

JUILLET 2019

Prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation contre les travailleurs de la santé

Deuxième édition



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour les infirmières, les autres travailleurs de la santé ou les organismes qui les emploient. Il faut faire preuve de souplesse dans l'utilisation de ces lignes directrices et les adapter aux besoins individuels et aux conditions locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation contre les travailleurs de la santé*. 2^e édition. Toronto (Ontario) : AIIAO; 2019.

Financement

La réalisation de ce document a été financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu et/ou réel (<https://rnao.ca/bpg/guidelines/workplaceviolence>). Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion portant sur les lignes directrices. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit contraignant n'a été relevé. Voir le « résumé des déclarations de conflits d'intérêts » à l'adresse <https://rnao.ca/bpg/guidelines/workplaceviolence>.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3

Site Web : www.RNAO.ca/bpg



Prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation contre les travailleurs de la santé

Deuxième édition

Mot de bienvenue de Doris Grinspun, directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

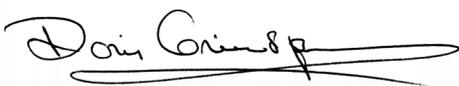


C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la deuxième édition du document sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LPDE) en matière d'environnement de travail sain *Prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation contre les travailleurs de la santé*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les professionnels de la santé s'engagent à offrir chaque jour.

Nous remercions chaleureusement les nombreux intervenants qui contribuent à concrétiser notre vision des LDPE. Tout d'abord, et c'est le plus important, nous remercions le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu très tôt la capacité de l'AIIAO à diriger un programme ayant acquis une reconnaissance mondiale, et s'engage à le financer. Nous remercions également les coprésidentes du comité d'experts de l'AIIAO, Henrietta Van Hulle (vice-présidente, Sensibilisation de la clientèle, Association de santé et sécurité pour les services publics) et D^r Gordon Gillespie (professeur et directeur adjoint, Graduate Occupational Health Nursing Program, Université de Cincinnati), de leur précieuse expertise et de la gérance exemplaire de ce projet de LDPE. Merci à Giulia Zucal (méthodologue coresponsable de l'élaboration des lignes directrices), Laura Ferreira-Legere (ancienne méthodologue coresponsable de l'élaboration des lignes directrices), Erica D'Souza (coordinatrice de projet), Megan Bamford (directrice associée, élaboration et évaluation des lignes directrices) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO du travail considérable qu'ils ont accompli et du savoir-faire dont ils ont fait preuve dans la réalisation de cette LDPE. Nous remercions tout particulièrement le comité d'experts d'avoir généreusement mis à disposition leur temps, leurs connaissances et leurs points de vue pour produire un document fiable, rigoureux et fondé sur des données probantes qui orientera la formation et la pratique de millions de travailleurs de la santé. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Le succès de l'adoption généralisée des LDPE exige un effort concerté de la part des enseignants, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, le personnel infirmier et les fournisseurs de soins de santé fournissent l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'initiative en devenant des Organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE^{MD}), en parrainant les champions des pratiques exemplaires, en adoptant des LDPE et en évaluant leur contribution aux résultats obtenus auprès des patients et des organismes. Nos gouvernements et ceux de l'étranger ont pris part à ce projet formidable. Ensemble, nous contribuons à édifier une culture de la pratique fondée sur des données probantes qui profite à tous.

Nous vous invitons à partager cette LDPE avec vos collègues de la communauté des soins infirmiers et de santé et les conseillers aux patients partenaires des organisations et agences gouvernementales avec qui vous travaillez. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Nous devons garantir ensemble des lieux de travail sûrs et sains pour les infirmières et infirmiers et tous les autres travailleurs de santé afin que les citoyens reçoivent les meilleurs soins possible de notre part chaque fois qu'ils ont besoin de nos services de sorte qu'ils soient les premiers bénéficiaires de ce grand effort.



Doris Grinspun, inf. aut., M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), FAAN, Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objet et champ d'application	6	
Interprétation des données et énoncés de recommandations	11	
Résumé des recommandations	14	
Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires	18	
Équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	23	
Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'AIIAO	24	
Remerciements aux intervenants	26	
Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains	29	
Contexte	33	
Recommandations	36	RECOMMANDATIONS
Lacunes de la recherche et conséquences futures	85	
Stratégies de mise en œuvre	87	
Références	89	RÉFÉRENCES

Table des matières

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	98
	Annexe B : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et ressources connexes à la présente LDPE . . .	105
	Annexe C : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	107
	Annexe D : Processus pour les lignes directrices sur les pratiques exemplaires et la revue systématique	119
	Annexe E : Processus d'élaboration des indicateurs	123
	Annexe F : Facteurs de risque	125
	Annexe G : Cadre « STAMPEDAR »	127
	Annexe H : Outils validés d'évaluation des risques	129
	Annexe I : Approches à la prestation de la formation	136
	Annexe J : Modèle Safewards	140
	Annexe K : Cocarde portée autour du cou pour les interventions en matière de communication	143
	Annexe L : Échelle de vulnérabilité de l'enquête sur la santé et la sécurité au travail	144
	Annexe M : Ressources	147
	Annexe N : Description de la Trousse	151
APPUIS	Appuis	152
NOTES	Notes	155

Comment utiliser ce document

Cette **ligne directrice sur les pratiques exemplaires** (LDPE)^{G*} en matière d'environnement de travail sain est un document exhaustif conçu pour aider les **organisations de services de santé**^G et les établissements d'enseignement à créer et à maintenir des milieux de travail positifs. Il fournit des ressources pour la **pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes**^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'une ressource sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier**^G et d'autres **travailleurs de la santé**^G, ainsi que des étudiants qui peuvent subir, rencontrer ou prendre connaissance de la **violence**^G, du **harcèlement**^G et de l'**intimidation**^G en milieu de travail de la part de **chefs officiels**^G, de collègues, de visiteurs, de personnes ou leur **famille**^G recevant des soins. Les utilisateurs de cette LDPE doivent appliquer ses recommandations selon les besoins des organisations, des établissements d'enseignement ou autres milieux de pratique. Nous recommandons de contextualiser sa mise en œuvre avec les besoins et les préférences des travailleurs de la santé, des personnes et des familles qui accèdent à votre organisation et à votre système de santé. En outre, la présente LDPE offre un aperçu des structures et des soutiens appropriés permettant de fournir les meilleurs soins possible fondés sur des données probantes.

Le personnel infirmier et les autres travailleurs de la santé, les administrateurs et les enseignants qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles, programmes de formation et des outils pour appuyer des lieux de travail et des milieux d'enseignement sûrs et sains. Ceux spécialisés dans les soins directs tireront profit des **recommandations**^G et des données probantes sur lesquelles elles s'appuient. Nous recommandons particulièrement que les milieux de pratique et d'enseignement adaptent cette LDPE en ayant recours à un format réalisable pour une utilisation quotidienne.

Si votre organisation adopte cette LDPE, nous vous recommandons de suivre les étapes suivantes :

1. Lisez la section Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains et familiarisez-vous avec le modèle conceptuel des milieux de travail sains.
2. Faites une évaluation comparative de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de **formation**^G actuels par rapport aux recommandations figurant dans la présente LDPE.
3. Déterminez les besoins ou les lacunes de vos politiques, procédures, protocoles et programmes de formation.
4. Prenez note des recommandations applicables à votre contexte et pouvant être utilisées pour répondre aux besoins de votre organisation et combler des lacunes.
5. Élaborez un plan pour la mise en œuvre ou l'intégration des recommandations, l'adoption des pratiques exemplaires et l'évaluation des **résultats**^G.

Ressources de mise en œuvre, dont la publication de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) intitulée *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition* (1), accessible sur le site Web de l'AIIAO à l'adresse RNAO.ca. Pour en savoir plus, voir **Stratégies de mise en œuvre** à la p. 87.

Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées sans frais sur le site Web de l'AIIAO à l'adresse RNAO.ca/bpg. Pour trouver une ligne directrice en particulier, faire une recherche par mot clé ou par sujet.

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et avoir des renseignements sur la façon dont vous l'avez mis en œuvre. Merci de nous faire part de votre expérience par courriel à l'adresse www.RNAO.ca/contact.

* Dans le présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis dans le **Glossaire (Annexe A)**.

Objet et champ d'application

Objet

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents élaborés de façon systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations sur des sujets cliniques précis, sur la promotion d'un environnement de travail sain et sur des composantes du système de santé. Elles s'adressent au personnel infirmier et aux autres travailleurs de la santé occupant des postes en soins directs, aux étudiants, aux enseignants, aux administrateurs et aux cadres, aux décideurs politiques, aux chercheurs et aux personnes et aux familles expérimentées. Les LDPE contribuent à promouvoir la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des pratiques administratives, des politiques et de l'enseignement afin que le système de santé puisse fournir les meilleurs soins qui soient aux personnes et aux collectivités.

Cette LDPE remplace les LDPE de l'AIIAO intitulées respectivement *La prévention et la gestion de la violence dans le milieu de travail* (2009) et *La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail* (2008) (2, 3). Elle doit être utilisée pour améliorer la sécurité des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement grâce à l'adoption de pratiques fondées sur les données probantes. Des milieux de travail sûrs et sains permettent au personnel infirmier et aux autres travailleurs de la santé d'optimiser les résultats cliniques pour ceux qui reçoivent des soins. De tels milieux optimisent également l'enseignement et l'apprentissage en milieu universitaire.

Pour l'élaboration de cette LDPE, l'AIIAO a convoqué un comité d'experts composé d'un groupe de personnes ayant une expertise et une expérience concrète en matière de violence, de harcèlement et d'intimidation en milieu de travail. Le comité d'experts de l'AIIAO était interdisciplinaire. Il comprenait des personnes titulaires de postes cliniques, administratifs, pédagogiques, de sécurité et d'étudiants représentant un vaste éventail d'organisations de services de santé, d'établissements d'enseignement, de domaines et de secteurs de pratique allant des soins actifs, de la pédiatrie, des soins de longue durée, des soins à domicile, de la santé mentale, des soins primaires et des équipes de santé familiales. La violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail sont répandus dans tous les secteurs; par conséquent, la diversité du comité d'experts est essentielle pour aborder tous les domaines où les travailleurs de la santé et les étudiants peuvent être exposés à la violence.

Le comité d'experts de l'AIIAO et l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont mené une analyse systématique et approfondie pour déterminer le champ d'application de cette LDPE et formuler des questions de recommandation (voir **Pannexe C**).

Champ d'application

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a établi le champ d'application et l'organisation de cette LDPE en suivant les étapes suivantes :

- a examiné les LDPE de l'AIIAO intitulées respectivement *La prévention et la gestion de la violence dans le milieu de travail* (3) et *La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail* (2);
- a mené deux **examens du champ d'application**⁶ de la littérature pour déterminer les recherches existantes sur l'intimidation chez les travailleurs de la santé dans les organisations;
- a consulté les coprésidents du comité d'experts et l'ensemble du comité en mai 2017.

Ces étapes ont donné des informations sur le champ d'application de la présente LDPE. Cette LDPE s'applique à toutes les organisations de services de santé et tous les établissements d'enseignement et elle peut être utilisée par tous les travailleurs de la santé et les étudiants qui peuvent subir, rencontrer ou prendre connaissance de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail de la part de chefs officiels (comme la direction et le corps professoral), de collègues, de visiteurs, de personnes et leur famille.

Plus précisément, la LDPE examinera comment reconnaître, prévenir et gérer la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail. Elle mettra l'accent sur les domaines suivants :

- les outils et les stratégies d'évaluation des risques;
- les politiques, les procédures, les exigences et les responsabilités organisationnelles;
- les approches et les stratégies en matière de formation;
- les stratégies et les outils de mise en œuvre pour les organisations;
- les critères d'évaluation;
- les possibilités de recherche futures et les lacunes dans les connaissances.

Principales notions du guide des pratiques exemplaires

Intimidation : Comportements répétés et persistants qui peuvent comprendre l'isolement social, la création ou la propagation de rumeurs, le fait de se livrer à des critiques excessives ou injustifiées, l'intimidation d'une personne, l'abus physique ou les menaces d'abus, ainsi que la privation des responsabilités professionnelles (4). Dans une organisation de services de santé ou un établissement d'enseignement, l'intimidation peut se produire : (a) à l'encontre des travailleurs de la santé de la part des personnes; (b) entre collègues; (c) entre étudiants et travailleurs de la santé et (d) entre chefs officiels et travailleurs de la santé.

Éducation : Acquérir des connaissances théoriques et cultiver la capacité d'utiliser des compétences en matière d'esprit critique et de prise de décision. L'éducation comprend trois niveaux continus et fluides : la sensibilisation, la formation aux besoins particuliers et aux aptitudes fondées sur les compétences, ainsi que la spécialisation (5). L'éducation doit être adaptée au champ de pratique du travailleur de la santé et à son rôle au sein de l'organisation.

Chef officiel : Désigne une personne occupant un poste de chef officiel, y compris les gestionnaires, les superviseurs, les enseignants cliniques, le corps professoral et les administrateurs.

Harcèlement : Commentaires ou comportements indésirables et persistants, y compris le harcèlement sexuel (6). Les remarques, les blagues ou les insinuations qui rabaisent, ridiculisent, intimident ou offensent un travailleur de la santé ou un étudiant sont considérées comme des exemples de harcèlement en milieu de travail. Dans une organisation de services de santé ou un établissement d'enseignement, le harcèlement peut se produire : (a) à l'encontre des travailleurs de la santé de la part des personnes; (b) entre collègues; (c) entre étudiants et travailleurs de la santé et (d) entre chefs officiels et travailleurs de la santé.

Travailleur de la santé : Défini comme « toutes les personnes participant à des actions dont l'objectif premier est d'améliorer la santé. » (7). Il comprend les professionnels de la santé réglementés (p. ex., infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, médecins, travailleurs sociaux et physiothérapeutes), les travailleurs de la santé non réglementés (p. ex., préposés aux services de soutien à la personne, auxiliaires médicaux et travailleurs des services d'approche) et le personnel de soutien supplémentaire (p. ex., travailleurs chargés du transport des patients, personnel du service diététique et volontaires) qui abordent les personnes qui reçoivent des soins et leurs familles. Les étudiants inscrits à un programme de travailleur de la santé sont compris dans cette définition lorsqu'ils entrent dans un stage clinique.

Organisation de services de santé : Tout établissement de santé ou milieu de travail où un travailleur de la santé fournit des soins aux personnes et/ou aux familles et toute pratique relevant de son champ d'application (p. ex., soins actifs, soins à domicile, soins primaires, soins de santé communautaire ou soins de longue durée). La violence, le harcèlement et l'intimidation peuvent survenir dans toute organisation de services de santé et l'applicabilité des recommandations ne se limite pas aux soins actifs, sauf indication contraire.

Violence horizontale : La violence, le harcèlement ou l'intimidation dirigés vers des collègues de même niveau au sein d'une organisation. Selon la littérature, la violence horizontale peut également être qualifiée de « violence latérale » (8). L'exemple le plus courant de violence horizontale est le harcèlement, y compris la violence verbale, les menaces, l'intimidation, les critiques, l'humiliation et l'exclusion (9).

Personne : Une personne avec laquelle un travailleur de la santé a établi une relation thérapeutique aux fins de partenariat pour la santé. Remplace les termes « patient », « client » et « résident », qui sont utilisés dans les organisations de services de santé (10). Le terme « personne » comprendra non seulement une personne dans le système de santé, mais aussi sa famille (p. ex., parents, soignants, amis et mandataires spéciaux) (11, 12). Des exceptions à l'utilisation de ce terme se produisent lorsque des discussions dans la littérature (p. ex., études ou rapports) utilisent d'autres termes (p. ex., patient, client ou résident).

Étudiant : Une personne actuellement inscrite à un programme de formation de travailleur de la santé et qui reçoit une éducation ou une formation dans un établissement d'enseignement et/ou le cadre d'un laboratoire de compétences. Le terme n'est pas utilisé pour décrire les étudiants s'exerçant pendant un stage clinique (voir la définition de « travailleur de la santé »).

Violence verticale : La violence, le harcèlement ou l'intimidation qui se produisent entre des collègues qui sont à des niveaux inégaux au sein d'une organisation (9).

Violence : L'utilisation ou la tentative d'utilisation de la force physique contre une personne qui cause, ou pourrait causer, des blessures physiques. L'agression sexuelle, les déclarations verbales, les comportements non verbaux ou les actes qui sont raisonnablement interprétés comme une menace de force physique pouvant entraîner des blessures physiques sont également considérés comme de la violence (24). Dans les organisations de services de santé, le type de violence en milieu de travail le plus répandu provient de la personne qui reçoit des soins ou de sa famille (25). Exemples de violence au travail : menaces verbales, messages menaçants, serrer le poing au visage du travailleur, frapper/essayer de frapper un travailleur ou lancer un objet sur un travailleur (24). Des exceptions à l'utilisation de ce terme tout au long de cette LDPE se produisent lorsque des discussions dans la littérature (p. ex., études ou rapports) utilisent d'autres termes (comme « agression »).

Il est important de noter que la violence de la part d'une personne recevant des soins, de sa famille ou d'un visiteur peut être le résultat de symptômes comportementaux et psychologiques d'une maladie (p. ex., démence ou délire) qui se manifestent pour exprimer des besoins comblés ou non comblés. Le fait de qualifier une personne ayant une maladie comportementale ou psychologique de « violente » peut entraîner une modification des niveaux de soins et une stigmatisation; pour cette raison, il est essentiel de comprendre la cause de la violence afin de prévenir et d'atténuer sa survenue.

Sujets ne relevant pas du champ d'application de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Les soins et les sujets suivants ne relèvent pas du champ d'application de la LDPE :

- La violence, l'intimidation et/ou le harcèlement en milieu de travail initiés par un travailleur de la santé envers une personne recevant des soins.
- La violence, l'intimidation et/ou le harcèlement à l'extérieur d'une organisation de services de santé ou d'un établissement d'enseignement ou tout acte de ce type qui ne concerne pas les travailleurs de la santé ou les étudiants.
- Violence domestique et/ou sexuelle perpétrée par une personne non employée par l'organisation de services de santé ou l'établissement d'enseignement qui a une relation personnelle avec le travailleur de la santé employé au sein de l'organisation des services de santé ou de l'établissement d'enseignement (même si certaines recommandations peuvent être indirectement applicables à ce problème).
- Événements terroristes ou incidents de violence de masse qui se produisent dans un établissement de santé.

Questions de recommandation

Fondées sur le champ d'application défini ci-dessus, les questions de recommandation prioritaires et les résultats suivants ont été élaborés par le comité d'experts de l'AIIAO. Il a informé l'élaboration de la présente LDPE.

Question de recommandation n° 1 : Faut-il recommander aux travailleurs de la santé d'utiliser des outils d'évaluation des risques pour détecter les comportements révélateurs de violence, de harcèlement et/ou d'intimidation en milieu de travail?

Résultats : Fiabilité^G, validité^G et accessibilité en pratique (**résultats de substitution**^G : temps et utilité).

Question de recommandation n° 2 : Faut-il recommander des politiques et des procédures organisationnelles pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail parmi les travailleurs de la santé pour améliorer les résultats auprès des organisations et de ces travailleurs?

Résultats : Environnement physique (résultats de substitution : blessures des travailleurs de la santé, rapports d'incident, agressions et menaces envers les travailleurs de la santé) et bien-être des travailleurs de la santé (résultats de substitution : incivilité^G perçue, reconnaissance de l'intimidation, mise en œuvre de politiques).

Question de recommandation n° 3 : Des programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail doivent-ils être recommandés aux travailleurs de la santé afin d'améliorer les résultats pour les personnes et ceux-ci?

Résultats : Blessures du patient, utilisation de **moyens de contention**^G, sécurité perçue des travailleurs de la santé, attitudes et valeurs des travailleurs de la santé, blessures des travailleurs de la santé et roulement du personnel des travailleurs de la santé.

Remarque : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des **questions de recherche sur la PICR**^G (population, intervention, comparaison, résultats) que le comité d'experts de l'AIIAO a formulées pour orienter les **revues systématiques**^G de la littérature et préparer cette LDPE. Pour les questions de recommandation sur la PICR et le détail du processus par lequel le comité d'experts de l'AIIAO a déterminé les questions et les résultats des recommandations prioritaires, voir l'**annexe C**.

Recommandations

Les recommandations sont présentées en fonction de la question de recommandation à laquelle elles répondent.

Les recommandations de cette LDPE fournissent des conseils relatifs à l'évaluation des risques, aux politiques et aux procédures organisationnelles et à l'enseignement sur les approches pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail dans la pratique et l'enseignement.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et ressources connexes à la présente LDPE

D'autres LDPE de l'AIIAO ainsi que des ressources fondées sur des données probantes appuient la mise en application de cette LDPE. Voir l'**annexe B** pour connaître les LDPE de l'AIIAO et d'autres ressources sur les sujets connexes suivants :

- la **sensibilité**^G culturelle;
- la science et les cadres de la mise en œuvre et les ressources;
- l'**équipe** interprofessionnelle **de santé**^G;
- la gestion et l'atténuation des conflits;
- les pratiques sûres et efficaces de dotation et d'établissement de la charge de travail.



Interprétation des données et énoncés de recommandations

Les LDPE de l'AIIO sont élaborés selon les méthodes **GRADE^G (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation])** et **CERQual^G (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research [Degré de fiabilité des données recueillies lors de la revue des études qualitatives])**. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration de la ligne directrice et sur les méthodes GRADE et GRADE-CERQual, voir l'**annexe C**.

Degré de certitude des données

En recherche quantitative, le degré de certitude des données (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (13). L'évaluation du degré de certitude des données est effectuée après avoir fait la synthèse des données relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude des données est établi en tenant compte du degré de certitude des données relatives à tous les résultats prioritaires, par question de recommandation. Le système GRADE classe le degré de certitude global des données comme étant *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible*. Voir le **tableau 1** pour les définitions de ces catégories.

Tableau 1 : Degré de certitude des données

DEGRÉ GÉNÉRAL DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Tiré de The GRADE Working Group. Quality of evidence. Dans : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, et coll., éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Table 5.1, Quality of evidence grades. Accessible sur la page Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>. Réimpression autorisée.

Degré de fiabilité des données

En **recherche qualitative^G**, le degré de fiabilité des données (la mesure dans laquelle les résultats de la revue de la littérature constituent une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié) est établi au moyen des méthodes GRADE-CERQual (ci-après dénommées CERQual) (14). Pour ce qui est des données qualitatives, on évalue globalement le degré de confiance attribué à chaque résultat par rapport à chaque énoncé de recommandation, le cas échéant. Le CERQual classe le degré de fiabilité des données comme étant *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible*. Voir le **tableau 2** pour les définitions de ces catégories.

Tableau 2 : Degré de fiabilité des données

DEGRÉ DE FIABILITÉ DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Il est fort probable que le résultat soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Moyen	Il est moyennement probable que le résultat soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que le résultat de la revue de la littérature soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si le résultat de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de Lewin S, Booth A, Glenton C, *et al.* Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(suppl. 1) : p. 1 à 10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Réimpression autorisée.

Le degré de certitude et/ou de fiabilité attribué aux données figure au-dessous de chaque énoncé de recommandation. Pour en savoir plus sur le processus de détermination du degré de certitude et/ou de fiabilité attribué aux données – et sur les décisions documentées prises par les méthodologues chargés de l'élaboration de cette ligne directrice de l'AIIAO – veuillez voir l'**annexe C**.

Remarque : Pour lutter contre la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail dans les organisations de services de santé et les établissements d'enseignement, des initiatives à plusieurs aspects sont souvent mises en œuvre. En raison de la complexité de ces initiatives et de la nature délicate du problème, il est difficile de mener des études de recherche qui utilisent des groupes témoin, d'ajuster les variables de confusion ou de rendre les participants aveugles aux résultats. Par conséquent, la majorité des recherches dans ce domaine proviennent d'études **quasi-expérimentales**^G ou observationnelles, par opposition à des **essais cliniques randomisés**^G (qui, de par leur nature, éliminent les facteurs contextuels). Pour cette raison, toutes les recommandations ont un degré de certitude des données ou de confiance en celles-ci qui est soit faible, soit très faible. Malgré le degré de certitude des données probantes généralement faible, le comité d'experts a déterminé que les avantages, ainsi que les valeurs et les préférences des travailleurs de la santé pour de nombreuses interventions l'emportaient clairement sur les inconvénients potentiels relevés dans les données de recherche ou indiqués à partir de l'expérience de pratique personnelle. Ainsi, la force de bon nombre des recommandations est forte (voir l'explication de la force des recommandations, également à l'**annexe C**).

Force des recommandations

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou de *conditionnelles* selon le degré de certitude et/ou de fiabilité associé aux différentes études et selon les critères de base suivants (voir la section **Discussion sur les données**, ci-dessous, pour les définitions) :

- l'équilibre entre les avantages et les inconvénients;
- les valeurs et les préférences;
- les effets potentiels sur l'équité dans l'accès aux soins.

Recommandation forte

Une recommandation forte indique que le comité d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte pour l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte contre l'intervention) (13). Une recommandation forte implique que la majorité des personnes sera mieux servie par l'intervention recommandée (13).

Recommandation conditionnelle

Une recommandation conditionnelle indique que le comité d'experts pense que, même s'il existe une certaine incertitude, les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (c.-à-d., une recommandation conditionnelle *pour* l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (c.-à-d., une recommandation conditionnelle *contre* l'intervention) (13). Une recommandation conditionnelle implique que ce ne sont pas toutes les personnes qui seront mieux servies par l'intervention recommandée : « Il est nécessaire d'examiner plus attentivement les circonstances personnelles, les préférences et les valeurs. » (13).

La force de l'énoncé de recommandation est indiquée en dessous de chaque énoncé de recommandation ainsi que dans le tableau intitulé **Résumé des recommandations**. Pour en savoir plus sur le processus adopté par le comité d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez consulter l'**annexe D**.

Discussion sur les données

La discussion sur les données qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

1. **Avantages et inconvénients** : Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée comme décrits dans la littérature. Le contenu de cette section contient les études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature.
2. **Valeurs et préférences** : L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé comme définie par le suivi d'une intervention clinique particulière dans une perspective centrée sur la personne. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts de l'AIIAO.
3. **L'équité dans l'accès aux soins** : L'incidence que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations ou différents établissements et/ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts de l'AIIAO.
4. **Conclusions du comité d'experts** : Une justification de la raison pour laquelle le comité d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
5. **Notes de pratique** : Renseignements pratiques à l'intention du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Cette section peut comprendre des données probantes tirées de la revue systématique de la littérature et/ou d'autres sources (p. ex., les autres LDPE ou le comité d'experts de l'AIIAO).
6. **Ressources justificatives** : Ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Les contenus énumérés dans cette section ne faisaient pas partie de la revue systématique de la littérature et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité. En tant que telle, la liste n'est pas exhaustive et l'inclusion d'une ressource dans l'une de ces listes ne signifie pas qu'elle a obtenu l'approbation de l'AIIAO.

Résumé des recommandations

La présente LDPE remplace les LDPE de l'AIIAO intitulées *La prévention et la gestion de la violence dans le milieu de travail* (2009) (3) et *La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail* (2008) (2).

Les recommandations suivantes doivent être mises en œuvre dans le cadre d'une stratégie multi-interventionnelle et organisationnelle pour la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail.

RECOMMANDATIONS	FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Question de recommandation n° 1 :</p> <p>Faut-il recommander aux travailleurs de la santé d'utiliser des outils d'évaluation des risques pour détecter les comportements révélateurs de violence, de harcèlement et/ou d'intimidation en milieu de travail?</p> <p>Résultats : Fiabilité, validité et accessibilité en pratique (résultats de substitution : temps et utilité)</p>	
<p>Recommandations concernant le comportement violent de la part de personnes</p>	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'établir un plan de mise en œuvre pour intégrer un outil d'évaluation des risques de violence pour les personnes. Ce plan doit comprendre les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la sélection d'un outil d'évaluation des risques applicable à la population et au contexte cliniques; ■ l'enseignement et la formation sur l'outil choisi pour tous les travailleurs de la santé qui fournissent des soins directs. <p style="text-align: right;">Forte</p>
	<p>Recommandation 1.2 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux travailleurs de la santé de procéder à une évaluation des risques de violence sur toutes les personnes à l'aide d'un outil validé.</p> <p style="text-align: right;">Forte</p>
<p>Recommandation concernant le harcèlement et l'intimidation de la part de chefs officiels, d'autres travailleurs de la santé ou d'étudiants.</p>	<p>Recommandation 1.3 :</p> <p>Le comité d'experts suggère aux organisations de services de santé et aux établissements d'enseignement de soutenir l'utilisation d'outils d'évaluation des risques validés pour mesurer et élaborer un plan d'amélioration de la qualité pour lutter contre la violence horizontale et/ou verticale.</p> <p style="text-align: right;">Conditionnelle</p>

RECOMMANDATIONS		FORCE DE LA RECOMMANDATION
<p>Question de recommandation n° 2 :</p> <p>Faut-il recommander des politiques et des procédures organisationnelles pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail parmi les travailleurs de la santé pour améliorer les résultats auprès des organisations et de ces travailleurs?</p> <p>Résultats : Environnement physique (résultats de substitution : blessures des travailleurs de la santé, rapports d'incident, agressions et menaces envers les travailleurs de la santé) et bien-être des travailleurs de la santé (résultats de substitution : incivilité perçue, reconnaissance de l'intimidation, mise en œuvre de politiques).</p>		
Recommandations concernant le comportement violent de la part de personnes	<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur la façon de lutter contre les comportements violents de la part de personnes (voir les recommandations 3.1 à 3.3 pour un contenu de formation particulier).</p>	Forte
	<p>Recommandation 2.2 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en œuvre des mesures de protection et de sécurité, comme les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la documentation et la communication des incidents de violence antérieurs d'une personne; ■ un équipement de protection contre les comportements violents et une approche normalisée pour décider quel type utiliser, quand et comment; ■ les mesures de sécurité environnementale, y compris les portes verrouillées, les caméras en circuit fermé et les systèmes d'alarme; ■ des systèmes de rapports officiels simples à utiliser. 	Forte
	<p>Recommandation 2.3 :</p> <p>Le conseil d'experts recommande aux chefs officiels des organisations de services de santé de soutenir les travailleurs de la santé dans la prévention de la violence en milieu de travail et la lutte contre celle-ci en procédant comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ comprendre et mettre en œuvre des politiques contre la violence en milieu de travail; ■ examiner les incidents de violence en milieu de travail signalés et agir en conséquence. 	Forte
	<p>Recommandation 2.4 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en œuvre un processus d'examen officiel des incidents immédiatement après un événement violent afin de discuter des détails de ce qui s'est produit, de l'approche qui a été utilisée et des stratégies de prévention de la violence à l'avenir.</p>	Forte

RECOMMANDATIONS		FORCE DE LA RECOMMANDATION
Recommandations concernant le harcèlement et l'intimidation de la part de chefs officiels, de travailleurs de la santé ou d'étudiants.	<p>Recommandation 2.5 :</p> <p>Le comité d'experts suggère aux organisations de services de santé et aux établissements d'enseignement d'offrir une formation aux travailleurs de la santé et aux étudiants sur la lutte contre le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail (voir les recommandations 3.4 et 3.5 pour un contenu de formation particulier).</p>	Conditionnelle
	<p>Recommandation 2.6 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé et aux établissements d'enseignement de mettre en œuvre des politiques et des codes de conduite appropriés pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail et dans l'environnement d'apprentissage.</p>	Forte
	<p>Recommandation 2.7 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux chefs officiels des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement de participer activement à la prévention du harcèlement et de l'intimidation et à la lutte contre ceux-ci pour soutenir les travailleurs de la santé et les étudiants en faisant ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ comprendre et renforcer les politiques qui traitent du harcèlement et de l'intimidation; ■ fournir un mentorat et des modèles de comportement professionnel. 	Forte

RECOMMANDATIONS	FORCE DE LA RECOMMANDATION	
<p>Question de recommandation n° 3 :</p> <p>Des programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail doivent-ils être recommandés aux travailleurs de la santé afin d'améliorer les résultats pour les personnes et ceux-ci?</p> <p>Résultats : Blessures du patient, utilisation de moyens de contention, sécurité perçue des travailleurs de la santé, attitudes et valeurs des travailleurs de la santé, blessures des travailleurs de la santé et roulement des travailleurs de la santé.</p>		
Recommandations concernant le comportement violent de la part de personnes	<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur les facteurs de risque et les déclencheurs de comportements violents chez des personnes.</p>	Forte
	<p>Recommandation 3.2 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur les techniques de désamorçage, y compris les stratégies de communication et de réorientation, pour prévenir et/ou réduire les incidents violents au sein de ses organisations.</p>	Forte
	<p>Recommandation 3.3 :</p> <p>Le comité d'experts recommande aux travailleurs de la santé de recevoir une formation sur les techniques de séparation et sur le moment d'utiliser en toute sécurité les techniques de séparation lors d'incidents violents.</p>	Forte
Recommandations concernant le harcèlement et l'intimidation de la part de chefs officiels, de travailleurs de la santé ou d'étudiants.	<p>Recommandation 3.4 :</p> <p>Le comité d'experts suggère aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur la façon de déterminer le harcèlement et l'intimidation, de comprendre l'incidence du harcèlement et de l'intimidation et d'utiliser des stratégies de communication efficaces.</p>	Conditionnelle
	<p>Recommandation 3.5 :</p> <p>Le comité d'experts recommande, dans le cadre d'une approche d'apprentissage interactive, aux étudiants d'apprendre à utiliser des interventions en matière de communication guidées pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation provenant de sources multiples au sein d'un établissement d'enseignement ou d'un environnement d'apprentissage clinique.</p>	Forte

Évaluation de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Lorsque vous mettez en pratique les recommandations de cette LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer son application et ses effets.

Le modèle de Donabedian permet d'orienter l'élaboration d'indicateurs servant à évaluer la qualité des soins de santé, qui comprend trois catégories : la structure, le processus et le résultat (15).

- La structure décrit les caractéristiques du système de santé, de l'organisation de services de santé et de l'établissement d'enseignement qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Elle comprend les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières.
- Le processus consiste à examiner les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.
- Les résultats permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de santé, des organisations de services de santé, des établissements d'enseignement ou des systèmes de santé (15).

Pour en savoir plus, voir la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition* de l'AIHAO (1).

Les **tableaux 3, 4 et 5** présentent les mesures potentielles de la structure, du processus et du résultat pour évaluer le succès de la LDPE. Il est important d'évaluer les changements apportés par les pratiques fondées sur des données probantes lors de la mise en application pratique d'une LDPE. Sélectionnez les mesures les plus pertinentes pour le contexte de la pratique. Il existe peu de référentiels de données/de bibliothèques d'indicateurs disponibles sur la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail en Ontario et au Canada. Les mesures suivantes contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation.

Le **tableau 3** présente les mesures de structure potentielles associées à tous les énoncés de recommandation pour évaluer les attributs liés aux ressources humaines.

Tableau 3 : Mesures de structure pour obtenir le succès de la LDPE globalement

MESURES DE STRUCTURE	MESURES DANS LES RÉFÉRENTIELS/INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>ORGANISATION DE SERVICES DE SANTÉ :</p> <p>Pourcentage des travailleurs de la santé ayant reçu une formation sur l'évaluation des comportements violents de la part de personnes et la lutte contre ceux-ci.</p> <p><i>Numérateur :</i> Nombre de travailleurs de la santé ayant reçu une formation sur l'évaluation des comportements violents de la part de personnes et la lutte contre ceux-ci.</p> <p><i>Dénominateur :</i> Nombre total de travailleurs de la santé.</p> <p>ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT :</p> <p>Pourcentage des étudiants ayant reçu une formation sur l'évaluation des comportements violents de la part de personnes et la lutte contre ceux-ci.</p> <p><i>Numérateur :</i> Nombre d'étudiants ayant reçu une formation sur l'évaluation des comportements violents de la part de personnes et la lutte contre ceux-ci.</p> <p><i>Dénominateur :</i> Nombre total d'étudiants.</p>	Nouvelles
<p>Pourcentage des travailleurs de la santé fournissant des soins directs et ayant reçu une formation sur l'outil d'évaluation des risques de violence sélectionné.</p> <p><i>Numérateur :</i> Nombre de travailleurs de la santé offrant des soins directs et ayant reçu une formation sur l'outil d'évaluation des risques de violence sélectionné.</p> <p><i>Dénominateur :</i> Nombre total de travailleurs de la santé offrant des soins directs.</p>	Nouvelles

Le **tableau 4** soutient l'évaluation des changements dans les pratiques durant leur mise en place. Les mesures sont directement associées aux énoncés des recommandations particulières et soutiennent l'amélioration du processus.

Tableau 4 : Mesures relatives au processus pour obtenir le succès de la LDPE globalement

RECOMMANDATION	MESURES RELATIVES AU PROCESSUS	MESURES DANS LES RÉFÉRENTIELS/ INSTRUMENTS DE DONNÉES
1.1 1.2	<p>Pourcentage de personnes ayant une évaluation du risque de violence documentée à l'aide d'un outil validé.</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant une évaluation du risque de violence documentée à l'aide d'un outil validé.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes.</i></p>	Nouvelles
2.4	<p>Pourcentage d'exams des incidents documentés achevés immédiatement après un événement violent.</p> <p><i>Numérateur : Nombre d'exams des incidents documentés achevés immédiatement après un événement violent.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total d'événements violents.</i></p>	Nouvelles

Le **tableau 5** présente les mesures de résultats potentielles associées à tous les énoncés de recommandation pour évaluer le succès de la LDPE globalement.

Tableau 5 : Mesures des résultats pour obtenir le succès de la LDPE globalement

MESURES DES RÉSULTATS	MESURES DANS LES RÉFÉRENTIELS/INSTRUMENTS DE DONNÉES
<p>Taux d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé) pour 100 équivalents temps plein (ETP).</p> <p><i>Numérateur : Nombre d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé).</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total d'équivalents temps plein.</i></p>	<p>Partial Health Quality Ontario [Qualité des services de santé Ontario partiel] (QSSO)</p>
<p>Pourcentage d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé) entraînant un arrêt de travail.</p> <p><i>Numérateur : Nombre d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé) entraînant un arrêt de travail.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé).</i></p>	<p>HQO partiel</p>
<p>Pourcentage d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé) entraînant un accident évité de justesse¹.</p> <p><i>Numérateur : Nombre d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé) entraînant un accident évité de justesse.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé).</i></p>	<p>HQO partiel</p>
<p>Pourcentage d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé) entraînant un accident évité de justesse.</p> <p><i>Numérateur : Nombre d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé) entraînant des blessures physiques.</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total d'incidents de violence en milieu de travail (signalés par les travailleurs de la santé).</i></p>	<p>HQO partiel</p>

¹ Accident évité de justesse : Un incident survenu, mais qui n'a pas entraîné de blessure ou de maladie physique et/ou psychologique pour le travailleur de la santé.

Autres ressources de l'AIIO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE, dont les suivantes :

- **Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation**^{MD}[indicateurs de qualité en soins infirmiers pour le signalement des constatations et l'évaluation](NQuIRE^{MD}) : système unique de données en soins infirmiers hébergé par l'International Affairs and Best Practice Guideline Centre [le centre des affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires] qui permet aux OVPE^{MD} [organisations vedettes des pratiques exemplaires] de mesurer les effets de la mise en application des LDPE par les OVPE dans le monde. Le système de données NQuIRE recueille, compare et présente des données sur les indicateurs de résultats et les processus fondés sur la ligne directrice pour les soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont établies en fonction des données administratives disponibles et des mesures de rendement existantes, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres systèmes de mesure du rendement nouveaux ou existants, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée au signalement d'un cas aux fournisseurs de soins appropriés et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système international de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes, à renforcer la sécurité des patients, à améliorer les résultats chez les patients et à inciter le personnel à faire ressortir les liens entre la pratique et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins et de préconiser les ressources et les politiques qui favorisent les changements en faveur des pratiques exemplaires (16). Pour en savoir plus, voir www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- **BPG Order Sets**^{MD G} [Modèles d'ordonnance en soins infirmiers]. Intégrés aux dossiers électroniques, ces modèles fournissent un mécanisme de saisie électronique des données provenant des mesures liées au processus. La capacité de lier les indicateurs relatifs à la structure et au processus à des indicateurs spécifiques des résultats chez les clients aide à déterminer les effets de la mise en application de la LDPE sur des résultats précis en matière de santé. Pour en savoir plus, voir la page Web <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.

Équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Giulia Zucal, IA, B.Sc.inf., M.A.

Méthodologue de l'élaboration de la ligne directrice (responsable, mai 2018 – aujourd'hui)

Responsable principale, Élaboration de la ligne directrice et recherche

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Laura Ferreira-Legere, AI, M.Sc.inf.

Méthodologue de l'élaboration de la ligne directrice (responsable, mai 2017 – mai 2018)

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Megan R. Bamford, IA, M.Sc.inf.

Directrice associée, Élaboration et évaluation des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Erica D'Souza, B.Sc., cert. géronto., dipl. promo. santé

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Althea Stewart-Pyne, IA, B.Sc.inf., M.Sc.S.

Directrice de programme, Science de la mise en œuvre

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Oliwia Klej, B.Sc. (hon.)

Coordonnatrice de projet, Science de la mise en œuvre

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Danny Wang, IA, B.Sc.inf.

Analyste de l'évaluation

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

D^{re} Shanoja Naik, Ph. D., MPhil, M.Sc., B.Ed., B.Sc.

Spécialiste des données/statisticienne, Recherche sur les résultats en matière de santé, NQuIRE

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Doris Grinspun, IA, M.Sc.inf., Ph. D., LL.D.

