfaits du nouveau rôle qui leur était attribué, soit d'approuver

ou de commenter les mesures préventives, et qui remplace celui qu'ils occupaient lors de la rédaction de la politique.

La principale conséquence de ce désengagement des membres du comité est que la visibilité et la possibilité de mobilisation du comité se trouvent réduites. Au début de sa formation, ses membres étaient présents parce que la violence affectait leur service et leur personnel. Ils étaient en mesure d'appliquer les mesures discutées et de les promouvoir à travers l'hôpital. Maintenant, le comité est invisible : les gestionnaires n'étaient même pas au courant de son existence. Et si on ne voit pas le comité, si l'on ne sait pas qu'il existe, alors comment la prévention peut-elle toucher l'ensemble des membres de l'organisation? La prévention est aussi invisible que le comité qui doit en assurer le développement.

En fait, les seules personnes qui sont toujours en contact avec le but premier du comité officiel sont les enquêteurs, et plus spécifiquement ceux des ressources humaines. Ces derniers assurent le lien entre la politique, la prévention et le comité. Ce sont eux qui déterminent les sujets de discussion des réunions, qui proposent des projets et qui guident les solutions. Or, le travail d'intervention de ces derniers est axé vers la punition des actes de violence. Dans un tel contexte, la nature de leur travail déteint sur celui du comité. Les mesures sont beaucoup plus coercitives que préventives.

La politique et le comité sont donc complémentaires en ce qui a trait à leur rôle dans la construction sociale de la violence. Les membres de ce comité qui ont rédigé la politique de tolérance zéro sont ceux qui ont contribué à construire la réalité des formes de violence reconnues par l'organisation. Ils ont remis l'exécution de cette procédure à des membres de l'organisation, les enquêteurs, qui en fonction de cette politique et par la marge de manœuvre importante qu'ils ont dans l'application de la politique, continuent cette construction. En fait, le rôle du comité, qui était de définir et de qualifier la violence, est passé vers les enquêteurs qui détiennent dès lors

l'expertise. Il en résulte que le comité a perdu non seulement son but initial, mais aussi son pouvoir de définir la violence sur laquelle il faut agir dans l'organisation.

6.3.3 La promotion de la non-violence

La promotion de la non-violence est le second mandat du comité. Elle se fait essentiellement par des communiqués, par des affichages et par des journées d'activités pour promouvoir la non-violence, et surtout pour faire connaître la politique. Ces initiatives sont préventives et ont pour objectif de faire connaître la politique, les projets préventifs ainsi que les conséquences associées à la violence. Deux choses découlent de la manière dont est exercée cette responsabilité. D'abord, malgré les campagnes de promotion antérieures à de l'implantation de la politique, cette dernière est très peu connue dans l'organisation, et ce après plus d'une année d'application. Le second constat est que malgré la promotion comme mandat du comité, celui-ci n'est pas du tout connu par les gestionnaires et les membres du comité.

Le fait que le comité a poursuivi l'objectif de faire connaître la politique et non son rôle a contribué à le rendre invisible. Le comité est dans l'ombre de la politique qu'il a rédigée. Alors que la promotion devrait être une courroie de transmission importante pour le comité, pour se faire connaître, pour que les membres soient ciblés dans l'organisation, pour que les employés puissent leur témoigner leurs réels besoins, elle est uniquement au service de la politique. Le manque d'investissement du comité dans la promotion limite sa capacité d'intervention en matière de prévention, car il n'est pas connu et reconnu dans l'hôpital.

6.4 Les gestionnaires : la gestion de la violence et de ses multiples définitions

La violence telle que construite par les enquêteurs et par les membres du comité, constitue la violence dite officielle dans l'organisation, celle qui est reconnue par ceux qui appliquent et développent les moyens pour agir sur ces formes de violence. Il existe cependant d'autres acteurs importants qui contribuent de façon plus informelle à la construction sociale de la violence à l'intérieur des services. Il s'agit des gestionnaires. Mais ces derniers, comme il a été démontré dans l'analyse des résultats, sont également impliqués dans les enquêtes et participent donc à la construction sociale de la violence officielle. Étant confrontés à ces multiples réalités, le rôle des gestionnaires s'en trouve affecté.

Deux éléments importants sont ressortis de l'analyse des résultats en ce qui concerne les gestionnaires. D'abord, ces derniers sont confrontés à une réalité complexe de ce qu'est la violence. Ils ont eux-mêmes une conception de ce qu'est cette réalité, mais ils sont en plus confrontés à une définition officielle de tolérance zéro, et à plusieurs définitions informelles de la violence. Comment les gestionnaires peuvent-ils gérer un phénomène si la norme de tolérance organisationnelle n'est pas maintenue et qu'elle change selon les personnes, les actes ou les services? Le second problème concerne la déresponsabilisation des gestionnaires à l'égard de leur rôle en ce qui à trait à la violence dans leur service. La centralisation de la gestion de la violence évacue la violence du champ d'intervention du gestionnaire. Ces deux problèmes font l'objet du dernier point de ce chapitre.

6.4.1 Les multiples définitions de la violence

Les gestionnaires ont reconnu qu'ils ont la responsabilité d'intervenir dans les situations de violence qui se produisent dans leur service ou qui touchent un de leurs employés. Par leurs interventions, ils contribuent à la construction sociale de la

violence dans leur service. Étant donné que le seuil de tolérance varie d'un gestionnaire à l'autre, il se construit des normes comportementales différentes. Dans un service certains agissements peuvent ne pas être tolérés alors qu'ils le sont dans un autre service.

L'implantation d'une procédure administrative telle que la politique de non-violence avait pour objectif de contrecarrer cette problématique reliée à la perception différente que peuvent avoir les gestionnaires. Il y avait une volonté de définir un seuil unique de tolérance afin d'éviter que les employés ne se sentent lésés ou victimes d'injustice. Une telle procédure assure que les plaintes sont traitées par une ou plusieurs personnes qui se réfèrent à un seuil de tolérance officiel et qu'elles l'appliquent de la même manière pour tous. Or, comme il vient d'être mentionné, la politique n'atteint pas cet objectif étant donné la latitude qu'elle laisse aux enquêteurs dans le processus d'enquête.

Les gestionnaires sont donc confrontés à une multitude de réalités en ce qui concerne la gestion de la violence. Avant, ils étaient les principaux experts en matière de définition de comportements violents dans leur service, maintenant ils ont perdu cette expertise qui est assurée par les enquêteurs. Cette perte de pouvoir est intimement liée à la centralisation de la gestion de la violence. L'implantation de la structure par programme avait comme objectif, entre autres, de décentraliser les décisions, dont celles concernant la gestion du personnel. L'implantation de la politique de non-violence a eu l'effet contraire, c'est-à-dire d'évacuer cette responsabilité du champ d'exercice du gestionnaire pour la centraliser aux ressources humaines.

6.4.2 La déresponsabilisation des gestionnaires

Les gestionnaires ont donc perdu une certaine forme d'autorité et de pouvoir dans leur service. Les employés, s'ils ne sont pas satisfaits des gestionnaires et de leurs interventions, peuvent avoir recours à la politique et ainsi contrevenir à la décision de leurs supérieurs. Cette perte de pouvoir peut avoir un effet considérable sur la perception qu'ont les employés de leur supérieur. Ceci pourrait amener certains employés à remettre en question des décisions, et à ne pas accepter certaines interventions. L'interférence d'une telle mesure dans le champ de compétence du gestionnaire contribue à lui retirer un pouvoir d'intervention mais surtout affecte sa crédibilité en la matière.

S'ajoute à cette première problématique une ambiguïté liée au message que porte la politique. D'un côté, on demande aux gestionnaires de gérer la violence dans leurs services, de s'impliquer et de collaborer dans le processus d'enquête (voir texte de la politique de non-violence, annexe 1) et de l'autre, l'application de la politique leur retire un certain pouvoir d'intervention. Cette situation peut en amener certains à se retirer des enquêtes et même à ne pas intervenir dans les situations de violence au quotidien, sachant très bien qu'il y a une procédure centralisée si les employés désirent réellement porter plainte. La politique vient déresponsabiliser les gestionnaires face à leur rôle dans la gestion de la violence.

La politique affecte également la capacité et le sentiment de responsabilité des gestionnaires à l'égard de la prévention dans les différents services. La prévention est pour le moment axée sur les diverses problématiques liées à l'urgence et sur les formes de violence sur lesquelles les enquêteurs n'ont pas de pouvoir d'intervention. Tel que mentionné, la violence entre employés tend à être individualisée (par les types d'interventions et par le formulaire de déclaration), ce qui a un impact considérable sur la prévention. Le gestionnaire, qui déjà a perdu une part de son pouvoir d'intervention, est en plus confronté avec cette réalité de la prévention. Devant une violence individuelle, il n'y a pas de place pour la prévention au

quotidien. De plus, s'il n'est plus celui qui définit ce qui est violent, si les nouveaux experts considèrent que la violence est individuelle, alors comment le gestionnaire peut-il faire lui-même de la prévention?

La situation dans laquelle les gestionnaires se retrouvent lorsqu'il est question de gérer la violence est très complexe. Ils ne veulent pas qu'il y ait de violence dans leur service. Cependant, ils sont confrontés avec des experts externes qui déterminent ce qui est acceptable ou non dans leur service. On leur demande d'intervenir dans les conflits, mais on leur retire le pouvoir d'intervention. Ces contradictions peuvent expliquer pourquoi une bonne partie des gestionnaires rencontrés était satisfaite avec le nouveau rôle qu'ils ont à jouer dans la gestion de la violence. Cette déresponsabilisation leur confère plus de temps pour se consacrer à d'autres tâches. De plus, ils évitent d'être confrontés avec de multiples définitions de la violence, de la prévention et de faire face à ces contradictions.

CHAPITRE 7

VERS UNE COMPRÉHENSION DE LA VIOLENCE EN MILIEU

HOSPITALIER

7.1 Mieux connaître la violence hospitalière

L'étude de la violence au travail est une entreprise délicate et fastidieuse, car il s'agit d'un phénomène qui est très difficile à définir. Il est empreint du vécu des individus, de leur interprétation de la réalité, de leurs valeurs, et du contexte dans lequel ils évoluent. Dresser un portrait juste de la violence et de ce qui contribue à son émergence est difficile, car les événements déclarés ne constituent qu'une partie de la réalité.

Cette recherche avait comme premier objectif de dresser un portrait de la violence, de ses ancrages et de ses manifestations dans un centre hospitalier au Québec. Plus précisément, l'étude de cas a porté sur la violence qui touche le personnel et non celle qui concerne la clientèle. Ce choix est intimement lié aux autres objectifs qui étaient de comprendre comment se réalise la gestion de la violence dans le milieu hospitalier notamment par l'entremise d'une politique de non-violence. Le rôle du gestionnaire a également été étudié ainsi que la perception qu'il a de cette responsabilité et de comment il s'en acquitte.

L'analyse des dossiers de plaintes déposés en vertu de la politique a d'abord permis de dresser un portrait des formes de violence déclarées, de leur fréquence et des personnes qu'elles touchent. À partir du discours de gestionnaires, des enquêteurs et des membres du comité de la prévention de la violence, il a été possible de compléter ce portrait en

allant chercher les formes de violence qui ne sont pas déclarées, mais qui se vivent au quotidien dans les services.

La violence déclarée est visible, et, dans bien des cas, verbale. La violence psychologique est souvent accompagnée d'une autre forme visible, alors que la violence physique et sexuelle sont toutes les deux rares. La violence telle que nommée par les gestionnaires est beaucoup plus subtile, et en fait, s'immisce dans le quotidien. Elle peut être psychologique, verbale ou symbolique. Encore une fois, la violence physique et sexuelle sont les deux formes les moins fréquentes quoi qu'il y ait des cas de violence physiques qui sont, de l'avis de certains, fréquents et cachés.

Les ancrages organisationnels, sociaux et individuels constituent des points d'enracinement de cette violence et varient en fonction des contextes et des personnes. En circonscrivant l'environnement de recherche à un hôpital du Québec, l'identification d'une partie des causes potentielles de la manifestation de cette violence propre au milieu hospitalier a été réalisée. Les structures, les systèmes de valeurs, les normes, les cultures et les enjeux se combinent à d'autres ancrages et peuvent mener à la violence. Ces ancrages ont été identifiés par des gestionnaires, des membres du comité de la prévention de la violence et même par les enquêteurs.

Les témoignages des gestionnaires, enquêteurs et membres du comité ont été enrichissants, car ces personnes occupent un rôle clé dans la gestion de la violence dans l'hôpital. Pour les gestionnaires, la violence fait partie du quotidien et il est de leur ressort d'en assumer le règlement. Il s'agit par contre d'une lourde responsabilité à porter et à assumer, et c'est en partie pourquoi des mécanismes visant à faciliter le traitement des plaintes ou de prévention, ont été implantés. La gestion de la violence passe également par les enquêteurs qui définissent et identifient les formes de violence non tolérées dans l'organisation, le tout, en fonction de la responsabilité qui leur est conférée en vertu de la politique. Malgré le mot d'ordre de tolérance zéro, il a été observé que ces derniers disposent d'une marge de manœuvre importante dans

l'interprétation des situations, la procédure d'enquête n'ayant pas été précisée dans la politique.

Les membres du comité de la prévention de la violence ont quant à eux joué un rôle important dans le développement et dans le processus d'implantation de la politique. Une fois le processus enclenché, le mandat du comité a rapidement évolué, sans que les fonctions de tous et chacun ne soient redéfinies. Ils n'ont aucun pouvoir dans l'application de la politique et seuls les enquêteurs sont en mesure d'assurer le lien entre la politique et le comité. Ces derniers ne sont pas interpellés par le rôle passif qu'ils y jouent.

En adoptant une définition constructiviste de la violence, il a été possible de se questionner sur les normes organisationnelles qui définissent les comportements violents et de comprendre comment elles se construisent. Malgré une norme de tolérance zéro prônée dans la politique et dans le discours de certains participants, le constat a été fait qu'il y a des normes informelles en fonction des actes, des secteurs d'activité dans l'hôpital et des personnes impliquées dans les situations de violence.

La construction sociale de la violence a été analysée en fonction des trois groupes de participants rencontrés. D'abord, la violence se construit par les enquêteurs et passe par la façon dont la procédure officielle est définie et appliquée. Ces derniers ont une marge de manœuvre considérable dans la définition de ce qui est violent ou non étant donné que la procédure d'enquête n'est pas précisée dans la politique. Ensuite, les membres du comité qui sont limités dans leur capacité d'intervention vont influencer la prévention et la promotion de la non-violence. La violence entre employés est souvent individualisée, ce qui se traduit par une absence de prévention au niveau de la violence interne. De plus, les interventions des enquêteurs étant plus correctives, celles du comité le sont aussi, car ce sont les enquêteurs qui assurent le lien entre la prévention et l'application des mesures. Finalement, les gestionnaires sont confrontés à ces deux réalités de la violence : la politique a évacué de leurs responsabilités la gestion de la

violence tout en les confrontant avec des définitions informelles de la violence. Ils sont aussi déresponsabilisés à l'égard de la prévention de la violence, car ils ne gèrent plus directement les cas de violence et lorsqu'il y en a, ils sont considérés comme des problèmes interpersonnels et non liés à des ancrages organisationnels et sociaux.

7.2 Les limites de l'étude sur la violence

Cette étude comporte quelques limites qu'il faut mentionner. Lorsque la méthodologie a été conçue, le souci de la véracité des données était une réelle préoccupation. Plusieurs techniques de collectes de données ont été utilisées afin que certaines infirmations soient validées. L'étude des dossiers visait à dresser un portrait de la violence qui devait s'interpréter à la lumière des témoignages des membres de l'organisation. Or, une partie des plaintes n'ont pas été comptabilisées, parce qu'elles n'avaient pas mené à des enquêtes, ce qui ne permettait pas d'avoir une image juste de la violence déclarée, mais plutôt d'avoir un portrait de la violence enquêtée. Ceci a limité la richesse de l'analyse des dossiers, car le choix de faire ou non une enquête repose essentiellement sur le jugement de deux personnes. Dans une prochaine étude, c'est l'ensemble des plaintes qu'il faudrait considérer pour avoir le portrait général des agressions et non des enquêtes.

En ce qui concerne les participants, les gestionnaires étaient les experts pour témoigner de la gestion de la violence dans leur service, tout comme les enquêteurs pour la gestion des plaintes déposées en vertu de la politique. Les membres du comité étaient à leur tour les experts en ce qui concerne le fonctionnement et les mandats du comité. Toutefois, leur expertise en ce qui a trait aux formes de violence et aux ancrages de la violence était limitée à ce qui se passe dans leur service, ce qui ne permet pas d'avoir un portrait représentatif des formes de violence dans l'organisation. En fait, ce ne sont pas eux qui subissent cette violence, mais leurs employés. Afin de faire ressortir les formes de violence non déclarée, il aurait été intéressant de rencontrer des employés victimes

de violence ou bien de sonder l'ensemble du personnel pour faire ressortir la totalité des formes de violence dans l'organisation.

Une dernière limite est liée à la notion de norme qui est revenue à plusieurs reprises dans la recherche. Ce concept a été abordé sommairement dans le cadre théorique puis dans le chapitre 6. Il a été possible de voir, à travers les discours des participants, qu'il y a une norme officielle, et que plusieurs autres normes informelles existent. Malheureusement, les données n'ont pas permis de définir les limites de ces normes, leur nombre exact et leurs effets sur la violence. Cette limite est intimement liée à la définition de la violence. Au début de cette recherche, une définition a été retenue qui n'abordait pas le phénomène en termes d'actes, d'intentions et de conséquences, contrairement à celle proposée dans la politique de l'organisation. Cependant, cette définition comporte aussi des limites qui ont d'ailleurs été discutées à la section 1.6.2.1, et qui concernent le caractère visible des actes et de leurs effets perceptibles sur la victime. Or comme il a été démontré, la violence est bien souvent invisible et dans certains cas, la victime ne perçoit pas immédiatement les effets négatifs ou elle n'est pas en mesure d'exprimer et nommer ce qu'elle vit, c'est-à-dire des agressions subtiles.