(hon.), FAAN, Ordre de l'Ontario

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Lucia Costantini, AI, Ph. D., CNeph(C)

Ex-directrice associée, Élaboration, recherche et évaluation des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ontario)

Remerciements

La recherche systématique a été effectuée par :

UHN HealthSearch

Un merci spécial à Meng Fu, RN, pour ses contributions aux annexes de la ligne directrice lors de son stage à la maîtrise en sciences infirmières (Université Ryerson).

Comité d'experts sur les lignes directrices des pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Gordon Gillespie, Ph. D., DPI, IA, CEN, CNE, CPEN, PHCNS-BC, FAEN, FAAN

Coprésident du comité d'experts

Professeur, directeur adjoint, Graduate Occupational Health Nursing Program
University of Cincinnati College of Nursing
Cincinnati, Ohio, États-Unis

Henrietta Van hulle, IA, B.Sc.inf., MHSM, COHN(C), CRSP, spéc. agréée gest. inv.

Coprésidente du comité d'experts

Vice-présidente, Sensibilisation de la clientèle
Association de santé et sécurité pour les services publics
Toronto (Ontario)

Jamie Amaral, IA, B.Sc.inf.

Gestionnaire des patients hospitalisés, WFSU et SOTU
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Irene Andress, IA, M.Sc.inf.

Vice-présidente, Expérience des patients, professions de santé et chef de direction des soins infirmiers
Michael Garron Hospital
Toronto (Ontario)

Andrew Aris

Directeur, Sécurité et sûreté
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Nader Boutros, CRHA

Directeur, Relations de travail et avec les employés
Michael Garron Hospital
Toronto (Ontario)

Kimberley Brophy, IA, M.Sc.inf.

Directrice de la qualité, de la sécurité et de l'expérience des patients, responsable des organisations vedettes des pratiques exemplaires^{MD}
Scarborough Health Network
Scarborough (Ontario)

Laurie Brown, IA

Vice-présidente, Santé et sécurité
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Région 4

Andréane Chenier, M.Sc., Ph. D.

Représentante nationale, Santé et sécurité
Syndicat canadien de la fonction publique
Sudbury (Ontario)

Chris Clement, IA, B.Sc.inf., M.A.

Directeur des opérations
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Ottawa (Ontario)

Nicole A. Gibson, IA, B.Sc.inf., M.Sc.inf. (étudiante)

Alberta Health Services
McKesson Canada
Lethbridge, (Alberta)

Charis Kelly, IA (cat. spéc.), M.Sc.inf., IP (enfants)

Infirmière praticienne, Brûlures et chirurgie plastique
SickKids Hospital
Toronto (Ontario)

Sarah Kipping, IA, M.Sc.inf., ICPSM(C)

Chef de pratique clinique, Pratique professionnelle
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby (Ontario)

Metzie Lacroxi, IA, BHA, CSIG(C)

Directrice, Services cliniques
Sienna Senior Living
Markham (Ontario)

**Burton Mohan, M.D., maîtrise en santé
publique, B.Sc.inf., B.Sc. (Hon.), Diplôme d'éthique,
IA**

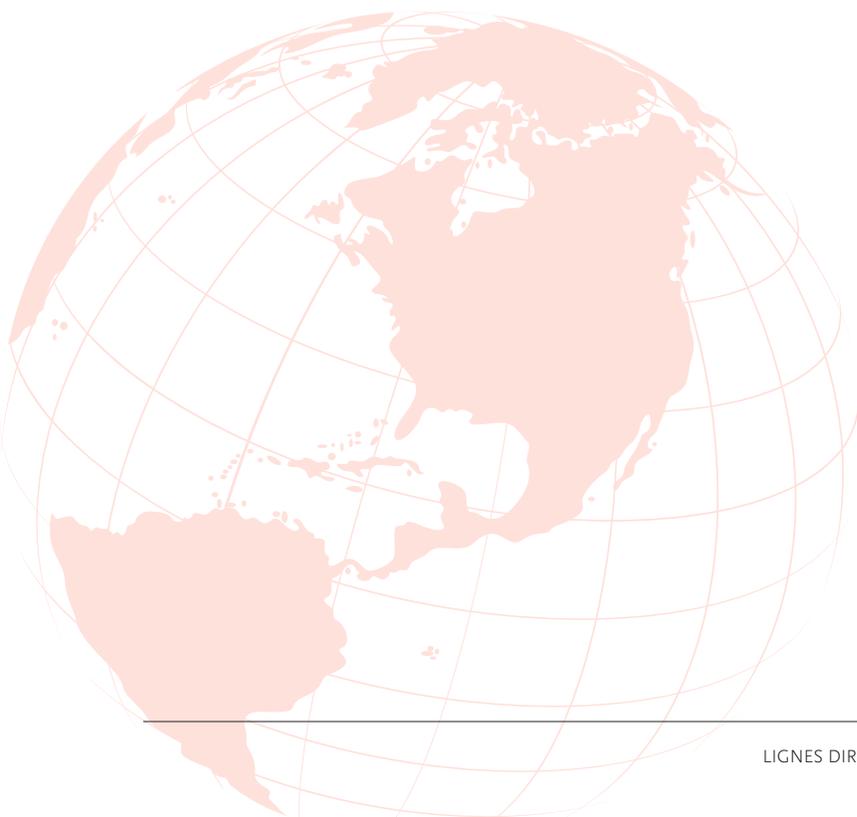
Toronto (Ontario)

Amanda Ottley, IA, BA, B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Infirmière en santé au travail
Toronto (Ontario)

Juanita Rickard, IA, B.Sc.inf.

Vice-président
Canadian Indigenous Nurses Association
Ottawa (Ontario)



Remerciements aux intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration de cette ligne directrice, les participants ont fait part de leurs commentaires sur un large éventail d'organisations de santé, d'établissements d'enseignements et de domaines et secteurs de pratique. Les participants sont notamment des membres du personnel infirmier et d'autres travailleurs de la santé, des enseignants, des étudiants, des personnes expérimentées, des administrateurs compétents et des bailleurs de fonds des services de santé. Des **intervenants**^G représentant divers points de vue ont également été invités à donner leur avis (voir l'**annexe C**). L'AIIO souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de cette LDPE.

Michelle Acorn, DPI, IP, SSP (adulte)

Infirmière chef provinciale
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Newronville (Ontario)

Sylvia Alloy-Kommusaar, IA

Retraitée
Sault-Sainte-Marie (Ontario)

Sheila Blackstock, IA, M.Sc.inf., COHN

Conférencière
Thompson Rivers University
Kamloops (Colombie-Britannique)

Taliesin Magboo Cahill, BA, B.Sc.inf., IA

Chef d'équipe de soins infirmiers (par intérim)
Sandy Hill Community Health Center – Oasis Clinic
Ottawa (Ontario)

Heather Charlesworth, M.Sc., M.Ed. des adultes.

Gestionnaire du programme de prévention de la violence en milieu de travail
Hôpital St. Michael
Toronto (Ontario)

Stephanie Crump, B.Sc.Soc., B.Sc.inf., IA, M.Sc.inf.(c)

Infirmière autorisée
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Marisa Curran, IA, B.Sc.inf.

Infirmière en santé publique
Unité de santé du district de Pineridge
Port Hope (Ontario)

Ashleigh Davis, IA, B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Juanita DeJong, Assoc. Sc. IA, CSIG(C), B.Sc. inf., M.Ed.

Instructrice
Conestoga College
Kitchener (Ont.)

Kathryn Ewers, IA, M.Sc.inf., M.Ed.

Professeure adjointe
Université Nipissing
North Bay (Ontario)

Nataly Farshait, M.Sc.inf., CPN(C), CHE

Directeur principal
Humber River Hospital
Toronto (Ontario)

George Fieber, IA

Chef de file en pratique infirmière
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay (Ontario)

Lela Fishkin, IA

Retraitée
Toronto (Ontario)

Martin Green, CHPA

Gestionnaire, Sécurité, télécommunications et préparation aux situations d'urgence
Baycrest Health Sciences
Toronto (Ontario)

Kathy Greig, IAA

Infirmière soignante
The Scarborough Rouge Hospital
Toronto (Ontario)

Dan Hartley, Ph. D. Ed.

Épidémiologiste
National Institute for Occupational Safety and Health
(NIOSH)
Virginie occidentale, États-Unis

Jennifer Hawkins, IA

Directrice des soins
Finlandia Nursing Home
Sudbury (Ontario)

Laura Hendren, M.Sc.inf., IA (cat. spéc.)

Infirmière praticienne
Atikokan Family Health Team
Atikokan (Ontario)

Kelly Holt, IA, M.Sc.inf., ICPSM(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Steven Hunt, IA, J.D.(c)

Gestionnaire, Soins aux patients
Royal Ottawa Mental Health Center (Le Royal – Santé
mentale)
Brockville (Ontario)

Margaret Keatings, IA, M.Sc.S.

Toronto (Ontario)

Sahana Kesavarajah

Étudiante en sciences infirmières et clinique externe
Université de Toronto et Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Shannon Kift, B.Sc.inf., IA

Infirmière de recherche
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Miran Kim, IA

Infirmière en santé mentale
Ministère de la sécurité communautaire et des services
correctionnels
Toronto (Ontario)

Jill King, IA, B.A.(hon.), INTN ASA, COHN(C),

COHN-S, DIPLÔME EN ERGONOMIE

Chef de la direction
King Health and Safety Inc.
Newmarket (Ontario)

Kanika Kohli, B.Sc.inf., M.Sc.inf., IA

London (Ontario)

Lisa Lallion, IA, B.Sc.inf., M.Sc.inf., ICS, ICMC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
The Scarborough Stroke Clinic
Toronto (Ontario)

Madeline Logan-Johnbaptiste, IA, B.Sc.

inf., M.B.A., CSU(C), CHE(C)

Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Jessica Po Ying Lok, IA, B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Gestionnaire, Pratique professionnelle
VHA Home Health Care
Toronto (Ontario)

Drew MacNeil, IA, B.Sc.inf.

Gestionnaire en pratique clinique
Hôtel-Dieu Grace Healthcare
Windsor (Ontario)

Jeny Mahendrakumar

Étudiante en 3^e année au B.Sc.inf.
Red Deer College/Université de l'Alberta
Red Deer (Alberta)

Vanessa Maradiaga Rivas, IA, B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Hamilton Health Sciences and Revera Inc.
Hannon (Ontario)

Margaret Millward, IA, M.Sc.inf.

Spécialiste de l'amélioration de la qualité
Qualité des services de santé Ontario
Toronto (Ontario)

Noeman Mirza, IA, Ph. D.

Professeur adjoint
Thompson Rivers University
Kamloops (Colombie-Britannique)

Tasha Penney, IA, M.Sc.inf., ICPSM(C)

Formatrice clinique
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

Katie Poon, IA

Infirmière autorisée
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

Madhumathi Rao, IA, B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Humber River Hospital
Toronto (Ontario)

Sabeena Santhirakumaran, IA, B.Sc.inf., B.Sc.

Infirmière autorisée en oncologie
Princess Margaret Cancer Center – Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Nancy Smith, IA, B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Infirmière pédiatrique spécialisée
Société d'aide à l'enfance de Toronto
Toronto (Ontario)

Olivia Soave, IA, B.Sc.inf.

Enseignante en soins infirmiers
Southlake Regional Health Centre
Aurora (Ontario)

Grace Terry, IA, B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
McMaster Children's Hospital
Hamilton (Ontario)

Joyce Tsui, IA., B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Professeure de sciences infirmières
Centennial College
Toronto (Ontario)

Natasa Vukojevic, IA

Infirmière autorisée
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Aaron Watamaniuk, IA, M.Sc.inf.(c)

Infirmier en pratique avancée
Centre Sunnybrook des sciences de la santé
Toronto (Ontario)

Les intervenants qui ont participé à la révision de la LDPE ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans la présente LDPE.

Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains

Les environnements de travail sains sont des contextes de pratique qui (a) maximisent la santé et le bien-être du personnel infirmier et des autres travailleurs de la santé et (b) améliorent le rendement organisationnel et les retombées pour le patient, le client, le résident et la société. Ils comprennent de nombreux éléments, notamment : des éléments de politique physiques et structurels; des éléments professionnels; des éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels (142). Ces éléments, ainsi que les relations entre eux, les rendent complexes et multidimensionnels.

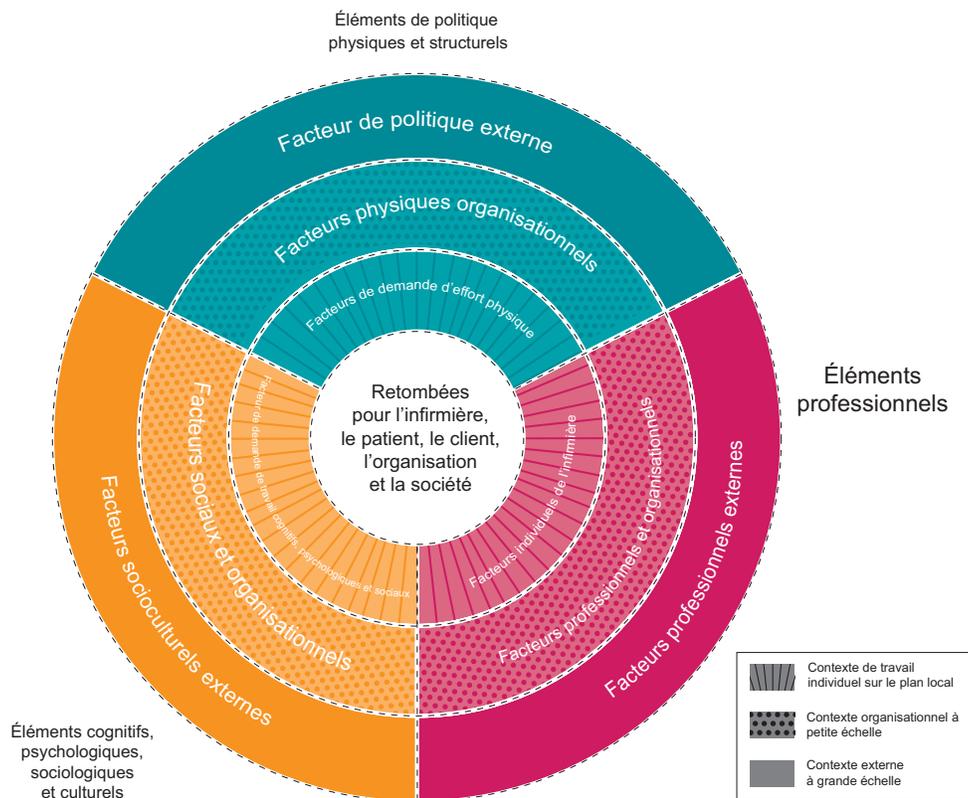
La **figure 1** représente un modèle conceptuel des milieux de travail sains du personnel infirmier, y compris les éléments, les facteurs et les résultats. Trois cercles concentriques représentent les trois contextes ou niveaux : les contextes individuels (sur le plan local), organisationnels (à petite échelle) et externes (à grande échelle). Les lignes pointillées dans le modèle indiquent l'interdépendance entre les divers éléments. Au centre du modèle se trouvent ceux qui bénéficient des environnements de travail sains : le personnel infirmier, les personnes, les organisations, les systèmes et la société dans son ensemble (17). Les lignes à l'intérieur du modèle sont pointillées, montrant les interactions synergiques entre tous les éléments du modèle.

Les hypothèses suivantes sous-tendent le modèle :

- des milieux de travail sains sont essentiels pour des soins aux personnes de haute qualité et sûrs;
- les facteurs sur le plan individuel, organisationnel et des systèmes déterminent si un milieu de travail est sain;
- les facteurs des trois niveaux (individuellement ou en combinaison) touchent la santé et le bien-être du personnel infirmier, les résultats de qualité pour les personnes, le rendement de l'organisation et du système, ainsi que les retombées sociales. À chaque niveau, il y a des éléments de politique, des éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels, ainsi que des éléments professionnels;
- les facteurs professionnels sont propres à chaque profession, alors que les autres facteurs sont généraux et s'appliquent à toutes les professions ou à tous les postes.

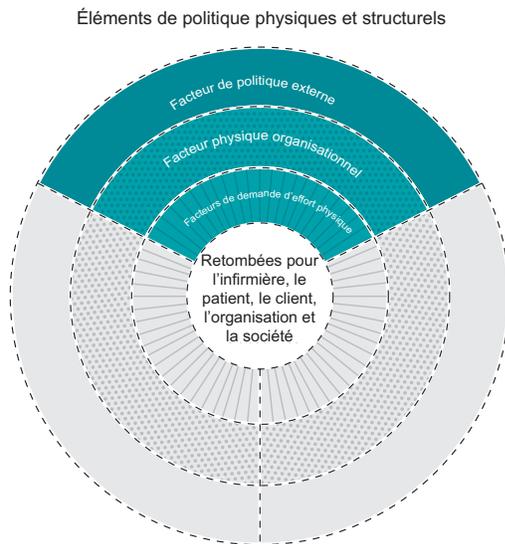
Car c'est la combinaison de facteurs et d'éléments qui détermine la nature du milieu de travail et influence l'expérience individuelle, les interventions visant à promouvoir des milieux de travail sains doivent cibler plusieurs niveaux et éléments du système – et, en fait, le système lui-même (18, 19).

Figure 1 : Modèle conceptuel des milieux de travail sains



Source : Banjok I, Stewart-Pyne A. Creating healthy workplaces: enabling clinical excellence. Dans : Grinspun D, Bajnok I, editors. Transforming nursing through knowledge. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018 : p. 69 à 92.

Figure 2 : Éléments de politique physiques et structurels

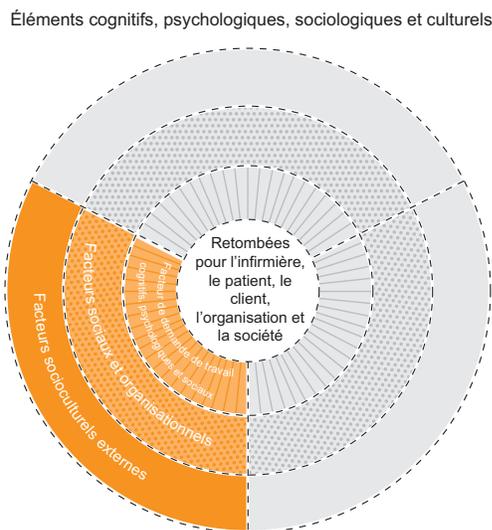


La **figure 2** illustre les éléments de politique physiques et structurels à chaque niveau qui influencent un milieu de travail sain. Pour les personnes (le cercle intérieur), les demandes d'effort physiques sont toute exigence de capacité physique et d'effort, comme la charge de travail, les horaires et les quarts qui changent constamment, le soulèvement de charges lourdes, l'exposition aux substances dangereuses ou infectieuses et les menaces pour la sécurité personnelle.

L'environnement physique d'une organisation (le cercle du milieu) comprend des caractéristiques, des structures et des processus construits et naturels qui concernent les exigences physiques de l'emploi. Cela comprend les pratiques de dotation, les horaires flexibles ou l'établissement d'horaires par les infirmières, le matériel de levage, les politiques sur la santé et la sécurité au travail et le personnel de sécurité.

Les facteurs de politique externes (le cercle extérieur) comprennent tout, du modèle de prestation de soins de santé local au financement, et les cadres législatif, commercial, économique et politique qui façonnent la société.

Figure 3 : Facteurs cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels



La **figure 3** met en évidence les éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels à chaque niveau qui influencent un milieu de travail sain. Sur le plan individuel, les facteurs de demande de travail cognitifs et psychosociaux comprennent les connaissances cliniques, les habiletés d'adaptation et les aptitudes à communiquer, la complexité clinique, la sécurité d'emploi, les relations d'équipe, les difficultés affectives, la précision du rôle et la tension liée au rôle.

Les facteurs sociaux d'une organisation sont liés à son climat, à sa culture et à ses valeurs. Ils comprennent la stabilité organisationnelle, les pratiques et les modes de communication, les relations de travail, la gestion des relations et une culture d'apprentissage continu et de soutien.

Les facteurs socioculturels externes ont une incidence sur le fonctionnement des organismes et des personnes. Ils comprennent les tendances en matière de consommation, les préférences en constante évolution en ce qui concerne les soins, les rôles changeants de la famille, la diversité de la population et celle des fournisseurs de soins, ainsi que les réalités démographiques en constante évolution.

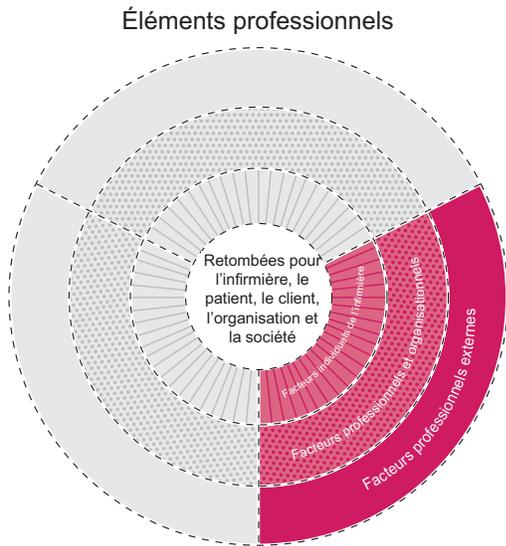


Figure 4 : Éléments professionnels

Les facteurs individuels de l’infirmière comprennent les qualités personnelles, le savoir et les compétences qui déterminent la façon dont elle réagit aux demandes physiques, cognitives et psychosociales du travail (20). Les qualités personnelles comprennent l’engagement d’une infirmière envers son patient ou sa patiente, l’organisation et la profession, ainsi que sa résilience, l’adaptabilité, la confiance en soi et la capacité à maintenir un équilibre entre le travail et la vie de famille. Le savoir et les compétences comprennent les valeurs, l’éthique et la pratique réflexive de l’infirmière.

Les facteurs professionnels et organisationnels qui façonnent un milieu de travail sain découlent de la nature et du rôle du poste. Pour le personnel infirmier, il s’agit notamment de son champ d’activité de la pratique, du degré d’autonomie de la pratique et de la nature de ses relations interprofessionnelles.

Les facteurs professionnels externes comprennent les politiques et les règlements aux échelons provincial, territorial, national et international qui ont une incidence sur les politiques sociales et de santé, ainsi que la socialisation du rôle au sein des diverses disciplines et des divers domaines concernés.

Contexte

La violence en milieu de travail est-elle un problème important?

La violence en milieu de travail est un problème mondial qui prévaut dans toutes les organisations de services de santé et tous les établissements d'enseignement et touche tous les travailleurs de la santé et les étudiants. Un rapport de 2017 commandé par le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario a révélé que sur près de 2000 travailleurs de la santé de première ligne interrogés, 68 % avaient été agressés physiquement au cours des 12 mois précédents, 86 % avaient été victimes de violence verbale et 42 % avaient été agressés ou harcelés sexuellement (21). Pour le personnel infirmier, une étude mondiale portant sur 150 000 infirmières et infirmiers provenant de 160 échantillons internationaux a indiqué que plus d'un tiers avaient été agressés physiquement au cours de leur carrière, les deux tiers avaient subi des agressions non physiques et 40 % avaient été victimes d'intimidation (22).

La présente LDPE reconnaît l'augmentation spectaculaire de la prévalence et de la gravité de la violence en milieu de travail envers les travailleurs de la santé et les étudiants dans tous les secteurs de la santé. Il n'est pas surprenant que l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC) ait constaté que le secteur des services en soins de santé et des services sociaux avait le plus grand nombre d'absences résultant de blessures : les blessures dans ce secteur représentaient 18 % de toutes les absences résultant de blessures dans tous les secteurs (23). En fait, en 2015, le nombre d'absences résultant de blessures liées à la violence chez les travailleurs de la santé de première ligne était plus du double de celui des agents de police et des services correctionnels combinés – une augmentation de 66 % sur 10 ans (23). Cette augmentation de 2006 à 2015 s'est produite à un taux qui est trois fois plus élevé que le taux d'augmentation pour les agents de police et des services correctionnels combinés (23).

Qu'est-ce qui est considéré comme de la violence, du harcèlement et de l'intimidation au sein d'une organisation de services de santé?

En général, la violence est l'utilisation ou la tentative d'utilisation de la force physique contre une personne qui cause, ou pourrait causer, des blessures physiques. L'agression sexuelle, les déclarations verbales, les comportements non verbaux ou les actes qui sont raisonnablement interprétés comme une menace de force physique pouvant entraîner des blessures physiques sont également considérés comme de la violence (24). Dans les organisations de services de santé, le type de violence en milieu de travail le plus répandu dans les soins de santé provient de la personne qui reçoit des soins ou de sa famille (25). Les exemples de ce genre de violence comprennent les menaces verbales, messages menaçants, serrer le poing au visage du travailleur, frapper/essayer de frapper un travailleur ou lancer un objet sur un travailleur (24).

D'autres formes de comportements négatifs en milieu de travail comprennent la violence horizontale ou latérale et la violence verticale. La violence horizontale ou latérale sont des termes utilisés de manière interchangeable pour désigner la violence, le harcèlement et l'intimidation dirigés vers des collègues de niveau égal au sein d'une organisation (8). Cela contraste avec la violence verticale, qui est la violence, le harcèlement ou l'intimidation entre collègues qui sont à des niveaux inégaux au sein d'une organisation.

Le harcèlement fait référence aux commentaires ou aux comportements à l'égard d'un travailleur de la santé qui sont indésirables et persistants, y compris le harcèlement sexuel (6). Par exemple, les remarques, les blagues ou les insinuations qui rabaissent, ridiculisent, intimident ou offensent un travailleur de la santé ou un étudiant sont considérées comme du harcèlement en milieu de travail. L'intimidation est un comportement répété et persistant qui peut comprendre l'isolement social, la création ou la propagation de rumeurs, les critiques excessives ou injustifiées, l'intimidation d'une personne, l'abus physique ou les menaces d'abus, ainsi que la privation des responsabilités professionnelles (4). Ces deux formes de violence diffèrent de l'incivilité, qui se définit comme une détérioration des relations entre pairs en milieu de travail (9, 26), entre étudiants et travailleurs de la santé, dans l'environnement d'apprentissage clinique (27), ou entre étudiants et professeurs dans un établissement d'enseignement (28). L'incivilité peut comprendre une communication futile, le manque de respect, l'indifférence, la négligence, le mépris ou un discours impoli et peut entraîner du stress et un épuisement professionnel (27). Même si la violence et le harcèlement sont des problèmes courants dans les soins de santé, les taux élevés d'intimidation et ses effets sur le bien-être, la productivité et le maintien en poste des travailleurs de la santé sont devenus un problème émergent (29).

Quelles sont les catégories de violence, de harcèlement et d'intimidation au sein d'une organisation de services de santé?

La violence peut être classée selon son type et sa source. En 2001, les chercheurs en santé au travail ont classé la violence en milieu de travail en quatre types principaux :

- **Type 1 (intention criminelle)** : L'auteur de la violence n'a aucune relation légitime avec l'entreprise ou ses employés. Cette violence comprend généralement des actes comme le vol, le pillage et/ou l'intrusion.
- **Type 2 (client)** : Il s'agit de la source de violence la plus courante dans l'établissement de santé. L'auteur est une personne recevant des soins ou un visiteur qui devient violent et/ou agressif envers un travailleur de la santé ou une personne ou un visiteur.
- **Type 3 (travailleur à travailleur)** : Ce type de violence est appelé violence horizontale ou verticale. Elle peut comprendre l'intimidation. L'auteur est un employé actuel ou ancien (y compris des superviseurs, des gestionnaires, des médecins ou d'autres employés contractuels) et la violence est dirigée vers un autre employé.
- **Type 4 (relations personnelles)** : L'auteur a une relation avec un employé à l'extérieur du milieu de travail, mais devient violent et/ou agressif à son égard ou à l'égard d'autres personnes dans le milieu de travail (30).

Quels sont les coûts et conséquences personnels et économiques de la violence en milieu de travail?

Le coût de la violence en milieu de travail dans les hôpitaux de l'Ontario seuls est de 23,8 millions de dollars par année, ce qui contribue à 10 % des absences résultant de blessures dans les hôpitaux (23). La violence en milieu de travail mène également à l'absentéisme, en particulier chez le personnel infirmier : un rapport national canadien de 2016 a révélé que le taux moyen d'absentéisme pour toutes les professions était de 5,7 %, mais que le taux pour les infirmières et infirmiers à temps plein du secteur public était de 9 %, soit un coût estimé à 989 millions de dollars par an (29).

En plus des coûts économiques, les travailleurs de la santé subissent de nombreuses conséquences physiques et psychologiques dues à la violence en milieu de travail :

- les conséquences physiques comprennent les blessures physiques (p. ex., ecchymoses, morsures et lacérations), les maux de tête, la douleur et les blessures menaçant le pronostic vital (31);
- les conséquences psychologiques les plus fréquemment rapportées comprennent l'état de stress post-traumatique, l'hypervigilance, l'irritabilité, les difficultés de concentration, les troubles du sommeil, la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel (31);
- les conséquences émotionnelles peuvent comprendre la colère, la tristesse, la peur et la méfiance (31);
- les conséquences de l'intimidation prolongée et persistante comprennent un risque accru de problèmes de santé mentale et somatique, comme l'anxiété et la dépression (32), les idées suicidaires (33) et les maux de tête et les troubles du sommeil (34).

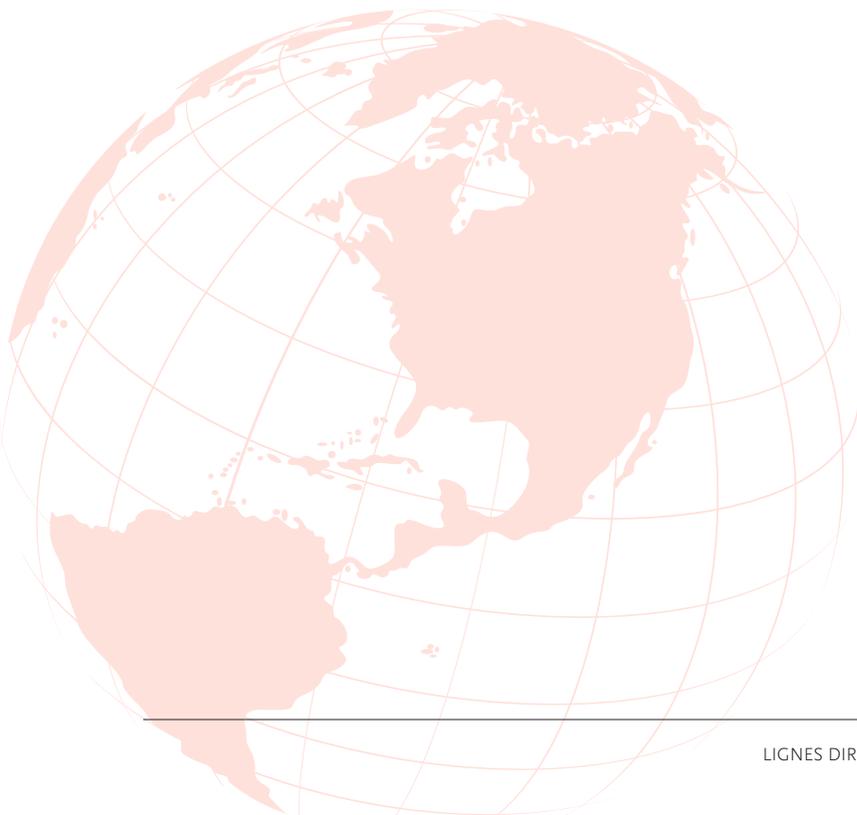
Ces conséquences ont une incidence négative sur le recrutement et le maintien en poste (35); par exemple, 66 % du personnel infirmier a pensé quitter son emploi pour travailler chez un autre employeur ou changer complètement de profession (29). Les autres conséquences de la violence en milieu de travail peuvent comprendre une augmentation des congés de maladie (36), une diminution de la productivité (37), la peur des patients, le manque de plaisir à travailler avec les patients et le fait de passer moins de temps avec les patients, réduisant ainsi la qualité des soins (31).

Même si 61 % des infirmières et infirmiers au Canada ont subi une forme de violence entre 2016 et 2017, seulement un quart ont demandé de l'aide d'un syndicat et seulement 60 % ont effectivement signalé l'événement (29). Étant donné que la violence en milieu de travail est omniprésente, mais largement sous-déclarée, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a récemment demandé que la violence en milieu de travail envers les travailleurs de la santé (y compris les médecins, les sous-traitants et les étudiants) soit intégrée dans les plans d'amélioration de la qualité des hôpitaux et que le nombre total d'incidents violents en milieu de travail soit signalé (38).

Que sont les initiatives de prévention et de gestion sur le plan des systèmes?

Même si la création d'un milieu de travail sûr est la responsabilité de chacun dans une organisation de services de santé et un établissement d'enseignement, l'employeur doit appliquer des politiques et des stratégies de prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail. En vertu de la Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail (projet de loi 168) de l'Ontario, les employeurs doivent suivre un ensemble de mesures clés pour prévenir et gérer la violence en milieu de travail (20). Quelques-unes de ces mesures comprennent la création de politiques écrites sur la violence et le harcèlement en milieu de travail, ainsi que l'élaboration et le maintien d'un programme de mise en œuvre de politiques, de formation et de précautions pour protéger les employés contre les blessures physiques (39). Ces mesures ne seront efficaces que si elles sont appliquées de manière significative et cohérente (29).

En plus de la loi, la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail nécessiteront les efforts concertés de multiples intervenants principaux, notamment des gouvernements fédéral et provinciaux, des syndicats, des organisations de services de santé, des employés, des personnes et du public. En raison de l'effet dommageable de la violence sur les travailleurs de la santé et les personnes recevant des soins, la présente LDPE fournit des recommandations de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour aider les organisations et les travailleurs de la santé à reconnaître, à prévenir et à gérer la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail.



Recommandations

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :

Faut-il recommander aux travailleurs de la santé d'utiliser des outils d'évaluation des risques pour détecter les comportements révélateurs de violence, de harcèlement et/ou d'intimidation en milieu de travail?

Résultats : Fiabilité, validité et accessibilité en pratique (résultats de substitution : temps et utilité).

Recommandations concernant le comportement violent de la part de personnes et de familles

Recommandation 1.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'établir un plan de mise en œuvre pour intégrer un outil d'évaluation des risques de violence pour les personnes. Ce plan doit comprendre les éléments suivants :

- la sélection d'un outil d'évaluation des risques applicable à la population et au contexte cliniques;
- l'enseignement et la formation sur l'outil choisi pour tous les travailleurs de la santé qui fournissent des soins directs.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

L'évaluation du risque de comportement violent est cruciale pour la sécurité des travailleurs de la santé. Deux types d'outils ont été déterminés dans la littérature : les **outils actuariels**^G et les **jugements professionnels structurés (JPS)**^G. Les outils actuariels utilisent une formule ou une équation pour combiner le risque connu de violence avec les facteurs statiques (p. ex., âge) et dynamiques (p. ex., toxicomanie et chômage) pour arriver à une probabilité attendue que la violence se produise (40). Les outils de JPS utilisent également des facteurs de risque statiques et dynamiques, mais ils intègrent une discrétion clinique pour peser la présence de facteurs de risque et tirer une conclusion globale sur la probabilité de violence (p. ex., faible, moyenne ou élevée) (40).

Quel que soit l'outil utilisé pour évaluer le risque de violence, la littérature souligne l'importance d'avoir un plan de mise en œuvre en place. Les outils qui avaient un plan de mise en œuvre avant leur adoption dans une organisation avaient une **validité prédictive**^G acceptable en ce qui concerne leur capacité à prédire l'agressivité des patients (41-43) et une bonne **fiabilité inter-évaluateurs**^G entre les travailleurs de la santé (42). Aucune des études intégrées n'a fait état des inconvénients associés à l'établissement d'un plan de mise en œuvre.

Les éléments d'un plan de mise en œuvre efficace déterminés dans la littérature comprenaient la sélection d'un outil d'évaluation des risques applicable à la population et au contexte cliniques, ainsi que la formation sur l'outil pour tous les travailleurs de la santé qui fournissent des soins directs.

Sélection d'un outil d'évaluation des risques applicable à la population et au contexte cliniques

Les professionnels en santé mentale de 44 pays ont souligné l'importance de la « qualité de l'ajustement » dans l'évaluation des risques, de sorte que le choix de l'instrument doit dépendre de l'applicabilité ou de l'« ajustement » entre la population, le contexte et l'objectif de l'outil (40). Avant de mettre en œuvre un outil dans une organisation, une analyse minutieuse des coûts, des exigences de formation et des préférences des utilisateurs et de l'organisation (c.-à-d., préférence pour ou contre l'utilisation de JPS et/ou d'outils actuariels) doit être envisagée (40). Il convient de noter que la validité et la fiabilité des outils d'évaluation des risques de violence n'ont pas été confirmées dans tous les contextes de pratique et parmi toutes les populations et la généralisation dans toutes les organisations de services de santé ne peut être présumée (43, 44). Par conséquent, lors du choix d'un outil à utiliser dans la pratique, il faut tenir compte de l'applicabilité de l'outil au contexte et à la population avant que les outils ne soient largement adoptés.

Enseignement et formation sur l'outil choisi pour les travailleurs de la santé qui fournissent des soins directs

Les outils d'évaluation de JPS particuliers examinés dans la littérature comprenaient l'outil d'évaluation du comportement agressif (ABRAT) (45) et l'évaluation à court terme du risque et de la traitabilité (START) (41). L'évaluation dynamique de l'agression circonstancielle (DASA) était un outil d'évaluation actuariel examiné dans la littérature (42). Les études évaluant les **propriétés psychométriques**^G (fiabilité et validité) de ces outils comportaient une période de formation du personnel dans le cadre du plan de mise en œuvre. La formation du personnel comprenait des informations théoriques sur les outils (40, 41, 43, 45), une formation sur la façon de noter l'outil et d'interpréter les résultats (41), la pratique de la notation des outils à l'aide de cas pseudo-cliniques (41, 47) et des données de recherche démontrant la capacité de l'outil à prédire l'agressivité des patients (45).

Valeurs et préférences

Les données probantes suggèrent que les travailleurs de la santé apprécient de recevoir une formation avant la mise en œuvre organisationnelle d'un nouvel outil d'évaluation des risques (47, 48) et ils apprécient la disponibilité d'un soutien continu pendant et après le processus de mise en œuvre (42, 49). Les travailleurs de la santé privilégient les outils rapides, faciles et utiles, car ils permettent au personnel de réduire au minimum de façon proactive les événements violents (45).

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts suggère que l'établissement d'un plan de mise en œuvre avant l'utilisation d'un outil d'évaluation des risques dans les soins directs pourrait potentiellement améliorer l'équité dans l'accès aux soins. Soutenir la cohérence dans la façon dont les travailleurs de la santé mènent les évaluations des risques de violence (grâce à l'utilisation d'un outil d'évaluation des risques) pourrait potentiellement réduire les pratiques qui stigmatisent ou nuisent aux personnes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre comment un plan de mise en œuvre peut avoir une incidence sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts a attribué une grande valeur à l'établissement d'un plan de mise en œuvre avant l'utilisation clinique ou organisationnelle d'un outil d'évaluation des risques. Le comité d'experts a apprécié la sélection d'outils appropriés et la formation adéquate du personnel pour améliorer l'utilité, la fiabilité et la validité des outils choisis dans l'environnement clinique. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

- Le comité d'experts a souligné l'importance d'offrir une formation non seulement sur l'outil lui-même, mais également sur les interventions que le travailleur de la santé doit faire une fois le risque déterminé. Pour de plus amples renseignements sur les interventions potentielles à la suite d'une évaluation des risques de violence, veuillez consulter les **recommandations 3.1 à 3.3**.
- Les méthodes d'enseignement trouvées dans la littérature comme étant efficaces pour soutenir les connaissances et les compétences des travailleurs de la santé comprenaient les suivantes :
 - discussions en équipe sur l'outil d'évaluation des risques, y compris sur la façon de comprendre les notations et la présentation de commentaires sur les cas pseudo-cliniques (41);
 - adoption d'une approche pédagogique « formation des formateurs ». Par exemple, dans une étude qui a évalué l'efficacité de l'outil ABRAT pour prédire le comportement agressif chez les résidents de soins de longue durée récemment admis, des personnes clés de l'établissement de soins de longue durée ont été formées par des investigateurs sur la façon d'utiliser un outil des risques de violence. Ces personnes clés ont ensuite formé le personnel dans leurs établissements de soins de longue durée respectifs (45).
- Il n'y a pas d'accord cohérent dans la littérature concernant le moment des évaluations des risques; il est donc de la responsabilité de l'organisation de fixer un calendrier pour la réalisation des évaluations des risques et de formuler clairement cette décision aux travailleurs de la santé dans le cadre du plan de mise en œuvre. Cependant, les évaluations des risques étaient généralement effectuées une fois pendant l'hospitalisation ou une fois par semaine (48), dans les 24 premières heures suivant l'admission (45) et tous les jours (41-42). Une étude a révélé que le délai moyen jusqu'à ce qu'un incident violent se produise était de 4,4 jours après l'admission (50).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). PSHSA Violence, Aggression & Responsive Behaviour (VARB) Project [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; c2018. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/article/marb-project/.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modèle et trousse pour fournir au milieu de travail une approche cohérente et fondée sur le consensus pour réduire l'effet et l'incidence de l'agression, de la violence et des comportements réactifs. ■ Comprend l'accès à une variété d'outils et de boîtes à outils d'évaluation des risques de violence en milieu de travail (conçus pour différents types de contextes et de populations de clients), y compris le manuel de signalisation, la boîte à outils de sécurité et la boîte à outils du système de réponse à la sécurité personnelle.