7.3 Nouvelles questions soulevées par l'étude

La violence est un phénomène complexe, et il existe une panoplie de réponses aux interrogations qui la concernent. La preuve est que tout au long de cette étude, de nouvelles questions n'ont cessé de surgir. En ce qui a trait à la violence déclarée, il serait intéressant de comprendre pourquoi les employés du secteur général sont davantage représentés dans les données que ceux qui ont une relation de soin avec la clientèle. Est-ce parce que les employés de ce secteur ne vivent pas de violence? Est-ce parce qu'ils ne connaissent pas la politique? Est-ce parce que le contexte dans lequel ils travaillent tolère davantage la violence? Est-ce parce que les enjeux d'une déclaration

sont plus compromettants? Des pistes de réponses à ces questions ont été abordées à la section 6.2.4., mais elles gagneraient à être investiguées davantage.

La seconde vague de questionnements est ressortie lors de l'analyse du rôle des gestionnaires. Cette recherche a permis d'identifier les principaux problèmes liés à la gestion de la violence, et plus particulièrement à l'impact d'une politique sur le rôle des gestionnaires. Certes, beaucoup de questions nouvelles ont émergé en cours de recherche, et il serait intéressant d'approfondir certaines d'entre elles. Par exemple, il est ressorti que cette responsabilité est pour eux difficile, mais dans quelle mesure l'est-elle? Quels sont leurs sentiments profonds liés à cette tâche? Est-ce qu'il serait plus facile d'assumer ce rôle s'ils détenaient des moyens efficaces et un pouvoir légitime pour les aider à gérer la violence? Comment l'organisation peut-elle contribuer à l'allègement de cette tâche, sans pour autant déresponsabiliser les gestionnaires? Est-ce qu'une politique en la matière est suffisante? Et cette politique, et dans quelle mesure contribue-t-elle à évacuer cette responsabilité hors du champ d'exercice du gestionnaire?

Enfin, la politique et son application ont soulevé des questions surtout sur l'impact réel d'une telle mesure. Est-ce que la politique agit sur les formes de violence les plus présentes dans l'organisation? Contribue-t-elle réellement à la diminution des comportements violents? En fait, est-ce qu'elle agit sur ce pourquoi elle a été mise en place? Le fonctionnement du comité de la prévention de la violence a aussi été remis en question et pose certains problèmes. Comment ce comité pourrait-il contribuer à une application juste et efficace de la politique? Pourrait-il devenir un véhicule de la non-violence reconnu par tous?

7.4 Nouvelles pistes de recherche

Toutes ces interrogations permettent d'entrevoir de nouvelles avenues pour des recherches futures, et elles sont nombreuses. Selon moi, une des plus importantes est liée à la tolérance de la violence dans le milieu hospitalier qui s'exprime à trois niveaux. D'abord, il a été observé que certaines formes de violence sont plus tolérées que d'autres. Une étude plus approfondie de ces formes, de leur déclaration et de leur tolérance serait intéressante. Parallèlement, il a été observé que la tolérance varie également en fonction des contextes, c'est-à-dire des services, des départements et des secteurs de l'hôpital. Finalement, le troisième niveau de tolérance est celui des personnes concernées par la violence. Ceci fait intervenir plusieurs seuils différents soit celui de l'agresseur, de la victime et des personnes amenées à intervenir. À un niveau social, la tolérance véhiculée à l'égard de la violence dans l'organisation et même dans la société peut aussi avoir un impact. Encore une fois, ces seuils sont intimement liés aux deux autres niveaux de tolérance définis précédemment. Une typologie de tous ces seuils et de leur influence mutuelle est certes l'avenue de recherche sociologique la plus pertinente aux intérêts suscités par l'étude de la violence dans le milieu hospitalier.

Dans un second champ d'étude, une évaluation proprement dite du fonctionnement, de l'application et des effets de la politique de non-violence s'avérerait aussi d'une grande importance. Cette recherche n'avait pas comme objectif d'évaluer le rendement de cette procédure quoi que certains problèmes inhérents aient été identifiés. C'est pourquoi il serait primordial de vérifier si les objectifs l'ayant définie ont réellement été atteints.

Parallèlement à la notion de norme et à la compréhension de la violence en ces termes, s'ajoute celle de la culture. Cette dernière n'a pas été abordée durant cette étude alors qu'elle joue certainement un rôle dans l'apparition de comportements violents, dans l'acceptation de certaines formes de violence, mais surtout dans la réussite d'une procédure administrative telle qu'une politique de non-violence. Une recherche future

sur la violence pourrait se donner comme objectif de définir et de comprendre la culture organisationnelle et la norme de comportement qui explique, j'en suis certaine, une part de la violence hospitalière.

Finalement, une étude comparative entre plusieurs centres hospitaliers permettrait de vérifier les données ressorties de la présente analyse. Dans cette optique, il serait possible de comparer la violence dans des hôpitaux en fonction de la clientèle cible. Par exemple, la violence dans un milieu hospitalier pour adultes est-elle différente de celle d'un centre pédiatrique ou d'un centre gériatrique? Il serait aussi intéressant de comparer les institutions en fonction de leur taille, de leur spécialisation et même de les comparer à un niveau international, c'est-à-dire dans des cultures, des sociétés et des systèmes de santé différents.

7.5 Conclusion

À l'heure où le système de santé québécois vit une profonde crise, la violence apparaît comme un mal à soigner. L'intérêt de cette étude a été de mettre à jour cette réalité quotidiennement vécue par des gens afin de voir comment, par leurs expériences, ils perçoivent la violence, comment ils y réagissent et comment ils contribuent à la construction sociale de la violence dans le milieu hospitalier. Les procédures et les politiques, qui ont été implantées dans le but d'alléger la gestion de la violence et de créer des mécanismes justes de traitement des plaintes, ont aussi eut un effet sur cette construction, notamment en fonction de la manière dont elles sont appliquées.

La perception de la violence dans le milieu de travail a beaucoup changé dans les dernières décennies et continue de le faire. Nous avons assisté au passage d'un phénomène obscur et peu reconnu à un phénomène non toléré et gravement réprimé. De nouvelles constructions se développent et se propagent afin de qualifier et d'identifier la violence dans toutes les sphères sociales, que ce soit à la maison, à l'école,

dans la rue ou au travail. En réalisant une telle étude, j'espère avoir contribué à une meilleure compréhension d'un des maux de nos hôpitaux, soit la violence organisationnelle.

ANNEXES

Annexe 1 La politique de non-violence

MANUEL DE POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

TITRE : Politique sur la non-violence	CODIFICATION: 05-02 SUJET : 05
--	---

Responsable de l'application Fonction : Direction des ressources humaines	En vigueur: Août 2001 Révisé le :
--	--

ÉNONCÉ :

Toute personne a droit au respect et à la sauvegarde de sa dignité et de son intégrité physique et psychologique. Pour cela, l'Hôpital prend toutes les dispositions pour assurer à chacun le droit à l'intégrité, à l'inviolabilité et à la sécurité de la personne.

L'Hôpital assume, en conformité avec les lois et les règlements en vigueur et dans le respect des droits de tous, un rôle de prévention, de dépistage précoce, d'évaluation et d'intervention corrective dans les cas de violence.

En conséquence, tout acte de violence, tel que défini à la présente politique, est strictement interdit et n'est en aucun cas toléré par l'Hôpital.

Aucune forme de violence qui implique les employés, les médecins, les patients, les fournisseurs, les visiteurs, les bénévoles ou les stagiaires n'est acceptée. Cet énoncé s'applique autant aux conduites se produisant dans le milieu de travail qu'à celles pouvant survenir en d'autres circonstances et lieux, si elles portent préjudice à la personne dans le cadre de son emploi.

MANUEL DE POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

TITRE : Politique sur la non-violence	CODIFICATION: 05-02 SUJET : 05
--	---

OBJECTIF :

- Assurer un milieu de travail exempt de toute forme de violence;
- Sensibiliser, informer ou former toutes les personnes visées par la présente politique, afin de prévenir ou d'éliminer les actes de violence;
- Établir des mécanismes de traitement des plaintes à l'intention des personnes victimes d'acte de violence.

DÉFINITIONS :

Violence :

Un acte ou un comportement abusif qui a pour objet d'agir sur quelqu'un ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation.

Les types de violences

1) Violence physique :

Acte de violence qui atteint ou tente d'atteindre l'individu dans son intégrité physique par l'utilisation de la force physique, exercée directement ou indirectement.

2) Violence psychologique :

Toute action, parole ou attitude qui porte ou qui tente de porter atteinte à l'intégrité psychique ou mentale d'un individu.

MANUEL DE POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

TITRE : Politique sur la non-violence	CODIFICATION: 05-02 SUJET : 05
--	---

Les types de violences (suites)

3) Violence sexuelle :

Acte de violence comportant des propos, avances ou assauts sexuels, non consentis.

4) Violence symbolique :

Acte de violence d'une personne exercé contre un objet inanimé.

5) Violence verbale :

Acte de violence caractérisé par le ton de la voix [REDACTED] le débit ou les propos utilisés.

RESPONSABILITÉ :

Les directeurs s'assurent que tous les membres de leur personnel (employés, médecins, bénévoles et stagiaires) sont informés de la politique et l'appliquent.

Les gestionnaires sont responsables de :

- S'assurer que leurs employés et, le cas échéant, les personnes de l'extérieur (visiteurs, patients et fournisseurs) connaissent la politique et la respectent;
- Créer un milieu de travail et des règles de vie qui respectent les individus;
- Intervenir rapidement pour corriger une situation de violence;
- Faire ou collaborer à l'enquête suite à un acte de violence;
- Veiller à ce que l'employé victime de violence bénéficie, s'il y a lieu, d'un soutien approprié, entre autres, par le biais du *Programme d'aide aux employés*;
- Prendre les mesures correctives appropriées.

MANUEL DE POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

TITRE : Politique sur la non-violence	CODIFICATION: 05-02 SUJET : 05
--	---

Les employés, médecins, bénévoles et stagiaires sont responsables de :

- Prendre connaissance de la politique et la respecter;
- Respecter les droits des individus qu'ils côtoient;
- Collaborer à la transmission de l'information et au dépistage des indices précurseurs de violence;
- Déclarer tout acte de violence à son supérieur immédiat dans les meilleurs délais;
- En cas de besoin, demander l'intervention immédiate du *Service de sécurité*.

PROCÉDURE DANS LES CAS D'ACTE DE VIOLENCE

Prémisse

La personne qui a subi un ou des actes de violence et qui entreprend des démarches, formule une plainte ou prend un recours, ne subit de ce fait aucun préjudice, sanction ou représailles de la part de l'Hôpital ou de ses représentants.

Tous les renseignements relatifs à une plainte ainsi que l'identité des personnes impliquées sont traités confidentiellement par toutes les parties concernées, à moins que ces renseignements ne soient nécessaires au traitement de la plainte, à la conduite d'une enquête ou à l'imposition de mesures disciplinaires ou administratives.

MANUEL DE POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

TITRE : Politique sur la non-violence	CODIFICATION: 05-02 SUJET : 05
--	---

1) Procédure à suivre lors d'une plainte pour acte de violence qui aurait été commis par un employé, un médecin, un stagiaire ou un bénévole.

Le supérieur immédiat de la personne visée doit :

- Recevoir la plainte et, si ce n'est déjà fait, obtenir une version écrite de celle-ci;
- Aviser le directeur concerné soit :
 - la *Direction des ressources humaines* s'il s'agit d'un employé;
 - la *Direction des services professionnels* s'il s'agit d'un médecin;
 - la *Direction des soins infirmiers* s'il s'agit des bénévoles;
 - les directions pertinentes dans le cas de stagiaires.
- Enquêter avec le directeur concerné ou son représentant.
- Dans le cadre de l'enquête, il rencontre individuellement le plaignant et la personne visée par la plainte, lesquelles peuvent se faire accompagner d'une personne de leur choix. Il rencontre également toute autre personne et recueille toute autre information pertinente pour compléter son enquête.
- Prendre les mesures nécessaires à court, moyen et long termes pour corriger la situation (voir section 4);
- Aviser son directeur des démarches entreprises;
- Lorsque la plainte émane d'un patient ou d'un visiteur, celui-ci doit en premier lieu être référé au conseiller à la clientèle ou, en son absence, à la coordonnatrice des activités. Le conseiller à la clientèle informe par la suite le supérieur immédiat de la personne visée par la plainte.

2) Procédure à suivre lors d'une plainte pour un acte de violence qui aurait été commis par un patient ou un visiteur.

- Toute plainte concernant un acte de violence qui aurait été commis par un patient ou un visiteur est acheminée au *Directeur de la planification et des communications*

MANUEL DE POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

TITRE : Politique sur la non-violence	CODIFICATION: 05-02 SUJET : 05
--	---

3) Procédure à suivre lors d'une plainte pour un acte de violence qui aurait été commis par un fournisseur.

- Toute plainte concernant un acte de violence qui aurait été commis par un fournisseur est acheminée au *Directeur des services administratifs*.

4) Mesures correctives.

- Les mesures disciplinaires administratives ou judiciaires appropriées, ainsi que les mesures prévues au code de déontologie ou au code d'éthique, seront prises à l'égard de toute personne visée par la présente, reconnue responsable ou impliquée dans un acte de violence et ce, proportionnellement à la gravité des actes posés.



Annexe 2 Le formulaire de déclaration

CONCERNANT UN ACTE DE VIOLENCE

IDENTIFICATION DU PLAIGNANT

Nom : _____ No d'employé : _____

Prénom : _____

Titre d'emploi : _____ Service : _____

IDENTIFICATION DE L'AGRESSEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Fonction : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date : _____ Heure : _____

Endroit (local) : _____

COCHEZ CE QUI VOUS PARAÎT PERTINENT

De quel type d'agression s'agissait-il ?

Aggression verbale

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menace (intimidation) | <input type="checkbox"/> Menace de mort |
| <input type="checkbox"/> Insulte verbale | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Insulte gestuelle | |

Aggression physique

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cracher | <input type="checkbox"/> Pincer |
| <input type="checkbox"/> Agripper, tirer | <input type="checkbox"/> Griffier / lacérer |
| <input type="checkbox"/> Gifler | <input type="checkbox"/> Mordre |
| <input type="checkbox"/> Coups | <input type="checkbox"/> Projection |

État de l'agresseur

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frustré / en colère | <input type="checkbox"/> En souffrance physique |
| <input type="checkbox"/> Anxieux / paniqué | <input type="checkbox"/> Excité / agité |
| <input type="checkbox"/> Confus / Dément | <input type="checkbox"/> Intoxiqué |
| <input type="checkbox"/> Halluciné / Psychotique | <input type="checkbox"/> Impulsif / abuseur |
| <input type="checkbox"/> Délinquant / criminel | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Quels sont les facteurs probables du déclenchement de l'événement ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insatisfaction sur les services | <input type="checkbox"/> Stress, exaspération, anxiété, panique |
| <input type="checkbox"/> Stratégie pour l'obtention d'un service | <input type="checkbox"/> Conflit interpersonnel |
| <input type="checkbox"/> Barrière linguistique | <input type="checkbox"/> Erreur sur la personne |
| <input type="checkbox"/> Comportement d'un tiers | <input type="checkbox"/> Peur du contact physique |
| <input type="checkbox"/> Vengeance | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Annexe 3 Compte rendu de la réunion du 5 février 2003

Résumé : réunion du comité de la prévention de la violence

Le 5 février 2003 13h30

Membres présents:

- Syndicat des généraux (2 représentants)
- Syndicat des infirmières
- Sécurité
- Direction de la planification et des communications
- Administration psychiatrie
- Direction des ressources humaines (1 enquêteur et 1 représentant)

Membres absents :

- Direction des ressources humaines (1 enquêteur)
- Urgence
- Syndicat de la fonction publique
- Direction de la planifications et des communications (urgence et plainte contre patients)

Point 1 : Orientations de la politique : rétrospective

Les travaux dans la dernière année ont été réalisés à l'urgence et en psychiatrie.

Les dernières années sont des années de test

Point 2 : Présentation des statistiques des déclarations à la Direction des communications, planifications

Compilations : manque d'information, difficulté à trouver les causes de la violence, difficulté à retracer les parents violents

Aujourd'hui il y a une meilleure identification des parents donc possibilité de revenir en arrière

Plan de déclaration : est-ce que le personnel déclare plus ? Est-ce qu'il est plus sensibilisé ?

Dans les unités de soins, les déclarations sont plus faciles parce que les parents restent là plus longtemps

On croit qu'il y en a de plus en plus à l'urgence qui déclarent

Noms à connotation étrangère : majorité des plaintes

Causes : délais d'attente entre le triage et la rencontre suivante; présence féminine pour certaines cultures, la femme ne représente pas l'autorité

Types : insultes verbales, menaces et deux agressions physiques

Agresseur anxieux, stressé, stratégie pour obtenir un service

Conclusion

Manque de données pour faire le suivi. Souvent les visiteurs vont partir après avoir agressé le personnel. Il est arrivé un seul cas où le visiteur a été suivi dans tout l'hôpital

Les communications sont limitées dans les actions à poser. Accusé de réception envoyée à l'employé mais après ça : tourne en rond. Il serait pertinent que la procédure soit plus détaillée

Note : ambiguïté sur la violence patient/employé (discussion entre Direction des ressources humaines et Direction de la planification et des communications)

Si c'est le patient qui brutalise le personnel, c'est la Direction des communications qui traite la plainte via la politique. Si c'est l'employé qui agresse un patient, c'est une autre politique (gouv. Qué) qui traite le dossier. C'est la conseillère à la clientèle qui fait l'enquête et le règlement se fait devant le CA. Loi de la protection de l'usagé.

Point 3 : Situation en psychiatrie

Salle de retrait ou d'isolement

Visite d'agrément qui confirme le besoin de cette salle

Présence permanente et visuelle d'un employé intervenant

Rencontre avec l'architecte et choix des matériaux, reste l'aménagement du plan

Médecins font de la pression : aucun patient ne sera admis en mai si la pièce n'est pas terminée

Patients avec un niveau d'agressivité très élevé : si un patient fait une crise, il faut faire sortir les autres

Autres demandes

Porte électromagnétique ; fermeture complète du B

Changements qui sont plus sécuritaires pour le personnel et pour les patients

Rapports d'agressions : incidents mineurs (fait partie du métier)

Demandes CSST sont des cas exceptionnels

Représentant des infirmiers et infirmières

Note : départ du chef de la psychiatrie

Point 4 : Commentaires des autres membres présents

Représentant syndical des infirmiers et infirmières : Contesté les chiffres présentés et doute de leur fiabilité

L'information sur les feuilles se fait à un « moment donné »

Les infirmières qui arrivent au service ne connaissent pas la politique

Les infirmières n'ont pas l'automatisme de porter plainte

Les chefs de service cachent les feuilles dans leur bureau : ce n'est pas très brillant d'avoir des plaintes dans son service. Les gestionnaires retiennent les plaintes

Incident avec la coordonnatrice (désorganisée) : très violent. Elle lui suggère de porter plainte mais elles n'ont jamais trouvé les feuilles

Les infirmières qui font des plaintes n'ont pas de suivi, pas de feed-back surtout lorsque l'agresseur est le médecin, le cadre ou le patient. Quelles sont mesures qui ont été prises ? Il y a plus de rétroaction quand il s'agit d'un collègue parce que l'on s'assoit et on discute.