RECOMMANDATION 1.2 :

Le comité d'experts recommande aux travailleurs de la santé de procéder à une évaluation des risques de violence sur toutes les personnes à l'aide d'un outil validé.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les travailleurs de la santé qui fournissent des soins directs aux personnes devraient mener une évaluation des risques de violence pour identifier les personnes qui présentent un risque plus élevé de comportements violents, réduisant ainsi potentiellement l'incidence des événements violents et des blessures. Une grande variété d'outils d'évaluation des risques de violence ont été déterminés dans la littérature, et leur fiabilité, leur validité et leur utilité dans la pratique ont été évaluées dans différentes organisations de services de santé. Les outils d'évaluation du risque de violence qui ont démontré une fiabilité, une validité et une utilité élevées ont adopté une approche de JPS ou actuarielle (voir la **recommandation 1.1** pour en savoir plus sur ces outils).

La validité des outils de JPS a été jugée acceptable, en particulier dans leur capacité à prédire avec précision les incidents violents (41, 43, 45, 48, 50-52). Deux outils de JPS – l'outil ABRAT (45) et l'évaluation en milieu de travail du risque de violence ciblé (WAVR-21) (44) – avaient une fiabilité moyenne à bonne (44, 45). Un outil de JPS, l'outil START (41), s'est également avéré très fiable entre les travailleurs de la santé, et les utilisateurs de l'outil ont approuvé son utilité, son faible degré de difficulté et sa facilité d'exécution dans la pratique (48). Cependant, la recherche suggère que l'outil ABRAT peut ne pas être suffisant pour prédire le risque de violence d'un individu si l'utilisateur n'a pas de formation spécialisée ou de qualifications en tant que fournisseur de soins en santé mentale (45) et l'accord entre les experts en la matière utilisant l'outil START a tendance à être plus élevé que les cotes effectuées par les professionnels de la santé mentale en général (48). Une étude a également signalé que 44 % des travailleurs de la santé qui utilisaient l'outil START avaient du mal à faire des distinctions plus précises entre un risque de violence élevé, modéré ou nul (48).

L'évaluation des propriétés psychométriques a été trouvée dans la littérature pour un outil actuariel : l'outil DASA (42). Cet outil a été utilisé et testé dans des unités de patients hospitalisés en santé mentale, une unité de soins actifs pour adultes et une unité de soins prolongés sécurisée. Les données probantes indiquent que chez ces populations, l'outil DASA a un degré élevé de précision dans la prédiction de la violence, en particulier par rapport aux outils de JPS et aux jugements cliniques spontanés (42, 47, 49). Cependant, l'outil DASA peut prendre du temps, ce qui réduit le temps que les infirmières et infirmiers accordent aux patients et le système de notation peut être considéré comme irrespectueux ou stigmatisant, car les évaluations misent uniquement sur les caractéristiques négatives d'un individu (42).

Valeurs et préférences

Les données probantes suggèrent que les travailleurs de la santé qui ont utilisé les outils de JPS (en particulier ABRAT et START) les ont trouvés des méthodes simples et fiables pour trier les patients potentiellement violents et ils ont permis des interventions ciblées précoces, aidé le personnel à déterminer les situations violentes imminentes (45) et ont été utiles pour déterminer les « signes de risque de signature » (48). Les infirmières et infirmiers qui ont terminé la DASA ont déclaré qu'elle était rapide et facile à utiliser, qu'elle pouvait facilement partager des informations sur les patients, qu'elle était appropriée pour le personnel inexpérimenté de la remplir et qu'elle a finalement été intégrée à l'évaluation au moment de l'admission du patient (49). Cependant, certains membres du personnel infirmier préféraient leur propre jugement clinique à l'outil, estimaient que le temps nécessaire pour remplir l'outil n'était pas pratique et n'étaient pas certains des interventions qu'ils pourraient adopter une fois l'évaluation effectuée (49).

Équité dans l'accès aux soins

L'équité dans l'accès aux soins peut être touchée négativement par l'utilisation d'outils d'évaluation des risques : les personnes peuvent par inadvertance être stigmatisées et étiquetées, ce qui peut avoir un effet sur les soins (49). Le comité d'experts a souligné que la détermination des personnes potentiellement violentes peut augmenter ou diminuer l'équité dans l'accès aux soins en fonction du contexte, du type de système d'alerte adopté et de la façon dont le système d'alerte est utilisé pour déterminer les personnes. Les décisions d'alerte doivent être prises au niveau de l'organisation et l'équilibre entre les avantages et les inconvénients pour les travailleurs de la santé et les personnes doit être soigneusement examiné.

Il est intéressant de noter que le nombre de femmes concernées dans des événements violents est sous-estimé et que les professionnels de la santé, hommes et femmes, sous-déclarent généralement la violence de la part de personnes qui sont des femmes (51). En ce qui concerne le sexe, l'outil de dépistage du risque de violence-10 (V-RISK-10) a été évalué pour sa capacité à prédire la violence chez les hommes et les femmes. Même si l'outil avait une bonne validité, il y avait des taux plus élevés de faux positifs pour les femmes que pour les hommes, ce qui indique que les facteurs de risque propres aux femmes peuvent être absents de l'outil (51). L'utilisation d'un outil qui n'est pas valide pour toutes les caractéristiques des patients (comme le sexe) pourrait entraîner des incohérences et des inégalités potentielles dans l'accès aux soins.

Le sexe peut également avoir une incidence négative sur l'équité dans l'accès aux soins, de sorte que les interventions choisies pour prévenir et/ou atténuer les agressions diffèrent pour les hommes et les femmes. Les infirmières et infirmiers ont terminé la DASA pour les patients de trois services médico-légaux aigus et ont documenté les interventions ultérieures qui ont été mises en œuvre (53). Les résultats suggèrent que les hommes étaient plus susceptibles de recevoir des interventions restrictives (p. ex., médicaments au besoin [PRN] et observations), alors que des approches plus interpersonnelles étaient proposées aux patients qui étaient des femmes (p. ex., soins infirmiers individuels, établissement de limites et rassurance) (53).

Conclusions du comité d'experts

Malgré le très faible degré de certitude des données et l'incertitude quant à l'incidence qu'une évaluation des risques de violence pourrait avoir sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a attribué une valeur plus élevée à la réalisation d'évaluations des risques de violence pour la sécurité des travailleurs de la santé et des personnes par rapport à l'inconvénient qui pourrait survenir si aucune évaluation des risques n'est effectuée. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

- Même si les évaluations des risques fournissent un moyen de mettre en évidence le risque imminent et que des interventions peuvent être mises en œuvre pour potentiellement empêcher que violent des comportements violents ne se produisent ou ne s'aggravent, les organisations doivent s'assurer que les ressources appropriées sont en place (comme une dotation en personnel et un équipement de sécurité adéquats) (53).
- Le temps et les ressources nécessaires pour remplir un outil d'évaluation des risques sont d'une importance essentielle pour les travailleurs de la santé.
- En Ontario, la *Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail* mentionne que les employeurs doivent évaluer le risque de violence en milieu de travail aussi souvent que nécessaire pour s'assurer que leurs politiques et programmes sur la violence en milieu de travail protègent les travailleurs (39). Ainsi, l'utilisation d'outils d'évaluation des risques est fortement recommandée dans les contextes où il y a un risque. La validation de certains de ces outils est en cours.
- Les outils d'évaluation des risques doivent être adaptés au champ de pratique du travailleur de la santé et à son rôle au sein de l'organisation. Voir la **recommandation 1.1** pour en savoir plus sur le choix d'un outil d'évaluation des risques approprié.
- Outre la personne qui reçoit des soins et selon le contexte (p. ex., milieu pédiatrique avec tuteurs, soins de longue durée avec mandataires spéciaux), des évaluations du risque de violence doivent être effectuées sur la famille et le milieu dans lequel la personne se trouve actuellement.

- Les organisations doivent veiller à ce que les travailleurs de la santé soient formés de manière à ce que la même qualité de soins (p. ex., les mesures de lutte contre l'infection, les précautions contre la violence ou les précautions contre les risques de chute) soit fournie à toutes les personnes, quelles que soient leurs mesures « d'alerte ».
- Si l'alerte du risque de violence était due à l'état clinique aigu de la personne (p. ex., le délire après une intervention chirurgicale), le risque de violence de la personne devrait être réévalué une fois que son état clinique est revenu à la valeur de départ. En collaboration avec la personne, l'équipe de soins peut aborder et déterminer si l'alerte du risque de violence doit rester dans le tableau clinique de la personne pour les interactions futures qu'elle pourrait avoir avec les travailleurs de la santé.
- Le comité d'experts a noté qu'une fois qu'une personne est déterminée comme étant à risque de violence, l'élaboration d'un plan de soins personnalisé est nécessaire. L'élaboration d'un plan de soins garantira à ce que les travailleurs de la santé comprennent et traitent les déclencheurs de violence de la personne, fournissent le niveau de soins approprié et, en fin de compte, rendent l'environnement plus sûr pour les travailleurs de la santé et les personnes.
- Une stratégie de communication pour relayer les résultats de l'évaluation des risques doit être déterminée. Le comité d'experts a souligné que les informations pertinentes découlant de l'évaluation des risques devraient être partagées de façon claire et simple : elles ne doivent pas se limiter au dossier de santé (électronique ou papier), car cela les rendraient inefficaces pour ceux qui ne peuvent pas accéder au document. Cela a également été souligné dans une étude qualitative, de sorte que la communication entre les groupes professionnels (p. ex., le personnel du service diététique, les préposés aux services de soutien à la personne ou le personnel d'entretien) faisait défaut, car elle n'était pas intégrée dans les groupes de soins infirmiers et n'avait pas accès aux dossiers médicaux des patients (21).
- Les travailleurs de la santé doivent tenir compte à la fois des facteurs de risque et des facteurs de protection de la violence. Les facteurs de protection sont fondés sur les forces d'une personne, ce qui peut réduire la probabilité qu'elle devienne violente, et ils peuvent augmenter la capacité de prédiction (41). Les données probantes suggèrent que l'évaluation des traits positifs ou protecteurs d'un patient réduit également les biais négatifs envers ce patient parmi les fournisseurs de soins et améliore les relations thérapeutiques (41).
- Les données probantes suggèrent que les travailleurs de la santé doivent être conscients des facteurs dispositionnels et circonstanciels qui augmentent le risque de violence d'une personne. Ces caractéristiques ou circonstances peuvent comprendre le sexe et des antécédents de violence (51), les admissions multiples à l'hôpital, l'admission involontaire et le fait de vivre dans un foyer de groupe (50). Voir l'**annexe F** pour obtenir une liste de facteurs qui peuvent prédire des comportements violents ou agressifs.
- Voir l'**annexe G** pour connaître les neuf éléments du cadre STAMPEDAR qui classent le risque de violence et leurs signaux correspondants pour aider les travailleurs de la santé à prévoir et à prévenir les incidents de comportements violents ou agressifs.
- Voir l'**annexe H** pour obtenir des exemples d'outils actuariels et de JPS utilisés pour soutenir une évaluation du risque de violence tel que déterminé dans la revue systématique.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Chaimowitz G, Mamak M. The Hamilton Anatomy of Risk Management HARM [Internet]. [publisher St Joseph's Healthcare Hamilton; c2018]. Accessible sur la page Web : https://www.ais-harm.com/harm	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outil de jugement clinique structuré pour aider à l'évaluation du risque de violence en combinant des facteurs historiques (statiques) et dynamiques. ■ Comprend les évaluations passées, présentes et futures. ■ Disponible pour diverses populations, y compris les patients hospitalisés dans le service médico-légal de psychiatrie, les jeunes délinquants en détention ou en milieu de traitement, les patients adultes hospitalisés en milieu psychiatrique aigu et chronique, ainsi que les utilisateurs de services vulnérables qui vivent dans la rue ou dans des logements de transition.
Linaker, Bush Iversen, Almvik, et al. bvc: Brøset Violence Checklist [Internet]. Trondheim (Norway): [publisher unknown; date unknown]. Accessible sur la page Web : http://www.riskassessment.no	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit la liste de contrôle de la violence de Brøset, un outil actuariel qui aide à prédire un comportement violent imminent.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Individual Client Risk Assessment [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; c2018. Accessible sur la page Web : https://workplace-violence.ca/tools/individual-client-risk-assessment/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Boîte à outils pour déterminer les comportements des clients et les déclencheurs qui peuvent mener à la violence afin de mettre en œuvre des mesures préventives. ■ Comprend l'outil d'évaluation de la violence, des suggestions d'interventions axées sur le contrôle et un exemple de politique. ■ La boîte à outils peut être utilisée dans les soins actifs, les soins de longue durée, les soins de santé communautaire et les services d'urgence.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Use the Violence Assessment Tool (VAT) [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2017/05/VPRPSAEN0417-Individual-Client-Risk-Assessment-Tool-ICRA-Poster-V2.1-2017.04.25.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une version résumée d'une page de l'outil VAT qui évalue les facteurs de risque statiques et dynamiques de violence. ■ Fournit un lien vers le site Web de l'ASSSP pour télécharger la version complète de l'outil.

Recommandation concernant le harcèlement et l'intimidation de la part de chefs officiels, de travailleurs de la santé ou d'étudiants

RECOMMANDATION 1.3 :

Le comité d'experts suggère aux organisations de services de santé et aux établissements d'enseignement de soutenir l'utilisation d'outils d'évaluation des risques validés pour mesurer et élaborer un plan d'amélioration de la qualité pour lutter contre la violence horizontale et/ou verticale.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

L'évaluation de la violence horizontale et verticale au sein d'organisations de services de santé et d'établissements d'enseignement – et la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité en cas de violence horizontale et verticale – est importante pour le bien-être physique et mental des travailleurs de la santé et des personnes. Les outils d'évaluation des risques qui prédisaient le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail évaluaient la violence horizontale de la part de pairs (26, 54), la violence verticale de la part de personnes en position de pouvoir (55, 56) et les deux (57). Des outils ont également été déterminés pour déceler l'incivilité de la part du personnel infirmier à l'égard des étudiants en stage clinique (58, 59).

Les outils qui ont permis d'examiner particulièrement la violence horizontale (la « Lateral Violence in Nursing Survey » et la « Horizontal Violence Scale ») ont démontré une validité adéquate; cependant, la généralisabilité des outils et la confiance dans leur capacité de prédiction sont discutables, car ils ont été utilisés par des infirmières responsables ou des infirmières gestionnaires, et non par des infirmières soignantes (26, 54). Une validité adéquate a également été trouvée pour les outils qui évaluaient la violence verticale (la « Survey of Workplace Intimidation Instrument et la « John Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey »), même si la mise en œuvre s'est déroulée dans un contexte de soins actifs et s'il est difficile de généraliser à d'autres établissements de santé (55, 56). Un outil qui a évalué la violence horizontale et verticale (la « Hospital Aggressive Behavior Scale ») a démontré des propriétés psychométriques adéquates et a permis d'examiner de multiples sources d'intimidation au sein du milieu (57). On a trouvé deux outils qui ont examiné la violence de la part du personnel infirmier clinique à l'égard des étudiants en soins infirmiers (l'outil « Uncivil Behavior in Clinical Nursing Education » et la « Nursing Student Perception of Civil and Uncivil Behaviors in the Clinical Learning Environment Survey »), et tous deux présentaient une bonne fiabilité inter-évaluateurs (58, 59).

Aucune étude n'a évalué les propriétés psychométriques des outils mesurant l'intimidation entre les étudiants.

Valeurs et préférences

Dans les organisations qui ont mis en œuvre des outils valides pour mesurer le harcèlement et l'intimidation, les travailleurs de la santé ont préféré généralement les outils brefs et faciles à administrer (56, 58) et à ceux qui étaient faciles à interpréter (58) et leurs on accordé une plus grande valeur.

Équité dans l'accès aux soins

L'incidence sur l'équité dans l'accès aux soins de l'utilisation d'un outil pour déterminer le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail ou dans l'environnement d'apprentissage dépend de la volonté de l'organisation de s'attaquer adéquatement au problème une fois qu'il a été déterminé. Le comité d'expert a également souligné que les outils n'ont présentement pas la capacité de mesurer l'ampleur de l'intimidation et du harcèlement et leurs répercussions sur le travailleur individuel, ce qui rend difficile de déterminer la façon dont l'équité dans l'accès aux soins est touchée. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre la façon dont les outils qui mesurent les comportements en matière de harcèlement et d'intimidation peuvent toucher l'équité dans l'accès aux soins dans une organisation de services de santé ou un environnement d'apprentissage.

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts n'a pas pu attribuer une valeur élevée à l'utilisation d'outils qui mesurent les comportements en matière de harcèlement et d'intimidation de la part de chefs ou de collègues officiels en raison de la variabilité des résultats. Le comité d'experts a souligné que les méthodes utilisées par les organisations pour interpréter et utiliser les résultats des outils validés pourraient potentiellement influencer le risque d'inconvénients pour les travailleurs et les étudiants. Par exemple, si les résultats indiquent qu'un degré élevé de comportements en matière de harcèlement et d'intimidation existe dans un établissement de santé, la négativité pourrait s'intensifier, surtout si l'établissement ne prend pas les mesures nécessaires pour changer la culture et remédier au problème. Une organisation qui ne veut pas adopter un changement positif pourrait nuire aux employés et/ou aux étudiants qui remplissent l'outil; ainsi, le comité d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle.

Notes de pratique

- Utiliser un outil validé pour l'organisation de services de santé ou l'établissement d'enseignement où les données seront recueillies.
- L'outil d'évaluation des risques peut être un moyen pour les travailleurs de la santé de commenter de façon anonyme la culture de leur organisation de services de santé ou de leur établissement d'enseignement. Les résultats peuvent ensuite être utilisés pour stimuler la discussion et formuler un plan d'action pour résoudre le problème du harcèlement et de l'intimidation.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
National Research Centre for the Working Environment. Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ II [Internet]. Copenhague : National Research Centre for the Working Environment; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : http://nfa.dk/da/Vaerktoejer/Sporgeskemaer/Copenhagen-Psychosocial-Questionnaire-COPSOQ-II/Engelsk-udgave	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboré au Danemark dans le but d'évaluer et d'améliorer l'environnement de travail psychosocial. ■ Fournit trois questionnaires adaptés à différents groupes cibles.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :

Faut-il recommander des politiques et des procédures organisationnelles pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail parmi les travailleurs de la santé pour améliorer les résultats auprès des organisations et de ces travailleurs?

Résultats : Environnement physique (résultats de substitution : blessures des travailleurs de la santé, rapports d'incident, agressions et menaces envers les travailleurs de la santé) et bien-être des travailleurs de la santé (résultats de substitution : incivilité perçue, reconnaissance de l'intimidation, mise en œuvre de politiques).

Les recommandations qui ont découlé de cette question de recommandation sont fondées sur la littérature qui a examiné la mise en œuvre de stratégies organisationnelles à plusieurs volets pour la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail de la part de toutes les sources (p. ex., personnes, travailleurs de la santé et étudiants) (60-63). Les recommandations sont fondées sur les éléments des interventions à plusieurs volets déterminées dans la littérature. Les recommandations suivantes doivent être mises en œuvre dans le cadre d'une initiative multi-interventionnelle et organisationnelle pour la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail, conformément aux résultats de la revue systématique.

Recommandations concernant le comportement violent de la part de personnes

RECOMMANDATION 2.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur la façon de lutter contre les comportements violents de la part de personnes (voir les recommandations 3.1 à 3.3 pour un contenu de formation particulier).

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les programmes de formation sont généralement mis en œuvre par les organisations pour prévenir – ou prévenir et gérer – les agressions et la violence subies dans les organisations de services de santé (57-59). Les données probantes suggèrent que les initiatives organisationnelles à plusieurs volets qui comprennent la formation des travailleurs de la santé ont réduit les blessures du personnel (60-62) et ont réduit les taux d'agressions et de menaces contre les travailleurs de la santé (60, 62). En raison de la diversité des approches utilisées, on ne sait pas quels volets de la formation sont les plus efficaces.

Il est également important de noter qu'il existe un potentiel de réduction du signalement officiel des incidents de violence à la suite d'une initiative organisationnelle qui comprend un volet de formation (61). Cela peut être dû à la perception parmi les travailleurs de la santé que seuls les incidents perçus comme graves et causant des dommages physiques doivent être signalés, qu'aucune mesure ne serait prise, que la violence fait partie du travail, que le signalement prend trop de temps ou ne veut pas viser les gestionnaires (61).

Valeurs et préférences

En général, les travailleurs de la santé qui ont participé à une initiative organisationnelle comportant un volet de formation ont trouvé qu'il était bénéfique pour réduire la violence en milieu de travail. Cependant, certains travailleurs de la santé ont indiqué que la formation offerte sur Internet prenait du temps et entraînait des problèmes techniques (64).

Équité dans l'accès aux soins

L'équité dans l'accès aux soins peut varier en fonction de l'accès à des enseignants ayant une expertise en matière de violence, des approches éducatives proposées dans les différentes organisations et de la cohérence et du calendrier des rappels en matière de formation. Le coût associé à la formation peut également toucher l'équité dans l'accès aux soins. Par exemple, une étude a mis l'accent sur le nombre considérable de membres du personnel, de ressources humaines et matérielles et de fonds nécessaires pour les programmes de formation, en particulier lors de l'intégration de scénarios de simulation avec des patients et/ou des travailleurs de la santé (65). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la compréhension de l'incidence de la formation sur la violence en milieu de travail et l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le faible degré de certitude des données et les répercussions incertaines que la formation aura sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a souligné l'importance des approches de formation qui accroissent les connaissances et les compétences. Le comité d'experts a attribué plus de valeur aux initiatives organisationnelles qui comprennent la formation pour réduire la violence en milieu de travail et a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Les éléments suivants sont des considérations pour la conception et la prestation de contenu de formation sur la lutte contre les comportements violents pour accroître les connaissances et les compétences :

- La formation doit comprendre rappels, des exercices d'entraînement et une formation en cours d'emploi.
- La formation doit comprendre un volet d'apprentissage actif (comme une démonstration, une démonstration de retour ou une formation par simulation) pour fournir aux travailleurs de la santé différentes stratégies d'apprentissage et d'acquisition de compétences. Par exemple, pour former les travailleurs de la santé sur la façon de réagir à la violence dans un service d'urgence, une étude a demandé à des infirmières autorisées, des médecins, des travailleurs sociaux et des agents de sécurité de participer à des conférences fournissant des renseignements sur la façon de déterminer et d'aborder la violence en milieu de travail. À la suite des conférences, les travailleurs de la santé ont participé à trois simulations réalistes distinctes utilisant des patients simulés pour provoquer des sentiments et des réponses authentiques. Les séances de compte rendu après la simulation ont permis aux travailleurs de la santé de réfléchir à leurs observations et d'élaborer des stratégies appropriées pour gérer la violence en milieu de travail. Les résultats ont suggéré une augmentation de l'auto-efficacité signalée par les travailleurs de la santé pour réagir à la violence en milieu de travail (65).
- L'éducation doit également être adaptée au champ de pratique du travailleur de la santé et à son rôle au sein de l'organisation.
- Voir les **recommandations 3.1 à 3.3** pour obtenir des renseignements sur le contenu de formation particulier qui doit être abordé. Voir l'**annexe I** pour obtenir des renseignements supplémentaires les approches et les stratégies pour offrir une formation sur la violence en milieu de travail.
- Voir l'**annexe J** pour connaître le modèle Safewards et les 10 principes pour rendre les milieux plus sûrs pour les travailleurs de la santé, les personnes et les familles.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Avancées Gériatrique Éducation (AGE). Approches douces et persuasives (ADP) Hamilton (Ontario) : AGE; c2017. Accessible sur la page Web : https://ageinc.ca/about-gpa-2/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offre des renseignements sur l'approche douce et persuasive (ADP) fondée sur des données probantes qui enseigne aux fournisseurs de soins comment réagir efficacement aux comportements réactifs. ■ Fournit des renseignements sur le programme de formation en matière d'ADP et comment vous pouvez vous y inscrire. ■ Fournit des ressources, comme un blogue et des vidéos illustrant l'ADP.
<p>Crisis Prevention Institute (CPI). Training and events [Internet]. [lieu inconnu] : CPI; c2018. Accessible sur la page Web : https://www.crisisprevention.com/en-CA/Training-and-Events</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une formation et des conseils pour gérer et prévenir les comportements difficiles en toute sécurité. ■ Des cours sont disponibles au Canada et aux États-Unis dans les spécialités d'intervention non violente en cas de crise et de soins de la démence.
<p>International Association for Healthcare Security & Safety (IAHSS). Certifications [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; c2018. Accessible sur la page Web : http://www.iahss.org/?page=certifications</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une formation de base, avancée et de niveau superviseur aux agents de sécurité sanitaire. ■ Les sujets au niveau de base comprennent les compétences fondamentales en matière de sécurité, le rôle de la sécurité dans les organisations de santé et la sécurité de la gestion des urgences en matière de soins de santé. ■ Les sujets au niveau avancé comprennent la communication efficace dans toute l'organisation et la définition du rôle de la sécurité au sein de l'organisation. ■ Dans le programme de formation au niveau du superviseur, les professionnels de la sécurité sanitaire ayant certaines responsabilités de supervision couvriront des sujets comme la sélection et la gestion des employés, l'atténuation des risques, la gestion des événements en matière de sécurité et la prise de décisions éclairées.
<p>Occupational Safety and Health Administration. Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers [Internet]. [lieu inconnu] : U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration; 2016. Accessible sur la page Web : https://www.osha.gov/Publications/OSHA3148.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit un aperçu des approches à intégrer dans les programmes de prévention de la violence en milieu de travail et dans l'éducation. ■ Applicable à divers contextes et travailleurs de la santé et des services sociaux.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Ministère du Travail de l'Ontario. Lignes directrices sur la santé et la sécurité. Violence et harcèlement au travail : comprendre la loi [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016. Accessible sur la page Web : https://www.ontario.ca/fr/page/comprendre-la-loi-traitant-de-violence-et-de-harcèlement-au-travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une explication aux travailleurs, aux superviseurs, aux employeurs et aux constructeurs du lieu de travail sur les exigences en matière de violence et de harcèlement au travail de la Loi sur la santé et la sécurité au travail. ■ Fournit des exemples de politiques concernant la violence au travail, de programmes concernant la violence au travail et de politiques et de programmes concernant la violence au travail.
<p>Safewards. Resources for Safewards implementation [Internet]. [lieu inconnu] : Safewards; c2018. Accessible sur la page Web : http://www.safewards.net</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le modèle Safewards est un ensemble de 10 principes visant à rendre les organisations de santé plus sûres pour les patients et les travailleurs. ■ Fournit un aperçu du modèle lui-même, des ressources sur la façon d'utiliser les interventions et des méthodes pour planifier, mettre en œuvre et évaluer la formation potentielle des travailleurs de la santé à cette approche.
<p>Bureau international du Travail; Conseil international des infirmières; Organisation mondiale de la Santé; <i>et al.</i> Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé [Internet]. Genève : Organisation internationale du Travail; 2002. Publié conjointement par le Conseil international des infirmières, l'Organisation mondiale de la Santé et l'Internationale des Services publics. Accessible sur la page Web : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Destinée à soutenir tous les responsables de la sécurité sur le lieu de travail. ■ Fournit des considérations lors de l'élaboration de programmes de prévention de la violence au travail et de formation.

RECOMMANDATION 2.2 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en œuvre des mesures de protection et de sécurité, comme les mesures suivantes :

- la documentation et la communication des incidents de violence antérieurs d'une personne;
- un équipement de protection contre les comportements violents et une approche normalisée pour décider quel type utiliser, quand et comment;
- les mesures de sécurité environnementale, y compris les portes verrouillées, les caméras en circuit fermé et les systèmes d'alarme;
- des systèmes de rapports officiels simples à utiliser.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les données de recherche permettent d'explorer l'utilisation de diverses mesures de protection et de sécurité pour soutenir les travailleurs de la santé au sein d'une organisation. En raison de la diversité des approches utilisées, on ne sait pas quelles mesures de protection et de sécurité sont les plus efficaces pour réduire les blessures et les agressions des travailleurs de la santé (60, 66-68). Cependant, celles déterminées dans la littérature énumèrent les éléments suivants.

Documentation et communication des incidents de violence antérieurs d'une personne

Une initiative d'amélioration de la qualité dans une unité de psychiatrie pour les patients présentant des comportements à haut risque a été mise en œuvre pour protéger les travailleurs de la santé de l'agression de la part de patients. L'initiative comprenait diverses **stratégies** de documentation et **de communication**^G sur les incidents de violence antérieurs d'une personne. Par exemple, le personnel de l'unité a effectué un entretien d'évaluation initial avec les soignants d'une personne au sujet de son comportement au cours des six mois précédents. Cela a fourni aux travailleurs de la santé des renseignements pertinents sur les antécédents de violence de la personne avant de s'engager et d'interagir avec elle (63). Les autres stratégies de communication comprenaient les suivantes :

- les regroupements entre les quarts de travail pour discuter des comportements agressifs des patients et de la façon de les gérer;
- le transfert des soins de sécurité au chevet où le personnel entrant et sortant discute des informations relatives au patient (p. ex., le comportement récent du patient et le protocole comportemental personnalisé) en présence du patient;
- des classeurs de renseignements sur le patient facilement accessibles qui contiennent des informations sur le patient;
- un tableau d'identification des patients, mis à jour à chaque quart de travail, qui affiche tous les patients de l'unité et indique s'ils présentent un risque élevé de violence (63).

Un an après la mise en œuvre de ces stratégies (et d'autres), une diminution de 65 % des blessures du personnel a été enregistrée; le nombre de jours entre les blessures enregistrées du personnel a également augmenté, passant de 26,5 à 124 (63).

Équipement de protection contre les comportements violents et approche normalisée pour décider quel type utiliser, quand et comment

Parallèlement aux stratégies de documentation et de communication, l'organisation mentionnée précédemment disposait également d'un équipement de sécurité pour les travailleurs de la santé afin de se protéger contre les comportements agressifs des patients. Une clé de décision d'accompagnement indiquait quel type d'équipement utiliser et quand. D'après les renseignements de l'entretien d'évaluation initial sur les comportements difficiles d'une personne, le travailleur de la santé a suivi la clé de décision pour déterminer quel type d'équipement doit être porté ou facilement accessible lorsqu'il aborde la personne (63). L'équipement disponible comprend des **manches** et des gants **en kevlar^G**, des coussinets avant-bras, des visières de protection et des couvre-cheveux.

Mesures de sécurité environnementale, y compris les portes verrouillées, les caméras en circuit fermé et les systèmes d'alarme

Les initiatives organisationnelles à plusieurs volets visant à prévenir et à gérer la violence en milieu de travail comprennent également des changements environnementaux, comme l'installation de systèmes de sécurité (p. ex., boutons de panique, portes verrouillées et caméras en circuit fermé) (64). Une fois que des changements ont été apportés au milieu dans un hôpital, des baisses importantes du taux d'agressions (diminution de 23,5 %) et de menaces (diminution de 24,5 %) ont été enregistrées; cependant, lorsque le site a été comparé à d'autres sites qui n'ont pas mis en œuvre les changements, il n'y a pas eu de diminution significative du taux d'agressions et de menaces (60). Un thème commun déterminé parmi trois études qualitatives a suggéré la nécessité d'un équipement approprié et de mesures de sécurité pour prévenir la violence et les blessures et accroître le sentiment de sécurité de façon efficace (66, 67, 69). Par exemple, l'utilisation d'un système d'alarme patient qui déterminait les patients qui risquaient d'être violents a permis au personnel de prendre les mesures nécessaires pour prévenir la violence et/ou les blessures (67). Cependant, en ce qui concerne les dispositifs d'alarme personnels, les participants à deux études qualitatives ont signalé que les alarmes à elles seules n'augmentaient pas le sentiment de sécurité chez les travailleurs de la santé; c'est plutôt la réactivité du personnel et de la sécurité qui a répondu aux alarmes et aux systèmes de surveillance qui a accru leur perception de la sécurité et qui les ont surveillés (66, 69).

Systèmes de rapports officiels simples à utiliser

Les infirmières et infirmiers qui ont participé à une étude qualitative étaient plus susceptibles de signaler la violence en milieu de travail au moyen de dossiers médicaux et de systèmes d'alarme patient, par opposition à des systèmes de signalement officiels qu'ils jugeaient difficiles à utiliser et chronophages (67).

Valeurs et préférences

Les données probantes suggèrent que lorsque des initiatives – comme les dispositifs de sécurité individuelle, le personnel de sécurité et les procédures de signalement des incidents – ne sont pas systématiquement intégrées et respectées, les travailleurs de la santé estiment que la violence et l'agression sont tolérées par l'organisation et que leur prévention n'est pas une priorité (70).

Équité dans l'accès aux soins

L'équité dans l'accès aux soins peut varier selon le fait que les travailleurs de la santé ont accès aux équipements de sécurité et aux procédures de sécurité pour prévenir et/ou gérer les situations violentes. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'incidence de l'équipement de sécurité, des mesures de protection et des procédures de sécurité sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le faible degré de certitude des données et l'effet variable de l'équipement de sécurité et des procédures de sécurité sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a attribué une grande valeur aux initiatives organisationnelles qui mettent en œuvre des mesures de sécurité et de protection en relation avec l'inconvénient qui peut résulter lorsque ces mesures ne sont pas en place. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Lors de l'intégration de l'équipement de sécurité et des procédures de sécurité, il est important de prendre en compte les éléments suivants :

- Les organisations doivent mener une analyse des lacunes en fonction de leurs ressources et mettre en œuvre les outils, les mesures et les procédures nécessaires décrits dans la recommandation.
- Les organisations doivent documenter la mise en œuvre des mesures de protection et de sécurité dans une politique. La politique doit déterminer les intervenants responsables de la mise en œuvre, du maintien et du suivi des mesures de protection et de sécurité mises en place.
- L'organisation doit convoquer une équipe d'intervenants concernés qui sera responsable de la mise en œuvre, du maintien et du suivi de ces mesures (le cas échéant). Les intervenants doivent intégrer des personnes de divers services (p. ex., ressources humaines, santé et sécurité au travail ou services cliniques) qui favoriseront la sécurité et le bien-être de la personne et du travailleur de la santé.
- En plus des stratégies de communication décrites dans la section Avantages et inconvénients, les dossiers de santé électroniques ou papier peuvent être utilisés pour alerter ou informer les travailleurs de la santé qu'un patient potentiellement violent a été admis.
- Les stratégies de prévention primaire décrites dans les **recommandations 3.1 à 3.3** doivent être envisagées et mises en œuvre en plus de l'équipement de sécurité et des procédures de sécurité.
- Les stratégies de sécurité doivent s'harmoniser avec les lois sur la santé et la sécurité de la région dans laquelle la recommandation est mise en œuvre.
- Le personnel de sécurité doit être intégré à la mise en œuvre de l'initiative (64, 66). Une bonne relation de travail entre les travailleurs de la santé et le personnel de sécurité est importante.
- Les stratégies mises en œuvre, y compris les systèmes de signalement des incidents, doivent être efficaces, faciles à utiliser et ne pas nécessiter beaucoup de temps ou de ressources (63, 67). Si les travailleurs de la santé estiment qu'un système est trop lourd et prend trop de temps, il n'y aura pas de signalement, en particulier pour les incidents qui n'entraînent pas de blessures physiques (71).
- Des directives claires sur ce que le travailleur de la santé doit faire concernant la stratégie ou l'approche en matière de sécurité sont essentielles (63, 67). Cela comprend la formation sur la documentation des incidents violents, y compris les informations pertinentes à signaler.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association canadienne de normalisation (CSA); Bureau de normalisation du Québec. Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail – Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes [Internet]. [lieu inconnu] : Bureau de normalisation; 2013. Publié conjointement par la CSA. Accessible sur la page Web : https://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN_CSA-Z1003-13_BNQ_9700-803_2013_FR.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Même s'il n'est pas propre aux organisations de services de santé, ce document précise les exigences d'une approche documentée et systématique pour élaborer et maintenir un milieu de travail psychologiquement sain et sûr. ■ Fournit des conseils particuliers sur certaines mesures clés de prévention et de protection en milieu de travail.
<p>International Association for Healthcare Security & Safety (IAHSS). Certifications [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; c2018. Accessible sur la page Web : http://www.iahss.org/?page=certifications</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'IAHSS a une liste de certifications pour le personnel de sécurité, les gestionnaires et les directeurs dans les organisations de santé pour améliorer la santé et la sécurité en milieu de travail. ■ Fournit à la fois des directives industrielles et de conception pour aider les administrateurs de soins de santé (peu importe le type, la taille ou l'emplacement géographique de leur établissement de soins de santé) à fournir des milieux sûrs et sécurisés. Les lignes directrices sont conformes aux exigences réglementaires, d'accréditation et des associations professionnelles de la santé.
<p>Comité ontarien de la santé et de la sécurité dans le secteur des soins de santé créé par l'article 21 de la Loi sur la santé et la sécurité au travail. Note d'orientation pour les parties présentes sur les lieux de travail n° 8 : violence au travail [Internet]. [lieu inconnu] : Comité ontarien de la santé et de la sécurité dans le secteur des soins de santé; 2014. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2014/12/Workplace-Violence-Health-Care-Section-21-Committee-December-2014.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offre des conseils sur les procédures de sécurité qui seraient considérées comme de bonnes pratiques pour réduire les risques de violence en milieu de travail dans les soins de santé. ■ Aide les organisations et les travailleurs de la santé à comprendre leurs responsabilités législatives lors de l'élaboration et du maintien d'une politique et d'un programme de lutte contre la violence en milieu de travail.
<p>Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Security toolkit: resource manual [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; 2017. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2017/04/VPRMKNEN0317-Security-Toolkit-v1.1-2017.04.21.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conçue pour aider les organismes communautaires et de services de santé à établir un programme de sécurité efficace. ■ Fournit des exemples d'outils pour déterminer les lacunes du programme de sécurité et élaborer un plan d'action complet et personnalisé.

RESSOURCE	DESCRIPTION
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Communicating the Risk of Violence: A Flagging Program Handbook for Maximizing Preventative Care [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : https://workplace-violence.ca/tools/flagging/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outils et renseignements que les organisations peuvent utiliser lors de la mise en œuvre d'un programme d'alerte de signalisation pour informer les travailleurs de la santé des risques liés à la violence.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Personal Safety Response System [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : https://workplace-violence.ca/tools/personal-safety-response-system/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les organisations communautaires et de santé, une boîte à outils contenant des ressources lors de la mise en œuvre d'un système pour appeler une assistance immédiate lorsqu'un épisode de violence au travail est imminent ou en cours.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Appendix D: overview of PSRS device options and features tools. Toronto (Ontario) : ASSSP; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : https://workplace-violence.ca/wp-content/uploads/2017/06/VWVTLHEN1117-Appendix-D-Overview-of-PSRS-Device-Options-and-Features-Tool.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élément de la boîte à outils du système d'intervention en matière de sécurité personnelle énumérée ci-dessus, cette annexe donne un aperçu des divers outils et dispositifs, de leurs caractéristiques et du contexte (p. ex., soins communautaires, actifs ou de longue durée) où ils s'appliquent le plus. ■ Certains dispositifs comprennent un téléphone cellulaire avec une application fonctionnant seule, des téléavertisseurs, des radios bidirectionnelles, des alarmes physiques et plus encore.
Sentinel Alert Event [Internet]. [lieu inconnu] : The Joint Commission; c2018. Accessible sur la page Web : https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'alerte d'événement sentinelle décrit le rôle essentiel du leadership dans l'élaboration d'une culture de sécurité au sein d'une organisation et recommande des mesures pour réduire et prévenir la survenue d'événements indésirables.

RECOMMANDATION 2.3 :

Le conseil d'experts recommande aux chefs officiels des organisations de services de santé de soutenir les travailleurs de la santé dans la prévention de la violence en milieu de travail et la lutte contre celle-ci en procédant comme suit :

- comprendre et mettre en œuvre des politiques contre la violence en milieu de travail;
- examiner les incidents de violence en milieu de travail signalés et agir en conséquence.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

La littérature démontre que lorsque les chefs officiels comprennent les politiques de prévention de la violence en milieu de travail et appuient leur mise en œuvre, les taux de blessures du personnel diminuent. Par exemple, une diminution de 65 % des blessures documentées du personnel a été constatée après la mise en œuvre d'une initiative à plusieurs volets contre la violence en milieu de travail qui comprenait des cycles de leadership pour assurer une compréhension approfondie et l'adoption de politiques et d'interventions pour prévenir et gérer la violence en milieu de travail (62, 63).

Une diminution des blessures du personnel est également notée lorsque les chefs officiels encouragent et examinent les incidents de violence en milieu de travail. Par exemple, lorsque les incidents d'agression de patients envers les travailleurs de la santé ont été régulièrement examinés par la direction – notamment par des évaluations approfondies des succès et des défis des événements – une diminution de 48 % des blessures du personnel a été signalée (62). Cependant, une étude a révélé qu'après que la direction a encouragé les travailleurs de la santé à signaler tout événement agressif et violent survenu dans un service d'urgence, seuls les signalements d'agression physique réelle commise par les patients envers les travailleurs de la santé ont augmenté. En revanche, le signalement des incidents globaux d'agression en milieu de travail et de menaces d'agression de la part de patients a diminué (61).

Deux études qualitatives ont déterminé le rôle important que jouent les gestionnaires et les superviseurs en contribuant au sentiment de sécurité et de soutien des travailleurs de la santé pendant et après des incidents violents (68, 69). Par exemple, le manque de suivi de routine et de soutien de la direction après un événement violent avec un patient a créé des sentiments de déception et de solitude chez les travailleurs de la santé et a mené à une diminution du signalement des incidents futurs (69).

Valeurs et préférences

Dans une étude, les participants ont déclaré qu'ils n'avaient pas signalé d'incidents de violence et/ou d'agression, car ils ne se sentaient pas soutenus lorsqu'ils ont signalé un incident dans le passé, surtout si le même gestionnaire clinique travaillait (71).

Équité dans l'accès aux soins

Même si la participation des gestionnaires et des dirigeants à la prévention et à la gestion de la violence en milieu de travail a un effet incertain sur l'équité dans l'accès aux soins, il est raisonnable de supposer que l'équité dans l'accès aux soins augmente lorsque les chefs officiels créent des conditions de travail sûres. Les travailleurs de la santé qui se sentent protégés et soutenus au travail sont en mesure de fournir efficacement des soins de qualité aux patients et aux clients. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'incidence de la participation de la direction sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts a attribué plus de valeur au fait que les chefs officiels utilisent des stratégies et des compétences pour aider les travailleurs de la santé à prévenir et/ou à gérer les incidents violents. Cela favorise une culture de la sécurité et instille un sentiment de satisfaction et de compétence chez les travailleurs de la santé, ce qui peut potentiellement accroître l'équité dans l'accès aux soins. Pour cette raison, malgré que le degré de certitude des données soit faible, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

- Pour s'assurer que les chefs officiels ont la capacité de soutenir les travailleurs de la santé efficacement, les organisations sont tenues d'investir dans le soutien et la formation dans le domaine de la violence en milieu de travail.
- Les gestionnaires et autres chefs officiels doivent participer activement au soutien des travailleurs de la santé, l'examen des incidents violents, la compréhension et l'adoption du changement et la promotion d'une culture qui prône la violence (61, 62).
- Une étude qualitative a révélé que les travailleurs de la santé étaient réticents à remplir des rapports d'incident, car ils craignaient des répercussions négatives potentielles de la part de la direction et de leur employeur ou de leur organisme professionnel (21). Le personnel doit être soutenu et encouragé dans le but de signaler les incidents de violence en milieu de travail et de participer à des examens après un incident, sans jugement.
- Des stratégies telles qu'un dialogue ciblé avec le personnel et les patients permettent aux infirmières gestionnaires de participer activement à la sécurité des travailleurs de la santé et des patients (68). Ainsi, les chefs officiels doivent faire participer les travailleurs de la santé dans le processus de compréhension et de mise en œuvre des politiques contre la violence en milieu de travail et dans l'examen des incidents violents.
- En plus d'examiner les incidents de violence en milieu de travail signalés, les chefs officiels doivent faire un suivi auprès de toutes les parties concernées dans l'incident et indiquer les mesures qui ont été prises pour atténuer ses dommages et empêcher que l'incident ne se reproduise.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Documents d'orientation relatifs au plan d'amélioration de la qualité : prévention de la violence au travail [Internet]. Toronto (Ontario) : HQO; 2017. Accessible sur la page Web : http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/guidance-workplace-violence-fr.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide les hôpitaux à répondre aux attentes de l'indicateur obligatoire de violence au travail en Ontario pour les plans d'amélioration de la qualité 2018-2019. ■ Comprend des conseils pour améliorer la culture de signalement de la violence en milieu de travail.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Fast facts: how to investigate an incident [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; 2013. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/How_To_Investigate.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un guide qui décrit les étapes à suivre lors de la conduite d'une enquête sur un incident signalé. ■ L'incident signalé est un incident qui n'a causé aucun dommage au travailleur ou causé aucun dommage matériel, mais il s'agit d'un événement indésirable. ■ Le but de l'enquête est de stimuler la discussion entre les chefs officiels et les travailleurs de la santé. ■ Une boîte à outils sur la façon d'enquêter sur les incidents violents est en cours de création par l'ASSSP.
PTSD Association of Canada. Welcome to the PTSD Association of Canada [Internet]. London (Ontario) : PTSD Association of Canada; c2006-2018. Accessible sur la page Web : http://www.ptsdassociation.com/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des renseignements sur le TSPT, y compris des articles, des recherches et des stratégies d'adaptation. ■ Ces informations sont destinées aux personnes atteintes de TSPT, aux personnes à risque d'être atteintes de TSPT, aux soignants et aux familles qui s'occupent de personnes atteintes de TSPT.
U.S Department of Veterans Affairs. PTSD: National Center for PTSD. Washington (DC): U.S. Department of Veterans Affairs; c2018. Accessible sur la page Web : https://www.ptsd.va.gov	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des manuels, des modules et des ressources aux personnes atteintes de TSPT ou aux familles de personnes atteintes de TSPT. ■ Même si les ressources ont été élaborées pour les suites immédiates de catastrophes et de terrorisme, elles peuvent également être utilisées par des fournisseurs de soins primaires et de santé.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Workplace Violence Prevention in Healthcare Leadership Table. A framework for making hospitals a safer workplace free from workplace violence [Internet]. [lieu, éditeur, date inconnus. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2017/03/P1_VPRTLYEN0217-Accountability-Framework-2.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les travailleurs de la santé ont le droit de faire leur travail dans un environnement sûr, exempt de violence. ■ Les hôpitaux qui sont des lieux de travail plus sûrs profitent à tous, car un environnement sûr permet aux travailleurs de la santé de répondre plus efficacement aux besoins évolutifs de tous les patients.
<p>Workplace Violence Prevention in Healthcare Leadership Table. Training matrix [Internet]. [lieu, éditeur, date inconnus]. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2017/03/P9_VPRTLAEN0317-Training-Matrix.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des directives sur l'évaluation de la compétence en matière de supervision et de la formation sur les risques de violence associés dans un contexte particulier. ■ Il est recommandé que l'outil soit rempli par une équipe d'évaluation de plusieurs intervenants, notamment la haute direction et d'autres.

RECOMMANDATION 2.4 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé de mettre en œuvre un processus d'examen officiel des incidents immédiatement après un événement violent afin de discuter des détails de ce qui s'est produit, de l'approche qui a été utilisée et des stratégies de prévention de la violence à l'avenir.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Un **examen officiel des incidents**^G est une méthode pour aborder et analyser les événements ayant mené à un accident, à une blessure ou à un accident évité de justesse. Les examens des incidents peuvent avoir lieu verbalement pendant un regroupement (62) ou dans un format en ligne ou papier (63). Dans le cadre d'une initiative organisationnelle plus vaste, des séances de compte rendu avec le personnel ont eu lieu immédiatement après un événement agressif avec des patients (62). Les regroupements ont permis d'examiner l'incident et d'y réfléchir, y compris d'avoir une discussion sur les défis et les succès des techniques utilisées et de créer des recommandations d'amélioration et de prévention (62). Cinq ans après la mise en œuvre, une diminution de 48 % des blessures du personnel a été signalée (62).

Dans le cadre d'une initiative d'amélioration de la qualité, un questionnaire en 17 points rempli par le personnel a été introduit pour examiner les incidents violents, en particulier les facteurs qui ont mené à l'événement (63). Une diminution de 65 % des blessures du personnel a été constatée neuf mois après le début de l'initiative (63). Il a également été constaté que la participation aux examens après un incident améliorait la compréhension de la violence en milieu de travail et contribuait à l'élaboration continue d'initiatives organisationnelles pour prévenir et gérer les incidents violents (63).

Dans une étude qualitative, l'attitude du gestionnaire s'est avérée être un facteur essentiel dans la façon dont l'événement violent est résolu, de sorte que si l'événement est pris au sérieux par les gestionnaires, il est plus susceptible d'être traité de façon appropriée (p. ex., on communique avec la police et le personnel reçoit des informations utiles sur la gestion de l'incident) (69).

Valeurs et préférences

Le comité d'experts a souligné qu'avant de participer à un examen après un incident, le travailleur de la santé concerné dans l'incident doit se sentir soutenu par des collègues et des chefs officiels et que son bien-être physique et mental doit être pris en compte et accordé en priorité. Ceci est élucidé dans une méta-synthèse qualitative, où le personnel s'est senti isolé et abandonné lorsque le soutien de la direction faisait défaut après un événement difficile ou dangereux (70).

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts suggère que l'équité dans l'accès aux soins peut augmenter si les travailleurs de la santé concernés dans un incident violent reçoivent un soutien physique et émotionnel et si l'examen après un incident est mené d'une façon qui encourage un dialogue ouvert et est exempt de tout blâme. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'incidence que les examens après un incident après des événements violents ont sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le faible degré de certitude des données et l'effet incertain qu'un examen officiel des incidents aura sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a attribué une grande valeur aux examens après un incident où les travailleurs de la santé et les dirigeants participent activement à des discussions ciblées et solidaires. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Il est important de tenir compte des éléments suivants lors des examens après un incident :

- Il faut favoriser le rétablissement des travailleurs de la santé après les suites de l'incident violent.
- Même si l'examen officiel des incidents doit être effectué immédiatement après l'événement, le délai peut varier en fonction de la situation. Au minimum, un examen officiel immédiat de l'événement est nécessaire pour que des mesures de protection soient mises en place afin de prévenir d'autres dommages ou blessures.
- Les organisations doivent documenter la mise en œuvre des examens officiels des incidents dans une politique. La politique doit déterminer les intervenants responsables de la mise en œuvre, du maintien et du suivi des examens officiels des incidents.
- L'organisation doit convoquer une équipe d'intervenants concernés qui sera responsable de la mise en œuvre, du maintien et du suivi de l'examen officiel des incidents. Les intervenants doivent intégrer des personnes de divers services (p. ex., ressources humaines, santé et sécurité au travail ou services cliniques) qui favoriseront la sécurité et le bien-être du patient et du travailleur de la santé.
- La discussion de l'incident doit être menée d'une façon délicate qui ne blâme pas le travailleur de la santé.
- Le soutien après un incident est plus probable lorsque l'environnement général de santé et de sécurité au travail est positif, par exemple lorsque l'organisation a mis en place des politiques et une formation pour la prévention et la gestion de la violence, la santé et la sécurité au travail sont devenues une priorité, les superviseurs soutiennent un environnement sécuritaire pour leur personnel et il y a des degrés élevés de sécurité psychologique parmi les collègues (72).
- En Ontario, le projet de loi 168 (la Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail) oblige les employeurs à adopter des mesures et des procédures que les employés peuvent utiliser pour signaler les incidents de violence et/ou de harcèlement en milieu de travail; ils doivent également avoir une procédure pour enquêter sur les incidents ou les plaintes de violence et/ou de harcèlement en milieu de travail et les gérer (24).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Projet de loi 168. Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail (violence et harcèlement au travail). Toronto (Ontario) : Assemblée législative de l'Ontario; 2009.	<ul style="list-style-type: none"> Le projet de loi 168 énonce les exigences que les organisations en milieu de travail doivent suivre pour protéger les employés contre la violence et le harcèlement en milieu de travail.
Institut canadien pour la sécurité des patients; Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; Saskatchewan Health; et al. Canadian incident analysis framework [Internet]. Edmonton (Alberta) : Institut canadien pour la sécurité des patients; 2012. Accessible sur la page Web : http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF	<ul style="list-style-type: none"> Fournit un cadre et des renseignements pour mener une analyse des incidents critiques liés aux soins des patients dans les établissements de santé. Décrit comment un incident peut être analysé, des recommandations peuvent être créées et des améliorations peuvent être apportées afin de réduire les risques futurs.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Fast facts: how to investigate an incident [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; 2013. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/How_To_Investigate.pdf	<ul style="list-style-type: none"> Un guide qui décrit les étapes à suivre lors de la conduite d'une enquête sur un incident signalé. L'incident signalé est un incident qui n'a causé aucun dommage au travailleur ou causé aucun dommage matériel, mais un événement indésirable s'est produit. Le but de l'enquête est de stimuler la discussion entre les chefs officiels et les travailleurs de la santé. Une boîte à outils sur la façon d'enquêter sur les incidents violents est en cours de création par l'ASSSP.
Workplace Safety and Insurance Board. Employer's responsibilities in the return to work process [Internet]. Accessible sur la page Web : goo.gl/RT2M2W	<ul style="list-style-type: none"> Fournit aux employeurs de travailleurs blessés un aperçu de ce qui est nécessaire après un incident en milieu de travail et de ce que comprend le processus de retour au travail.

Recommandations concernant le harcèlement et l'intimidation de la part de chefs officiels, de travailleurs de la santé ou d'étudiants

RECOMMANDATION 2.5 :

Le comité d'experts suggère aux organisations de services de santé et aux établissements d'enseignement d'offrir une formation aux travailleurs de la santé et aux étudiants sur la lutte contre le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail (voir les recommandations 3.4 et 3.5 pour un contenu de formation particulier).

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Fournir aux travailleurs de la santé et aux étudiants une formation pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation dans les organisations de services de santé et les établissements d'enseignement est important pour déterminer et résoudre les problèmes de harcèlement et d'intimidation. Une **méta-analyse**^G a mesuré l'efficacité de l'intervention **civilité, respect et engagement dans la main-d'œuvre (CREW)**^G sur le harcèlement et l'intimidation. CREW est une intervention organisationnelle sur mesure qui comprend la formation des animateurs et des dirigeants d'hôpitaux sur les méthodes permettant d'aborder et d'améliorer les relations de travail en milieu de travail (73). Les résultats de la méta-analyse ont indiqué une augmentation des scores de civilité perçue et une étude a démontré une diminution de l'incivilité perçue par le superviseur (8).

Pour améliorer les possibilités professionnelles des étudiants en sciences infirmières qui fréquentent un collège désigné par le département de l'Éducation des États-Unis en tant qu'établissement au service des Hispaniques et des minorités, un atelier de formation a été intégré à la méthodologie d'enseignement du programme de premier cycle en sciences infirmières (35). Le but de ces ateliers de deux heures était de permettre aux étudiants en sciences infirmières de reconnaître l'intimidation, de devenir autonomes en apprenant des stratégies de communication et de comportement et d'apprendre à gérer le paysage politique dans lequel ils se situent (35). Une augmentation de 10 à 33 % de la capacité des étudiants à reconnaître l'intimidation a été constatée après la mise en œuvre des ateliers. Les étudiants se sont également davantage consacrés à mettre fin à l'intimidation et ont défendu la création de zones de travail sans intimidation (35). Le succès du programme a mené d'autres services de santé au sein de l'établissement d'enseignement – ainsi que des agences à but lucratif et non lucratif au sein de la communauté – à demander l'intégration des ateliers pour leur propre personnel multiculturel (35).

Valeurs et préférences

Il n'y avait pas de littérature déterminée faisant état des valeurs et des préférences des travailleurs de la santé ou des étudiants en matière de formation sur le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail.

Équité dans l'accès aux soins

Les travailleurs de la santé et les étudiants présentant de multiples facettes intersectorielles peuvent être touchés de façon disproportionnée par des comportements de harcèlement et d'intimidation qui augmentent les inégalités en matière de santé (35). Le harcèlement et l'intimidation, particulièrement dirigés contre les populations opprimées, peuvent également réduire le leadership et les possibilités professionnelles. La mise en œuvre de programmes de formation qui traitent du harcèlement et de l'intimidation peut mettre le problème au premier plan, rendre autonomes les travailleurs de la santé et les étudiants, améliorer la qualité de vie au travail et, en fin de compte, accroître la qualité des soins.

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts n'a pas pu attribuer une grande valeur à la formation sur le harcèlement et l'intimidation à l'intention des travailleurs de la santé et des étudiants en raison du faible degré de certitude des données probantes et de la possibilité que la formation soit offerte de façon inappropriée. Selon le comité d'experts, la formation peut être potentiellement néfaste si elle n'est pas offerte efficacement et ne comprend pas de ressources pour soutenir les travailleurs de la santé et les étudiants. Le comité d'experts avertit également que la formation ne peut pas être une approche indépendante; au lieu de cela, un changement culturel plus important vers un environnement exempt de harcèlement et d'intimidation doit se produire. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est conditionnelle.

Notes de pratique

Il est important de tenir compte des éléments suivants avant de mettre en œuvre une formation sur le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail :

- La Loi en Ontario, au Canada, stipule que les employeurs doivent fournir à leurs employés des informations et des directives sur le contenu des politiques et des programmes concernant la violence au travail (projet de loi 168). De plus, les employeurs doivent informer leurs employés s'il existe un risque de violence en milieu de travail de la part d'une personne ayant des antécédents de comportement violent auxquels un employé peut être confronté sur le lieu de travail (24).
- Les organisations de services de santé et les établissements d'enseignement ont la responsabilité d'examiner la loi nécessaire dans leur région et d'offrir une formation conformément au mandat.
- Le harcèlement et l'intimidation doivent être abordés en permanence, avec une discussion sur le sujet lors des réunions d'équipe, des rassemblements, des emplois à temps plein, etc. Cela aidera à accroître la sensibilisation et à résoudre les conflits.
- Pour obtenir de plus amples renseignements sur les approches et les stratégies potentielles pour offrir une formation sur le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail, consultez l'[annexe I](#).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Projet de loi 132. Loi de 2016 sur le plan d'action contre la violence et le harcèlement sexuels (en soutien aux survivants et en opposition à la violence et au harcèlement sexuels). Toronto (Ontario) : Assemblée législative de l'Ontario; 2016. Accessible sur la page Web : https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-41/session-1/projet-loi-132	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit la loi en Ontario, au Canada, pour faire progresser le plan d'action du gouvernement provincial pour mettre fin à la violence et au harcèlement sexuels dans les établissements d'enseignement, les milieux de travail et les logements locatifs.
Projet de loi 168. Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail (violence et harcèlement au travail). Toronto (Ontario) : Assemblée législative de l'Ontario; 2009.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le projet de loi 168 énonce les exigences que les organisations en milieu de travail doivent suivre pour protéger les employés contre la violence et le harcèlement en milieu de travail.
Loi sur l'excellence des soins pour tous. Toronto (Ontario) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2010. Accessible sur la page Web : https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/act.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Loi qui établit les exigences pour les fournisseurs de soins de santé employés dans les hôpitaux de l'Ontario. ■ Les exigences pour les hôpitaux sont énumérées, comme la création d'un comité interdisciplinaire de la qualité qui comprend le chef de direction des soins infirmiers de l'hôpital.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). Fast facts. Workplace violence: complying with the Occupational Health and Safety Act [Internet]. Toronto (Ontario) : ASSSP; 2010. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/01/FFWorkplaceViolence.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit aux organisations des conseils sur le respect de la Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail de l'Ontario et sur les responsabilités de l'employeur en matière de lutte contre la violence, le harcèlement et la violence familiale en milieu de travail.

RECOMMANDATION 2.6 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé et aux établissements d'enseignement de mettre en œuvre des politiques et des codes de conduite appropriés pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail et dans l'environnement d'apprentissage.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Un examen de la littérature a été mené pour évaluer la façon dont les politiques de lutte contre la violence latérale dans les hôpitaux sont efficacement mises en œuvre (8). Les résultats suggèrent que l'adoption réussie de ces politiques dépend de la mise en place de politiques guidées par des pratiques exemplaires et mises en œuvre par un conseil désigné qui légifère et normalise le changement de pratique dans toute l'organisation (8). Dans un programme de premier cycle en sciences infirmières, un code de conduite pour lutter contre l'intimidation a été mis en œuvre. Le code de conduite comprenait des règles de base en matière de comportement, d'inconduite et de problèmes comme le retrait des cours et des contextes cliniques; il a également souligné les conséquences du non-respect de ces règles (74). Le corps professoral et les étudiants ont signalé une diminution des comportements incivils perçus en classe (58 % et 25 %, respectivement) quatre mois après la mise en œuvre du code de conduite (8).

Valeurs et préférences

Il n'y avait pas de littérature déterminée faisant état des valeurs et des préférences des travailleurs de la santé et des étudiants en ce qui concerne la mise en œuvre de politiques et de codes de conduite pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail et dans l'environnement d'apprentissage.

Équité dans l'accès aux soins

L'équité dans l'accès aux soins peut varier en fonction de la façon dont les politiques et/ou les codes de conduite sont mis en œuvre dans une organisation ou un milieu universitaire, en particulier s'ils sont bien compris et systématiquement approuvés et soutenus. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'incidence des politiques anti-harcèlement et anti-intimidation sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le faible degré de certitude des données et l'effet variable des politiques et/ou des codes de conduite sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a attribué plus de valeur à la mise en œuvre de politiques et de codes de conduite qui traitent du harcèlement et de l'intimidation en raison des inconvénients qui pourraient se produire pour les travailleurs de la santé et les étudiants si de telles politiques et de tels codes de conduite ne sont pas en place. Le comité d'experts a souligné que lorsque les politiques et les codes de conduite sont systématiquement compris, mis en œuvre et approuvés, les travailleurs de la santé et les étudiants se sentent en sécurité et soutenus. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Il est important de tenir compte des éléments suivants lors de la mise en œuvre de politiques et de codes de conduite qui traitent du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail et dans les établissements d'enseignement :

- En vertu du projet de loi 168, les employeurs en Ontario, au Canada, sont tenus de rédiger des politiques sur la violence et le harcèlement en milieu de travail. Ces politiques doivent être examinées au moins une fois par an pour garantir leur efficacité (24).
- Le comité d'experts a souligné que les organisations de services de santé et les établissements d'enseignement doivent avoir les ressources et la culture en place pour que les politiques de lutte contre le harcèlement et l'intimidation touchent les travailleurs de la santé ou les étudiants de façon positive.
- Les politiques de tolérance zéro et les stratégies de diffusion passive ne favorisent pas les pratiques anti-intimidation (8). Au lieu de cela, pour qu'une mise en œuvre réussie des politiques se produise, les chefs officiels doivent systématiquement comprendre, soutenir et approuver les politiques anti-harcèlement et anti-intimidation. Consultez la **recommandation 2.7** pour obtenir de plus amples renseignements.
- Les administrateurs doivent participer activement aux activités quotidiennes dans un milieu de travail pour que les politiques de violence latérale soient efficaces (8). Afin de participer activement aux activités quotidiennes, les administrateurs doivent comprendre les flux de travail, les pressions et les sources potentielles et/ou réelles de conflit.
- Les travailleurs de la santé doivent être consultés et concernés lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de codes de conduite dans une organisation de services de santé et un établissement d'enseignement.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Alberta Health Services. Workplace violence: prevention and response [Internet]. [lieu inconnu] : Alberta Health Services; 2014. Accessible sur la page Web : https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-ahs-pol-workplace-violence-prevention-response.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une politique élaborée par Alberta Health Services pour décrire les stratégies de prévention (et d'intervention) de la violence en milieu de travail.
Projet de loi 168. Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail (violence et harcèlement au travail). Toronto (Ontario) : Assemblée législative de l'Ontario; 2009.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le projet de loi 168 énonce les exigences que les organisations en milieu de travail doivent suivre pour protéger les employés contre la violence et le harcèlement en milieu de travail.
Binney E. Experts Recommend Workplace Bullying Policies [Internet]. 2 octobre 2012. [lieu inconnu] : Society for Human Resource Management; c2018. Accessible sur la page Web : https://www.shrm.org/resourcesandtools/hr-topics/employee-relations/pages/experts-recommend-workplace-bullying-policies.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des ressources stratégiques pour l'élaboration de politiques anti-harcèlement et anti-intimidation. Comprend des liens vers des exemples de politiques et de ressources de formation. ■ Même si elles ne sont pas propres aux organisations de services de santé, ces ressources peuvent toujours être applicables lorsqu'une organisation crée ou modifie des politiques existantes.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Michael Garron Hospital. Harassment and discrimination prevention policy. [lieu inconnu] : Michael Garron Hospital; 2018. Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/bpg/guidelines/workplaceviolence</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Document de politique créé pour accroître la sensibilisation au harcèlement et à la discrimination parmi les membres du comité de l'hôpital, pour informer sur les normes de conduite et pour fournir un processus de traitement des plaintes et de résolution qui est impartial et efficace afin de résoudre les problèmes qui surviennent.
<p>Ministère du Travail de l'Ontario. Code de pratique sur le harcèlement au travail en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité au travail de l'Ontario [Internet]. [Toronto (Ontario)] : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016. Accessible sur la page Web : https://files.ontario.ca/workplace_harassment_fr.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit un code de pratique pour lutter contre le harcèlement au travail en Ontario. ■ Les employeurs peuvent suivre ces pratiques pour les aider à s'acquitter de leurs responsabilités légales en matière de harcèlement au travail en vertu de la Loi de 2009 modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail.

RECOMMANDATION 2.7 :

Le comité d'experts recommande aux chefs officiels des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement de participer activement à la prévention du harcèlement et de l'intimidation et à la lutte contre ceux-ci pour soutenir les travailleurs de la santé et les étudiants en faisant ce qui suit :

- comprendre et renforcer les politiques qui traitent du harcèlement et de l'intimidation;
- fournir un mentorat et des modèles de comportement professionnel.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Moyen

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les recherches tant quantitatives que qualitatives soulignent l'importance de la participation de la gestion et de la direction pour prévenir et/ou lutter contre l'intimidation et le harcèlement dans les organisations de services de santé et les établissements d'enseignement.

Comprendre et renforcer les politiques qui traitent du harcèlement et de l'intimidation

Un thème commun déterminé parmi trois études qualitatives était que pour que la mise en œuvre réussie et cohérente des politiques se produise, les gestionnaires et les superviseurs devaient faire preuve de soutien, de compréhension et d'approbation des politiques et des mesures anti-intimidation (37, 66, 75). Par exemple, une étude qui a permis d'interroger des infirmières gestionnaires de diverses unités dans 15 hôpitaux a déterminé plusieurs défis en essayant de comprendre et de renforcer les politiques anti-harcèlement et anti-intimidation. Les politiques étaient difficiles à mettre en œuvre de façon cohérente et efficace lorsqu'elles n'étaient pas claires, ne décrivaient pas explicitement le rôle du gestionnaire dans la reconnaissance ou la réprimande des comportements de harcèlement ou d'intimidation et n'étaient pas partagées avec l'ensemble de l'organisation (75).

Fournir un mentorat et des modèles de comportement professionnel

Une initiative organisationnelle visant à prévenir la violence latérale a utilisé le concept de « gestionnaires en tant que champions » pour créer un milieu de travail sûr et respectueux où chacun devait se comporter avec courtoisie (8). L'initiative a été mise en œuvre avec succès, comme en témoignent l'adoption et l'approbation de toutes les politiques de violence latérale (8). Un atelier anti-intimidation et le mentorat d'étudiants en sciences infirmières par le corps professoral ont mené à une sensibilisation accrue au phénomène de l'intimidation chez les étudiants, ainsi qu'à leur reconnaissance de la participation personnelle au niveau des comportements d'intimidation et à un engagement accru pour mettre fin à l'intimidation (35).

Valeurs et préférences

Les travailleurs de la santé apprécient les chefs qui participent activement aux opérations quotidiennes de l'organisation, car cela envoie le message qu'ils sont déterminés à atteindre et à maintenir les normes anti-harcèlement et anti-intimidation (8). En revanche, les chefs qui ne sont pas présents dans l'unité, qui ne soutiennent pas le personnel, qui négligent les comportements non professionnels et qui n'appliquent pas les politiques de « non-tolérance » sont perçus par les travailleurs de la santé comme une aggravation de la violence latérale (76).

Équité dans l'accès aux soins

L'équité dans l'accès aux soins peut varier en fonction de l'efficacité des chefs officiels dans la prévention et la lutte contre le harcèlement et l'intimidation. Les chefs officiels qui ont la capacité et les compétences nécessaires pour comprendre et renforcer les politiques anti-harcèlement et anti-intimidation – et qui sont des modèles de comportement professionnel – favorisent des milieux de travail positifs. Cela peut accroître le sentiment de sécurité et de soutien perçu par les travailleurs de la santé et les étudiants lorsque des problèmes d'intimidation et/ou de harcèlement surviennent et doivent être signalés.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le faible degré de certitude quant à l'ensemble de données quantitatives, le degré de fiabilité modéré quant à l'ensemble de données qualitatives et l'effet variable sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a attribué une grande valeur à la participation active des chefs officiels dans la lutte contre le harcèlement et l'intimidation afin de favoriser une culture en milieu de travail sécuritaire et solidaire. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Les stratégies suivantes peuvent accroître efficacement la capacité des chefs officiels à participer activement à la prévention du harcèlement et de l'intimidation et à la lutte contre ceux-ci :

- Les gestionnaires et les chefs doivent démontrer leur engagement visant à améliorer la qualité du milieu de travail, ce qui, à son tour, suscitera des réactions positives de la part des travailleurs de la santé (8).
- Les gestionnaires doivent être accessibles, solidaires et déterminés dans les mesures de prévention de la violence; cela aide le personnel à se sentir plus en sécurité au travail (66). Par exemple, les chefs officiels peuvent régulièrement interroger les travailleurs de la santé et/ou demander aux travailleurs de la santé de réaliser une évaluation des risques validée pour évaluer l'étendue du harcèlement et/ou de l'intimidation dans l'unité ou au sein de l'organisation (voir la **recommandation 1.3**). Grâce à ces informations, les chefs officiels pourront intervenir de façon appropriée. De plus, il est important que les chefs officiels soient conscients que le fait de ne pas entendre ou être témoin de comportements de harcèlement et/ou d'intimidation n'indique pas que ces comportements n'existent pas.
- Un leadership inefficace a été confirmé par des étudiants en sciences infirmières qui se sont sentis méprisés et négligés par le personnel infirmier, les précepteurs et les médecins pendant leurs stages cliniques. Les étudiants en sciences infirmières ont vécu diverses situations comme le manque d'orientation de la part de leurs précepteurs, les demandes excessives de corvées ménagères et le fait d'être blâmés par leurs précepteurs pour des erreurs au niveau des signes vitaux d'un patient. Cela a perpétué des actes d'incivilité au sein de l'environnement d'apprentissage clinique (27).
- Le comité d'experts a souligné que les travailleurs de la santé craignent souvent d'être aliénés par leurs pairs s'ils concernent des supérieurs dans la gestion des conflits. Cela a également été déterminé dans la littérature : les travailleurs de la santé craignent que l'intimidation ne s'aggrave si les incidents d'intimidation sont signalés aux chefs officiels ou s'ils sont abordés (37). En revanche, les infirmières et infirmiers signalent que le soutien par les pairs après un incident de violence horizontale est un facteur de protection qui peut atténuer les effets de la violence (76). Le comité d'experts a déterminé qu'une façon d'encourager le signalement est que les chefs officiels partagent des histoires personnelles et/ou des expériences sur la façon ils ont géré des situations semblables, notamment les réussites et les leçons retenues. Les chefs officiels peuvent également organiser des séances d'encadrement fréquentes pour accroître la compétence et la confiance des travailleurs de la santé dans la gestion de ces situations difficiles.

- Le comité d'experts a souligné l'importance de fournir aux chefs officiels la formation nécessaire pour répondre avec succès aux préoccupations concernant le harcèlement et l'intimidation. La formation doit comprendre des informations sur ce qui est considéré comme de la violence, du harcèlement et de l'intimidation, ainsi que les catégories de violence (c.-à-d., type I à IV).
- Le comité d'experts a souligné que les chefs officiels ont besoin d'un soutien, de compétences et de ressources pertinents pour résoudre les problèmes de harcèlement et d'intimidation au sein des organisations de services de santé et des établissements d'enseignement.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Directive professionnelle : La prévention et la gestion des conflits [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; 2017. Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/57004_abusnurses.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Souligne le rôle des infirmières et infirmiers à des postes de chef officiel dans la prévention et la gestion des conflits entre le personnel infirmier, les clients et les collègues en milieu de travail. ■ Fournit des ressources supplémentaires et d'autres suggestions de lecture.
Emergency Nurses Association (ENA). ENA toolkit: workplace violence [Internet]. Des Plaines (Illinois) : ENA; 2010. Accessible sur la page Web : https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/toolkits/workplaceviolencetoolkit.pdf?sfvrsn=6785bc04_28	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboré à l'intention d'un gestionnaire de service d'urgence ou d'un chef d'équipe en tant que ressource pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan complet de lutte contre la violence au travail et de protection du personnel. ■ Fournit des solutions pratiques et des modèles de signalement.
Protégeons la santé mentale au travail : Un guide sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Documents et ressources [Internet]. [lieu inconnu] : Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA); c2018. Accessible sur la page Web : https://www.psmt.ca/resources	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une liste de ressources disponibles à télécharger sur l'évaluation, les mesures et l'évaluation de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail. ■ Des ressources supplémentaires sont également disponibles sur les menaces possibles à la sécurité psychologique et sur la distinction entre les dommages psychologiques, la détresse psychologique et la maladie mentale.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :

Des programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail doivent-ils être recommandés aux travailleurs de la santé afin d'améliorer les résultats pour les personnes et ceux-ci?

Résultats : Blessures du patient, utilisation de moyens de contention, sécurité perçue des travailleurs de la santé, attitudes et valeurs des travailleurs de la santé, blessures des travailleurs de la santé et roulement des travailleurs de la santé.

Recommandations concernant le comportement violent de la part de personnes

RECOMMANDATION 3.1 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur les facteurs de risque et les déclencheurs de comportements violents chez des personnes.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

La formation à l'intention des travailleurs de la santé sur la façon de déterminer les facteurs de risque et les déclencheurs de violence est avantageuse, car elle leur fournit les connaissances et les outils nécessaires pour atténuer et/ou prévenir l'agression de la part des patients et de leur famille (8, 77-80). Dans l'ensemble, les données suggèrent des améliorations dans l'attitude des travailleurs de la santé à l'égard de la violence et de l'agression de la part de patients qui peuvent être maintenues pendant plusieurs mois après la fin de la formation (8, 77-80).

Valeurs et préférences

Les données suggèrent que les programmes de formation qui ont fourni aux travailleurs de la santé des informations sur les signaux et les déclencheurs pouvant indiquer qu'une personne deviendra violente ont été accueillis positivement par le personnel de santé (79).

Équité dans l'accès aux soins

Offrir une formation aux travailleurs de la santé sur la détermination des facteurs de risque a un effet incertain sur l'équité dans l'accès aux soins, car elle dépend de la façon dont la formation est utilisée pour communiquer les risques. Le comité d'experts suggère que l'équité dans l'accès aux soins peut augmenter si les informations sur une personne identifiée comme étant « à risque élevé » de violence sont communiquées aux travailleurs de la santé d'une façon qui évite la stigmatisation. Par exemple, accrocher une pancarte sur la porte ou mettre un bracelet sur le patient « à risque » peut être stigmatisant, à moins que ce protocole ne soit courant dans l'unité et mis en œuvre dans toute l'organisation. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la compréhension de l'incidence de la formation concernant la détermination des facteurs de risque sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts a attribué une grande valeur à la formation des travailleurs de la santé sur les facteurs de risque et les déclencheurs de la violence, car cela pourrait favoriser l'amélioration des attitudes et des perceptions des travailleurs de la santé à l'égard des personnes qui manifestent des comportements violents. Le comité d'experts a souligné que la formation doit comprendre des signaux que les travailleurs de la santé peuvent observer chez des personnes qui indiquent qu'un incident violent est imminent. Par conséquent, malgré le faible degré de certitude des données et un effet incertain sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

- Les facteurs de risque et les déclencheurs doivent être déterminés pour aider à prévenir la survenue d'événements violents. La formation fournie aux travailleurs de la santé sur les signes avant-coureurs d'un comportement violent de la part des patients, les compétences en communication pour prévenir ou dissiper la situation violente et les stratégies pour maintenir la sécurité personnelle peuvent augmenter la confiance signalée dans la gestion des patients qui adoptent un comportement agressif (81).
- Les déclencheurs doivent être intégrés dans le processus de planification des soins axés sur la personne.
- Il est important de noter que si les facteurs de risque et les déclencheurs peuvent être adaptés à la personne qui reçoit des soins, ils peuvent également s'appliquer aux familles et aux visiteurs.
- La formation doit miser sur le soutien des personnes à risque plutôt que sur leur stigmatisation.
- Il est important de reconnaître que dans certaines situations, il n'y a aucun avertissement qu'un événement violent est imminent ou qu'un facteur de risque n'a pas été déterminé. Dans ces situations, il est essentiel d'adopter une culture de soutien (et non de blâme).
- Voir l' **annexe F** pour obtenir une liste de facteurs de risque ou de déclencheurs qui peuvent prédire des comportements violents ou agressifs chez les personnes.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins, deuxième édition [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; 2016. Accessible sur la page Web : http://RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des conseils sur l'exploration des causes sous-jacentes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence qui pourraient mener à des comportements agressifs illicites. ■ Décrit l'évaluation et les recommandations de soins particulièrement pour les personnes âgées atteintes de démence, de délire et de dépression.
The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Occupational Violence: Workplace Violence Prevention for Nurses [Internet]. [lieu inconnu] : Centers for Disease Control; 2018. Accessible sur la page Web : https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/training_nurses.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un cours en ligne gratuit pour aider les travailleurs de la santé à comprendre la portée et la nature de la violence en milieu de travail. ■ Les sujets abordés comprennent les définitions et les types de violence, les conséquences de la violence, les facteurs de risque de violence et les stratégies de prévention pour les organisations et le personnel infirmier.
United States Department of Labour Occupational Safety and Health Administration. Workplace Violence [Internet]. Accessible sur la page Web : https://www.osha.gov/dte/library/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contient des liens vers des formations et des ressources sur la violence en milieu de travail et la prévention de la violence en milieu de travail pour le personnel infirmier. ■ Comprend des ressources sur les facteurs de risque, les programmes de prévention, la formation et l'application de la loi.
Workplace Violence Prevention in Health Care Leadership Table. Triggers and care planning in workplace violence prevention [Internet]. [lieu, éditeur, date inconnus]. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2017/03/P7_VPRTLCE0317-Triggers-and-Care-Planning.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit un aperçu des déclencheurs et des facteurs de prédisposition (facteurs de risque) à la violence. ■ Même si elle est propre à la planification des soins, la liste des facteurs de risque et des déclencheurs peut s'appliquer à divers travailleurs de la santé dans divers contextes.

RECOMMANDATION 3.2 :

Le comité d'experts recommande aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur les techniques de désamorçage, y compris les stratégies de communication et de réorientation, pour prévenir et/ou réduire les incidents violents au sein de ses organisations.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Le **désamorçage**^G est une stratégie visant à prévenir et/ou à réduire l'amorçage des incidents agressifs et violents et à diminuer le besoin de moyens de contention mécaniques et chimiques. Une revue systématique de quatre études portant sur l'effet de la formation au désamorçage sur l'utilisation de moyens de contention a démontré une réduction de l'utilisation de moyens de contention physiques (82). Dans le cadre d'une initiative organisationnelle à plusieurs volets, la formation des travailleurs de la santé sur les stratégies de désamorçage a été associée à une diminution de 6 à 75 % du taux d'utilisation des moyens de contention (62, 83, 84).

Un élément de la formation au désamorçage est la formation sur les stratégies de communication. Une revue systématique a permis d'examiner l'efficacité de la formation en gestion de l'agressivité pour le personnel infirmier et les étudiants en sciences infirmières. Le contenu de la formation sur les techniques de désamorçage (y compris les stratégies de communication verbale et non verbale) était courant parmi les études comprises; celles-ci ont généralement conduit à une amélioration des attitudes des participants à l'égard des patients qui se comportaient de façon agressive (82). De même, un cours de deux jours sur la gestion de l'agressivité à l'intention des infirmières psychiatriques qui comprenait de la théorie et de la formation sur l'agressivité – et de la formation sur les stratégies de communication – a permis de constater des améliorations dans les points de vue des participants à l'égard des raisons pour lesquelles les patients agissent de façon agressive (77).

La formation sur les techniques de désamorçage et les compétences en communication efficace, y compris les conférences et les simulations, a mené à des améliorations importantes dans les attitudes des participants à l'égard des facteurs pouvant entraîner des comportements agressifs chez les patients (85). Elle a également accru la sensibilisation à la qualité de la communication entre le personnel et les patients (79). De plus, une intervention sur Internet qui comprenait des vidéos et une narration pour former le personnel aux stratégies de réorientation et aux compétences de désamorçage a révélé une diminution non importante du nombre d'incidents agressifs par jours huit semaines après la formation et une diminution considérable après 16 semaines (86). L'attitude du personnel s'est également améliorée et elle s'est maintenue lors de l'évaluation deux mois après l'intervention (87).

Enfin, deux études ont fait état d'une diminution de 49 et 63 % des blessures du personnel sur une période de cinq ans suite à la mise en œuvre d'une formation sur les stratégies de communication dans le cadre d'un programme plus vaste de prévention de la violence en milieu de travail (62, 88).

La formation sur le désamorçage peut également être nuisible. Après une formation sur la technique, la durée pendant laquelle les patients étaient immobilisés a augmenté de 52 % (83) et la probabilité de nouveaux incidents d'utilisation de moyens de contention a augmenté de 43 % (89).

Une limite avec toutes les études susmentionnées est que les périodes de suivi allaient de six mois à deux ans, ce qui rend difficile la détermination de la durabilité de la formation sur les techniques de désamorçage.

Valeurs et préférences

Généralement, la formation sur les stratégies de communication et de réorientation a été bien accueillie par les travailleurs de la santé (79), a été très bien acceptée par les utilisateurs (86) et a été jugée élevée pour son utilité et sa satisfaction (87). Le personnel infirmier, les assistants aux soins des patients et le personnel de sécurité qui ont participé à une formation interprofessionnelle par simulation sur le désamorçage verbal étaient très satisfaits de l'apprentissage acquis grâce à la simulation et ont apprécié la discussion qui a eu lieu après la séance de simulation (90). Les participants à une étude quasi-expérimentale à méthode mixte qui a été menée dans diverses unités de deux hôpitaux d'enseignement ont signalé que la formation sur le désamorçage leur a appris des capacités d'écoute et d'empathie actives, augmentant ainsi leur confiance et leurs compétences lors de la communication avec des patients agressifs. Ces fournisseurs de soins de santé pensaient également que leur attitude à l'égard des personnes qui se comportaient de façon agressive s'était améliorée (91). Cela contrastait avec les fournisseurs de soins du groupe témoin, qui ont signalé un manque de confiance lorsqu'ils étaient confrontés à des patients agressifs (91). De plus, il était important pour les travailleurs de la santé que la formation sur le désamorçage soit offerte en séances courtes (par opposition à de longs ateliers) et que les séances de rappels soient organisées périodiquement (91).

Un programme de formation a en fait été initialement rejeté par les travailleurs de la santé comme étant plus dangereux, même si son objectif était de changer les pratiques dangereuses par la communication et la réorientation (88). Cela peut indiquer l'importance d'une formation adéquate et d'une compréhension de la façon dont les stratégies doivent être utilisées dans la pratique pour améliorer la sécurité des travailleurs.