Réplique de la Direction de la planification et des communications

Suivi avec le patient : très difficile parce que personne ne peut circonscrire la situation. On peut agir sur l'employé mais aucun pouvoir sur le client.

Sur les étages le suivi est possible : rencontre avec le chef de service qui fait le suivi avec les patients

Si la plainte est entre le personnel et le médecin, ça ne passe pas par la politique. À la Direction des communications, il y a une loi qui encadre ces plaintes. Les dossiers sont gérés par la Direction des services professionnels

Représentant des syndicats généraux

La politique est un outil facilitant, la procédure n'est pas facile

Le plaignant ne devrait pas être celui qui dirige la plainte.

Centralisation des dépôts de la plainte

Si plainte contre médecin : l'employé ne se sent pas à l'aise de donner sa plainte à son chef de service

Direction des ressources humaines : conclusion

Il faut identifier ce qui fait qu'il y a tant de violence à l'urgence (surtout lié au temps d'attente, au manque de connaissance face à la politique)

Il est difficile de faire un portrait de la violence dans l'hôpital

Solutions et moyens pour prévenir la violence

Mettre un vidéo pour calmer les gens

Afficher la politique : les affiches sont choisies, il reste à déterminer la grandeur

Voir politiques d'autres établissements

Bouton panique : alarmes portatives pour la clinique ado et l'urgence

Formation d'utilisation à l'ASSTASS

Formation à l'urgence : ateliers à faire

Politique : reprendre le suivi et faire quelques changements sur le formulaire

Annexe 4 Protocole d'entrevue des gestionnaires

PROTOCOLE D'ENTREVUE DES GESTIONNAIRES

Partie 1 : Le travail

Question 1 : Quelle est la nature de votre travail?

Sondes

Titre et niveau hiérarchique

Responsabilités et tâches

Nombre d'années à ce poste

Service ou département d'affiliation

Années à l'emploi de l'organisation

Appartenance syndicale s'il y a lieu

Partie 2 : La politique de non-violence et le comité de prévention de la violence

Question 2 : Êtes-vous familier avec la politique de non-violence qui est en vigueur depuis le mois d'août 2001?

Sondes

Pouvez-vous en parler un peu?

Pouvez-vous me dire ce que vous en pensez?

Par quel moyen en avez-vous pris connaissance?

Avez-vous été consulté ou impliqué dans la rédaction de la politique?

Par qui ou quel moyen?

Question 3 : Selon vous, pour quelles raisons l'Hôpital a-t-elle décidée d'implanter une politique de non-violence?

Question 4 : Selon vous, quels impacts cette politique a-t-elle eu dans l'hôpital?

Question 5 : Êtes-vous familier avec le comité sur la prévention de la violence?

Sondes

Que savez-vous sur son rôle?

Que savez-vous sur ses membres?

Question 6 : Que pensez-vous du concept de tolérance zéro?

Question 7 : Y a-t-il déjà eu une enquête en vertu de la politique portant sur un ou plusieurs de vos employés?

A) Que s'était-il alors passé entre les employés?

Sondes

Personnes impliquées

Source du problème

B) Comment s'est déroulée l'enquête?

Sondes

Responsables de l'enquête

Personnes rencontrées

Temps écoulé pour l'enquête

C) Quel rôle avez-vous joué lors de l'enquête?

D) Êtes-vous satisfait de ce rôle?

E) Étiez-vous au courant qu'il y avait une situation potentiellement violente entre ces employés?

F) Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles les employés ont eu recours à la politique plutôt que de régler le problème à l'intérieur du service?

G) Quelles sont les répercussions concrètes de l'enquête dans votre service?

Sondes

Êtes-vous satisfaits de ces résultats?

Est-ce que les employés semblent satisfaits?

H) Comment vous êtes vous senti dans cette situation?

Partie 3 : La violence

Question 8 : Selon vous, quels sont les facteurs ou éléments dans l'organisation qui favoriseraient l'apparition de comportements violents entre employés?

Sondes

Est-ce que ces facteurs sont particuliers à certains services de l'Hôpital?

Quels services ou départements?

Pourquoi, selon vous?

Lesquels parmi ces facteurs ont un impact sur votre service?

Question 9 : Quelles sont les principales formes de violence que vous avez observées dans votre service?

Sondes

Dirigées de qui vers qui (employés entre eux ou avec supérieurs)

Type de violence (verbale, physique, sexuelle, symbolique)

Fréquence (souvent, rare)

Visibilité (ouverte, discrète)

Intensité (forte ou faible)

Question 10 : En général, comment apprenez-vous qu'il y a des situations de violence qui impliquent un de vos employés?

Question 11 : Comment intervenez-vous?

Sonde

Quelle est la réaction de vos employés face à ces interventions?

Question 12 : Quel est le pourcentage de votre temps qui est consacré à la résolution de conflits?

Question 13 : Quels sont les moyens mis en place pour enrayer ou contrôler la violence dans votre service?

Question 14 : Auriez-vous un exemple d'une situation de violence entre vos employés qui a été réglée par vous ou à l'intérieur du service?

A) Que s'est-il alors passé?

Sondes

Personnes impliquées

Source du problème

B) Étiez-vous au courant de la tension avant que la situation ne tourne en violence?

Sondes

Si oui, qu'avez-vous fait pour calmer les parties?

Si non, selon vous pourquoi n'avez-vous pas été informé?

C) Une fois la situation de violence en place, comment avez-vous réagit?

D) Le conflit s'est-il résorbé?

E) Est-ce qu'une tierce partie a été impliquée dans le processus?

Sondes

Témoin

Gestionnaire

Représentant syndical

F) Pouvez-vous me décrire l'effet de cette intervention ?

G) Comment vous êtes vous senti dans cette situation de violence?

Question 15 : Comment percevez-vous votre rôle en tant que gestionnaire face aux situations de violence?

Sondes

Est-ce que vous considérez qu'il relève de vous de régler les cas de violence entre vos employés?

Pourquoi?

Question 16 : Croyez-vous disposer des outils nécessaires pour assumer ce type de responsabilité?

Sondes

Est-ce que la politique est un de ces outils?

Quels autres supports pourraient vous aider davantage?

Partie 4 : Informations personnelles et conclusion

Question 17 : En quelle année êtes-vous né?

Question 18 : Quel est votre cheminement de carrière?

Question 19 : J'aurai quelques précisions à vous demander concernant votre service

A) Quel est le nombre de personnes sous votre responsabilité?

B) De quelles professions sont-elles issues?

C) Y a-t-il plus d'hommes, de femmes ou est-ce que cette distribution est homogène ?

Question 20 : Auriez-vous quelque chose à ajouter pour compléter cette entrevue?

Annexe 5 Protocole d'entrevue des membres du comité

PROTOCOLE D'ENTREVUE DES MEMBRES DU COMITÉ

Partie 1 : Le travail

Question 1 : Pouvez-vous me parler de la nature de votre travail?

Sondes

Titre et niveau hiérarchique

Responsabilités et tâches

Nombre d'années à ce poste

Nombre de personnes sous votre responsabilité

Service ou département d'affiliation

Années à l'emploi de l'organisation

Appartenance syndicale s'il y a lieu

Partie 2 : Le comité

Question 2 : Pourriez-vous me raconter comment s'est formé le comité?

Sondes

Pourquoi ce comité a-t-il été formé?

De qui est venu le mandat?

Quand a-t-il été formé?

Comment s'est déroulée la sélection des membres?

Question 3 : Quels sont les principaux mandats du comité?

Question 4 : Depuis quand êtes-vous membre du comité?

Question 5 : Quelles sont vos responsabilités en tant que membre du comité?

Sonde

Ces responsabilités sont-elles suffisantes, selon vous?

Partie 3 : La politique de non-violence

Question 6 : Pouvez-vous me raconter comment la politique a pris forme?

Sonde

Comment avez-vous procédé pour définir la violence?

Question 7 : Pourquoi a-t-on décidé, selon vous, de rédiger une telle politique?

Question 8 : Comment fonctionne exactement la politique de non-violence (procédures)?

Question 9 : Selon vous, est-ce que la procédure définie dans la politique est respectée dans l'organisation?

Sonde

Pourquoi?

Question 10 : Comment la diffusion de la politique à travers l'organisation s'est-elle déroulée?

Question 11 : Selon vous, est-ce que le personnel est au courant de l'existence de cette politique?

Sonde

Croyez-vous qu'ils sont familiers avec les procédures?

Question 12 : Est-ce que vous, en tant que membre du comité, êtes impliqué dans les enquêtes?

Sondes

Si oui, comment?

Si non, devriez-vous l'être?

Pourquoi?