Équité dans l'accès aux soins

Bon nombre des études comprises ont été menées dans des milieux hospitaliers psychiatriques (62, 83, 84, 89). Les personnes atteintes de maladie mentale qui vivent dans ces milieux peuvent avoir des identités croisées et des histoires uniques qui peuvent toucher de façon disproportionnée leurs expériences en matière d'équité dans l'accès aux soins. La formation portant sur des techniques optimales de désamorçage peut accroître les compétences des travailleurs de la santé lorsqu'ils abordent le comportement violent des patients d'une façon non restrictive, sûre et respectueuse. Cependant, comme le souligne une étude, la formation peut également avoir un effet négatif sur l'équité dans l'accès aux soins en fonction des ressources nécessaires (92). L'étude a permis d'utiliser une approche fondée sur la simulation pour former les travailleurs de la santé sur les techniques de communication et de réorientation et elle a permis de signaler le temps considérable et le nombre de membres du personnel nécessaires pour s'assurer que tout le monde au sein de leur service reçoive la formation (92). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'incidence des techniques de désamorçage sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le très faible degré de certitude des données – et une incidence incertaine sur l'équité dans l'accès aux soins – le comité d'experts a attribué plus de valeur à la diminution des incidents de violence et d'agression en utilisant des méthodes de désamorçage par rapport à l'inconvénient potentiel qui pourrait résulter de l'adoption de telles techniques. Le comité d'experts a souligné que de nombreux rapports d'amélioration de la qualité et des expériences personnelles indiquent que la formation sur le désamorçage réduit le recours à la force physique dans les organisations de services de santé et qu'elle augmente la sécurité des patients et du personnel. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Il est important de tenir compte des éléments suivants lors de la formation sur les techniques de désamorçage :

- Lors de la formation des travailleurs de la santé sur les techniques de désamorçage, l'importance de la sécurité du personnel doit être soulignée, tout comme le besoin continu de soins compatissants et axés sur la personne.
- Afin d'avoir une incidence positive sur la sécurité des personnes et des travailleurs de la santé, les travailleurs de la santé ont besoin d'une formation pertinente et efficace sur les techniques de désamorçage.
- L'éducation doit être adaptée au champ de pratique du travailleur de la santé et à son rôle au sein de l'organisation. De plus, les rappels obligatoires et continus, le rattrapage et la simulation sont essentiels pour garantir la compétence.
- Lorsque la formation comprend à la fois des conférences (p. ex., sur les facteurs de risque potentiels et la façon de les reconnaître, ainsi que sur les stratégies de communication verbale et non verbale appropriées pour désamorcer la situation) et des scénarios simulés, les travailleurs de la santé approfondissent leurs connaissances sur la façon de reconnaître les facteurs qui peuvent mener à la violence et la façon de désamorcer un comportement agressif réel ou potentiel (93). De plus, une augmentation des compétences, des capacités, de la confiance et de la préparation signalées a été rapportée (90).
- Dans la mesure du possible, la simulation doit comprendre une variété de membres de l'équipe de soins directs afin de promouvoir une communication interprofessionnelle et un travail d'équipe efficaces (65, 90).
- Des ateliers axés sur les techniques de communication, la dynamique de groupe et la gestion de l'inconfort, ainsi que la confrontation aux situations difficiles, peuvent également être une intervention précieuse pour réduire l'agressivité envers les travailleurs de la santé et également améliorer le bien-être psychologique, le niveau de détresse et la capacité de communication des travailleurs de la santé (94).
- Le comité d'experts a déclaré que la formation doit miser sur l'exécution sûre des techniques et qu'elle doit comprendre un soutien et un renforcement continus des stratégies apprises.
- Le comité d'experts a déclaré que des comportements violents peuvent survenir de la part de personnes, de familles et de visiteurs, quel que soit le moment ou le lieu. Pour cette raison, une formation sur la communication ciblée à l'intention de tous les travailleurs de la santé de toutes les organisations de services de santé est nécessaire.
- Les travailleurs de la santé ont besoin de ressources pertinentes pour s'engager efficacement dans des stratégies de désamorçage. Par exemple, les fournisseurs de soins de santé ont signalé utiliser des comportements plus restrictifs (p. ex., médicaments [PRN] ou moyens de contention physiques) lorsque les patients étaient agressifs, car ces stratégies étaient plus efficaces lorsque le temps et la dotation en personnel étaient problématiques (95).
- Les patients soulignent que le désamorçage est un processus dans lequel les fournisseurs de soins de santé font ce qui suit :
 - Tolérer le comportement croissant du patient et lui donner du temps et de l'espace.
 - Demander aux patients pourquoi ils se comportent de façon agressive plutôt que d'imposer leurs propres hypothèses.
 - Faire participer les patients dans le processus de désamorçage en écoutant le patient, en lui demandant ce qu'il veut faire pour corriger la situation et en suggérant (sans appliquer) d'autres stratégies si nécessaire.
 - Faciliter les stratégies d'adaptation des patients.
 - Favoriser un sentiment d'égalité entre le fournisseur et le patient.
 - Agir de façon authentique et honnête (95).
- Voir l'**annexe J** pour le modèle Safewards. Ce modèle reconnu à l'échelle internationale comprend 10 interventions qui peuvent être utilisées pour désamorcer des situations tendues en faisant participer à la fois le personnel et les patients.
- Voir l'**annexe L** pour connaître l'échelle du Institute for Work & Health (IWH) pour mesurer la vulnérabilité des travailleurs aux blessures avant et après un programme de formation à la prévention de la violence et pour mesurer l'efficacité d'un programme de formation en communication.

Ressources justificatives

MODULES EN LIGNE SUR LE DÉSAMORÇAGE	DESCRIPTION
<p>Health Employers Association of British Columbia (HEABC). Violence prevention. Respond to the risk: part 1 – perform de-escalation – communication [Internet]. [lieu, éditeur, date inconnus]. Accessible sur la page Web : http://www.heabc.bc.ca/VPM/RespondRisk1_Communication/story_html5.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit comment une communication respectueuse peut être utilisée pour empêcher l'amorçage d'une crise émotionnelle ou la désamorcer avant qu'elle ne devienne une urgence comportementale. ■ Une communication non verbale, vocale et verbale est présentée.
<p>Health Employers Association of British Columbia (HEABC). Violence prevention. Respond to the risk: part 2 – perform de-escalation – communication [Internet]. [lieu, éditeur, date inconnus]. Accessible sur la page Web : http://www.heabc.bc.ca/VPM/RespondRisk2_Strategies/story_html5.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit des stratégies supplémentaires que les travailleurs peuvent utiliser pour répondre à une crise émotionnelle afin d'éviter qu'elle ne devienne une urgence comportementale. ■ Explique quand et comment utiliser diverses stratégies de désamorçage.
<p>Health Employers Association of British Columbia (HEABC). E-learning Modules [Internet]. Accessible sur la page Web : http://www.heabc.bc.ca/Page4272.aspx#.Ws4LhjwZPZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une liste complète de huit modules d'apprentissage en ligne sur la prévention de la violence et des liens pour accéder aux modules.

LIENS VERS DES PROGRAMMES ET DES COURS DE FORMATION PARTICULIERS	DESCRIPTION
<p>Avancées Gérontologique Éducation (AGE). Approches douces et persuasives (ADP) Hamilton (Ontario) : AGE; c2017. Accessible sur la page Web : https://ageinc.ca/about-gpa-2/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offre des renseignements sur l'approche douce et persuasive (ADP) fondée sur des données probantes qui enseigne aux fournisseurs de soins comment réagir efficacement aux comportements réactifs. ■ Fournit des renseignements sur le programme de formation en matière d'ADP et comment vous pouvez vous y inscrire. ■ Fournit des ressources, comme un blogue et des vidéos illustrant l'ADP.
<p>Behavioural Supports Ontario Education and Training Consortium Committee. Behavioural education and training supports inventory: section A – introduction and overview [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2012. Accessible sur la page Web : http://brainxchange.ca/Public/Files/BSO/BETSI-Full-Version-Updated-191212.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit un outil de formation et de prise de décision pour les fournisseurs intéressés à offrir des soins sécuritaires et de qualité axés sur le patient à l'intention des personnes âgées ayant des comportements réactifs. ■ Fournit des conseils sur le choix des programmes de formation les plus appropriés et soutient l'application des nouvelles connaissances dans la pratique à l'intention des personnes âgées.
<p>Crisis Prevention Institute (CPI). Training and events [Internet]. [lieu inconnu] : CPI; c2018. Accessible sur la page Web : https://www.crisisprevention.com/en-CA/Training-and-Events</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une formation et des conseils pour gérer et prévenir les comportements difficiles en toute sécurité. ■ Des cours sont disponibles au Canada et aux États-Unis dans les spécialités d'intervention non violente en cas de crise et de soins de la démence.
<p>Safe Management Group. Training programs [Internet]. [Oakville (Ontario)]: Safe Management Group Inc.; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : http://safemanagement.org/training-programs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Safe Management Group est un fournisseur de formation situé à Oakville, en Ontario, qui offre des programmes de formation liés à la sécurité dans une variété de milieux de travail et de contextes. ■ Le programme de formation à l'intervention de crise est reconnu par le ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario.
<p>Understanding and Managing Aggressive Behaviour (UMAB) Canada. Understanding and managing aggressive behaviour [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; c2011. Accessible sur la page Web : http://www.umabcanada.com/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit le programme UMAB, qui a été élaboré pour répondre aux besoins de sécurité du fournisseur de services et des personnes qui reçoivent des soins. ■ Fournit des ressources et des outils aux travailleurs de la santé et aux soignants qui travaillent directement avec les personnes qui éprouvent des difficultés et qui peuvent les exprimer de façon dangereuse.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). La relation thérapeutique, édition 2006 [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; 2018. Accessible sur la page Web : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit les attentes de tout le personnel infirmier pour établir et cultiver une relation thérapeutique et y mettre fin. ■ Fournit des conseils sur l'utilisation de la communication thérapeutique.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Crisis intervention for adults using a trauma-informed approach: initial four weeks of management. 3^e éd. [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2017 Accessible sur la page Web : http://RNAO.ca/bpg/guidelines/crisis-intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des recommandations fondées sur des données probantes pour une intervention de crise en utilisant une perspective sensible aux traumatismes. ■ Liste des ressources supplémentaires pour améliorer les soins en cas de crise.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Établissement de la relation thérapeutique [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2006 Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/bpg/guidelines/establishing-therapeutic-relationships</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des ressources et un soutien pour intégrer la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes dans le domaine de la mise en place de la relation thérapeutique.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Toronto (Ontario) : RNAO 2015 : Accessible sur la page Web : http://rnao.ca/bpg/language/soins-axés-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des ressources et du soutien pour améliorer la qualité des partenariats que le personnel infirmier et l'équipe interprofessionnelle ont avec les personnes qui ont accès aux soins.

RECOMMANDATION 3.3 :

Le comité d'experts recommande aux travailleurs de la santé de recevoir une formation sur les techniques de séparation et sur le moment d'utiliser en toute sécurité les techniques de séparation lors d'incidents violents.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Les **techniques de séparation**⁶ sont des stratégies utilisées pour se retirer en toute sécurité de diverses prises, saisies et tractions, tout en ne compromettant pas physiquement l'agresseur (96). Les techniques de séparation n'abordent pas le problème de la violence en milieu de travail; au lieu de cela, la formation peut compléter l'instruction qui met l'accent sur la prévention de l'agression et de la violence (96). Une recherche examinant l'efficacité de la formation sur les techniques de séparation a révélé que le personnel infirmier a signalé une augmentation de 46 % de la sécurité perçue. La perte des compétences acquises était évidente, ce qui suggère que les rappels de routine sont importants pour assurer la compétence (96).

Valeurs et préférences

Une étude quasi expérimentale a permis au personnel infirmier de quatre services (urgence, neurosciences, soins aux personnes âgées et services communautaires) de participer à un atelier pour élaborer un plan d'évaluation et de gestion des risques de violence et apprendre des techniques de désamorçage et de séparation qui peuvent être utilisées pour réagir aux personnes agressives ou violentes. Les participants ont trouvé que la formation sur les techniques de séparation était particulièrement utile, car elle augmentait leur confiance en eux pour gérer différents types d'agression de la part de patients. Même si le personnel infirmier a estimé que la participation active à l'atelier était efficace pour l'apprentissage, certains membres étaient préoccupés par l'utilisation des techniques de séparation dans des circonstances réelles (97).

Équité dans l'accès aux soins

Les travailleurs de la santé qui ne se sentent pas en sécurité peuvent être plus susceptibles de mettre en œuvre des pratiques coercitives ou restrictives qui peuvent nuire aux patients (96). Une formation à l'échelle de l'organisation sur les techniques de séparation peut accroître la confiance et la compétence des travailleurs de la santé dans les méthodes de prévention pour faire face aux situations violentes, éviter les blessures et accroître la sécurité, améliorant potentiellement la qualité des soins. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'incidence des techniques de séparation sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le faible degré de certitude des données et un effet incertain sur l'équité dans l'accès aux soins, le comité d'experts a attribué plus de valeur à la sécurité des travailleurs de la santé. Lorsque les travailleurs de la santé sont correctement formés, l'utilisation de techniques de séparation leur fournit une stratégie pour se sortir d'un incident violent et elle réduit potentiellement l'exposition aux inconvénients et aux blessures graves. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Il est important de tenir compte des éléments suivants lors de l'utilisation de techniques de séparation :

- La formation sur les techniques de séparation est fournie en complément de l'instruction qui met l'accent sur la prévention de l'agression et de la violence (96).
- D'autres techniques, comme la communication et le désamorçage (voir la **recommandation 3.2**), doivent toujours être utilisées en premier. Si ces approches s'avèrent inefficaces, des techniques de séparation peuvent donc être nécessaires pour se sortir d'une situation nuisible ou dangereuse.

- La formation sur les techniques de séparation doit être modifiée au besoin en fonction de l'organisation de soins de santé, de l'environnement de l'unité et des personnes recevant des soins.
- Des rappels permanents obligatoires, le rattrapage et la simulation sont essentiels (c.-à-d., occasions de pratiquer l'utilisation de la technique); cela contribuera à garantir la compétence et à réduire le risque de blessures causées par l'utilisation de la technique. Cela a également été rapporté par les participants dans une étude qui estimaient que le maintien des compétences, des rappels et d'une formation continue sur les compétences étaient nécessaires (92).
- Si un travailleur utilise la technique de façon incorrecte lors d'un incident violent, une culture de soutien (et non de blâme) pour le travailleur doit être adoptée, quel que soit l'unité ou le contexte de pratique.

Ressources justificatives (voir également les ressources justificatives dans la **recommandation 3.2**)

RESSOURCE	DESCRIPTION
Crisis Prevention Institute (CPI). Training and events [Internet]. [lieu inconnu] : CPI; c2018. Accessible sur la page Web : https://www.crisisprevention.com/en-CA/Training-and-Events	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit une formation et des conseils pour gérer et prévenir les comportements difficiles en toute sécurité. ■ Des cours sont disponibles au Canada et aux États-Unis dans les spécialités d'intervention non violente en cas de crise et de soins de la démence.
Workplace Violence Prevention in Health Care Leadership Table. Engaging patients and families in workplace violence prevention: a handbook for organizational leaders in healthcare [Internet]. [lieu, éditeur, date inconnus]. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2017/03/P8_VPRTLBN0317-Engaging-Patients-and-Families-in-Workplace-Violence-Prevention-and-sample-brochure.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des informations importantes sur la prévention primaire de la violence en tant que défense de première ligne avant d'utiliser des techniques de séparation. ■ Fournit un complément à d'autres approches de prévention, car elle décrit comment les hôpitaux peuvent s'associer avec les patients et les familles pour aider à prévenir la violence en milieu de travail.

Recommandations concernant le harcèlement et l'intimidation de la part de chefs officiels, de travailleurs de la santé ou d'étudiants

RECOMMANDATION 3.4 :

Le comité d'experts suggère aux organisations de services de santé d'offrir une formation aux travailleurs de la santé sur la façon de déterminer le harcèlement et l'intimidation, de comprendre l'incidence du harcèlement et de l'intimidation et d'utiliser des stratégies de communication efficaces.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Faible

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Plusieurs études ont exploré l'efficacité des programmes éducatifs pour accroître la sensibilisation à l'intimidation dans l'organisation des services de santé et la sécurité perçue des travailleurs de la santé (en particulier sur les mesures d'incivilité). Une intervention pour lutter contre la violence latérale entre infirmières comprenait de la théorie et des antécédents sur le problème, des ressources sur la façon de gérer les conflits, des cartons aide-mémoire contenant des réponses verbales efficaces et un aperçu des comportements professionnels attendus. Les résultats ont suggéré une augmentation non significative de la sensibilisation du personnel infirmier à la violence latérale (98).

Les activités de formation et de simulation sur la question de l'incivilité ont entraîné une diminution des actes d'incivilité perçus signalés par le personnel infirmier (99, 100). La formation et la discussion sur l'effet de l'incivilité ont entraîné une augmentation de 6 % de la sensibilisation à l'incivilité chez le personnel infirmier (101). De plus, lorsque le personnel infirmier est formé aux compétences de communication assertives, des diminutions ont été constatées dans les cas signalés de **persécution collective**^G (102), de violence verbale au travail (103), de taux de vacance (de 8,9 à 3,0 % sur trois ans) et de taux de roulement (de 8,9 à 6,0 % sur trois ans) (103).

Valeurs et préférences

Il n'y avait pas de littérature déterminée faisant état des valeurs et des préférences des travailleurs de la santé en matière de formation pour les travailleurs de la santé sur le harcèlement et l'intimidation dans les organisations de services de santé.

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts suggère que l'incidence de cette recommandation sur l'équité dans l'accès aux soins dépendrait de la culture de l'organisation et de la présence générale d'intimidation et de harcèlement. Dans les milieux décrits comme « non toxiques », les travailleurs de la santé ont tendance à être plus engagés et productifs, ce qui se traduit par de meilleurs soins et résultats pour les patients (101). Par ailleurs, le roulement du personnel organisationnel lié aux problèmes d'intimidation et de harcèlement peut avoir un effet important sur la qualité et la continuité des soins que les patients reçoivent (101).

Conclusions du comité d'experts

Le comité d'experts n'a pas pu attribuer plus de valeur à la formation des travailleurs de la santé sur le harcèlement et l'intimidation – y compris la détermination du problème et les stratégies de communication pour le gérer efficacement – car il existe un potentiel d'inconvénients. Le comité d'experts a souligné que les comportements d'intimidation pouvaient s'aggraver ou s'amplifier lorsque le harcèlement et l'intimidation sont déterminés comme des problèmes importants dans une unité ou au sein d'une organisation. Une différence de pouvoir pourrait également s'ensuivre ou s'aggraver en fonction de l'auteur et de la façon dont le problème est géré. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est conditionnelle.

Notes de pratique

Voici des approches pédagogiques pour aider les travailleurs de la santé à comprendre et à lutter contre le harcèlement et l'intimidation :

- Le comité d'experts a souligné que des outils et des stratégies doivent être fournis aux travailleurs de la santé pour encourager un dialogue efficace sur le harcèlement et l'intimidation, et qu'un processus doit être adopté au sein des organisations de services de santé et d'établissements d'enseignement pour gérer les situations de harcèlement et d'intimidation.
- La participation des employés à l'élaboration d'un programme de formation peut faciliter l'adoption de stratégies pour lutter contre la violence latérale et verticale. Par exemple, dans un projet d'amélioration de la qualité, une équipe de 100 employés interprofessionnels a été convoquée pour élaborer des stratégies visant à cibler les comportements négatifs, à communiquer les stratégies à l'échelle de l'organisation et à s'assurer que le personnel demeure responsable de suivre les stratégies. Les résultats de l'enquête recueillis deux ans après la mise en œuvre suggèrent une diminution des agressions latérales et verticales de la part des employés (104).
- Les stratégies de formation pour accroître l'affirmation de soi peuvent comprendre l'expression de pensées et de sentiments avec confiance, une bonne prise en charge des critiques, la gestion du stress et la protection des droits sans conflit (102).
- La formation visant à sensibiliser davantage les travailleurs de la santé à l'incivilité peut comprendre des présentations Power Point ou un enseignement didactique (101, 105).
- Des jeux de rôle interactifs et des simulations doivent être mis en œuvre pour mettre en pratique des stratégies de gestion de l'incivilité et pour ouvrir des discussions sur des expériences personnelles d'incivilité (92, 105).
- Des stratégies pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation chez les étudiants des établissements d'enseignement et de l'environnement d'apprentissage clinique se trouvent dans la **recommandation 3.5**.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Institute for Healthcare Improvement (IHI) SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. [lieu inconnu] : Institute for Healthcare Improvement; c2018. Accessible sur la page Web : http://www.ihl.org/resources/pages/tools/sbartoolkit.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un outil pour les cliniciens, les chefs et les éducateurs qui structure la communication entre les membres de l'équipe interprofessionnelle.
Fehr FC, Seibel LM. Cognitive rehearsal training for upskilling undergraduate nursing students against bullying: a qualitative pilot study. <i>Quality Advancement in Nursing Education</i> . 2016;2(1) : p. 1 à 17.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détermine des moyens efficaces pour les éducateurs dans le but d'enseigner et de simuler des façons constructives de combattre et de gérer l'intimidation en milieu de travail. ■ Fournit aux étudiants des outils pour lutter contre l'intimidation et fournit aux concepteurs de programmes et aux chefs des informations et des données.
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP). <i>Bullying in the workplace: a handbook for the workplace</i> [Internet]. 1 ^{re} édition. Toronto (Ontario) : ASSSP; 2010. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/BullyWkplace.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un manuel destiné aux employeurs, aux superviseurs, aux collègues et aux victimes d'intimidation pour en savoir plus sur la prévalence et les effets de l'intimidation et pour obtenir des informations sur la façon de la prévenir et/ou de la gérer.

RECOMMANDATION 3.5 :

Le comité d'experts recommande, dans le cadre d'une approche d'apprentissage interactive, aux étudiants d'apprendre à utiliser des interventions en matière de communication guidées pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation provenant de sources multiples au sein d'un établissement d'enseignement ou d'un environnement d'apprentissage clinique.

Force de la recommandation : Forte

Degré de fiabilité des données : Faible

Discussion sur les données

Avantages et inconvénients

Deux études de recherche qualitatives ont permis d'explorer l'utilisation de programmes de formation interactifs pour les étudiants dans un environnement d'enseignement pour s'attaquer au problème du harcèlement et de l'intimidation. Les programmes de formation comprenaient un entraînement par répétition cognitive (99) et des simulations de jeux de rôle (99, 100). Les deux programmes ont permis aux étudiants d'explorer leurs points de vue du harcèlement et de l'intimidation et leur ont permis de mettre en pratique des mesures et des stratégies efficaces qu'ils pourraient adopter pour prévenir et lutter contre le harcèlement et l'intimidation (99, 100). Grâce à l'entraînement par répétition cognitive, les étudiants ont également signalé une augmentation de leur perception de la confiance pour gérer les situations futures (99).

Aucune des deux études n'a signalé d'inconvénients résultant des interventions éducatives; cependant, les deux ont abordé l'importance de protéger les étudiants contre la recréation de scénarios potentiellement perturbants. Pour atténuer cet inconvénient potentiel, veuillez consulter les **notes et pratique** ci-dessous.

Valeurs et préférences

Les commentaires des participants aux études comprises ont été positifs : les programmes interactifs ont été bien accueillis, les cocardes portées autour du cou décrivant les interventions en matière de communication ont été appréciées, et la formation et les simulations de jeux de rôle ont été considérées comme des expériences d'apprentissage avantageuses (99). Les participants à une autre étude ont estimé que l'activité de répétition cognitive leur a appris à communiquer efficacement dans des situations stressantes et à défendre la sécurité de leurs patients (106). Des modules d'apprentissage interactifs pour les étudiants de premier cycle en sciences infirmières et de profession de sage-femme qui comprenaient des vidéos de scénarios d'intimidation en contextes cliniques, des liens vers la littérature, des activités de réflexion et des simulations de jeux de rôle en classe sur la façon de réagir à l'intimidation ont également été jugés utiles. Les étudiants ont signalé que la possibilité de compléter les vidéos en ligne par des lectures et des discussions en classe les a aidés à reconnaître les comportements d'intimidation et à adopter des stratégies d'adaptation (107).

Équité dans l'accès aux soins

Le comité d'experts suggère que l'incidence de cette recommandation augmenterait l'équité dans l'accès aux soins. Les étudiants qui participent à des simulations de jeux de rôle et apprennent des interventions en matière de communication efficaces peuvent être plus confiants et capables d'intervenir lorsqu'ils sont confrontés au harcèlement et à l'intimidation dans les établissements d'enseignement et/ou les environnements d'apprentissage cliniques. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre l'incidence des approches d'apprentissage interactives et des techniques de communication guidée sur l'équité dans l'accès aux soins.

Conclusions du comité d'experts

Malgré le faible degré de fiabilité quant à l'ensemble de données quantitatives, le comité d'experts a attribué plus de valeur aux approches d'apprentissage interactives pour perfectionner les connaissances et les compétences en matière de lutte contre le harcèlement et l'intimidation qu'à tout inconvénient potentiel qui pourrait en découler. Le comité d'experts a convenu que les étudiants ont besoin d'interventions guidées en matière de communication qui les aideront si et lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles de la part de collègues ou de professeurs dans des milieux cliniques ou universitaires. Par conséquent, le comité d'experts a conclu que la recommandation est forte.

Notes de pratique

Il est important de tenir compte des éléments suivants lors de la mise en œuvre d'une approche d'apprentissage interactive pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation :

- Un examen de la littérature intégrative a révélé que les méthodes d'enseignement les plus efficaces sont les méthodes actives qui forment les étudiants sur les techniques de lutte contre l'intimidation et leur offrent la possibilité de mettre en pratique des stratégies nouvellement apprises (p. ex., répétition cognitive) (108).
- L'utilisation de diverses modalités (p. ex., vidéos, lectures et discussions en classe) facilite et améliore l'engagement et l'apprentissage des étudiants (107).
- Des modules d'apprentissage en ligne (comme des diapositives ou des scénarios vidéo) sur l'incivilité et la façon d'intervenir (28) et un entraînement par répétition cognitive sur les comportements perturbateurs et la façon de réagir (109) peuvent fournir des moyens efficaces pour augmenter la capacité et l'auto-efficacité des étudiants en sciences infirmières pour déterminer et répondre de façon appropriée à la fois à l'incivilité dans l'environnement d'enseignement (100) et aux comportements perturbateurs dans l'organisation de services de santé (99).
- Permettre aux étudiants de se retirer d'un exercice à tout moment s'ils trouvent le jeu de rôle perturbant – et fournir des informations à l'avance sur le contenu de l'activité de simulation – sont des stratégies importantes à considérer lors de la mise en œuvre de la formation sur ce problème (99, 100).
- Après les simulations de répétition cognitive, les séances de compte rendu doivent se dérouler dans un environnement sûr afin que les participants puissent réfléchir à leurs pensées et à leurs sentiments par rapport à l'activité simulée, déterminer les aspects qui se sont bien déroulés ou qui doivent être améliorés et explorer des stratégies qui peuvent être mises en œuvre lorsqu'ils sont confrontés à incidents à l'avenir (106).
- Pour de plus amples renseignements sur les interventions en matière de communication décrites dans l'étude menée par Fehr et Seibel (2016), veuillez consulter la cocarde portée autour du cou à l'**annexe K**.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West. Communiquer efficacement. Exercice : utilisation de l'enquête appréciative [Internet]. [lieu inconnu] : Centre de la Great-West; [date inconnue]. Accessible sur la page Web : https://www.strategiesdesantementale.com/mmhm/exercices/2_UsingAppreciativeInquiryJun122011JFMAB.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des conseils aux employeurs sur l'utilisation de l'enquête appréciative et des questions ouvertes axées sur les forces pour déterminer comment gérer un travailleur en détresse. ■ Même si elles sont propres au milieu de travail, les questions pourraient être utilisées par le corps professoral pour les poser aux étudiants avant, pendant et après la formation interactive sur l'intimidation pour déterminer l'efficacité du programme.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Pratiquer l'éducation dans les soins infirmiers [Internet]. Toronto (Ontario) : AIIAO; 2016. Accessible sur la page Web : http://RNAO.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La présente LDPE fournit des recommandations qui aident les infirmières enseignantes, les précepteurs et les infirmières soignantes à comprendre comment favoriser et soutenir des stratégies d'enseignement et d'apprentissage efficaces pour les étudiants en sciences infirmières dans divers contextes de pratique.

RECOMMANDATIONS



Lacunes de la recherche et conséquences futures

En examinant les données probantes la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts déterminé les domaines de recherche prioritaires indiqués dans le **tableau 6**. Les études menées dans ces domaines fourniraient des données supplémentaires pour soutenir la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail dans les organisations de services de santé et les établissements d'enseignement. La liste n'est pas exhaustive et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

Tableau 6 : Domaines de recherche prioritaires pour chaque question de recommandation

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :</p> <p>Faut-il recommander aux travailleurs de la santé d'utiliser des outils d'évaluation des risques pour détecter les comportements révélateurs de violence, de harcèlement et/ou d'intimidation en milieu de travail?</p> <p>Résultats : Fiabilité, validité et accessibilité en pratique (résultats de substitution : temps et utilité).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Études sur la fiabilité et la validité des instruments dans différents contextes et auprès de différentes populations afin d'augmenter leur généralisabilité. ■ Études évaluant les coûts associés à la mise en œuvre des outils d'évaluation des risques et à la formation des travailleurs de la santé. ■ Détermination des caractéristiques individuelles qui sont de puissants prédicteurs de la violence. ■ Validation des outils d'évaluation des risques qui mesurent l'intimidation et le harcèlement. ■ Effet de l'utilisation d'outils d'évaluation des risques qui mesurent les comportements d'intimidation et de harcèlement.
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :</p> <p>Faut-il recommander des politiques et des procédures organisationnelles pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail parmi les travailleurs de la santé pour améliorer les résultats auprès des organisations et de ces travailleurs?</p> <p>Résultats : Environnement physique (résultats de substitution : blessures des travailleurs de la santé, rapports d'incident, agressions et menaces envers les travailleurs de la santé) et bien-être des travailleurs de la santé (résultats de substitution : incivilité perçue, reconnaissance de l'intimidation, mise en œuvre de politiques).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comparaison de l'efficacité d'au moins deux éléments d'une initiative ou d'un programme organisationnel. ■ Élaboration d'instruments ou de mesures valides et fiables qui saisissent les indicateurs liés à la violence, au harcèlement et/ou à l'intimidation en milieu de travail afin de réduire l'hétérogénéité des résultats entre les études. ■ Études longitudinales sur la durabilité des interventions organisationnelles pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail ■ Études longitudinales sur la dose et la fréquence des programmes de formation. ■ Études comparatives sur l'efficacité d'au moins deux politiques mises en œuvre pour réduire la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail et pour accroître la sécurité du personnel. ■ Déterminer les interventions ou les approches mises en œuvre par les organisations pour lutter contre la violence de la part de personnes et/ou de familles.

QUESTION DE RECOMMANDATION	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :</p> <p>Des programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail doivent-ils être recommandés aux travailleurs de la santé afin d'améliorer les résultats pour les personnes et ceux-ci?</p> <p>Résultats : Blessures du patient, utilisation de moyens de contention, sécurité perçue des travailleurs de la santé, attitudes et valeurs des travailleurs de la santé, blessures des travailleurs de la santé et roulement des travailleurs de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efficacité de la formation des travailleurs de la santé sur la diminution et/ou la prévention des blessures à la personne. ■ Efficacité de la formation au désamorçage sur les résultats des travailleurs de la santé. ■ Études longitudinales sur la durabilité de la formation des travailleurs de la santé sur la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail. ■ Si les essais cliniques aléatoires ne sont pas réalisables, alors des études quasi expérimentales adoptent des analyses statistiques plus sophistiquées pour réduire le risque de biais. ■ Études comparatives sur l'efficacité des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ les éléments individuels d'une intervention éducative et/ou les méthodes de formation; □ les méthodes de prestation ou les attributs de l'animateur. ■ Efficacité de la formation sur l'intimidation dans un programme de premier cycle. ■ Efficacité de la formation des étudiants de premier cycle aux stratégies de communication. ■ Détermination du nombre d'étudiants blessés lors de stages cliniques.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des LDPE au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et la diffusion des LDPE pour que la pratique change : les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (71). La *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition 2012* de l'AIIAO fournit un processus fondé sur des données probantes pour parvenir à cette fin (1). Elle peut être téléchargée à l'adresse https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf

La *Trousse* s'appuie sur des données récentes qui montrent que l'adoption de pratiques exemplaires dans le domaine des soins de santé a plus de chances de réussir lorsque les situations suivantes se présentent :

- les décideurs à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la LDPE;
- la sélection des LDPE qui seront mises en œuvre se fait dans le cadre d'un processus systématique et participatif;
- les intervenants à qui s'adressent les LDPE sont déterminés et engagés à participer à leur mise en œuvre;
- l'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les LDPE est évalué;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la LDPE sont évalués et traités;
- les interventions visant à encourager l'utilisation de la LDPE sont sélectionnées;
- l'utilisation de la LDPE est surveillée systématiquement et maintenue;
- l'évaluation des effets de la LPDE est intégrée au processus;
- il existe des ressources adéquates pour réaliser tous les volets de la mise en œuvre.

La *Trousse* utilise le cadre de mise en pratique des connaissances pour déterminer les étapes du processus nécessaires à la recherche et à la synthèse des connaissances (110) (voir la **figure 5**). Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances (comme les LDPE) pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses LDPE. Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

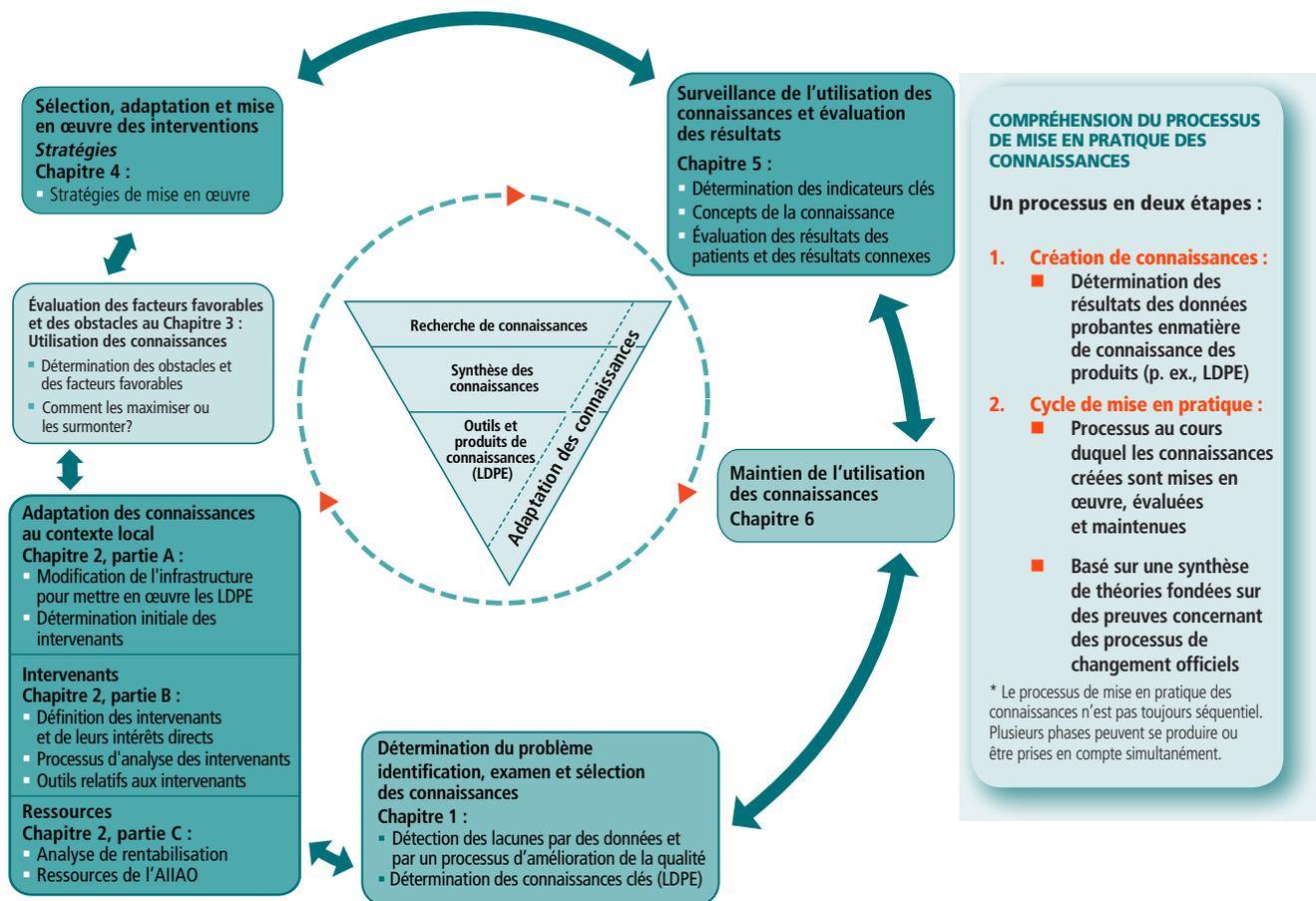
1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers^{MD}, qui développe la capacité de chaque infirmière à encourager la sensibilisation aux LDPE et l'engagement des intervenants à les adopter.
2. Les ordonnances des LDPE^{MD}, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables formulés à partir de recommandations de pratiques. Les ordonnances d'une LDPE peuvent être facilement intégrées à des documents électroniques et papiers.
3. La désignation d'OVPE^{MD}, qui appuie la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisation et du système de soins de santé. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application. Vous trouverez des informations sur nos stratégies de mise en œuvre aux emplacements suivants :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : www.rnao.ca/bpg/get-involved/champions
- Ordonnances des LDPE^{MD} de l'AIIAO : <http://rnao.ca/ehealth/bpgordersets>
- OVPE^{MD} l'AIIAO : <https://rnao.ca/bpg/bpso>
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <https://rnao.ca/events>

Figure 5 : Cadre de mise en pratique des connaissances

CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES RÉVISÉ



Source : adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Straus S, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. Knowledge translation in health care. Oxford (Royaume-Uni) : Wiley-Blackwell; 2009; p. 151 à 159. Adaptation autorisée.

Références

1. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. 2^e édition. Toronto (Ontario) : Auteur; 2012.
2. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2008).
3. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Preventing and Managing Violence in the Workplace. Toronto (Ontario) : Auteur; 2009.
4. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Intimidation en milieu de travail [internet]. Hamilton (Ontario) : Auteur; 2016. Accessible sur la page Web : <https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/bullying.html>.
5. Hecker S. Éducation et formation - introduction et aperçu. Dans : Stellman JM, Gillespie RM, éditeurs. Encyclopaedia of occupational health & safety. Organisation internationale du Travail; 2015. Accessible sur la page Web : <https://www.iloencyclopaedia.org/part-iii-48230/education-and-training/item/87-introduction-and-overview>.
6. Ministère du Travail de l'Ontario. Violence et harcèlement au travail : comprendre la loi. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016.
7. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé. Genève (Suisse) : Auteur; 2006.
8. Coursey JH, Rodriguez RE, Dieckmann LS, Austin PN. Successful implementation of policies addressing lateral violence. *AORN Journal*. 2013;97(1) : pp. 101 à 109.
9. Bambi S, Foa C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace invivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *ACTA Biomed for Health Professions*. 2018;89(6) : p. 51 à 79.
10. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Adult asthma care: Promoting control of asthma. Deuxième édition. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017).
11. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. La relation thérapeutique, édition 2006 [Internet]. Toronto (Ontario) : Auteur; 2013. Accessible sur la page Web : http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf.
12. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille. Toronto (Ontario) : Auteur; 2015.
13. The GRADE working group. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet] 2013. Accessible sur la page Web : <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>.
14. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science*. 2018;13 (suppl. 1)(2).
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. . *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4) : p. 691 à 729.

16. VanDeVelde-Coke S., Doran D., Grinspun D., Hayes L., Sutherland Boal A., Velji K., *et al.* Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians : NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE2012. p. 26 à 37.
17. Griffin P, El-Jardali F, Tucker D, Grinspun D, Bajnok I, Shamian J. What's the fuss about? Why do we need healthy work environments for nurses anyways? Human resources Database. 2003.
18. Grinspun D. Taking care of the bottom line: shifting paradigms in hospital management. Dans : Gustafson DL, éditeur. Care and consequences: health care reform and its impact on Canadian women. Halifax (NouvelleÉcosse) : Fernwood Publishing 2000.
19. Green L, Richard L, Potvin L. Ecological foundation of health promotion American Journal of Health Promotion. 1996;10(4) : p. 270 à 281.
20. Grinspun D. The social consturction of nursing caring. [Thèse de doctorat.]. Sous presse en 2010.
21. Brophy JT, Keith MM, Hurley M. Assaulted and unheard: Violence against healthcare staff. New Solutions: A journal of environmental and occupational health policy. 2018;27(4) : p. 581 à 606.
22. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(1) : p. 72 à 84.
23. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII). Enough is enough: Putting a stop to violence in the health care sector [Internet]. Ottawa (Ontario) : FCSII; 2017. Accessible sur la page Web : https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU_Enough-is-Enough_June1_FINALlow.pdf.
24. Loi sur la santé et la sécurité au travail (violence et harcèlement au travail). Assemblée législative de l'Ontario, 1^{re} séance. (2009)
25. Organisation mondiale de la Santé. Prévention de la violence et du traumatisme : Violence contre les travailleurs de la santé [internet]. 2018 [cité le 2 novembre 2018]. Accessible sur la page Web : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/fr/.
26. Longo J, Newman D. The development and psychometric testing of the horizontal violence scale. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014;35(12) : p. 924 à 933.
27. Ahn YH, Choi J. Incivility experiences in clinical practicum education among nursing students. *Nurse Education Today*. 2019;73 : p. 48 à 53.
28. Palumbo R. Incivility in nursing education: An intervention. *Nurse Education Today*. 2018;66 : p. 143 à 148.
29. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers Enough is enough: Putting a stop to violence in the health care sector. Ottawa (Ontario) : Auteur; 2017.
30. The University of Iowa Injury Prevention Research Center. Workplace violence: A report to the nation. Iowa City (Iowa) : University of Iowa; 2001.
31. Lanctot N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*. 2014;19(5) : pp. 492 à 501.
32. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace bullying and mental health: A meta-analysis on cross-sectional and longitudinal data. *Plos One* [Internet]. 2015;10(8). Accessible sur la page Web : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135225>.