Question 13 : Quelle est votre perception de la politique de non-violence en général?

Sondes

Avantages / inconvénients

Efficacité

Le fonctionnement

Les décisions

Question 14 : Si vous aviez quelque chose à changer dans la politique, de quoi s'agirait-il?

Question 15 : Que pensez-vous du concept de tolérance zéro?

Partie 4 : La violence dans l'organisation

Question 16 : Selon vous, quelles sont les principales formes de violence que l'on retrouve dans l'organisation?

Sondes

Dirigées de qui vers qui (employés entre eux ou avec supérieurs)

Type de violence (verbale, physique, sexuelle, symbolique)

Fréquence (souvent, rare)

Visibilité (ouverte, discrète)

Intensité (forte ou faible)

Question 17 : Quels sont les facteurs ou éléments dans l'organisation qui favoriseraient l'apparition de comportements violents entre employés?

Sondes

Est-ce particulier à certains services de l'Hôpital?

Quels services ou départements?

Pourquoi?

Question 18 : Comment percevez-vous votre propre rôle face aux situations de violence dans l'organisation?

Question 19 : Quel rôle les gestionnaires devraient-ils jouer dans les situations de violence?

Sondes

Pourquoi?

Jouent-ils déjà ce rôle?

Question 20 : Auriez-vous un exemple d'une situation de violence dans laquelle vous avez été impliqué en tant que membre du comité, gestionnaire ou représentant syndical qui touchait un ou plusieurs employés de l'organisation?

A) Que s'était-il alors passé entre les employés?

Sondes

Personnes impliquées

Source du problème

Comment avez-vous été impliqué?

B) Le conflit s'est-il résorbé?

C) Comment vous êtes vous senti dans cette situation?

Partie 5 : Informations personnelles et conclusion

Question 22 : Quel est votre cheminement de carrière (études, travail, autres) ?

Question 23 : Quel est votre âge?

Question 24 : Auriez-vous quelque chose à ajouter pour compléter cette entrevue?

Annexe 6 Protocole d'entrevue des responsables d'enquêtes

PROTOCOLE D'ENTREVUES RESPONSABLES D'ENQUÊTES

Partie 1 : Le travail

Question 1 : Pouvez-vous me parler de la nature de votre travail?

Sondes

- Titre et niveau hiérarchique
- Responsabilités et tâches
- Nombre d'années à ce poste
- Nombre de personnes sous votre responsabilité
- Service ou département d'affiliation
- Années à l'emploi de l'organisation
- Appartenance syndicale s'il y a lieu

Partie 2 : Le comité

Question 2 : Pourriez-vous me raconter comment s'est formé le comité?

Sondes

- Pourquoi ce comité a-t-il été formé?
- De qui est venu le mandat?
- Quand a-t-il été formé?
- Comment s'est déroulée la sélection des membres?
- Quels sont les membres actuels ?

Question 3 : Quels sont les principaux mandats du comité?

Question 4 : Depuis quand êtes-vous membre du comité?

Question 5 : Quelles sont vos responsabilités en tant que membre du comité?

Sonde

- Ces responsabilités sont-elles suffisantes, selon vous?

Partie 3 : La politique de non-violence

Question 6 : Pouvez-vous me raconter comment la politique a pris forme?

Sonde

Comment avez-vous procédé pour définir la violence?

Question 7 : Pourquoi a-t-on décidé, selon vous, de rédiger une telle politique?

Question 8 : Comment la diffusion de la politique à travers l'organisation s'est-elle déroulée?

Question 9 : Selon vous, est-ce que le personnel est au courant de l'existence de cette politique?

Question 10 : Comment fonctionne exactement la politique de non-violence (procédures)?

Question 11 : Pourquoi est-ce que la procédure varie en fonction de l'agresseur?

Question 12 : Selon vous, est-ce que cette procédure est respectée dans l'organisation?

Question 13 : Selon vous, quels impacts cette politique là a-t-elle eu dans l'hôpital depuis son implantation?

Question 14 : Quelle est votre perception de la politique de non-violence en général?

Sondes

Quels sont ses avantages / inconvénients ?

Est-elle efficace à remplir son mandat?

Le fonctionnement est-il optimal?

Les décisions sont-elles satisfaisantes? Répondent-elles aux besoins?

Question 15 : Si vous aviez quelque chose à modifier dans la politique, de quoi s'agirait-il?

Question 16 : Que pensez-vous du concept de tolérance zéro?

Partie 4 : La violence dans l'organisation

Question 17 : Selon vous, quelles sont les principales formes de violence que l'on retrouve dans l'organisation?

Sondes

Dirigées de qui vers qui (employés entre eux ou avec supérieurs)

Type de violence (verbale, physique, sexuelle, symbolique)

Fréquence (souvent, rare)

Visibilité (ouverte, discrète)

Intensité (forte ou faible)

Question 18 : Quels sont les facteurs ou éléments dans l'organisation qui favoriseraient l'apparition de comportements violents entre employés?

Sondes

Est-ce particulier à certains services de l'Hôpital?

Quels services ou départements?

Pourquoi?

Partie 5 : La gestion de la violence

Question 19 : Est-ce que vous, en tant que membre du comité, êtes impliqué dans les enquêtes?

Sondes

Comment?

Pourquoi vous êtes-vous retrouvé avec cette responsabilité?

Comment vous sentez-vous face à cette responsabilité?

Question 20 : Comment apprenez-vous qu'il y a une situation de violence qui implique des employés?

Question 21 : Comment se déroulent les enquêtes?

Question 22 : Comment est-ce que les gestionnaires participent aux enquêtes, s'ils participent?

Question 23 : Quelle est la réaction des employés face à votre intervention?

- A) Réaction de l'agresseur
- B) Réaction du plaignant
- C) Réaction du gestionnaire

Question 24 : Selon vous, quel rôle les gestionnaires devraient-ils jouer dans les situations de violence dans leur service?

Sondes

Pourquoi?

Jouent-ils déjà ce rôle?

Question 25 : Quel est le pourcentage de votre temps professionnel qui est consacré à la résolution des situations de violence?

Question 26 : Quels sont les autres moyens mis en place pour contrôler ou diminuer la violence dans l'organisation?

Question 27 : Pourriez-vous me donner un exemple d'une situation de violence dans laquelle vous avez été impliqué et qui touchait un ou plusieurs employés de l'organisation?

A) Que s'était-il alors passé entre les employés?

Sondes

Personnes impliquées

Source du problème

Comment s'est déroulée l'enquête?

Le conflit s'est-il résorbé?

Question 28 : Comment vous êtes vous senti dans cette situation?

Partie 6 : Informations personnelles et conclusion

Question 29 : Quel est votre cheminement de carrière (études, travail, autres) ?

Question 30 : Quel est votre âge?

Question 31 : Auriez-vous quelque chose à ajouter pour compléter cette entrevue?

Annexe 7 Protocole d'entrevue de l'enquêteur à la Direction des
services professionnels

PROTOCOLE D'ENTREVUE DE L'ENQUÊTEUR À LA DIRECTION DE SOINS PROFESSIONNELS

Partie 1 : Le travail

Question 1 : Pouvez-vous me parler de la nature de votre travail?

Sondes :

- Titre et niveau hiérarchique
- Responsabilités et tâches
- Nombre d'années à ce poste
- Nombre de personnes sous votre responsabilité
- Années à l'emploi de l'organisation
- Appartenance syndicale s'il y a lieu

Partie 2 : Le comité de la prévention de la violence

Question 2 : Êtes-vous familier avec le comité sur la prévention de la violence?

Sondes :

- Que savez-vous sur son mandat?
- Que savez-vous sur son rôle?
- Que savez-vous sur ses membres?

Question 3 : Avez-vous déjà été impliqué dans le travail le comité?

Partie 3 : La politique de non-violence

Question 4 : Êtes-vous familier avec la politique de non-violence qui est en vigueur depuis le mois d'août 2001?

Sondes

- Pouvez-vous en parler un peu?
- Avez-vous été consulté ou impliqué dans la rédaction de la politique?
- Quelles sont les procédures formelles de la politique de non-violence?

Question 5 : Comment la diffusion de la politique s'est-elle déroulée ?

Question 6 : Selon vous, est-ce que le personnel est au courant de l'existence de cette politique?

Question 7 : Selon vous, pour quelles raisons l'Hôpital a-t-elle décidée d'implanter une politique de non-violence?

Question 8 : Selon vous, quels impacts cette politique a-t-elle eu dans l'hôpital ?

Question 9 : Quelle est votre perception de la politique de non-violence en général?

Sondes

Quels sont ses avantages / inconvénients ?

Est-elle efficace à remplir son mandat?

Le fonctionnement est-il optimal?

Question 10 : Quels sont les autres moyens mis en place pour diminuer la violence dans l'organisation?

Question 11 : Que pensez-vous du concept de tolérance zéro?

Partie 4 : La gestion de la violence

Dans la politique, il est indiqué que la DSP est responsable des enquêtes concernant les professionnels (médecins, dentistes, pharmaciens et résidents)

Question 12 : Comment s'exerce cette responsabilité dans votre service?

Sondes

Pourquoi vous êtes-vous retrouvé avec cette responsabilité?

Comment vous sentez-vous face à cette responsabilité?

Question 13 : Pouvez-vous me parler de la procédure telle qu'elle se déroule dans votre direction lorsqu'il y a une plainte qui vous est adressée?