33. Nielson MB, Einarsen S, Notelaers G, Nielsen GH. Does exposure to bullying behaviours at the workplace contribute to later suicidal ideation? A three-wave longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2016;42(3) : p. 246 à 250.
34. Hansen AM, Hogh A, Garde AH, Persson R. Workplace bullying and sleep difficulties: A 2-year follow-up study. *International Archives of Occupational & Environmental Health*. 2014;87(3) : p. 285 à 294.
35. Egues AL, Leinung EZ. Antibuiling workshops: shaping minority nursing leaders through curriculum innovation. *Nursing Forum*. 2014;49(4) : p. 240 à 246.
36. Nielsen MB, Indregard AM, Overland S. Workplace bullying and sickness absence: A systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2016;42(5) : p. 358 à 370.
37. Strandmark M, Rahm G. Development, implementation and evaluation of a process to prevent and combat workplace bullying. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(15, suppl.) : p. 66 à 73.
38. (HQO) Qualité des services de santé Ontario. Workplace violence prevention in the 2018/19 Hospital Quality Improvement Plans. Toronto (Ontario) : Qualité des services de santé Ontario; 2018.
39. Association de santé et sécurité pour les services publics. Workplace violence: Complying with the occupational health & safety act [Internet]. Toronto (Ontario) : Auteur; 2016. Accessible sur la page Web : https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2016/09/PSHSA_Workplace-Violence-Complying-with-the-OHSA_VLEFCAEN0610.pdf.
40. Singh JP, Desmarais SL, Hurducas C, Arbach-Lucioni K, Condemarin C, Dean K, et al. International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey of 44 countries. *The International Journal of Forensic Mental Health*. 2014;13(3) : p. 193 à 206.
41. O'Shea LE, Picchioni MM, Dickens GL. The predictive validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for multiple adverse outcomes in a secure psychiatric inpatient setting. *Assessment*. 2016;23(2) : p. 150 à 162.
42. Lantta T, Kontio R, Daffern M, et al. Using the dynamic appraisal of situational aggression with mental health inpatients: a feasibility study. *Patient Pref Adherence*. 2016;10 : p. 691 à 701.
43. Kim SC, Ideker K, Todicheeney-Mannes D. Usefulness of aggressive behaviour risk assessment tool for prospectively identifying violent patients in medical and surgical units. *J Adv Nurs*. 2012;68(2) : p. 349 à 357.
44. Meloy JR, White SG, Hart S. Workplace assessment of targeted violence risk: the development and reliability of the WAVR-21. *J Forensic Sci*. 2013;58(5) : p. 1353 à 1358.
45. Kim SC, Young L, Berry B. Aggressive Behaviour Risk Assessment Tool for newly admitted residents of long-term care homes. *J Adv Nurs*. 2017;73(7) : p. 1747 à 1756.
47. Griffith JJ, Daffern M, Godber T. Examination of the predictive validity of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression in two mental health units. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(6) : p. 485 à 492.
48. O'Shea LE, Dickens GL. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): systematic review and meta-analysis. *Psychol Assess*. 2014;26(3) : p. 990 à 1002.
49. Lantta T, Daffern M, Kontio R, et al. Implementing the dynamic appraisal of situational aggression in mental health units. *Clin Nurse Spec*. 2015;29(4) : p. 230 à 243.
50. Miller KE, Benden ME, Shipp EM, et al. Predicting violent behavior in clinical settings: a case-control study of a mental health inpatient unit. *J Healthc Prot Manage*. 2016;32(1) : p. 106 à 119.

51. Eriksen BMS, Bjørkly S, Faerden A, *et al.* Gender differences in the predictive validity of a violence risk screening tool: a prospective study in an acute psychiatric ward. *Int J Forensic Ment.* 2016;15(2) : p. 186 à 197.
52. O'Shea LE, Picchioni MM, McCarthy J, *et al.* Predictive validity of the HCR-20 for inpatient aggression: the effect of intellectual disability on accuracy. *J Intellect Disabil Res.* 2015;59(11) : p. 1042 à 1054.
53. Maguire T, Daffern M, Bowe SJ, *et al.* Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: associations and impact on aggressive behaviour. *J Clin Nurs.* 2018;27:e971-983.
54. Nemeth LS, Stanley KM, Martin MM, *et al.* Lateral violence in nursing survey: instrument development and validation. *Healthcare (Basel).* 2017;5(3) : p. 19.
55. Cannella BL, Beckmann CA. Psychometric properties of the Survey of Workplace Intimidation instrument. *J Nurs Meas.* 2014;22(3):E52-60.
56. Dang D, Nyberg D, Walrath JM, *et al.* Development and validation of the Johns Hopkins Disruptive Clinician Behavior Survey. *Am J Med Qual.* 2015;30(5) : p. 470 à 476.
57. Waschgler K, Ruiz-Hernandez JA, Llor-Esteban B, *et al.* Vertical and lateral workplace bullying in nursing: development of the hospital aggressive behaviour scale. *J Interpers Violence.* 2013;28(12) : p. 2389 à 2412.
58. Anthony M, Yastik J, MacDonald DA, *et al.* Development and validation of a tool to measure incivility in clinical nursing education. *J Prof Nurs.* 2014;30(1) : p. 48 à 55.
59. Tecza BM, Boots BK, Clay PM, *et al.* Development of an instrument to measure civil and uncivil behaviors in the hospital clinical environment: implications for nurse leaders. *J Nurs Adm.* 2015;45(7-8) : p. 391 à 397.
60. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, *et al.* Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2014;40(6) : p. 586 à 591.
61. Gillespie GL, Leming-Lee T, Crutcher T, *et al.* Chart it to stop it: a quality improvement study to increase the reporting of workplace aggression. *J Nurs Care Qual.* 2016;31(3) : p. 254 à 261.
62. Goetz SB, Taylor-Trujillo A. A change in culture: violence prevention in an acute behavioral health setting. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2012;18(2) : p. 96 à 103.
63. Hill AK, Lind MA, Tucker D, *et al.* Measurable results: reducing staff injuries on a specialty psychiatric unit for patients with developmental disabilities. *Work.* 2015;51(1) : p. 99 à 111.
64. Gillespie GL, Gates DM, Mentzel T, *et al.* Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program. *J Emerg Nurs.* 2013;39(4) : p. 376 à 483.
65. Wu JC, Chen HY, Hsieh JL, *et al.* Enhancing health care personnel's response to ER violence using situational simulation. *Clinical Simulation in Nursing.* 2019; 28 : p. 6 à 14.
66. Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, *et al.* Factors influencing workplace violence risk among correctional health workers: insights from an Australian survey. *Australas J Prim Health.* 2015;12 : p. 12.
67. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J.* 2016;19(2) : p. 75 à 81.
68. Sato K, Yumoto Y, Fukahori H. How nurse managers in Japanese hospital wards manage patient violence toward their staff. *J Nurs Manag.* 2016;24(2) : p. 164 à 173.

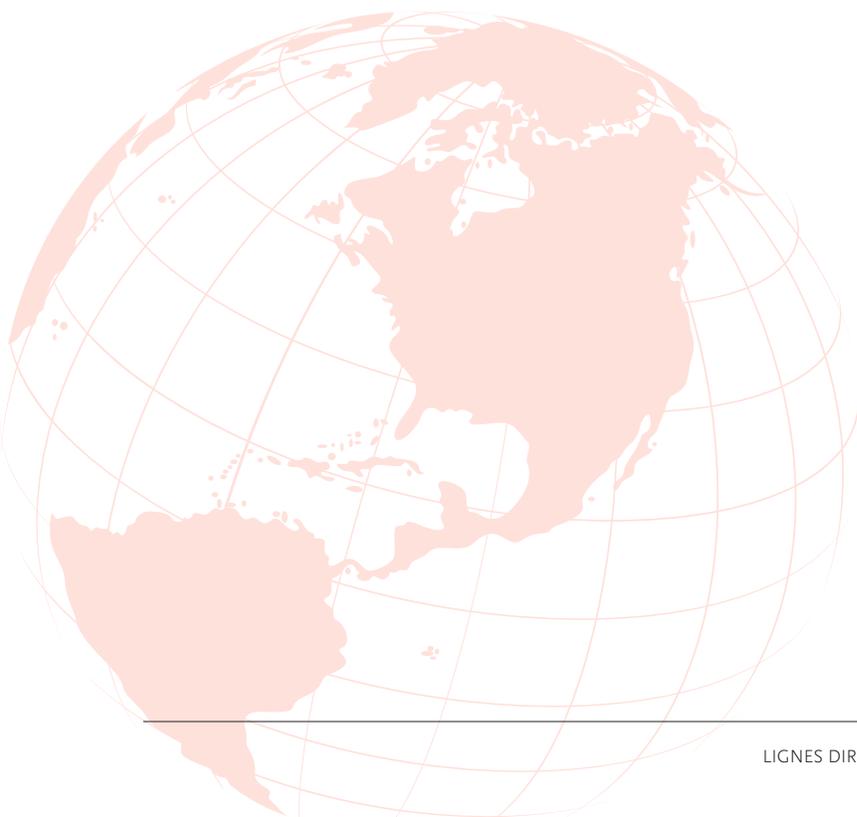
69. Morken T, Johansen IH, Alsaker K. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2015;16 : p. 51.
70. Anghard Ashton R, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs.* 2018;39 : p. 13 à 19.
71. Gillespie GL, Leming-Lee TS. Chart it to stop it: Failure modes and effect analysis for the reporting of workplace aggression. *Nurs Clin N Am.* 2019;54 : p. 21 à 32.
72. Shea T, Cooper B, De Cieri H, *et al.* Postincident support for healthcare workers experiencing occupational violence and aggression. *J Nurs Scholarsh.* 2018;50(4) : p. 344 à 352.
73. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, *et al.* Interventions for prevention of bullying in the workplace. *Cochrane DB Syst Rev.* 2017;1:CD009778.
74. Authement R. Can a comprehensive code of conduct discourage incivility in nursing students? *Nursing.* 2016;46(8) : p. 14 à 19.
75. Johnson SL, Boutain DM, Tsai JH, *et al.* Managerial and organizational discourses of workplace bullying. *J Nurs Adm.* 2015;45(9) : p. 457 à 461.
76. Bloom EM. Horizontal violence among nurses: experiences, responses, and job performance. *Nurs Forum.* 2019; 54 : p. 77 à 83.
77. Coban Arguvanli S, Karatas N, Baser M, *et al.* Effect of aggression management training program on knowledge and attitudes of nurses working at psychiatric clinics. *Anadolu Psikiyatri De.* 2015;16(5) : p. 323 à 328.
78. Björkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013;20(5) : p. 396 à 404.
79. Gerdtz MF, Daniel C, Dearie V, *et al.* The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(11) : p. 1434 à 1445.
80. Heckemann B, Zeller A, Hahn S, *et al.* The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today.* 2015;35(1) : p. 212 à 219.
81. de la Fuente M, Schoenfisch A. Impact of behaviour management training on nurses' confidence in managing patient aggression. *J Nurs Admin.* 2019;49(2) : p. 73 à 78.
82. Price O, Baker J, Bee P, *et al.* Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry.* 2015;206(6) : p. 447 à 455.
83. Blair EW, Woolley S, Szarek BL, *et al.* Reduction of seclusion and restraint in an inpatient psychiatric setting: a pilot study. *Psychiatr Q.* 2017;88(1) : p. 1 à 7.
84. Kontio R, Pitkanen A, Joffe G, *et al.* eLearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: a cluster-randomized trial. *Nord J Psychiatry.* 2014;68(7) : p. 443 à 449.
85. Al-Ali NM, Al Faouri I, Al-Niarat TF. The impact of training program on nurses' attitudes toward workplace violence in Jordan. *Appl Nurs Res.* 2016;30 : p. 83 à 89.
86. Irvine B, Billow MB, Gates DM, *et al.* An internet training to reduce assaults in long-term care. *Geriatr Nurs.* 2012;33(1) : p. 28 à 40.

87. Irvine AB, Billow MB, Gates DM, *et al.* Internet training to respond to aggressive resident behaviors. *Gerontologist*. 2012;52(1) : p. 13 à 23.
88. Allen DE. Staying safe: re-examining workplace violence in acute psychiatric settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2013;51(9) : p. 37 à 41.
89. Yang CPP, Hargreaves WA, Bostrom A. Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatr Servi*. 2014;65(2) : p. 251 à 254.
90. Krull W, Gusenius TM, Germain D, *et al.* Staff perception of interprofessional simulation for verbal de-escalation and restraint application to mitigate violent patient behaviours in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2019;45(1) : p. 24 à 30.
91. Baig LA, Tanzil S, Shaikh S, *et al.* Effectiveness of training on de-escalation of violence and management of aggressive behaviour faced by health care providers in a public sector hospital of Karachi. *Pak J Med Sci*. 2018;34(2) : p. 294 à 299.
92. Wong AH, Wing L, Weiss B, *et al.* Coordinating a team response to behavioral emergencies in the emergency department: a simulation-enhanced interprofessional curriculum. *West J Emerg Med*. 2015;16(6) : p. 859 à 865.
93. Schwartz F, Bjorklund P. Quality improvement project to manage workplace violence in hospitals: Lessons learned. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(2) : p. 114 à 120.
94. Baby M, Gale C, Swain N. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Comm*. 2019;27 : p. 170 à 181.
95. Price O, Baker J, Bee P, *et al.* The support-control continuum: an investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Int J Nurs Stud*. 2018;77 : p. 197 à 206.
96. Lamont S, Brunero S, Woods K. Breakaway technique training as a means of increasing confidence in managing aggression in neuroscience nursing. *Aust Health Rev*. 2012;36(3) : p. 313 à 319.
97. Lamont S, Brunero S. The effect of a workplace violence training program for generalist nurses in the acute hospital setting: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2018;68 : p. 45 à 52.
98. Embree JL, Bruner DA, White A. Raising the level of awareness of nurse-to-nurse lateral violence in a critical access hospital. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:207306.
99. Fehr FC, Seibel M. Cognitive rehearsal training for upskilling undergraduate nursing students against bullying: a qualitative pilot study. *Qual Advancement in Nursing Education*. 2016;2(1) : p. 1 à 17.
100. Ulrich DL, Gillespie GL, Boesch MC, *et al.* Reflective responses following a role-play simulation of nurse bullying. *Nurs Educ Perspect*. 2017;38(4) : p. 203 à 205.
101. Nikstaitis T, Coletta Simko L. Incivility among intensive care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(5) : p. 293 à 301.
102. Karakas SA, Okanli A. The effect of assertiveness training on the mobbing that nurses experience. *Workplace Health Saf*. 2015;63(10) : p. 446 à 451.
103. Ceravolo DJ, Schwartz DG, Foltz-Ramos KM, *et al.* Strengthening communication to overcome lateral violence. *J Nurs Manag*. 2012;20(5) : p. 599 à 606.
104. Layne DM, Nemeth LS, Mueller M. Negative behaviours in health care: Prevalence and strategies. *J Nurs Manag*. 2019;27 : p. 154 à 160.

105. Lasater K, Mood L, Buchwach D, *et al.* Reducing incivility in the workplace: results of a three-part educational intervention. *J Cont Educ Nurs.* 2015;46(1) : p. 15 à 24.
106. Clark CM. Combining cognitive rehearsal, simulation, and evidence-based scripting to address incivility. *Nurse Educator.* 2019;44(2) : p. 64 à 68.
107. Hogan R, Orr F, Fox D, *et al.* Developing nursing and midwifery students' capacity for coping with bullying and aggression in clinical settings: students' evaluation of a learning resource. *Nurse Educ Pract.* 2018;29 : p. 89 à 94.
108. Sidhu S, Park T. Nursing curriculum and bullying: an integrative literature review. *Nurse Educ Today.* 2018;65 : p. 169 à 176.
109. Sanner-Stiehr E. Responding to disruptive behaviors in nursing: a longitudinal, quasi-experimental investigation of training for nursing students. *Nurse Educ Today.* 2018;68 : p. 105 à 111.
110. Straus S, Tetroe J, Graham ID, *et al.* Monitoring and evaluating knowledge. Dans : Straus S, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge translation in health care.* Oxford (Royaume-Uni) : Wiley-Blackwell; 2009; p. 151 à 159.
111. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, *et al.* GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4) : p. 401 à 406.
112. Rey M, Grinspun D, Costantini L, *et al.* The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming nursing through knowledge.* Indianapolis (Indiana) : *Sigma Theta Tau International*; 2018 : p. 31 à 68.
113. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, *et al.* Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10) : p. 1 à 18.
114. Leiter MP, Spence Laschinger HK, Day A, *et al.* The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *J Appl Psych.* 2011;96(6) : p. 1258 à 1274.
115. Swain N, Gale C. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest-posttest study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(9) : p. 1241 à 1245.
116. Avella JR. Delphi panels: research design, procedures, advantages, and challenges. *Int J Doctoral Studies.* 2016;11 : p. 305 à 321.
117. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développer une compétence culturelle.* Toronto (Ontario) : AIIAO, 2007.
118. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs.* 2012;21(4) : p. 310 à 319.
119. Dijkers M. Introducing GRADE: a systematic approach to rating evidence in systematic reviews and to guideline development. *KT update.* 2013;1(5) : p. 1 à 9.
120. Stevens KR. L'impact des pratiques fondées sur des données probantes dans les soins infirmiers et les nouvelles idées. *Online J Issues Nurs.* 2013;18(2) : p. 4.
121. McHugh ML. Interrater reliability: the Kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb).* 2012;22(3) : p. 276 à 282.
122. Safeopedia. What are Kevlar sleeves? [Internet]. [lieu inconnu] : Safeopedia; c2018. Accessible sur la page Web : <https://www.safeopedia.com/definition/934/kevlar-sleeves>.

123. The Cochrane Collaboration. Glossary [Internet]: [lieu inconnu] : Cochrane Collaboration; c2018. Accessible sur la page Web : <http://community.cochrane.org/glossary>.
124. Singh JP. Predictive validity performance indicators in violence risk assessment: a methodological primer. *Behav Sci Law*. 2013;31 : p. 8 à 22.
125. de Souza AC, Alexandre NMC, de Brito Guiradello E. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(3) : p. 649 à 659. Anglais, portugais.
126. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: getting started. *Can J Hosp Pharm*. 2014;67(6) : p. 436 à 440.
127. Rockers PC, Røttingen JA, Shemilt I, et al. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy*. 2015;119(4) : p. 511 à 521.
128. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Restraints [Internet]. Toronto (Ontario) : OIIO; 2017. Accessible sur la page Web : http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41043_restraints.pdf.
129. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, et al. Cochrane update. "Scoping the scope" of a Cochrane review. *J Public Health (Oxf)*. 2011;33(1) : p. 147 à 150.
130. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017; 358:j4008.
131. Baker CM, Ogden SJ, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation: applying stakeholder analysis to merger life cycle. *J Nurs Adm*. 1999;29(3) : p. 11 à 20.
132. Higgins JPT, Stern JAC, Savovi J, et al. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. *Cochrane DB Syst Rev*. 2016; 10(suppl. 1).
133. Sterne JAC, Hernan MA, Reeves BC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomized studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
134. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP qualitative checklist. [Internet]. Summertown Pavillion Middleway (OX); c2018. Accessible sur la page Web : https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf.
135. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64 : p. 383 à 394.
136. McMaster University et Evidence Prime Inc. GRADEpro 2015 [Accessible sur la page Web : <https://gradepro.org/>].
137. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. GRADE: going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336 : p. 1049 à 1051.
138. Welch A, Akl EA, Guyatt G, et al. Grade equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale. *J Clin Epidemiol*. 2017;90 : p. 59 à 67.
139. Gillespie GL, Farra SL, Gates DM. A workplace violence educational program: a repeated measures study. *Nurse Educ Pract*. 2014;14(5) : p. 468 à 472.
140. Ridenour ML, Hendricks S, Hartley D, et al. Workplace violence and training required by new legislation among NJ nurses. *J Occup Environ Med*. 2017;59(4):e35-e40.
141. Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Qualité des services de santé Ontario : À propos de nous. [Internet]. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [Accessible sur la page Web : <https://www.hqontario.ca/À-propos-de-nous/Qui-nous-sommes>].

142. Banjok I, Stewart-Pyne A. Creating healthy workplaces: enabling clinical excellence. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018 : p. 69 à 92.
143. Brouwers M, Kho ME, Browman GP. Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010;182(18): E839-842.



Annexe A : Glossaire

Outils actuariels : Les outils actuariels d'évaluation des risques utilisent une formule ou une équation pour combiner le risque connu et d'autres facteurs (statiques et dynamiques) de violence afin d'arriver à une probabilité attendue de violence (40). Ils sont utilisés pour créer une évaluation officielle des risques qui est généralement menée par un travailleur de la santé fournissant des soins directs.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) : Les LDPE sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations pour les infirmières et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants, les dirigeants, les responsables de l'élaboration des politiques et les personnes concernées et leurs proches sur des sujets cliniques et systémiques précis et sur un environnement de travail sain. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les collectivités et le système de santé soient les meilleurs possible (112).

Ordonnances d'une LDPE^{MC} : Elles fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et applicables qui découlent d'une recommandation de pratique. Les ordonnances d'une LDPE^{MC} peuvent également être facilement intégrées à des documents électroniques et papiers.

Techniques de séparation : Méthodes pour vous retirer en toute sécurité de diverses prises, saisies et tractions, sans compromettre physiquement l'agresseur ou l'auteur confus (96). Ces techniques ne doivent être utilisées que lorsque tous les autres efforts ont échoué.

Intimidation : Comportements répétés et persistants qui peuvent comprendre l'isolement social, la création ou la propagation de rumeurs, le fait de se livrer à des critiques excessives ou injustifiées, l'intimidation d'une personne, l'abus physique ou les menaces d'abus, ainsi que la privation des responsabilités professionnelles (4). Dans une organisation de services de santé ou un établissement d'enseignement, le harcèlement peut se produire : (a) à l'encontre des travailleurs de la santé de la part des personnes; (b) entre collègues; (c) entre étudiants et travailleurs de la santé et (d) entre chefs officiels et travailleurs de la santé.

Critères du CERQual : L'évaluation du degré de fiabilité des données de chaque personne au moyen de la méthode CERQual tient compte de quatre éléments :

1. Les limites méthodologiques, qui portent sur les questions relatives à la conception de l'étude primaire ou sur les problèmes liés à la manière dont elle a été menée.
2. La pertinence, qui consiste à évaluer chaque étude primaire qui étaye une constatation et à prendre une décision quant à son applicabilité à la population, au phénomène étudié et au contexte décrits dans la question de recherche.
3. La cohérence, qui consiste à évaluer si les études primaires fournissent des données suffisantes et une explication convaincante des constatations recueillies lors de l'examen.
4. Le caractère adéquat des données, qui consiste en une évaluation globale de la richesse et de la quantité des données qui étaye les constatations recueillies lors de la revue ainsi que le phénomène étudié (113).

Civilité, respect et engagement dans la main-d'œuvre (CREW) : CREW est une intervention organisationnelle souple et sur mesure qui comprend un élément de formation pour les animateurs et les dirigeants d'hôpitaux afin de discuter des méthodes pour améliorer les relations de travail (114).

Stratégies de communication : Une variété de techniques verbales et non verbales qui peuvent être adoptées pour réduire et/ou prévenir l'expérience de violence et/ou d'agression (115). Les exemples de stratégies de communication comprennent les signaux verbaux et non verbaux, le langage corporel, la mise en miroir, la dynamique de groupe, les questions ouvertes et fermées, l'empathie, l'expression de sentiments positifs et négatifs et la réception des points de vue (102).

Degré de confiance dans les données recueillies lors de l'examen des études qualitatives (CERQual) : Le Degré de confiance dans les données recueillies lors de l'examen des études qualitatives (CERQual) est une approche méthodologique servant à évaluer le degré de confiance que l'on peut accorder aux constatations découlant d'un ensemble de données qualitatives sur un résultat recherché. Cette méthode d'évaluation permet de déterminer en toute transparence si les études retenues lors de la revue systématique de la littérature reflètent assez fidèlement le phénomène étudié, ce qui peut aider les groupes d'experts à formuler des recommandations en matière de santé (113).

Consensus : Processus utilisé par un groupe ou un comité d'experts pour que ses membres puissent parvenir à un accord dans le cadre de la méthode de Delphes ou de la méthode de Delphes modifiée (116). Un consensus de 70 % des membres du comité d'experts était requis pour déterminer la direction et la force des recommandations de la présente LPDE.

Sensibilisation aux réalités culturelles : Sensibilisation, compréhension et attitude envers une culture, ce qui nécessite une conscience de soi et une vision (117).

Désamorçage : Une approche utilisant un ensemble d'interventions et de techniques qui ont été adoptées pour réduire ou éliminer la violence et l'agressivité pendant une période d'amorçage. Les interventions peuvent comprendre les éléments suivants :

1. Participation des personnes qui font preuve d'agressivité en établissant un lien avec elles et en maintenant un rapport et une connexion.
2. Prise de décision sur le moment optimal pour intervenir en fonction de la connaissance de l'agresseur, de la signification et du danger du comportement agressif, ainsi que des ressources disponibles dans le contexte.
3. Évaluation de la sécurité de la zone et de la situation.
4. Utilisation de compétences verbales et non verbales (p. ex., utilisation d'un ton calme et doux de la voix, langage corporel, posture, contact visuel et écoute active) pour désamorcer l'agresseur (118).

Déclassement : Le degré de qualité des données diminue lorsque les limites inhérentes à chaque étude peuvent biaiser les résultats dans les systèmes GRADE et GRADE-CERQual (119). À titre d'exemple, un ensemble de données quantitatives pour un résultat prioritaire peut être considéré au départ comme ayant un degré de certitude élevé, puis être déclassé d'un ou deux degrés en raison de limitations importantes au regard d'un ou de plusieurs des cinq critères de classement (13).

Éducation : Acquérir des connaissances théoriques et cultiver la capacité d'utiliser des compétences en matière d'esprit critique et de prise de décision. L'éducation comprend trois niveaux continus et fluides : la sensibilisation, la formation aux besoins particuliers et aux aptitudes fondées sur les compétences, ainsi que la spécialisation (5). L'éducation doit être adaptée au champ de pratique du travailleur de la santé et à son rôle au sein de l'organisation.

Pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes : L'intégration des données méthodologiques les plus probantes avec l'expertise clinique et les valeurs du patient. Elle intègre les données de recherche à l'expertise clinique et encourage la prise en compte des préférences des patients (120).

Cadre pour une prise de décision éclairée par des données probantes : Un tableau qui aide les groupes d'experts à prendre des décisions lorsqu'ils doivent formuler des recommandations après avoir examiné des données. L'objectif d'un cadre est de faire une synthèse des données de recherche, de mettre en évidence les facteurs importants qui peuvent influencer sur la recommandation, d'informer les membres du groupe d'experts des bénéfices et des inconvénients de chaque intervention examinée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (13).

Famille : « Terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie. ...La personne qui reçoit des soins détermine l'importance et le niveau de participation de toutes ces personnes à la prestation de ses soins, selon sa capacité. » (12).

Examen officiel des incidents : Une méthode pour aborder et analyser les événements ayant mené à un accident, à une blessure ou à un accident évité de justesse. Les examens peuvent avoir lieu verbalement pendant un regroupement (62) ou dans un format en ligne ou papier (63).

Chef officiel : Désigne une personne occupant un poste de chef officiel, y compris les gestionnaires, les superviseurs, les enseignants cliniques, le corps professoral et les administrateurs.

Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [GRADE]) : Le Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation (GRADE) est une approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de qualité d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer des recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants et/ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations et du biais de publication (13).

Critères du système GRADE pour les essais cliniques randomisés : Lors de l'utilisation du système GRADE pour évaluer l'ensemble des données probantes d'un essai clinique randomisé, cinq éléments contribuent à l'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat :

1. Le risque de biais, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. L'incohérence, qui examine un ensemble de données probantes et évalue si les résultats de chaque étude de recherche vont dans la même direction ou sont différents.
3. Le degré d'imprécision, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants et/ou d'événements examinés ainsi qu'à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. On évalue le degré d'applicabilité des constatations d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche.
5. Le degré de biais de publication, que l'on détermine en examinant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (13).

Critères du système GRADE pour les études quasi expérimentales : Lors de l'utilisation du système GRADE pour évaluer l'ensemble des données probantes des études quasi expérimentales, en plus des cinq critères mentionnés ci-dessus dans « Critères du système GRADE pour les essais cliniques randomisés », les trois critères évalués sont :

1. L'ampleur de l'effet, où l'ampleur de l'effet d'une intervention sur le résultat est évaluée.
2. Le gradient dose-réponse, où l'on tient compte de l'effet de l'intervention sur le résultat.
3. L'effet d'une confusion plausible, lorsque l'on tient compte des facteurs de confusion résiduels qui entraînent une sous-estimation de l'effet du traitement.

Harcèlement : Commentaires ou comportements indésirables et persistants, y compris le harcèlement sexuel (6). Les remarques, les blagues ou les insinuations qui rabaissent, ridiculisent, intimident ou offensent un travailleur de la santé ou un étudiant sont considérées comme des exemples de harcèlement en milieu de travail. Dans une organisation de services de santé ou un établissement d'enseignement, le harcèlement peut se produire : (a) à l'encontre des travailleurs de la santé de la part des personnes; (b) entre collègues; (c) entre étudiants et travailleurs de la santé et (d) entre chefs officiels et travailleurs de la santé.

Travailleur de la santé : Défini comme « toutes les personnes participant à des actions dont l'objectif premier est d'améliorer la santé. » (7). Il comprend les professionnels de la santé réglementés (p. ex., infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, médecins, travailleurs sociaux et physiothérapeutes), les travailleurs de la santé non réglementés (p. ex., préposés aux services de soutien à la personne, auxiliaires médicaux et travailleurs des services d'approche) et le personnel de soutien supplémentaire qui abordent les personnes qui reçoivent des soins et leurs familles. Les étudiants inscrits à un programme de travailleur de la santé sont également compris dans cette définition lorsqu'ils entrent dans un stage clinique.

Organisation de services de santé : Dans la présente LDPE, ce terme peut représenter tout établissement de santé ou milieu de travail dans lequel un travailleur de la santé fournit des soins aux personnes et/ou aux familles et toute pratique relevant de son champ d'application. La violence, le harcèlement et l'intimidation peuvent survenir dans toute organisation de services de santé et l'applicabilité des recommandations ne se limite pas aux soins actifs, sauf indication contraire.

Violence horizontale : La violence, le harcèlement ou l'intimidation dirigés vers des collègues de même niveau au sein d'une organisation. Selon la littérature, la violence horizontale peut également être qualifiée de « violence latérale » (8). L'exemple le plus courant de violence horizontale est le harcèlement, y compris la violence verbale, les menaces, l'intimidation, les critiques, l'humiliation et l'exclusion (9).

Incivilité : Une détérioration des relations entre pairs en milieu de travail (9, 26), entre étudiants et travailleurs de la santé, dans l'environnement d'apprentissage clinique (27), ou entre étudiants et professeurs dans un établissement d'enseignement (28). L'incivilité peut comprendre une communication futile, le manque de respect, l'indifférence, la négligence, le mépris ou un discours impoli et peut entraîner du stress et un épuisement professionnel (27). Elle comprend également l'intimidation, le harcèlement, la violence horizontale, l'hostilité et les conflits (105).

Équipe interprofessionnelle de santé : « Équipe réunissant plusieurs fournisseurs de soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services complets de qualité, à des personnes à l'intérieur des milieux de soins, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci » (12).

Fiabilité inter-évaluateurs : Une mesure pour évaluer le niveau de conformité des scores ou des données recueillies entre deux ou plusieurs observateurs (évaluateurs) (121).

Manches en kevlar : Fabriquées à partir d'une fibre synthétique solide, ces manches sont un type d'équipement de protection individuelle qui peut protéger des coupures, des abrasions et de la chaleur (122).

Méta-analyse : Examen systématique d'essais cliniques randomisés qui utilise des méthodes statistiques pour analyser les résultats des études examinées et en faire une synthèse (123).

Voir *revue systématique de la littérature*

Persécution collective : Comportements antagonistes et harcelants de nature persistante et croissante présentés par une ou plusieurs personnes envers une seule personne (99).

Infirmière/infirmier : « Désigne les infirmières ou infirmiers autorisés, les infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmières ou infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières ou infirmiers exerçant des fonctions de pratique avancée, telles que les infirmières ou infirmiers praticiens et les infirmières ou infirmiers cliniciens spécialisés » (12).

Résultats : Une variable dépendante ou l'état clinique et/ou fonctionnel d'un patient ou d'une population que l'on utilise pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant : déterminant pour la prise de décision, important sans être déterminant, sans importance. Ce faisant, la recherche d'études et la revue systématique de la littérature sont mieux ciblées (13).

Personne : Une personne avec laquelle un travailleur de la santé a établi une relation thérapeutique aux fins de partenariat pour la santé. Remplace les termes « patient », « client » et « résident », qui sont utilisés dans les organisations de services de santé. Le terme « personne » comprendra non seulement une personne dans le système de santé, mais aussi sa famille (p. ex., parents, soignants, amis, mandataires spéciaux, groupes, communautés et populations) (11, 12).

Question de recherche sur la PICR : Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

1. Le patient ou la population qui fait l'objet de l'étude.
2. L'intervention à examiner.
3. L'intervention alternative ou de comparaison.
4. Les résultats qui présentent un intérêt (13).

Validité prédictive : La capacité d'évaluer avec précision la probabilité qu'un événement (comme la violence) se produise (124).

Propriétés psychométriques : Les propriétés de mesure des questionnaires ou des outils utilisés dans la recherche, la pratique clinique et l'évaluation de la santé. Ces propriétés indiquent la qualité du questionnaire ou de l'outil afin que les personnes cherchant à utiliser un outil puissent choisir le meilleur. Les propriétés de mesure les plus courantes sont la fiabilité et la validité (125).

Voir *fiabilité et validité*

Recherche qualitative : Une approche de la recherche qui consiste à montrer comment les contextes des structures sociales permettent d'expliquer le comportement des personnes et leurs expériences et à utiliser une démarche interactive et subjective pour étudier les phénomènes et les décrire (126).

Étude quasi expérimentale : Une étude qui examine les causes d'une question à l'étude en observant l'exposition d'intérêt, mais dans lequel les expériences ne sont pas maîtrisées directement par le chercheur et ne sont pas randomisées (p. ex., concepts avant et après) (127).

Essai clinique randomisé (ECR) : Expérience au cours de laquelle un chercheur applique une ou plusieurs interventions à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (administration d'un placebo ou aucune intervention) (123).

Recommandation : Une intervention proposée qui répond directement à une question de recommandation. Une recommandation, qui est basée sur une revue systématique de la littérature, est faite en tenant compte de ses avantages et de ses inconvénients potentiels, de ses valeurs et de ses préférences d'un point de vue axé sur la personne et de son incidence sur l'équité dans l'accès aux soins. Le groupe d'experts décide par consensus si une recommandation est forte ou conditionnelle. Soulignons que les recommandations ne doivent pas être considérées comme normatives, car elles ne peuvent pas tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (13).

Une **recommandation forte** indique que le comité d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte pour l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte contre l'intervention) (13). Une recommandation forte implique que la majorité des personnes sera mieux servie par l'intervention recommandée (13).

Une **recommandation conditionnelle** indique que le comité d'experts pense que, même s'il existe une certaine incertitude, les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (c.-à-d., une recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (c.-à-d., une recommandation conditionnelle contre l'intervention) (13). Une recommandation conditionnelle comprend que ce ne sont pas toutes les personnes qui seront mieux servies par la mesure recommandée et qu'il est nécessaire d'examiner plus attentivement les circonstances personnelles, les préférences et les valeurs (13).

Fiabilité (fiable) : Le degré de certitude avec lequel un résultat obtenu avec un processus de mesures peut-être reproduit avec une erreur minimale de mesure (123). Par exemple, deux utilisateurs peuvent utiliser un outil à des moments différents, mais atteindre le même résultat.

Voir propriétés psychométriques

Moyen de contention : « Mesures physiques, chimiques et environnementales employées dans le but de restreindre les activités physiques ou comportementales d'une personne ou d'une partie de son corps » (128).

Examen de la portée : Un examen de la portée est un moyen de cartographier la littérature ou les données probantes existantes afin de déterminer les lacunes de la recherche, de résumer les résultats d'études et/ou d'informer les revues systématiques (129).

Intervenant : Personne, groupe ou organisme qui ont un intérêt particulier dans les décisions et les activités des organisations et qui pourraient tenter d'influer sur leurs décisions et leurs actions (130). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème.

Jugement professionnel structuré (JPS) : Les outils de jugement professionnel structuré (JPS) utilisent des facteurs de risque précisés (statiques et dynamiques) et la discrétion clinique pour peser la présence de facteurs de risque et tirer une conclusion globale sur la probabilité de violence (p. ex., faible, moyenne ou élevée) (40). Il s'agit d'une évaluation officielle des risques qui est généralement menée par un travailleur de la santé fournissant des soins directs.

Résultat de substitution : Un résultat de substitution est une mesure de substitution à celle initialement sélectionnée. Les résultats de substitution sont pris en compte lorsque les données probantes sur les résultats souhaités font défaut ou sont inexplorées (13).

Revue systématique de la littérature : Un examen approfondi de la littérature qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Une revue systématique de la littérature consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (123).

Voir *méta-analyse*

Validité (valide) : Le degré auquel une mesure est susceptible d'être vraie et sans équivoque (123). Par exemple, un outil serait considéré comme valide s'il mesure avec précision le construit qu'il vise à mesurer.

Voir *propriétés psychométriques*

Violence verticale : La violence, le harcèlement ou l'intimidation qui se produisent entre des collègues qui sont à des niveaux inégaux au sein d'une organisation (9).

Violence : L'utilisation ou la tentative d'utilisation de la force physique contre une personne qui cause, ou pourrait causer, des blessures physiques. L'agression sexuelle, les déclarations verbales, les comportements non verbaux ou les actes qui sont raisonnablement interprétés comme une menace de force physique pouvant entraîner des blessures physiques sont également considérés comme de la violence (24). Dans les organisations de services de santé, le type de violence en milieu de travail le plus répandu provient de la personne qui reçoit des soins ou de sa famille (25). Exemples de violence au travail : menaces verbales, messages menaçants, serrer le poing au visage du travailleur, frapper/essayer de frapper un travailleur ou lancer un objet sur un travailleur (24).

Il est important de noter que les comportements agressifs de la part d'une personne recevant des soins peuvent être le résultat de symptômes comportementaux et psychologiques d'une maladie (p. ex., démence ou délire) qui se manifestent pour exprimer des besoins comblés ou non comblés. Le fait de qualifier une personne de « violente » peut entraîner une modification des niveaux de soins et une stigmatisation; pour cette raison, il est essentiel de comprendre la cause de la violence afin de prévenir et d'atténuer sa survenue.

Voir *violence horizontale et violence verticale*

Annexe B : Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et ressources connexes à la présente LDPE

Voici quelques sujets et suggestions de LDPE de l'AIIAO ainsi que des ressources d'autres organisations qui se rapportent à la présente LDPE.

SUJET	RESSOURCE(S)
Sensibilisation aux réalités culturelles	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développer une compétence culturelle. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2007 Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/Embracing_Cultural_Diversity_in_Health_Care_-_Developing_Cultural_Competence.pdf
Science de la mise en œuvre; cadres de mise en œuvre et ressources	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, deuxième édition. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2012 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf The National Implementation Research Network's Active Implementation Hub. Get Started [Internet]. Chapel Hill (Caroline du Nord) : State Implementation and Scaling-up of Evidence-based Practices Center (SISEP); c2013-2018. Copubliée par le National Implementation Research Network. Accessible sur la page Web : https://implementation.fpg.unc.edu/ Safer Healthcare Now! La trousse d'information dans le cadre du travail de l'amélioration de la qualité [Internet]. [lieu inconnu] : Safer Healthcare Now!; 2015. Accessible sur la page Web : https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/improvementframework/pages/default.aspx Modèles de diffusion et de mise en œuvre dans la recherche et la pratique des soins de santé. Seminal Publications [Internet]. [lieu, éditeur, date inconnus]. Accessible sur la page Web : http://dissemination-implementation.org/content/resources.aspx
Équipe interprofessionnelle de santé	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2013 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustaining_15_FR_LR_0.pdf
Gestion et atténuation des conflits	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2012 Accessible sur la page Web : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HWE_BPG_CONFLICT_FR_0.pdf

SUJET	RESSOURCE(S)
<p>Moyens de contention</p>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2012 Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints</p>
<p>Pratiques sûres et efficaces de dotation et d'établissement de la charge de travail</p>	<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Developing and sustaining safe, effective staffing and workload practices, second edition. Toronto (Ontario) : AIIAO, 2017 Accessible sur la page Web : https://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Staffing_and_Workload_Practices_2017.pdf</p>



Annexe C : Méthodes d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

La présente annexe donne un aperçu du processus et des méthodes d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO. L'AIIAO est inébranlable dans son engagement à ce que chaque LDPE soit établi sur la base des données les plus probantes dont elle dispose. Les méthodes GRADE et CERQual ont été appliquées pour assurer un cadre rigoureux et satisfaire aux normes internationales en matière d'élaboration de lignes directrices.