Question 14 : Comment se déroulent les enquêtes?

Sondes

Qui est impliqué dans les enquêtes? (Gestionnaires, DRH, syndicats?)

Comment sont rendues les décisions?

Quel est le rôle du gestionnaire d'un employé qui émet une plainte contre un médecin?

Question 15 : Quelle est la réaction des employés face à votre intervention?

Sondes

Réaction de l'agresseur

Réaction du plaignant

Réaction du gestionnaire

Question 16 : Quel est le pourcentage de votre temps professionnel qui est consacré à la résolution des situations de violence?

Question 17 : Pourriez-vous me donner un exemple d'une situation de violence où vous êtes intervenu ?

A) Que s'était-il alors passé entre les employés?

Sondes

Personnes impliquées

Source du problème

B) Comment s'est déroulée l'enquête?

C) Est-ce qu'il y a eu des mesures disciplinaires?

D) Le conflit s'est-il résorbé?

Question 18 : Comment vous êtes vous senti dans cette situation?

Partie 5 : La violence dans l'organisation

Question 19 : Selon vous, quelles sont les principales formes de violence que l'on retrouve dans l'organisation?

Sondes

Dirigées de qui vers qui (employés entre eux ou avec supérieurs)

Type de violence (verbale, physique, sexuelle, symbolique)

Fréquence (souvent, rare)

Visibilité (ouverte, discrète)

Intensité (forte ou faible)

Question 20 : Quels sont les facteurs ou éléments dans l'organisation qui favoriseraient l'apparition de comportements violents entre employés?

Sondes

Est-ce particulier à certains services de l'Hôpital?

Quels services ou départements?

Pourquoi?

Partie 6 : Informations personnelles et conclusion

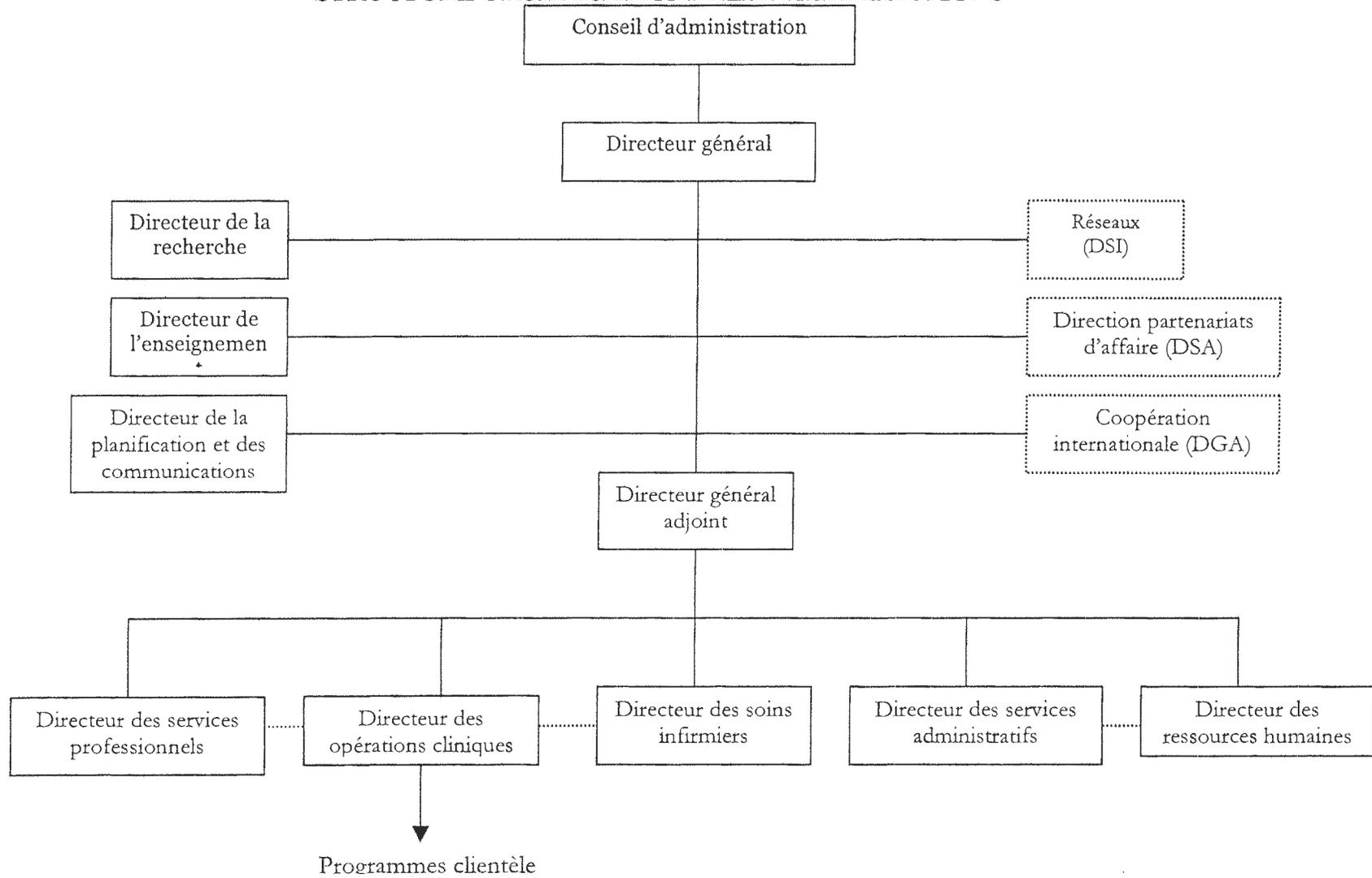
Question 21 : Quel est votre cheminement de carrière (études, travail, autres) ?

Question 22 : Quel est votre âge?

Question 23 : Auriez-vous quelque chose à ajouter pour compléter cette entrevue?

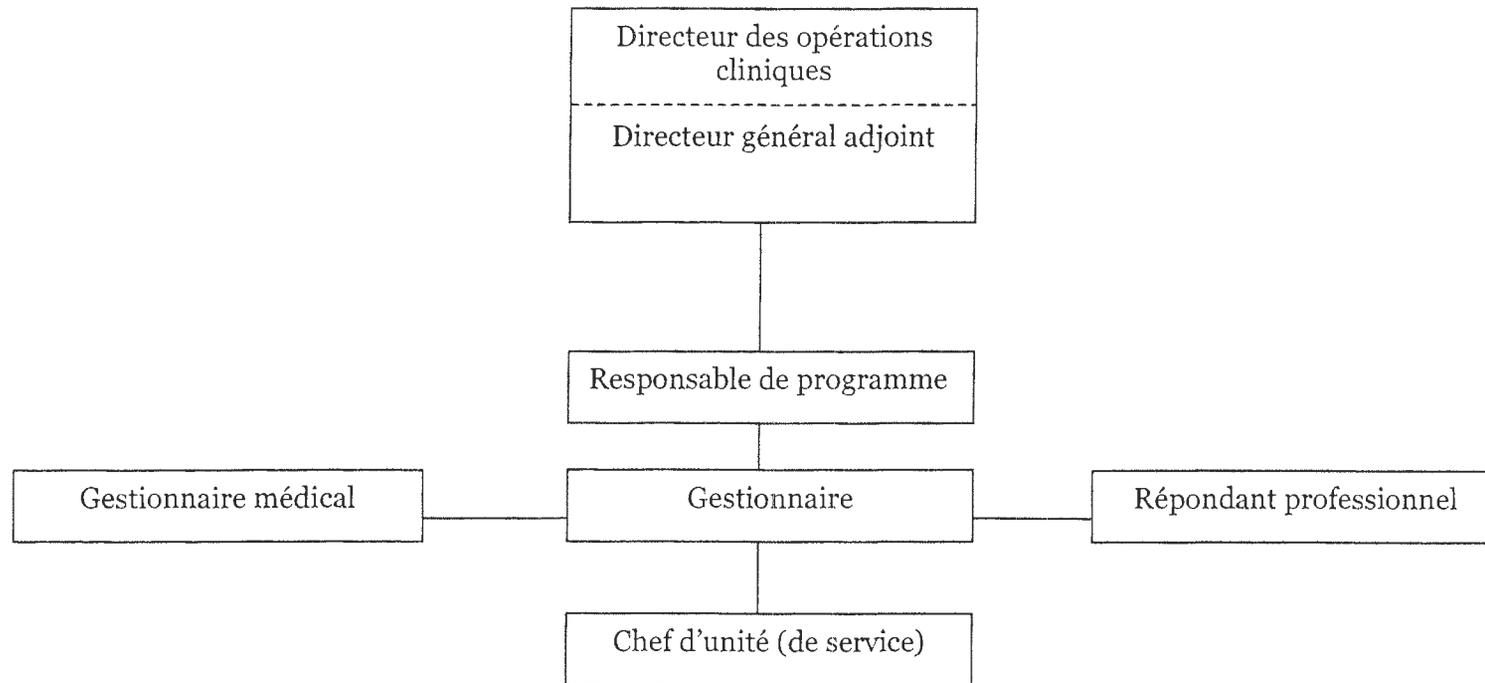
Annexe 8 Structure organisationnelle de l'hôpital