Définition du champ d'application de la ligne directrice

Le champ d'application détermine ce qu'une LDPE de l'AIIAO couvre et ne couvre pas (voir **Objet et champ d'application**, p. 6). Pour déterminer le champ d'application de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a suivi les étapes suivantes :

1. Une revue des précédentes LDPE. Les LDPE de l'AIIAO intitulées *La prévention et la gestion de la violence dans le milieu de travail* (2009) (3) et *La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail* (2008) (2) ont été passées en revue afin de déterminer l'objet et le champ d'application de la présente LDPE.
2. Une recherche des lacunes des lignes directrices et l'analyse de ces lacunes. L'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a parcouru des sites Web figurant sur une liste préétablie à la recherche de lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre janvier 2011 et janvier 2017. Le but de la recherche de lignes directrices et de l'analyse de leurs lacunes était de prendre connaissance des lignes directrices existantes concernant la violence, le harcèlement et l'intimidation dans les organisations de services de santé, et de déterminer les éléments constituant l'objet et le champ d'application de la présente LDPE. Une liste de 20 ressources et guides réputés a été compilée à partir de sources internationales. Les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont également ensuite été invités à proposer d'autres lignes directrices. Les ressources et les guides ont été examinés en fonction du contenu, du champ d'application du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle, de l'accessibilité et de la qualité. Aucune des lignes directrices sélectionnées n'était fondée sur une revue systématique et elles n'ont pas été considérées comme de véritables lignes directrices pouvant être évaluées à l'aide la Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (AGREE II) (143) (voir la **figure 6** dans l'**annexe D**). Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'inclusion sont accessibles en ligne à l'adresse <https://RNAO.ca>.
3. Deux examens du champ d'application de la littérature ont été menés. En 2013 et 2015, deux examens du champ d'application de la littérature ont été entrepris pour mieux comprendre la littérature existante sur l'intimidation entre les fournisseurs de soins de santé dans les organisations de services de santé.

Réunions du comité d'experts

Conformément à l'énoncé sur la diversité et l'inclusion qui apparaît dans sa mission et ses valeurs, l'AIIAO vise à assurer que la composition du comité d'experts est diversifiée (vous pouvez trouver une copie de la mission et des valeurs de l'AIIAO à l'adresse <https://RNAO.ca/about/mission>). L'AIIAO souhaite également que les personnes concernées par les recommandations des LDPE, en particulier les personnes ayant vécu des expériences directes ou les soignants, soient invitées à faire partie du comité d'experts.

L'AIIAO utilise différentes méthodes pour trouver et sélectionner les membres d'un comité d'experts, notamment les suivantes : parcourir la littérature pour trouver de chercheurs dans le domaine concerné; recueillir des recommandations lors d'entretiens avec des personnes-ressources; tirer parti de réseaux de professionnels reconnus, tels que les groupes d'intérêt de l'AIIAO, le Réseau des champions^{MD}, les OVPE^{MD} et d'autres associations de soins infirmiers et de fournisseurs de soins de santé, des associations ou organisations à caractère technique et des organismes de défense des droits des patients. Le cas échéant, un appel à manifestation d'intérêt de la part des membres du comité d'experts qui ont déjà participé à des éditions antérieures de la LDPE est terminé.

Aux fins de cette LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a réuni des experts du domaine de la pratique des soins infirmiers, de l'administration, de la recherche, de l'enseignement et de la politique ainsi que d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle représentant un éventail de secteurs et de domaines de pratique et des personnes ayant une expérience concrète (voir le **comité d'experts de l'AIIAO, p. 24**).

Le comité d'experts a mené les activités suivantes :

- approbation du champ d'application de la LDPE;
- formulation des questions de recommandation et des résultats visés par la LDPE;
- participation à un processus d'élaboration d'un **consensus**^G en vue de finaliser les énoncés de recommandations;
- formulation d'une rétroaction sur l'ébauche de la LDPE;
- participation à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation;
- désignation des intervenants appropriés pour examiner l'ébauche avant sa publication.

Les coprésidentes du comité d'experts ont mené les activités suivantes :

- réunions mensuelles des coprésidentes avec les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices et la coordinatrice du projet d'élaboration des lignes directrices;
- direction des réunions du comité d'experts;
- prestation de conseils approfondis sur des questions cliniques et/ou de recherche;
- supervision et intervention en tant que départitrices dans les processus de vote.

Conflit d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu et/ou réel (<https://rnao.ca/bpg/guidelines/workplaceviolence>). Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts au début de chaque réunion portant sur les lignes directrices. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit contraignant n'a été relevé. Voir le « **résumé des déclarations de conflits d'intérêts** » à l'adresse <https://rnao.ca/bpg/guidelines/workplaceviolence>.

Détermination des questions de recommandation et des résultats prioritaires

En mai 2017, l'équipe d'élaboration et de recherche des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts se sont réunis en personne pour déterminer l'objet, le champ d'application et les questions de recommandation figurant dans la présente LDPE. En juillet 2017, les questions de recommandation ont été modifiées pour intégrer les résultats prioritaires. Une liste exhaustive des résultats que la présente LDPE pourrait potentiellement aborder a été élaborée, éclairée par l'analyse des lacunes des lignes directrices, l'examen du champ d'application de la littérature et la discussion avec les coprésidentes du comité d'experts.

Cette liste exhaustive des résultats a été soumise au vote des membres du comité d'experts. Chaque membre du comité d'experts a examiné les questions de recommandation et a participé à un vote confidentiel en ligne en utilisant une échelle de Likert de sept points allant de « fortement d'accord » à « fortement en désaccord » pour déterminer les 11 principaux résultats des questions de recommandation. Un résultat avec un accord de 91,6 % ou plus a été jugé critique, un résultat avec un accord de 83,3 à 91,5 % a été jugé important et un résultat avec un accord de 75 à 83,2 % a été jugé moins important. Les résultats étaient exclus si le niveau d'accord était inférieur à 75 %. Les coprésidentes des groupes d'experts n'ont pas participé au vote, car elles avaient une tâche de départitrices.

Chaque question de recommandation a informé une question de recherche sur la PICR, qui à son tour a guidé les revues systématiques de la littérature (15). Les trois questions de recommandation et leurs questions de recherche sur la PICR respectives sont présentées ci-dessous :

Question de recommandation n° 1 : Faut-il recommander aux travailleurs de la santé d'utiliser des outils d'évaluation des risques pour détecter les comportements révélateurs de violence, de harcèlement et/ou d'intimidation en milieu de travail?

Question de recherche sur la PICR :

Population : Les travailleurs de la santé.

Intervention : Les outils d'évaluation des risques pour les personnes ou les collègues.

Comparaison : Aucun outil d'évaluation des risques.

Résultats : Fiabilité (moins important), validité (important), accessibilité en pratique (moins important)
(résultats de substitution : utilité et temps).

Question de recommandation n° 2 : Faut-il recommander des politiques et des procédures organisationnelles pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail parmi les travailleurs de la santé pour améliorer les résultats auprès des organisations et de ces travailleurs?

Question de recherche sur la PICR :

Population : Les travailleurs de la santé.

Intervention : Politiques et procédures organisationnelles concernant la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail.

Comparaison : Aucune politique et procédure organisationnelle concernant la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail.

Résultats : Environnement physique (important) (résultats de substitution : blessures des travailleurs de la santé, rapports d'incident, agressions et menaces envers les travailleurs de la santé) et bien-être des travailleurs de la santé (essentiel) (résultats de substitution : incivilité perçue, reconnaissance de l'intimidation, mise en œuvre de politiques).

Question de recommandation n° 3 : Des programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail doivent-ils être recommandés aux travailleurs de la santé afin d'améliorer les résultats des personnes et de ceux-ci?

Question de recherche sur la PICR :

Population : Les travailleurs de la santé.

Intervention : Programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail.

Comparaison : Aucun programme de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail.

Résultats : Blessures du patient (important), utilisation de moyens de contention (essentiel), sécurité perçue des travailleurs de la santé, attitudes et valeurs des travailleurs de la santé (essentiel), blessures des travailleurs de la santé (important) et roulement des travailleurs de la santé (moins important).

Collecte systématique de données

Les LDPE de l'AIIAO sont basées sur une revue exhaustive et systématique de la littérature.

Aux fins de la présente LDPE, l'équipe de recherche et d'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et un bibliothécaire spécialisé en sciences de la santé ont élaboré une stratégie de recherche pour chacune des questions de recherche sur la PICR. Ils ont effectué une recherche dans les bases de données ci-dessous pour trouver des études pertinentes publiées en anglais entre janvier 2012 et septembre 2017 : Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews), Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Education Resources Information Center (ERIC) (for Research Question #3 only), Embase, MEDLINE, MEDLINE In-Process and PsycINFO. Tous les plans d'étude ont été inclus. Les membres du comité d'experts ont été invités à parcourir leurs bibliothèques personnelles à la recherche d'études pertinentes qui auraient pu échapper aux stratégies de recherche. Pour en savoir plus sur la stratégie de recherche de la revue systématique de la littérature, les critères d'inclusion et d'exclusion et les termes de recherche, voir la page Web <https://RNAO.ca>.

La pertinence et l'admissibilité des études ont été évaluées de manière indépendante par deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Tout désaccord a été résolu par consensus.

Le risque de biais dans la conception des articles retenus a été évalué de manière indépendante à l'aide d'outils validés et fiables. L'outil Risk of Bias 2.0 de Cochrane (132) a été utilisé pour les essais cliniques randomisés, l'outil Risk of Bias in Non-randomized Studies of Interventions (ROBINS-1) (133) a été utilisé pour les études quasi expérimentales, une version adaptée de l'outil Critical Appraisal Skills Programme (CASP) pour la recherche qualitative (134) a été utilisé pour les études qualitatives et l'Évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews; AMSTAR-2) (130) a été utilisée pour les revues systématiques. Deux examinateurs se sont concertés pour parvenir à un consensus sur tous les scores.

L'extraction des données a été réalisée simultanément et terminée par les deux examinateurs pour toutes les études comprises. Au total, 56 études ont été intégrées dans les trois revues systématiques (voir les **figures 7, 8 et 9** de l'**annexe D**).

En août 2018 et mars 2019, deux recherches documentaires ont été effectuées auprès d'un bibliothécaire spécialisé en sciences de la santé afin de rechercher de la documentation mise à jour pour informer le contenu des sections valeurs et préférences, équité dans l'accès aux soins et notes de pratique de la Discussion sur les données pour chaque énoncé de recommandation. Trois bases de données ont été consultées (CINAHL, Medline et PsychINFO) pour la littérature et les lignes directrices publiées en anglais entre janvier 2018 et mars 2019.

Déterminer le degré de certitude et de fiabilité des données

Degré de certitude des données

Le degré de certitude des données quantitatives (la mesure dans laquelle on peut être sûr que l'estimation de l'effet est correcte) est déterminé à l'aide des méthodes GRADE (13). On commence par évaluer le degré de certitude des données relatives à chaque résultat prioritaire des différentes études (c'est-à-dire pour l'ensemble de données), par question de recommandation (13). Ce processus débute par un examen de la conception de chaque étude, puis des cinq critères suivants : le risque de biais, le degré d'incohérence, le degré d'imprécision, le degré d'applicabilité et le biais de publication. L'examen peut éventuellement se solder par le **déclassement**⁶ du degré de certitude des données pour chaque résultat. Voir le **tableau 7** pour une définition de chaque critère de certitude.

Tableau 7 : Critères de certitude du système GRADE

CRITÈRES DE CERTITUDE	DÉFINITION
Risque de biais	Limitations dans la conception et l'exécution de l'étude qui peuvent biaiser ses résultats. L'évaluation du risque de biais se fait à l'aide d'outils d'évaluation de la qualité valides et fiables. Tout d'abord, on évalue le risque de biais de chaque étude, puis de l'ensemble des études par résultat donné.
Incohérence	Différences inexplicables (hétérogénéité) des résultats d'une étude à l'autre. L'incohérence est évaluée en explorant l'ampleur de la différence et, les explications possibles, dans la direction et l'importance des effets signalés dans les différentes études pour un résultat donné.
Applicabilité	Variabilité entre la question de recherche et les questions examinées dans le cadre de la revue de la littérature et le contexte dans lequel les recommandations seraient appliquées (applicabilité). Quatre facteurs du degré d'applicabilité qui font l'objet d'une évaluation : 1. les différences quant à la population; 2. les différences quant aux interventions; 3. les différences quant aux résultats mesurés; 4. les différences quant aux comparateurs.
Imprécision	Degré d'incertitude quant à l'estimation d'un effet. L'imprécision concerne généralement la taille de l'échantillon et le nombre d'événements. Les études sont examinées en fonction de la taille de l'échantillon, du nombre d'événements et des intervalles de confiance.
Biais de publication	Publication sélective d'études en fonction de leurs résultats. Une forte suspicion de biais de publication peut donner lieu à un déclassement.

Source : Tiré de : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, *et al.*, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>.

Après avoir examiné les cinq critères décrits dans le **tableau 7**, on procède à l'évaluation de trois facteurs susceptibles d'accroître le degré de certitude des données pour les études par observation :

1. **L'ampleur de l'effet** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et que l'effet de l'intervention a été évalué comme ayant une grande ampleur, on peut envisager de le relever.
2. **Le gradient dose-réponse** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et qu'un gradient dose-réponse est présent, il est alors possible de le relever.
3. **Effet d'une confusion plausible** : Si le degré de certitude de l'ensemble de données n'a pas été déclassé après l'examen des cinq critères et que tous les facteurs de confusion résiduels entraînaient une sous-estimation de l'effet du traitement, il est alors possible de le relever (13).

Le degré général de certitude des données est la cote combinée du degré de certitude des données relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. Le système GRADE classe le degré de certitude global des données comme étant élevé, moyen, faible ou très faible. Voir le **tableau 8** pour les définitions de ces catégories.

Aux fins de la présente LDPE, les cinq critères de certitude du système de classement GRADE pouvant donner lieu à un déclassement du degré de certitude des données quantitatives et les trois critères de certitude pouvant donner lieu à une augmentation du degré de certitude des données quantitatives ont été évalués de manière indépendante par deux méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Toute divergence a été résolue par consensus. On a attribué un degré de certitude global aux données recueillies pour chaque question de recommandation à la lumière de ces évaluations. Les recommandations issues des questions de recommandation se sont vu attribuer ce degré de certitude des données, en conséquence.

Tableau 8 : Degré de certitude des données

DEGRÉ GÉNÉRAL DE CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Tiré de : Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, *et al.*, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwns6pm0f2>. Réimpression autorisée.

Degré de fiabilité des données

Comme pour le système de classement GRADE, CERQualG comprend quatre critères pour évaluer le degré de fiabilité des résultats qualitatifs liés à un phénomène étudié :

4. les limites méthodologiques;
5. la pertinence;
6. la cohérence;
7. l'adéquation.

Voir le **tableau 9** pour les définitions de ces critères.

Tableau 9 : Critères de fiabilité CERQual

CRITÈRES DE CERTITUDE	DÉFINITION
Limites méthodologiques	La mesure dans laquelle la conception ou la réalisation des études primaires d'où proviennent les données qui appuient une constatation tirée de la revue de la littérature suscite des inquiétudes.
Pertinence	La mesure dans laquelle l'ensemble des données des études primaires étayant les constatations tirées de la revue de la littérature est applicable au contexte (perspective ou population, phénomène étudié ou contexte des soins) indiqué dans la question examinée dans le cadre de la revue de la littérature.
Cohérence	Une évaluation du degré de clarté et du caractère convaincant de la concordance entre les données des études primaires et les constatations tirées de la revue de la littérature qui font une synthèse des données. Le caractère convaincant d'une concordance signifie qu'elle est probante ou solidement étayée.
Adéquation des données	Une évaluation globale de la richesse et de la quantité des données à l'appui d'une constatation tirée de la revue de la littérature.

Source : Tiré de Lewin S, Booth A, Glenton C, *et al.* Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(suppl. 1) : p. 1 à 10. Table 2, Definitions of the components of the CERQual approach; p. 5. Réimpression autorisée.

Les constatations qualitatives relatives à chacun des résultats prioritaires ont été évaluées de manière indépendante par les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices en utilisant les quatre critères. Toute divergence a été résolue par consensus.

On a attribué aux recommandations qui s'appuyaient sur des données qualitatives un degré de fiabilité global des données basé sur les constatations correspondantes tirées de la revue de la littérature. Voir le **tableau 10** pour les définitions de ces catégories.

Tableau 10 : Degré de fiabilité des données

DEGRÉ DE FIABILITÉ GLOBAL DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevé	Il est fort probable que la constatation soit une représentation raisonnable du phénomène étudié.
Moyen	Il est moyennement probable que la constatation soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Faible	Il est possible que la constatation tirée de la revue de la littérature soit une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.
Très faible	Il est difficile de savoir si la constatation tirée de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène étudié.

Source : Tiré de Lewin S, Booth A, Glenton C, *et al.* Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implement Sci.* 2018;13(suppl. 1) : p. 1 à 10. Table 3, Description of level of confidence in a review finding in the CERQual approach; p. 6. Réimpression autorisée.

Synthèse des données

Les profils des données classées selon le système GRADE ou les critères CERQual servent à appuyer la prise de décisions sur le degré de certitude et de fiabilité des données ainsi qu'à fournir de l'information générale sur l'ensemble des données de recherche et sur les principaux résultats statistiques ou descriptifs (135). Les profils des données résument l'ensemble des données pour chaque revue systématique par résultat et sont élaborés par les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices.

Les profils des données pour l'ensemble des études quantitatives appuient les décisions prises par les deux examinateurs relativement aux cinq principaux critères de certitude selon le système de classement GRADE pouvant donner lieu au déclassement et aux trois critères de certitude du système de classement GRADE pouvant donner lieu au surclassement. Les profils des données présentent également des informations générales sur l'ensemble des données, y compris la population, les pays où les études ont été menées, une description de l'intervention, les principaux résultats et les jugements transparents sur la certitude sous-jacente aux données pour chaque résultat (13). Étant donné que la présente LDPE n'a fait l'objet d'aucune **méta-analyse**^G, la synthèse des résultats a été faite dans un format descriptif.

Des profils de données CERQual ont été créés pour l'ensemble des données qualitatives de chaque revue systématique par résultat. Comme les profils des données de type GRADE utilisées pour la recherche quantitative, les profils de données de type CERQual présentent l'ensemble des données à l'appui de chaque thème lié à chaque résultat par question de recommandation. Ces profils de données présentaient les décisions prises par les deux examinateurs concernant les quatre principaux **critères CERQual**^G et les jugements transparents sur le degré de fiabilité des données pour chaque thème.

Pour obtenir les profils des données classées selon le système GRADE ou les critères CERQual pour chaque revue systématique par résultat, veuillez communiquer avec nous à l'adresse <https://RNAO.ca/contact>.

Formuler des recommandations

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes

Les **cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes**^G présentent les recommandations proposées et résument les facteurs et les considérations nécessaires fondés sur les données disponibles et le jugement du comité d'experts pour formuler les énoncés de recommandation. Ces cadres sont utilisés pour assurer que tous les facteurs importants requis pour élaborer les énoncés de recommandation sont pris en compte par un comité d'experts (13). Les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont préparé ces cadres en se basant sur les données quantitatives et qualitatives tirées de la revue systématique de la littérature.

Les cadres pour une prise de décision éclairée par des données utilisés pour la présente LDPE comprenaient les éléments ci-dessous pour chaque ébauche d'énoncé de recommandation (voir **tableau 11**) :

- L'information contextuelle sur l'ampleur du problème.
 - La question de recherche sur la PICR et le contexte général relatif à la question de recherche.
- Le rapport entre les bénéfices et les inconvénients d'une intervention.
- Le degré de certitude et/ou de fiabilité des données.
- Les valeurs et préférences.
- L'équité dans l'accès aux soins.

Prise de décision : Déterminer la direction et la force des recommandations

Les membres du comité d'experts ont examiné les cadres pour une prise de décision éclairée par des données avant de participer à une réunion en personne de deux jours pour déterminer la direction (c.-à-d. une recommandation pour ou contre une intervention) et la force (c.-à-d. forte ou conditionnelle) des recommandations de la LDPE. Les membres du comité d'experts avaient également accès aux profils détaillés des données et aux articles dans leur intégralité.

En utilisant les cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes comme document d'orientation, les membres du comité d'experts ont participé à un vote en ligne du 26 février 2018 au 13 mars 2018. Les questions suivantes ont été posées à tous les membres du comité d'experts pour chaque ébauche de recommandation :

- Le problème est-il une priorité?
- Y a-t-il une incertitude importante ou une variabilité dans la valeur que les gens accordent aux principaux résultats?
- L'équilibre entre les effets désirables et indésirables favorise-t-il l'intervention ou la comparaison?
- Quelle serait l'incidence sur l'équité dans l'accès aux soins?

Les échelles de Likert créées par le logiciel GRADEpro ont été utilisées pour voter sur chaque facteur (136). Les membres du comité d'experts ont également eu la possibilité de fournir des commentaires écrits sur chacun des critères de jugement.

Les résultats du vote en ligne ont été calculés et présentés au comité d'experts lors de la réunion en personne de deux jours tenue les 21 et 22 mars 2018. Les résultats du vote en ligne ont été utilisés pour guider la discussion afin de déterminer l'orientation requise et la force de chaque recommandation. Les coprésidentes du comité d'experts et les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices ont dirigé la réunion de manière à ce que les discussions sur chacune des recommandations proposées soient menées en bonne et due forme.

La décision sur la direction et la force de chaque énoncé de recommandation a été prise au terme d'une discussion et d'un vote dont la majorité était fixée à 70 %. Le processus de vote a été dirigé par les coprésidentes du comité d'experts et les méthodologues chargés de l'élaboration des lignes directrices. Pour déterminer la force d'un énoncé de recommandation, les membres du comité d'experts ont été invités à tenir compte des éléments suivants :

- le rapport entre les bénéfices et les inconvénients;
- le degré de certitude et de fiabilité des données;
- les valeurs et les préférences;
- les effets potentiels sur l'équité dans l'accès aux soins.

Voir le **tableau 11** pour en savoir plus sur ces considérations.

Dans les cas où un consensus de 70 % n'a pas pu être atteint après un vote, les coprésidentes du comité d'experts ont joué le rôle de départitrices en évaluant les commentaires du comité d'experts avec les données scientifiques pour déterminer la décision finale. À la suite de la réunion en personne, les décisions finales prises par rapport à toutes les recommandations ont été résumées et envoyées par voie électronique à l'ensemble du comité d'experts.

Tableau 11 : Principaux facteurs à prendre en compte pour déterminer la force des recommandations

FACTEUR	DÉFINITION	SOURCES
Avantages et inconvénients	<p>Résultats potentiels désirables et indésirables mentionnés dans la littérature lorsque la pratique ou l'intervention recommandée est appliquée.</p> <p>Plus la différence entre les effets désirables et indésirables est grande, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est élevée. Plus le gradient est étroit, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée (137).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la littérature.
Degré de certitude et de fiabilité des données	<p>Le degré de confiance qu'un effet estimé est suffisamment probant pour justifier une recommandation. Le degré de confiance qu'un résultat tiré de la revue de la littérature est une représentation raisonnablement fidèle du phénomène en question (111).</p> <p>Les recommandations sont considérées comme ayant différents degrés de certitude ou de fiabilité; plus le degré de certitude ou de fiabilité est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant forte est grande (137).</p>	Études faisant l'objet de la revue systématique de la littérature.
Valeurs et préférences	<p>L'importance ou la valeur relative des résultats pour la santé liés à l'application d'une intervention clinique particulière dans une approche axée sur la personne (137).</p> <p>Plus les valeurs et les préférences varient ou plus le degré d'incertitude des valeurs et des préférences est élevé, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est grande (137).</p>	Données tirées de la revue systématique de la littérature (lorsqu'elles existent) et autres sources (p. ex., avis du comité d'experts).
Équité dans l'accès aux soins	<p>Les effets potentiels de la pratique ou de l'intervention recommandée sur les résultats en matière de santé ou sur la qualité des soins de santé dans différentes populations (138).</p> <p>Plus le potentiel d'accroissement des inégalités d'accès aux soins de santé est important, plus la probabilité qu'une recommandation soit considérée comme étant conditionnelle est élevée.</p>	Données tirées de la revue systématique de la littérature (lorsqu'elles existent) et autres sources (p. ex., avis du comité d'experts).

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Schunemann H, Brozek J, Guyatt G, *et al.*, éditeurs. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach [Internet]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Accessible sur la page Web : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html#h.svwngs6pm0f2>.

Rédaction de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

L'ébauche de la présente LDPE a été rédigée par les méthodologues chargés de l'élaboration de la ligne directrice. Les membres du comité d'experts l'ont passé en revue et ont fait part de leurs commentaires par écrit. La LDPE a ensuite été soumise à des intervenants externes aux fins d'examen.

Examen des intervenants

L'AIIAO s'est engagée à obtenir les commentaires des intervenants suivants : (a) du personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins de santé pratiquant dans un large éventail de contextes, (b) des administrateurs et des bailleurs de fonds bien informés du domaine des services de santé et (c) des associations d'intervenants dans le cadre du processus d'élaboration des lignes directrices.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Première méthode : les intervenants sont recrutés au moyen d'un appel public diffusé sur le site Web de l'AIIAO (<https://RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder>). Seconde méthode : l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et les membres du comité d'experts sélectionnent des personnes et des organisations ayant une expertise dans le domaine des LDPE, puis les invitent à participer à l'examen de la LDPE.

Les intervenants qui ont participé à l'examen ont une expertise sur l'objet de la LDPE ou sont susceptibles d'être concernés par sa mise en œuvre. Il peut s'agir d'infirmières, de membres de l'équipe interprofessionnelle, d'infirmières gestionnaires, d'administrateurs, d'experts en recherche, d'enseignants, d'étudiants en sciences infirmières ou de personnes ayant une expérience concrète de l'affection et de leurs proches.

On demande aux réviseurs de lire l'intégralité de l'ébauche de la LDPE et de participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes :

- Le titre de la ligne directrice est-il approprié?
- La description du processus d'élaboration des lignes directrices est-elle claire?

De plus, les intervenants sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- L'examen des données à l'appui est-il exhaustif et ces données corroborent-elles la recommandation?

Le sondage offre aussi l'occasion d'inclure des commentaires pour chaque section de la LDPE, y compris les indicateurs d'évaluation. Les membres de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont compilé les réponses au questionnaire et fait une synthèse des commentaires. Une téléconférence avec le comité d'experts s'est tenue le 28 novembre 2018 pour examiner les commentaires du comité d'experts et des intervenants et, si nécessaire, le contenu et les recommandations de la LDPE ont été modifiés avant la publication pour refléter les commentaires reçus.

Le processus de révision, qui s'est déroulé du 8 au 23 novembre 2018, a permis de recueillir des commentaires d'intervenants pratiquant dans différents contextes (voir **Remerciements aux intervenants**, p. 26).

Procédure de mise à jour de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires

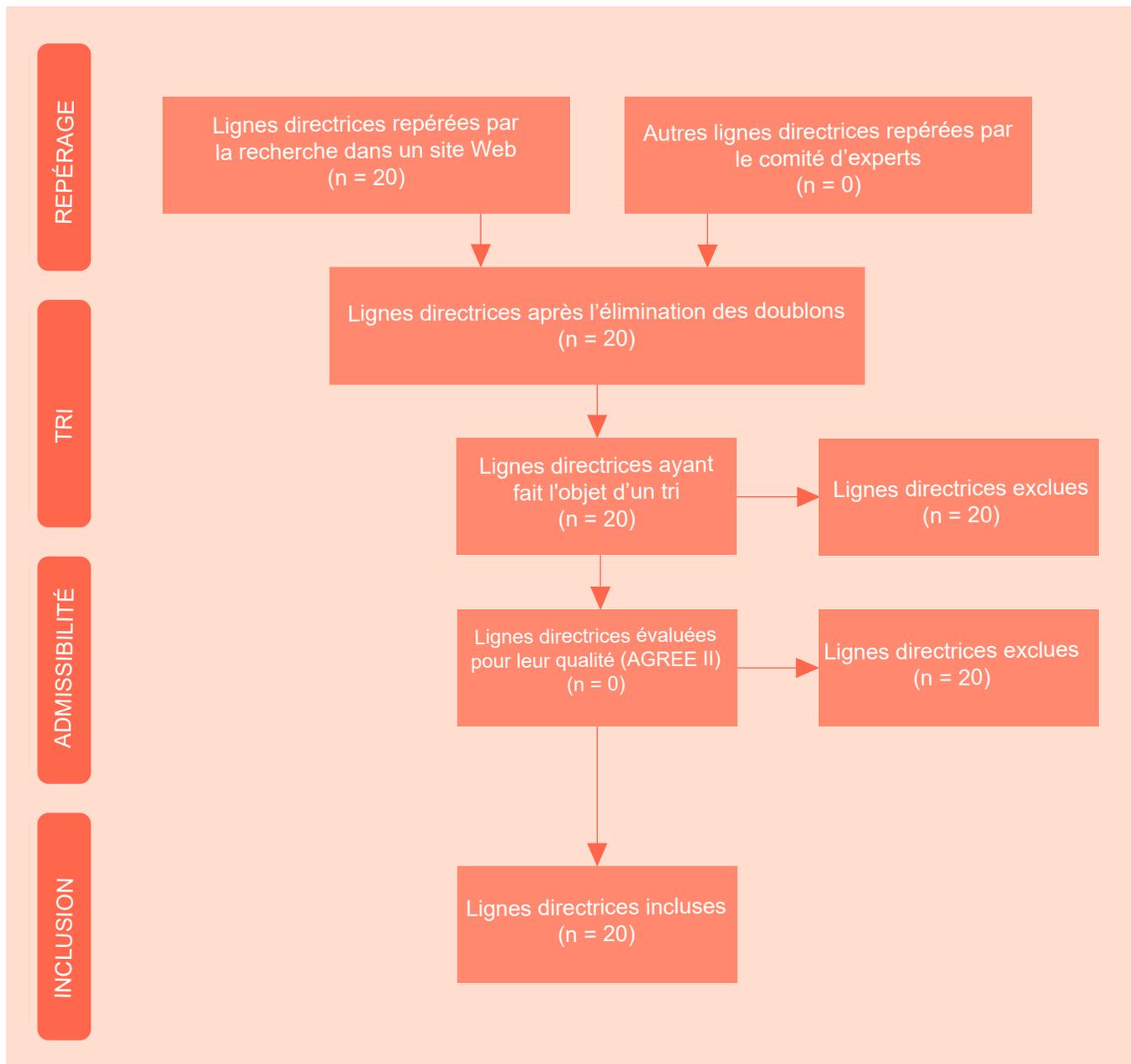
L'AIIAO s'engage à ce que toutes les LDPE soient mises à jour comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de la dernière édition.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires procède périodiquement à l'examen de nouvelles revues systématiques de la littérature, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents au domaine.
3. Il peut ainsi recommander qu'une LDPE fasse l'objet d'une révision anticipée. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser la LDPE avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
 - a) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées au cours de la mise en œuvre de la LDPE et les commentaires et expériences d'OVPE^{MD} et d'autres organisations ayant appliqué la LDPE.
 - b) En établissant une liste de nouvelles lignes directrices cliniques pertinentes au domaine et en précisant l'objet et le champ d'application de la LDPE.
 - c) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de la LDPE.
 - d) En sélectionnant les éventuels coprésidents du groupe d'experts sur la LDPE conjointement avec la directrice générale de l'AIIAO.
 - e) En dressant une liste de spécialistes et d'experts dans le domaine pour leur éventuelle participation au comité d'experts. Le comité d'experts sera composé des membres du groupe d'experts initial et de nouveaux membres.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.

Annexe D : Processus pour les lignes directrices sur les pratiques exemplaires et la revue systématique

Figure 6 : Diagramme du processus d'examen des lignes directrices

* Aucune ligne directrice officielle concernant la violence, le harcèlement ou l'intimidation en milieu de travail n'a été déterminée.*



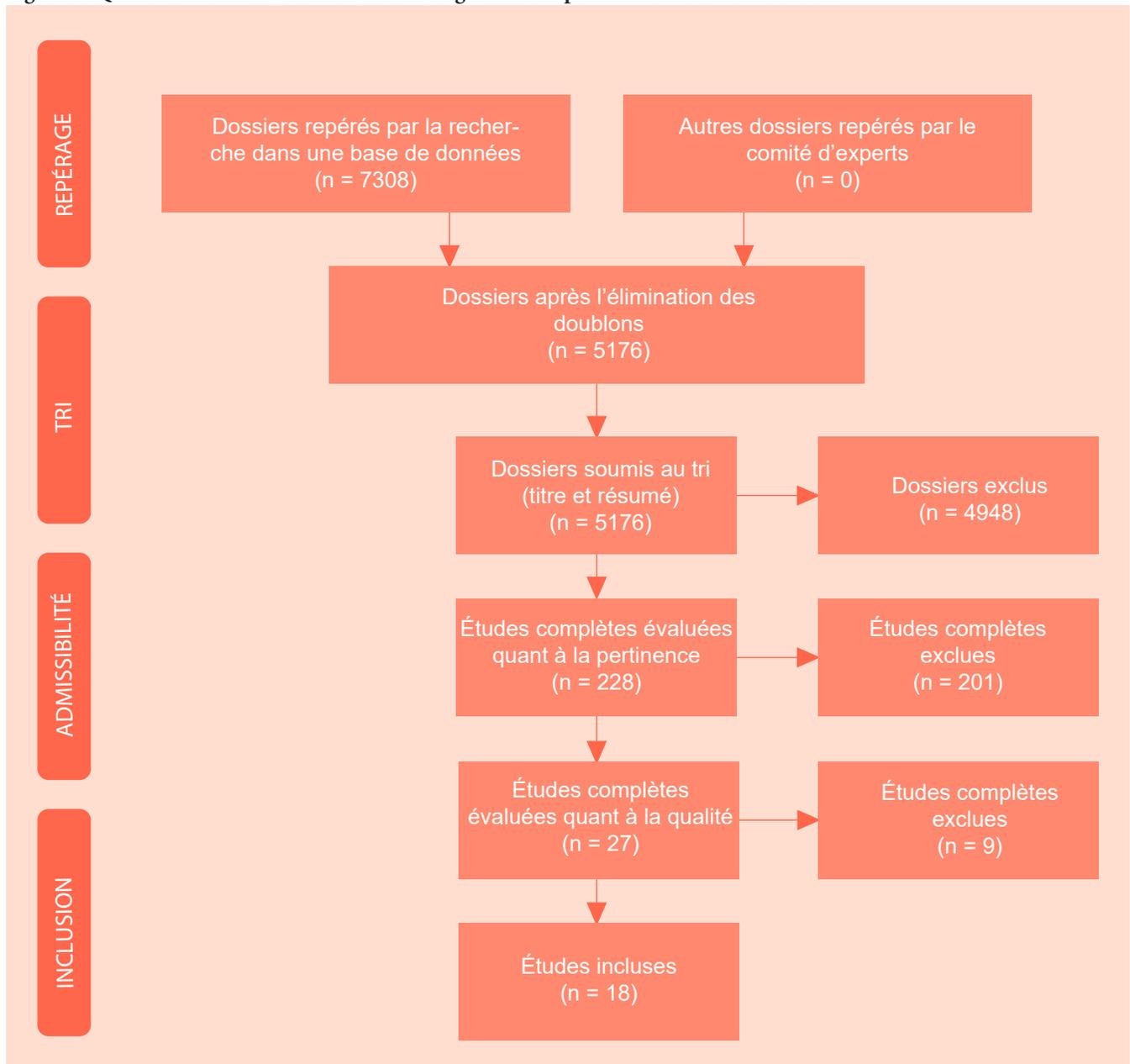
Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :

Doit-on recommander des outils d'évaluation des risques pour les personnes ou les collègues pour déceler les comportements révélateurs de violence, de harcèlement et/ou d'intimidation en milieu de travail?

Résultats : Fiabilité, validité et accessibilité en pratique (résultats de substitution : temps et utilité).

Figure 7 : Question de recommandation n° 1 : Diagramme du processus de revue des articles



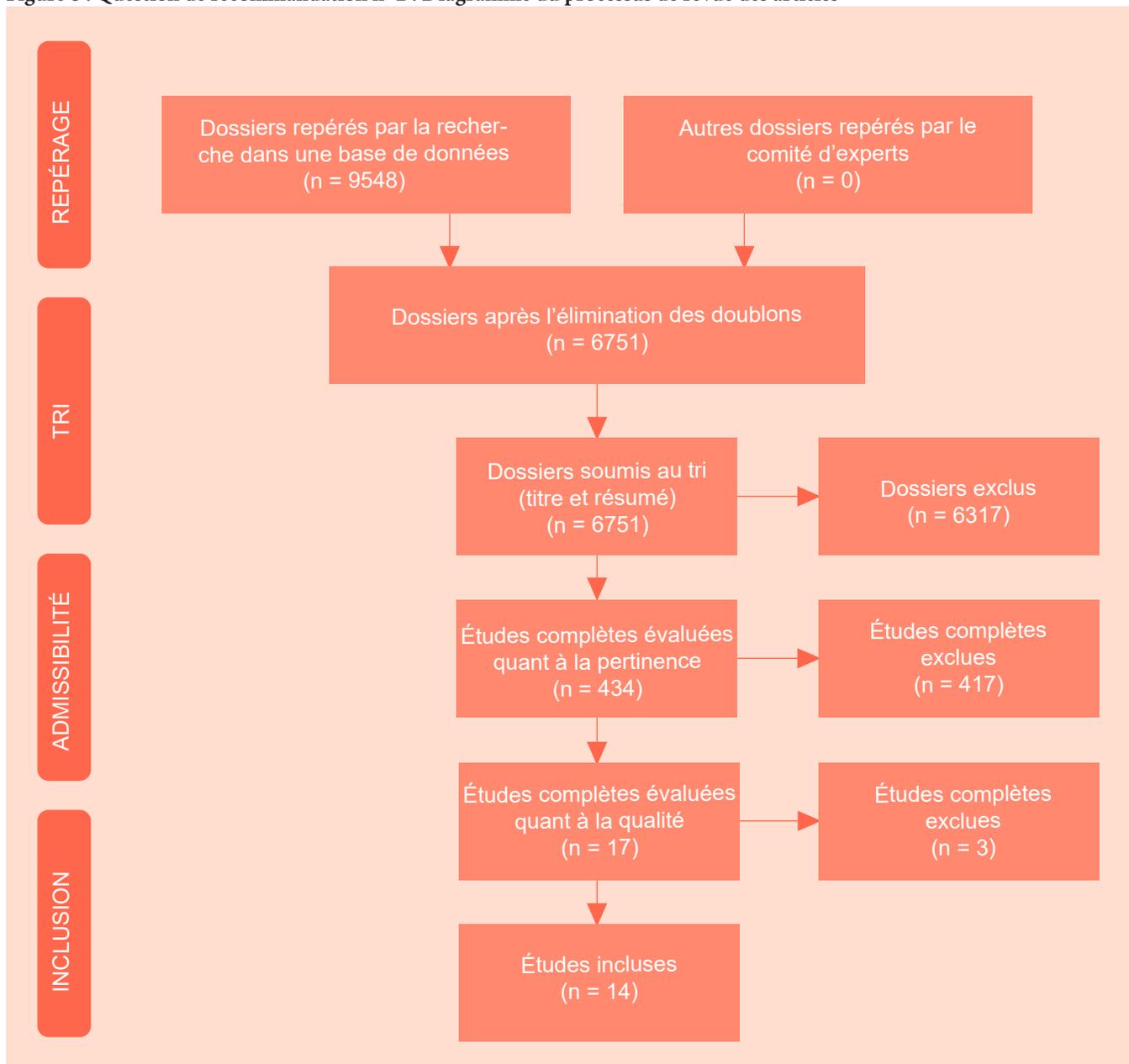
Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :

Faut-il recommander des politiques et des procédures organisationnelles pour prévenir et gérer la violence, le harcèlement et/ou l'intimidation en milieu de travail parmi les travailleurs de la santé pour améliorer les résultats auprès des organisations et de ces travailleurs?

Résultats : Environnement physique (résultats de substitution : blessures des travailleurs de la santé, rapports d'incident, agressions et menaces envers les travailleurs de la santé) et bien-être des travailleurs de la santé (résultats de substitution : incivilité perçue, reconnaissance de l'intimidation, mise en œuvre de politiques).