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE PAR DIRECTIONS



Annexe 9 Structure de gestion par programme

STRUCTURE DE GESTION PAR PROGRAMMES



RÉFÉRENCES

DOCUMENTATION ORGANISATIONNELLE

- Comité pour la prévention de la violence (2001). *Offrons-nous un hôpital sans violence : plan d'action triennal 2001-2004*. Document inédit, 13 p.
- Comité pour la prévention de la violence (2001, juillet). *Compte rendu de la réunion du 5 juillet 2001*. Document inédit, 7p.
- Comité pour la prévention de la violence (2001). *Politique sur la non-violence*. Document inédit, 6 p.
- Conseil d'administration (1997). *Plan d'organisation structure clientèle*. Document inédit, 76 p.
- Conseil d'administration (2000). *Plan d'organisation structure clientèle (révisé)*. Document inédit, 35 p.
- Direction des communications et de la planification (2001). *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers*. Manuel de politiques et de procédures administratives. Document inédit, 21 p.
- Direction des ressources humaines (2002). *Politique sur la non-violence: première année d'application, septembre 2001 à septembre 2002*. Document inédit.
- Direction des ressources humaines (2002). *La politique de non-violence : un an après*. Document inédit. (Vidéo)
- Direction des ressources humaines (n.d.). *Gestion du processus disciplinaire et administratif*. Document inédit. 60 p.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Antai-Otong, D. (2001). Critical incident stress debriefing : A health promotion model for workplace violence. *Perspectives in psychiatric care*, 37(4), 125-139.
- Arnetz, B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social science and medicine*, 52, 203-213.
- Arnetz, JE. et Arnetz, B. (2001). Violence toward health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social science and medicine*, 52, 417-427.
- Assemblée Nationale (2001). *Projet de loi no 27 (2001, chapitre 43) : Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 45 p.
- Aurousseau, C., Landry, S. (Dir.) et Samson, M., Gauthier P. (Collab.) (1996). *Les professionnelles et professionnels aux prises avec la violence organisationnelle*. Montréal : comité conjoint UQAM-CSN-FTQ, Service aux collectivités, Université du Québec à Montréal.
- Aurousseau, C. (2000). Les ancrages organisationnels, individuels et sociaux des violences hiérarchiques et organisationnelles - vers une approche globale. *Pistes* (En ligne), 2(2), 21 p. Accès : <http://www.unites.uqam.ca/pistes/v2n2/sommaire.html>
- Aurousseau, C. (2002). Le gestionnaire et la violence organisationnelle : entre responsabilités et pouvoirs. *Reussir, Bulletin de l'Association des cadres scolaires du Québec* (En ligne), 9(1), 17 p. Accès : <http://www.acsq.qc.ca/publication/reussir/Reussirjuin2002.pdf>
- Baron, R. A., Neuman, J. H. (1998). Workplace aggression – the iceberg beneath the tip of workplace violence : evidence in its forms, frequency, and targets. *Public administration quarterly*, 21(4), 446-464.
- Beaudry, C. (2002). La violence au travail. *Travail et santé*, 18(1), 6-7.
- Berger, P. et Luckmann, T. (1996). *La construction sociale de la réalité*, 2^{ème} éd, Paris : Armand Collin, 288p.

- Bissonnette, S. (2002). Violence au travail : le pouvoir de changer les choses. *Actualités professionnelles*, 12-14.
- Bodtker, A., Jameson, J.K. (2001). Emotion in conflict formation and its transformation : application to organizational conflict management. *The international journal of conflict management*, 12(3), 259-275.
- Chappell, D. et Di Martino, V. (2000.) *La violence au travail*. Genève : Bureau international du travail, 193 p.
- Code civil du Québec, *Article 2087, chapitre 7 du contrat du travail* (En ligne). Accès : www.lexum.umontreal.ca/ccq/fr/15/t2/c7/2085a2097.html
- Commission de la santé et des services sociaux (1979). *Loi sur la santé et la sécurité au travail – Chapitre III Droits et obligations, c. 63, a. 51; 1992, c. 21, a. 303*. Accès : http://www.csst.qc.ca/fr/14_lois_et_regl/141_lois/1412_sst/sst_chap3.asp
- Confédération des Syndicats Nationaux (2001). *La violence en milieu de travail : tolérance zéro (2ème éd.)*. Montréal : CSN, 32 p.
- Damant, D., Dompierre, J. et Jauvin, N. (1997). *La violence en milieu de travail : tolérance zéro*, Université Laval, Confédération des syndicats nationaux, 32p.
- Diamond, M. (1997). Administrative assault : A contemporary psychoanalytic view of violence and aggression in the workplace. *American review of public administration*, 27(3), 228-247.
- Domagalski, T. A. (1999). Emotion in organizations : Main currents. *Human relations*, 52(6), 833-852.
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (1990). *La violence faite aux femmes infirmières*. (En ligne). Montréal : Auteur. Accès : http://www.fiiq.qc.ca/documents/brochures/violence1990_f.htm
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (1995). *La violence au travail, ça blesse*. (En ligne). Montréal : Auteur. Accès : www.fiiq.qc.ca/documents/brochures/violence1995_f.htm

- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (1997). *Travailler dans la dignité : tolérance zéro*. (En ligne). Montréal : Auteur. Accès : http://www.fiiq.qc.ca/documents/tolerancezero97_f.pdf
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Travailler dans la dignité*. (En ligne). Montréal : Auteur. Accès : http://www.fiiq.qc.ca/documents/violence_nov01_f.pdf
- Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2002). *Travailler dans la dignité : on passe à l'action – politique pour contrer la violence au travail* (En ligne). Montréal : Auteur, 32 p. Accès : www.fiiq.qc.ca/doc_condfem.htm
- Flannery, R. (1996). Violence in the workplace, 1970-1995 : a review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 1(1), 57-68.
- Gagné, P. A., Petitpas, J. G. (dir.). (2002). *Agressivité, violence et conflit*. Québec : Éditions nouvelles, Collection Travail et Vie, 103 p.
- Harlos, K. P. et Pinder, C. C. (2000). Emotion and injustice in the workplace. Dans Fineman, S. (Dir.), *Emotion in organizations* (p. 255-276), Thousand Oaks : Sage.
- Hearn, J. (1994). The organization(s) of violence : Men, gender relations, organizations, and violences. *Human relations*, 47(6), 731-754.
- James, V, et Gabe, J. (1996). *Health and the sociology of emotions*. Oxford: Blackwell Publishers, 206 p.
- Kuckartz, U. (2001). *MAX QDA Introduction* (manuel du logiciel). Berlin: VERBI Software, 55p.
- Lamy, F. (2000). Comment contrer le harcèlement et la violence psychologique au travail? *Options CEQ* (En ligne), 19, 115-148. Accès: <http://www.csq.qc.net/options/opt.19/harcele.pdf>
- Larose, D. (2002). Les agressions dans les services d'urgence générales et psychiatriques. *Actualités professionnelles*, 8-11.
- Linstead, S. (1997). Abjection and organization: men, violence and management. *Human relations*, 50(9), 1115-1145.

- McKoy, Y. et Smith, M. H. (2001). Legal considerations of workplace violence in healthcare environments. *Nursing forum*, 1, 5-14.
- Moreau, N. (1999). *Violence ou harcèlement psychologique au travail? Problématique* (En ligne). Québec : Ministère du travail, Direction des études et des politiques, 83 p. Accès : www.travail.gouv.qc.ca/quoi_de_neuf/actualite/fs_harcel.html
- Moreau, N. (2001). *Rapport du Comité interministériel sur le harcèlement psychologique au travail* (En ligne). Québec : Ministère du travail, Direction des études et des politiques, 92 p. Accès : www.travail.gouv.qc.ca/quoi_de_neuf/actualite/fs_harcel.html
- Neuman, J. H. et Baron, R.A. (1998). Workplace violence and workplace aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *Journal of management*, 24(3), 391-419.
- O'Leary-Kelly, A. M., Griffin, R. et Glew, D. (1996). Organization-motivated aggression: A research framework. *Academy of management review*, 21(1), 225-253.
- Robinson, S. et O'Leary-Kelly, A. (1998). Monkey see, monkey do: the influence of work groups on the antisocial behaviors of employee. *Academy of management journal*, 41(6), 658-672.
- Robson, C. (2002). *Real world research. A resource for social scientists and practitioner-researchers (2ème ed.)*. Oxford: Blackwell Publishers, 599 p.
- Sayer, A. (2000). *Realism and social science*. London: Sage
- Soares, A. (2002). *Quand le travail devient indécent : le harcèlement psychologique au travail* (En ligne). Université de Montréal, 28 p. Accès : www.ceq.qc.ca/eav/violence/harcelem.pdf
- Spector, P. E. (1978.) Organizational frustration : A model and review of the literature. *Personnel psychologie*, 31, 815-829.
- Symons, G. L. (2001, mai). *Théoriser l'espace affectif dans l'organisation : Deuxième génération de recherches sur les émotions*. Communication prononcée lors du colloque de l'ACFAS, Section administration et management publics, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.

Symons G. L. (2000). *Constructing emotional space and managing feelings in the bureaucracy : affectivity and the managerial role*. Projet de recherche, Montréal : ENAP.

Tobin, T. J. (2001). Organizational determinants of violence in the workplace. *Aggression and violent behavior*, 6, 91-102.

Verbi Software (2001). *MAX QDA* (logiciel). Berlin: VERBI Software.