Figure 8 : Question de recommandation n° 2 : Diagramme du processus de revue des articles



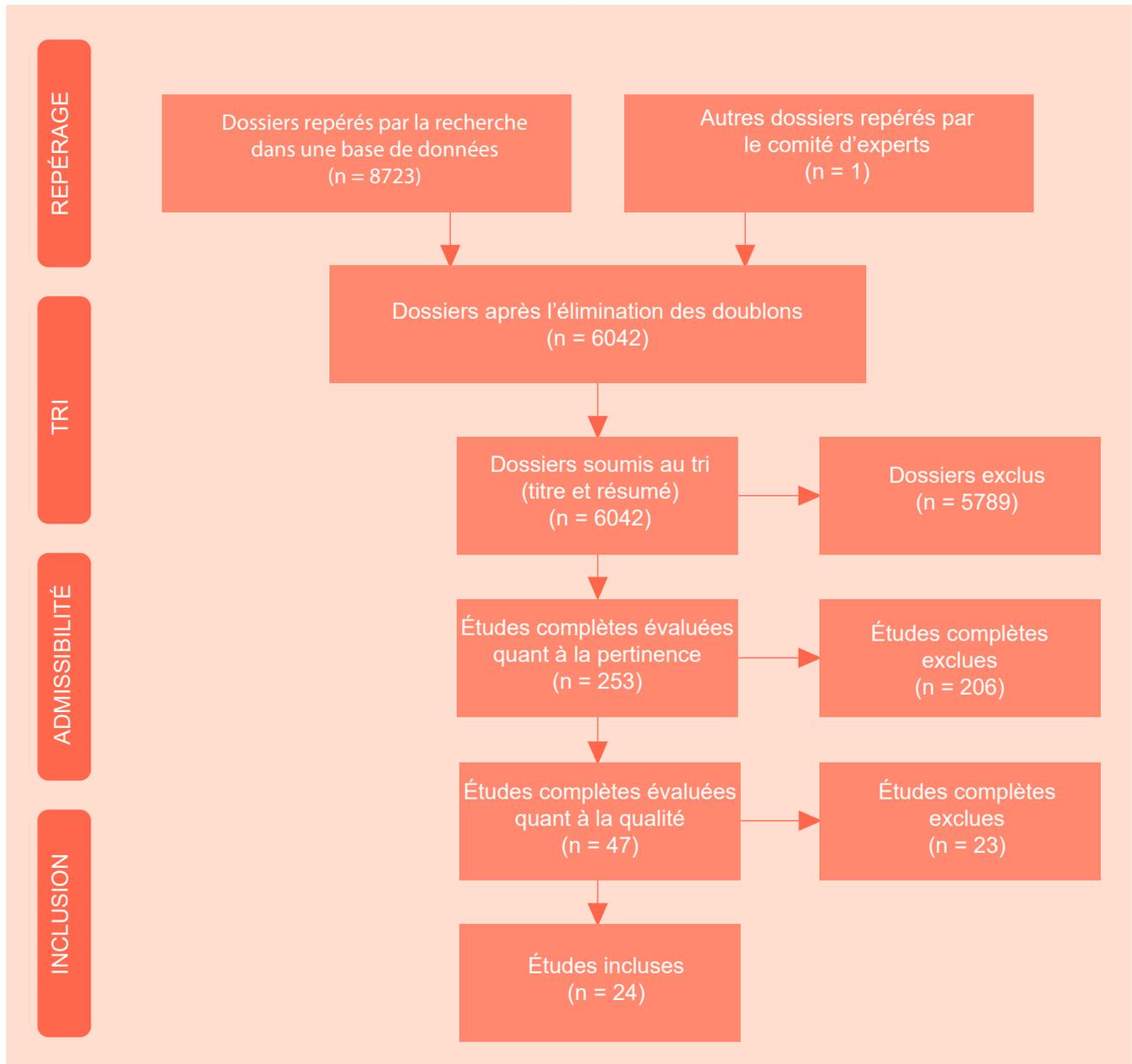
Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 3 :

Des programmes de formation sur la prévention et la gestion de la violence, du harcèlement et/ou de l'intimidation en milieu de travail doivent-ils être recommandés aux travailleurs de la santé afin d'améliorer les résultats des personnes et de ceux-ci?

Résultats : Blessures du patient, utilisation de moyens de contention, sécurité perçue des travailleurs de la santé, attitudes et valeurs des travailleurs de la santé, blessures des travailleurs de la santé et roulement des travailleurs de la santé.

Figure 9 : Question de recommandation n° 3 : Diagramme du processus de revue des articles



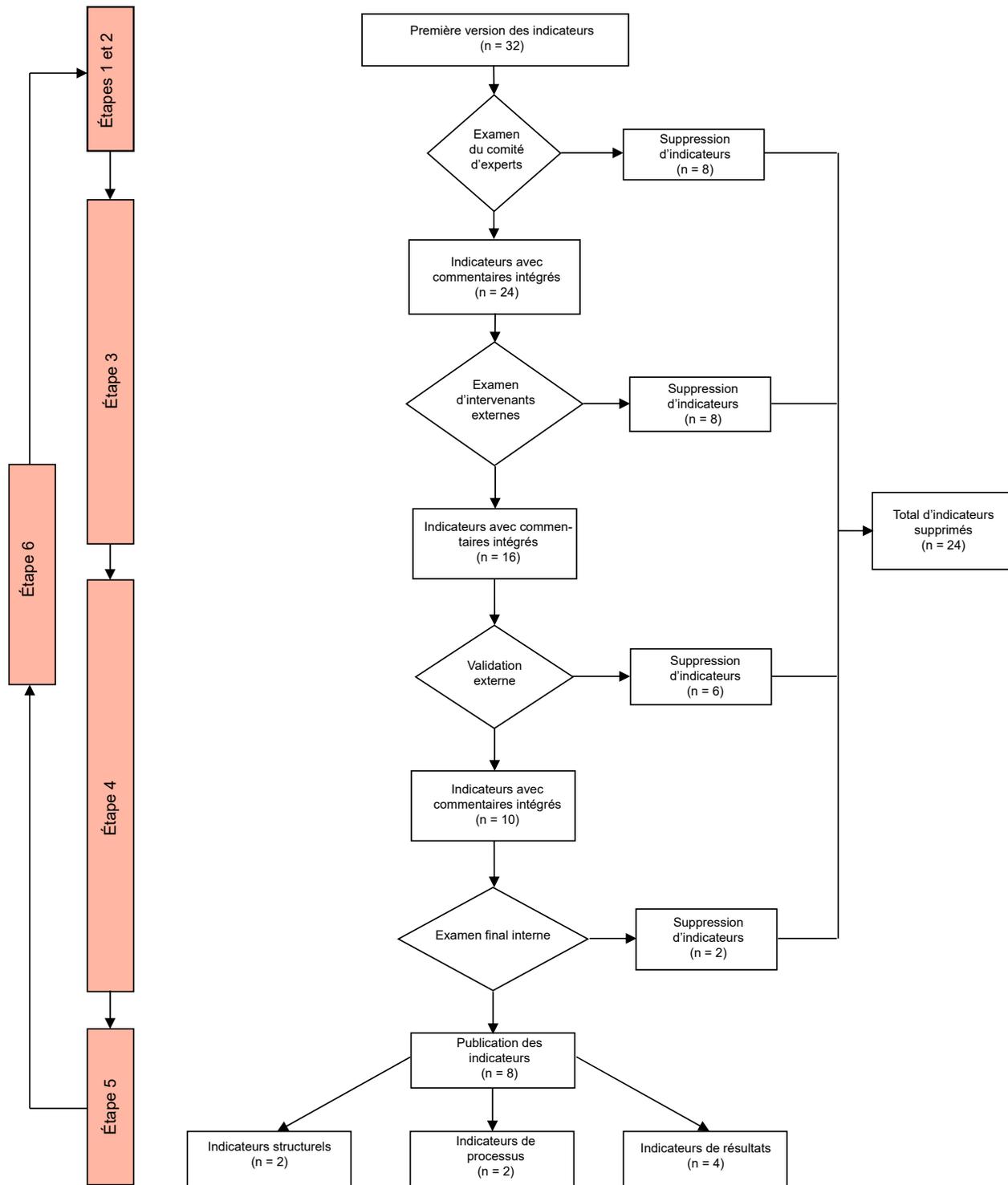
Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.

Annexe E : Processus d'élaboration des indicateurs

Les étapes du processus d'élaboration des indicateurs de l'AIIAO sont résumées ci-dessous (**figure 10**).

1. **Sélection des LDPE.** Les indicateurs sont élaborés pour des LDPE axées sur les priorités du système de santé, l'accent étant mis sur le comblement des lacunes dans les indicateurs tout en allégeant les exigences en matière de signalement des constatations.
2. **Extraction des recommandations.** Les pratiques recommandées, les résultats globaux des lignes directrices et les ensembles d'ordonnances des LDPE^{MD} (le cas échéant) sont examinés afin d'en extraire des mesures potentielles pour l'élaboration d'indicateurs.
3. **Sélection et élaboration d'indicateurs.** La sélection et l'élaboration des indicateurs se font selon une méthodologie éprouvée, notamment l'alignement sur des référentiels de données externes, des bibliothèques de données d'information sur la santé et d'une consultation des experts.
4. **Essai pratique et validation.** Les indicateurs proposés sont validés en interne par une validation apparente et de contenu, et en externe par des représentants d'organisations nationales et internationales.
5. **Mise en œuvre.** Les indicateurs sont publiés dans le tableau d'évaluation et de suivi, et les dictionnaires de données sont publiés sur le site Web du NQuIRE^{MD}.
6. **Analyse et évaluation de la qualité des données.** L'appréciation et l'évaluation de la qualité des données ainsi que la rétroaction continue des OVPE permettent d'assurer que les indicateurs NQuIRE^{MD} évoluent de manière appropriée.

Figure 10 : Diagramme du processus d'élaboration des indicateurs



Annexe F : Facteurs de risque

Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive des facteurs de risque; il s'agit plutôt d'une sélection de ceux déterminés dans la revue systématique de la littérature. L'inclusion d'un produit dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIO.

Tableau 12 : Liste des facteurs qui peuvent prédire des comportements violents ou agressifs

GROUPE DE FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE	FACTEURS DE RISQUE	RÉFÉRENCES JUSTIFICATIVES
1. Comportemental ou psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ■ langage offensant (p. ex., injures ou jurons) ■ déclarations agressives ■ agitation ■ anxiété ■ hallucinations auditives/visuelles ■ déficience cognitive (p. ex., confusion, désorientation ou trouble de la mémoire) ■ délire ■ diagnostic (psychogériatrique, maladie mentale, psychopathie) ■ intoxication à la drogue/à l'alcool ■ retrait du médicament ■ antécédents de consommation de plusieurs drogues ■ antécédents de consommation de substances illicites ■ antécédents de violence/d'attitudes positives à l'égard de la violence ■ marmonnement ■ éblouissement prolongé ou intense ■ consommation régulière de drogues psychoactives ■ résistance aux pratiques de soins de santé ou au personnel ■ fièvre ou faire les cent pas ■ perturbation de la pensée (délires ou états d'esprit, comme l'hostilité, la méfiance et l'irritabilité) ■ menaces de partir ■ hurlements 	<p>Burk RS, Grap MJ, Munro CL, <i>et al.</i> Predictors of agitation in critically ill adults. <i>Am J Crit Care.</i> 2014; 23(5) : p. 414 à 423.</p> <p>Considine J, Berry D, Johnson R, <i>et al.</i> Vital signs as predictors for aggression in hospital patients (VAPA). <i>J Clin Nurs.</i> 2017; 26(17/18) : p. 2593 à 2604.</p> <p>Jackson D, Wilkes L, Luck L. Cues that predict violence in the hospital setting: findings from an observational study. <i>Collegian.</i> 2014; 21(1) : p. 65 à 79.</p> <p>Kim SC, Young L, Berry B. Aggressive Behaviour Risk Assessment tool for newly admitted residents of long-term care homes. <i>J Adv Nurs.</i> 2017; 73(7) : p. 1747 à 1756.</p> <p>Podubinski T, Lee S, Hollander Y, <i>et al.</i> Patient characteristics associated with aggression in mental health units. <i>Psychiatry Res.</i> 2017;250 : p. 141 à 145.</p> <p>Sands N, Elsom S, Gerdtz M, <i>et al.</i> Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs.</i> 2012; 19(8) : p. 690 à 701.</p>

GROUPE DE FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE	FACTEURS DE RISQUE	RÉFÉRENCES JUSTIFICATIVES
2. Biologique	<ul style="list-style-type: none"> ■ fréquence respiratoire et cardiaque anormale ■ moins de 35 ans ■ diminution de l'oxygénation ■ augmentation de la gravité de la maladie, comme la détérioration de l'état neurologique ■ faible taux de cholestérol (CT) ■ faible taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (LHD) associé à la violence à l'égard des hommes et des femmes pendant leur séjour à l'hôpital faibles taux de cholestérol à LHD associés à la violence uniquement chez les hommes au cours des trois premiers mois après le congé de l'hôpital ■ pH faible 	<p>Burk RS, Grap MJ, Munro CL, <i>et al.</i> Predictors of agitation in critically ill adults. <i>Am J Crit Care.</i> 2014; 23(5) : p. 414 à 423.</p> <p>Considine J, Berry D, Johnson R, <i>et al.</i> Vital signs as predictors for aggression in hospital patients (VAPA). <i>J Clin Nurs.</i> 2017; 26(17/18) : p. 2593 à 2604.</p> <p>Eriksen BMS, Bjørkly S, Lockertsen Ø, <i>et al.</i> Low cholesterol level as a risk marker of inpatient and post-discharge violence in acute psychiatry – a prospective study with a focus on gender differences. <i>Psychiatry Res.</i> 2017;255 : p. 1 à 7.</p>
3. Environnemental ou circonstanciel	<ul style="list-style-type: none"> ■ admission à un nouvel environnement inconnu ■ être en chambre d'isolement ■ niveaux élevés de stress ou déclencheurs de stress ■ manque d'espace/d'intimité ■ environnement physique ■ qualité du traitement/des soins reçus ■ utilisation de cathéters ■ utilisation d'un moyen de contention 	<p>Burk RS, Grap MJ, Munro CL, <i>et al.</i> Predictors of agitation in critically ill adults. <i>Am J Crit Care.</i> 2014; 23(5) : p. 414 à 423.</p> <p>Kim SC, Young L, Berry B. Aggressive Behaviour Risk Assessment tool for newly admitted residents of long-term care homes. <i>J Adv Nurs.</i> 2017; 73(7) : p. 1747 à 1756.</p> <p>Tölli S, Partanen P, Kontio R, <i>et al.</i> A quantitative systematic review of the effects of training interventions on engaging the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. <i>J Adv Nurs.</i> 2017; 73(12) : p. 2817 à 2831.</p>
4. Socio-économique	<ul style="list-style-type: none"> ■ itinérance ■ soins personnels et fonctionnement médiocres (comme une mauvaise hygiène ou un manque de régularité) ■ mauvais fonctionnement social et aptitudes à la vie quotidienne limitées (p. ex., manque d'emploi) ■ isolement social 	<p>Sands N, Elsom S, Gerdtz M, <i>et al.</i> Mental health-related risk factors for violence: using the evidence to guide mental health triage decision making. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs.</i> 2012; 19(8) : p. 690 à 701.</p>

Annexe G : Cadre « STAMPEDAR »

L'annexe suivante constitue un aperçu du cadre STAMPEDAR. Le cadre couvre neuf éléments qui classent le risque de violence et leurs signaux correspondants. Être vigilant et conscient de ces comportements et de ces déclencheurs potentiels peut aider les travailleurs de la santé à prévoir et à prévenir les incidents de comportements violents ou agressifs.

Tableau 13 : Éléments et indices du cadre STAMPEDAR

ÉLÉMENTS	SIGNAUX
Fixation	<ul style="list-style-type: none"> ■ fixation ■ ne pas rompre le contact visuel/aucun contact visuel
Ton	<ul style="list-style-type: none"> ■ ton et volume de la voix ■ cris d'une voix forte ■ ton agressif ■ exigeant ■ injures ■ jurons
Anxiété	<ul style="list-style-type: none"> ■ anxiété ■ agitation ■ besoin d'être rassuré
Marmonnement	<ul style="list-style-type: none"> ■ marmonnement
Faire les cent pas	<ul style="list-style-type: none"> ■ refus de rester dans la chambre ■ refus de rester au lit
Émotions	<ul style="list-style-type: none"> ■ triste ■ effrayé ■ frustré ■ insatisfait des soins
Processus de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> ■ confusion ■ intoxication (drogues ou alcool) ■ troubles organiques ■ participant régulier à l'agence

ÉLÉMENTS	SIGNAUX
Assertif/non assertif	<ul style="list-style-type: none"> ■ irrespectueux ■ conflictuel ■ non assertif ■ trop assertif
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> ■ long temps d'attente ■ inexpérience du personnel ■ connaissances et niveau de compétence du personnel ■ styles de communication inappropriés

Source : Tiré de Chapman R, Perry L, Styles I, *et al.* Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *Br J Nurs.* 2009;18(8) : p. 476 à 483. Réimpression autorisée.

Annexe H : Outils validés d'évaluation des risques

Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive des outils d'évaluation des risques; il s'agit plutôt d'une sélection de ceux déterminés dans la revue systématique de la littérature. L'inclusion d'un produit dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIHAO.

Tableau 14 : Outils validés pour évaluer le risque de violence

NOM DE L'OUTIL	CONTEXTE OU POPULATION	DESCRIPTION DE L'OUTIL/APPROCHE	RÉFÉRENCES
OUTILS DE JUGEMENT PROFESSIONNEL STRUCTURÉ			
Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) [Évaluation à court terme du risque et de la traitabilité]	<p>Population : Adultes atteints de troubles mentaux, de la personnalité et liés à la consommation d'une substance; patients légaux.</p> <p>Contexte : A une pertinence pour les clients dans les milieux correctionnels, civils ou médico-légaux de la communauté et institutionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détermine les facteurs récents, historiques et dynamiques pour évaluer le risque de violence et la possibilité de traitement à court terme (de plusieurs semaines à quelques mois). ■ Les forces d'une personne, les besoins et les facteurs de risque propres à chaque cas sont tous pris en compte. 	<p>http://criminal-justice.iresearchnet.com/forensic-psychology/short-term-assessment-of-risk-and-treatability-start/</p> <p>http://www.bcmhsus.ca/health-professionals/clinical-professional-resources/risk-assessment-start-manuals</p>

NOM DE L'OUTIL	CONTEXTE OU POPULATION	DESCRIPTION DE L'OUTIL/APPROCHE	RÉFÉRENCES
OUTILS ACTUARIELS Aggressive Behavior Risk Assessment Tool (ABRAT) [Outil d'évaluation du comportement agressif]	Contexte : Unités médico-chirurgicales et foyers de soins de longue durée.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prédit les patients hospitalisés potentiellement agressifs en évaluant les éléments suivants à l'aide d'une liste de contrôle oui/non : <ul style="list-style-type: none"> □ agitation □ anxiété □ confusion/déficience cognitive □ antécédents de manies □ antécédents d'agression physique □ marmonnement □ menaces physiques □ cris □ fixation □ menaces de partir 	Berry B, Young L, Kim SC. Utility of the aggressive behavior risk assessment tool in long-term care homes. <i>Geriatr Nurs.</i> 2017;38 : p. 417 à 422.
Workplace Assessment of Violence Risk (WAVR-21) [Évaluation en milieu de travail du risque de violence]	Population : Adultes et étudiants de 18 ans et plus. Contexte : Un milieu de travail ou un campus.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vingt et un éléments qui examinent les facteurs psychologiques, comportementaux, historiques et circonstanciels associés à la violence. ■ La principale utilisation est l'évaluation de la violence meurtrière ciblée en milieu de travail et sur les campus. ■ L'utilisation secondaire est la détermination d'autres formes d'agression problématique (p. ex. harcèlement criminel, colère ou intimidation). 	https://www.wavr21.com/the-wavr-explained/

NOM DE L'OUTIL	CONTEXTE OU POPULATION	DESCRIPTION DE L'OUTIL/APPROCHE	RÉFÉRENCES
OUTILS ACTUARIELS Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20) [Variables historiques, cliniques et de gestion des risques-20]	Population : Adultes de 18 ans et plus susceptibles d'être violents à l'avenir. Contexte : Institutions psychiatriques correctionnelles, médico-légales, générales ou civiles; la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ensemble complet de lignes directrices professionnelles pour évaluer et gérer le risque de violence. ■ Utilisé pour déterminer les plans de traitement et de gestion pour les personnes potentiellement violentes ou celles qui ont un trouble mental. ■ Comprend 20 questions d'approfondissement, avec trois principaux domaines d'intérêt : variables historiques, cliniques et de gestion des risques. 	http://hcr-20.com/ http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Historical-Clinical-Risk-Management-20.html
Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10) [Risque de violence-10]	Population : Personnes en psychiatrie générale et aiguë. Contexte : Psychiatrie aiguë et générale.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une sélection ou une liste de contrôle pour identifier les personnes qui pourraient avoir besoin d'évaluations des risques plus approfondies. ■ Utilisé pour déterminer le risque de violence lors d'un séjour à l'hôpital à l'admission et au congé pour prédire la violence dans la communauté au cours de la première année. ■ Peut avoir des taux de faux positifs plus élevés pour les femmes que pour les hommes (34). 	http://www.forensic-psychiatry.no/violence_risk/index.html http://www.forensic-psychiatry.no/violence_risk/v_risk_10_english.pdf

NOM DE L'OUTIL	CONTEXTE OU POPULATION	DESCRIPTION DE L'OUTIL/APPROCHE	RÉFÉRENCES
OUTILS ACTUARIELS Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) [Évaluation dynamique de l'agression circonstancielle]	Population : Personnes dans une unité de santé mentale pour patients hospitalisés. Contexte : Milieu hospitalier psychiatrique ou établissement médico-légal.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détermine la probabilité qu'une personne devienne violente ou agressive à court terme (24 heures). ■ Noté quotidiennement, il se compose de sept éléments qui mesurent l'irritabilité, l'impulsivité, le refus de suivre les instructions, la sensibilité à la provocation perçue, la facilité de la colère lorsque les demandes sont refusées, les attitudes négatives et les menaces verbales. 	https://www.centreforperfectcare.com/media/1097/dasa.pdf
Brøset Violence Checklist (BVC) [Liste de contrôle de la violence de Brøset]	Population : Élaboré en fonction des données provenant de patients hospitalisés légaux. Contexte : Évalué dans les services de soins intensifs, les foyers de soins infirmiers et les services de gériatrie.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide à prédire un comportement violent imminent (c.-à-d., risque de violence dans les 24 prochaines heures). ■ À remplir par quart de travail ou par jour (selon la politique organisationnelle). ■ Liste de contrôle qui comprend six variables/comportements : confus, irritable, remuant, menaces physiques, menaces verbales et attaques d'objets. 	http://www.riskassessment.no/
Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) [Guide d'évaluation du risque de violence]	Population : Délinquants atteints de troubles mentaux et personnes ayant un QI plus faible.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisé pour prédire sur le plan statistique si un criminel condamné récidivera, en éliminant les biais qui peuvent survenir avec des jugements non structurés. ■ L'outil comprend 12 éléments qui évaluent la probabilité de récidive. Cependant, les évaluateurs remplissent d'abord une feuille de travail de huit points qui évalue la psychopathie avant l'âge de 16 ans, y compris les symptômes de troubles des conduites. 	http://www.psyconsult.it/public/Protocollo_VRAG_SORAG.pdf http://dustinkmacdonald.com/using-violence-risk-appraisal-guide-vrag/

NOM DE L'OUTIL	CONTEXTE OU POPULATION	DESCRIPTION DE L'OUTIL/APPROCHE	RÉFÉRENCES
<p>OUTILS ACTUARIELS</p> <p>Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) [Échelle de psychopathie de Hare-révisée]</p>	<p>Population : Élaboré pour les hommes adultes dans les prisons et les hôpitaux psychiatriques criminels, ainsi que pour ceux qui attendent une évaluation psychiatrique ou qui sont jugés dans des centres correctionnels et de détention. Cependant, peut également être utilisé pour établir un diagnostic auprès des délinquants sexuels ou des délinquantes et des délinquants juvéniles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'objectif initial de l'outil était d'évaluer les personnes accusées ou reconnues coupables de crimes. ■ Utilisé pour établir un diagnostic de psychopathie et de tendances antisociales. ■ Se compose de deux parties : <ol style="list-style-type: none"> 1. Vingt éléments où un examinateur compare le degré de psychopathie d'une personne à celui d'un psychopathe « typique ». 2. Un entretien pour évaluer les antécédents de la personne. 	<p>https://www.mhs.com/MHS-Publicsafety?prodname=PCC-SV</p> <p>https://www.researchgate.net/publication/312447998_Psychopathy_Checklist_Screening_Version_PCLSV</p>

NOM DE L'OUTIL	CONTEXTE OU POPULATION	DESCRIPTION DE L'OUTIL/APPROCHE	RÉFÉRENCES
OUTILS ACTUARIELS			
<p>Hare Psychoopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV) [Échelle de psychoopathie de Hare : version de dépistage]</p>	<p>Population : Adultes de 18 ans et plus dans la population générale ou personnes dans la population médico-légale et psychiatrique.</p> <p>Contexte : Organisations en milieu de travail, pour sélectionner les candidats avant de leur offrir un emploi, ou dans des milieux psychiatriques et médico-légaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Version abrégée de l'échelle PCL-R, utilisée pour dépister le trouble de la personnalité psychopathique. ■ Comprend à la fois un entretien semi-structuré et une échelle de 12 points pour évaluer les traits de personnalité fondamentaux de la psychoopathie et les comportements socialement déviants ou antisociaux de la psychoopathie. 	<p>https://www.researchgate.net/publication/312447998_Psychoopathy_Checklist_Screening_Version_PCLSV</p>

NOM DE L'OUTIL	CONTEXTE OU POPULATION	DESCRIPTION DE L'OUTIL/APPROCHE	RÉFÉRENCES
OUTILS ACTUARIELS Violence Risk Scale (VRS) [Échelle de risque de violence (ERV)]	Population : Les délinquants criminels incarcérés, les délinquants criminels libérés dans la collectivité, les délinquants criminels hospitalisés dans des établissements médico-légaux et les personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées dans un établissement médico-légal.	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'objectif principal est d'évaluer le risque de violence futur chez les personnes qui pourraient être libérées d'un établissement médico-légal dans la collectivité. ■ Peut également être utilisé pour déterminer les changements de risque après le traitement ou pour prendre des décisions concernant le traitement. ■ Évalue à la fois les facteurs statiques (p. ex., antécédents des infractions) et dynamiques (p. ex., agressivité interpersonnelle). 	http://www.psynergy.ca/uploads/Psynergy_Website_VRS_brief_intro.pdf
Classification of Violence Risk (COVR) [Classification du risque de violence]	Population : Personnes âgées de 18 à 60 ans dans des établissements psychiatriques de soins actifs et des milieux médico-légaux.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un programme d'ordinateur interactif utilisé pour évaluer le risque qu'une personne dans un établissement psychiatrique de soins actifs devienne violente envers les autres après avoir reçu son congé de l'hôpital. ■ L'évaluation comprend : <ol style="list-style-type: none"> 1. un bref examen des dossiers; 2. un entretien personnalisé de 10 minutes avec la personne, dans lequel les questions posées par l'examinateur sont déterminées selon les réponses précédentes de la personne. 	https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.62.4.pss6204_0430

Annexe I : Approches à la prestation de la formation

Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive des approches potentielles à la prestation de la formation; il s'agit plutôt d'une sélection de celles déterminées dans la revue systématique de la littérature. L'inclusion d'un produit dans la liste ne signifie pas qu'il est approuvé par l'AIIAO.

Tableau 15 : Approches de la prestation de contenu de formation sur la violence en milieu de travail

APPROCHE À LA PRESTATION DE LA FORMATION	DESCRIPTION DES APPROCHES UTILISÉES DANS LA LITTÉRATURE	RÉSULTATS DE L'UTILISATION DE L'APPROCHE
1. Formation en ligne	<p>La formation en ligne peut concerner diverses stratégies d'apprentissage des adultes sur Internet, soit par le biais de modules, de vidéos et de forums de discussion, soit par le biais d'une série de cours avec travaux écrits. L'avantage de l'utilisation d'une approche en ligne est que le contenu peut comprendre diverses méthodes d'apprentissage (p. ex., approches audio ou visuelles et discussions écrites) et il peut être adapté aux objectifs de chaque apprenant (84, 86). Les apprenants peuvent encore acquérir de nombreuses compétences et techniques fondamentales en utilisant des évaluations interactives en ligne et des explications détaillées comme moyen d'approfondir la compréhension du contenu et d'améliorer l'apprentissage. De plus, l'apprentissage en ligne est économique, car il réduit le temps de formation des instructeurs, les déplacements, les coûts de la main-d'œuvre et l'infrastructure institutionnelle (84).</p>	<p>Un essai clinique randomisé a trouvé des résultats positifs en termes de connaissances, d'attitudes, d'auto-efficacité et d'empathie après une formation en ligne et les effets se sont maintenus pendant deux mois (86). Cela suggère que les programmes en ligne peuvent avoir des effets importants sur les apprenants et améliorer les résultats d'apprentissage (86). Dans une autre étude clinique randomisée, les auteurs ont constaté que le personnel du groupe d'intervention (en ligne) réduisait considérablement la durée d'utilisation des moyens de contention – de 36 à 4 heures – après la formation en ligne (84).</p>

APPROCHE À LA PRESTATION DE LA FORMATION	DESCRIPTION DES APPROCHES UTILISÉES DANS LA LITTÉRATURE	RÉSULTATS DE L'UTILISATION DE L'APPROCHE
<p>2. Stratégies interactives fondées sur la simulation</p>	<p>La simulation de rôle est un forum réaliste, mais sûr permettant aux apprenants d'aborder des problèmes de pratique clinique comme la violence et l'agression (92, 100). Les stratégies fondées sur la simulation et l'activité de jeu de rôle comprennent d'imiter des situations cliniques réelles dans un environnement d'apprentissage contrôlé et elles peuvent évoquer des réponses affectives authentiques de la part des participants. Les réponses et l'effet perçu des simulations de rôles sont semblables à ceux présentés dans des situations réelles (100).</p> <p>De plus, l'apprentissage basé sur la simulation peut influencer les attitudes des apprenants et encourage le travail d'équipe interprofessionnel et le dialogue partagé (92). Les apprenants peuvent vivre des situations stressantes dans un environnement d'apprentissage sûr, ce qui leur permet de mettre en pratique différentes façons de réagir et d'apprendre comment mieux prévenir la violence et l'agression (100). Une approche basée sur une intervention interprofessionnelle par une équipe pour la conception d'une formation fondée sur la simulation peut souligner l'importance des attitudes du personnel à l'égard des comportements violents et agressifs et améliorer la sécurité dans la pratique (92).</p>	<p>Gillespie, Farra et Gates (2014) ont constaté une augmentation importante des connaissances chez les employés des services d'urgence six mois après une activité de simulation (139).</p> <p>Dans une étude observationnelle, les attitudes du personnel à l'égard de la gestion de la violence et de l'agressivité n'ont pas changé de façon importante après une formation améliorée par la simulation. Cependant, la formation améliorée par la simulation a mené à la mise en œuvre de nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité et à l'examen des protocoles et des politiques pour soutenir la prévention de la violence et de l'agressivité (92).</p>

APPROCHE DE LA PRESTATION DE LA FORMATION	DESCRIPTION DES APPROCHES UTILISÉES DANS LA LITTÉRATURE	RÉSULTATS DE L'UTILISATION DE L'APPROCHE
<p>3. Entraînement par répétition cognitive</p>	<p>L'entraînement par répétition cognitive est une approche visant à négocier des situations émotionnelles ou stressantes fondées sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale. Cela comprend la prise en compte des connaissances et des pratiques exemplaires, la reconnaissance des perceptions et des comportements personnels, la gestion des réactions personnelles, les interventions répétitives dans un environnement sûr et collaboratif, ainsi que le perfectionnement des compétences et de la confiance (99). L'entraînement par répétition cognitive permet au personnel infirmier d'avoir une conscience accrue des comportements inappropriés qui peuvent survenir, en particulier à la suite de la violence en milieu de travail (98).</p>	<p>Après la mise en œuvre d'un programme d'entraînement par répétition cognitive à l'intention du personnel infirmier, de nombreux participants ont signalé un sentiment accru d'enrichissement personnel. Ils ont rapporté se fier moins au jugement externe et se sentir plus habilités à dénoncer la violence latérale en milieu de travail (98).</p> <p>Fehr et Seibel (2016) ont également constaté que l'entraînement par répétition cognitive était un outil efficace pour lutter contre l'intimidation et qu'il contribuait au perfectionnement d'attitudes, d'habitudes et de compétences positives chez les étudiants participants (99).</p>
<p>4. Approches « formation des formateurs »</p>	<p>Une approche « formation des formateurs » est fondée sur le concept de modélisation et de promotion de l'enrichissement des apprenants. Les formateurs fournissent le contenu de formation aux travailleurs de la santé pour qu'ils puissent à leur tour former d'autres personnes sur leur lieu de travail, créant ainsi un environnement d'apprentissage durable, améliorant l'auto-efficacité et facilitant le désapprentissage des comportements/des attitudes indésirables (79, 103, 105).</p> <p>Le cours de formation mis au point par une équipe multidisciplinaire sur la prévention des agressions dans des contextes de soins actifs est un exemple d'une approche « formation des formateurs ». Le cours a été suivi d'une discussion animée sur les différentes approches locales qui ont été utilisées et de suggestions pour l'amélioration de la pratique. Les formateurs étaient des formateurs cliniques ou des infirmières autorisées expérimentées possédant une expertise spécialisée (79).</p>	<p>Ceravolo, Schwartz, Foltz-Ramos, et al. (2012) ont constaté qu'à la suite de la mise en œuvre d'une approche « formation des formateurs » à la formation, les compétences de communication assertives du personnel infirmier ont été améliorées, car il a eu l'occasion de mettre en pratique ses compétences en communication et en leadership de façon constructive et tangible (103).</p>

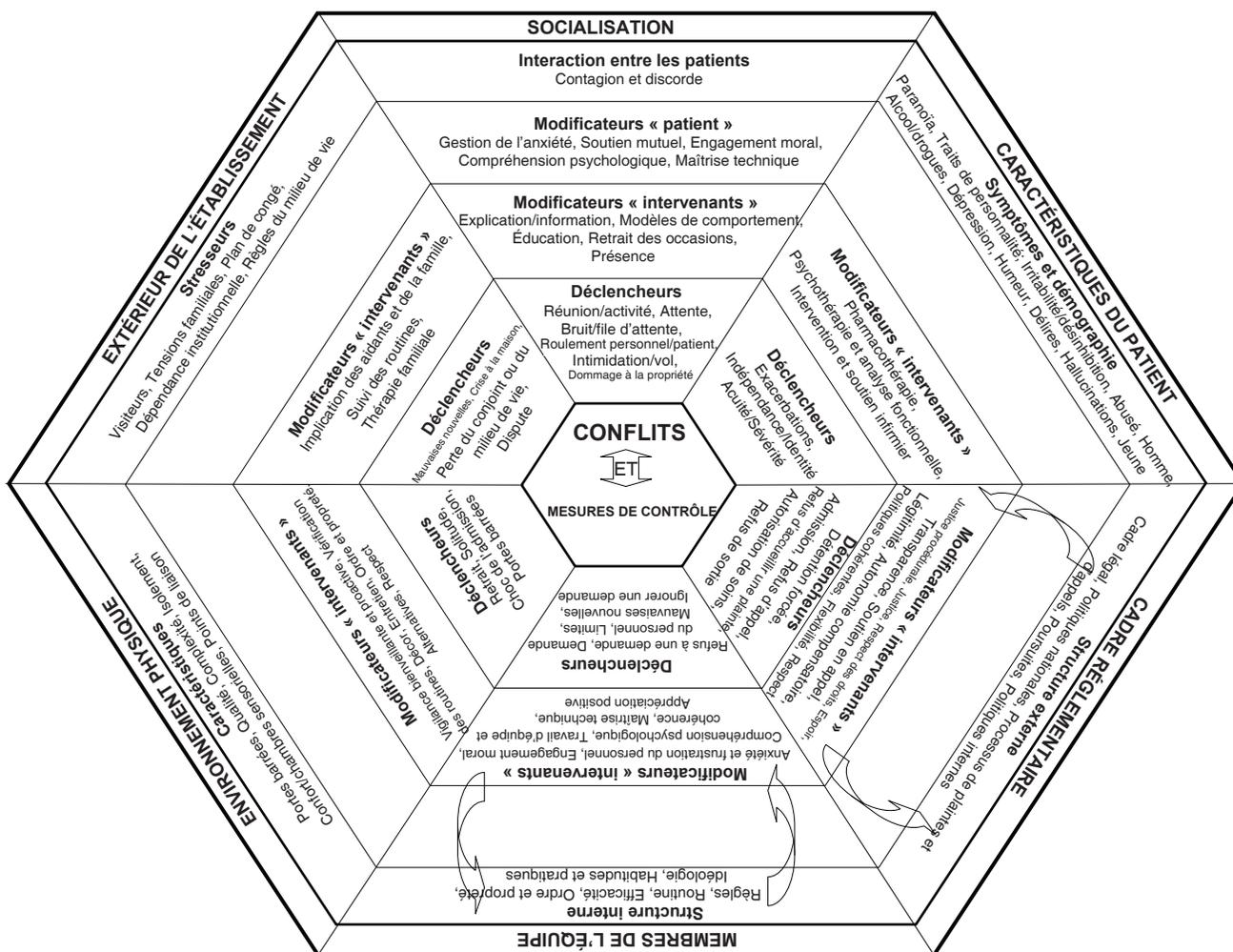
APPROCHE DE LA PRESTATION DE LA FORMATION	DESCRIPTION DES APPROCHES UTILISÉES DANS LA LITTÉRATURE	RÉSULTATS DE L'UTILISATION DE L'APPROCHE
<p>5. Approches continues de la rééducation et de la formation de rappel</p>	<p>Un renforcement et un soutien cohérents pour la rééducation sont nécessaires afin d'intégrer les techniques et les stratégies apprises dans la pratique clinique (62). Souvent, il n'y a pas de critères convenus pour le moment où les rappels de l'apprentissage doivent avoir lieu; cependant, une rééducation obligatoire annuelle est requise dans certaines organisations.</p> <p>Le leadership et le soutien organisationnel sont les clés du succès des changements de culture organisationnelle, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre d'une rééducation continue (88).</p>	<p>Un thème commun dans la littérature est que la formation continue est essentielle à la prévention de la violence en milieu de travail (62, 79, 84, 88, 96, 101, 140).</p> <p>Peu importe le contenu ou l'objectif de la formation, les travailleurs de la santé doivent recevoir une formation régulièrement pour s'assurer qu'ils sont conscients des dangers potentiels et de la façon de se protéger et de protéger leurs collègues grâce à des politiques et des procédures établies. Des rappels sur les connaissances, les attitudes et les compétences acquises lors des séances de formation initiales ne peuvent être intégrés à la pratique que par une rééducation et un renforcement continus (62, 79, 84, 88, 96, 101, 140).</p>

Annexe J : Modèle Safewards

Cette annexe offre un aperçu du modèle Safewards et un tableau décrivant les 10 principales interventions visant à rendre les environnements plus sûrs pour les personnes et les familles.

Le modèle Safewards (figure 11) détermine six domaines de facteurs d'origine qui peuvent influencer les conflits et l'endiguement dans le milieu de travail de la santé. Le tableau qui suit le modèle (tableau 16) présente 10 principes visant à rendre les milieux de travail de la santé plus sûrs pour les travailleurs de la santé et les personnes.

Figure 11 : Modèle Safewards



Source : Réimprimé avec l'autorisation de Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. Safewards; 2008. Accessible sur la page Web <http://www.safewards.net/images/pdf/Safewards%20model.pdf>. Réimpression autorisée.

Tableau 16 : Dix principes d'intervention du modèle Safewards

INTERVENTION	DESCRIPTION
Établir des attentes mutuelles claires	Les travailleurs de la santé et les patients doivent établir une liste d'attentes pour l'unité ou l'établissement de santé. Dans un premier temps, ces attentes doivent être décidées indépendamment par les deux groupes; après cela, elles doivent être convenues d'un commun accord. Cette liste doit être visible pour tous dans l'unité ou dans l'établissement de santé et elle doit être référencée de façon cohérente.
Utiliser des mots doux	Les travailleurs de la santé et les patients doivent travailler en collaboration pour éviter l'amorçage des frustrations et des problèmes de communication. Les établissements de santé doivent créer et mettre à jour régulièrement des affiches affichant des conseils visant à utiliser des « mots doux » et à distribuer des cartes postales aux travailleurs avec des rappels sur la façon de structurer la communication de manière positive.
Prendre la parole	Les travailleurs de la santé doivent comprendre les techniques de désamorçage de base à avancées et les informations doivent être présentées par un « champion de la parole » au sein de l'organisation. Des affiches et des documents distribués doivent être mis à la disposition de tous les travailleurs afin de promouvoir l'utilisation des techniques de communication.
Adopter un discours positif	Les rapports de changement de quart remis au personnel arrivant misent souvent sur les comportements difficiles d'un patient ou les risques qu'il présente pour les autres. Cela peut créer une perception négative de cette personne. Par ailleurs, les travailleurs de la santé doivent mettre l'accent sur quelque chose de positif chez chaque patient tout en fournissant un rapport et offrir une éventuelle compréhension psychologique de tout comportement difficile ou perturbateur.
Atténuer les mauvaises nouvelles	Les travailleurs de la santé doivent être conscients des mauvaises nouvelles qui sont annoncées (ou sur le point de l'être) aux patients et des réactions de colère ou d'offense qui pourraient en résulter. Lorsque les travailleurs de la santé peuvent anticiper les mauvaises nouvelles, ils peuvent soutenir et faciliter la discussion, exprimer de l'empathie, reconnaître la frustration et être réceptifs aux préoccupations pour éviter les conflits.
Se connaître les uns les autres	Dans un effort de collaboration pour établir des relations thérapeutiques, les travailleurs de la santé et les patients doivent créer des profils d'informations d'une page qu'ils sont prêts à partager. Les profils peuvent comprendre des éléments comme les goûts et les aversions, et ils peuvent être plastifiés et partagés au chevet des patients et dans un espace public de l'établissement de santé pour les travailleurs.

INTERVENTION	DESCRIPTION
Tenir une réunion d'entraide	Une réunion volontaire de tous les patients et les travailleurs de la santé en service doit être tenue régulièrement pour créer une culture d'aide et de compréhension (plus les réunions ont lieu régulièrement, plus elles peuvent être courtes). La réunion peut être structurée et aborder la façon dont chacun peut s'entraider pendant la journée.
Utiliser des méthodes calmes	Les établissements de santé doivent avoir une boîte contenant des éléments pour les patients qui peuvent favoriser le confort et un effet calmant en cas de besoin. Les outils doivent être utilisés (sous surveillance) par un patient de plus en plus agité. La boîte peut contenir des éléments comme des balles anti-stress, des couvertures ou des pages à colorier.
Rassurer	À la suite d'un incident susceptible de provoquer de l'anxiété chez les patients dans un établissement de santé, il faut parler à toutes les personnes afin d'évaluer leur compréhension et de fournir une explication. Les patients doivent être encouragés à se sentir en sécurité et les travailleurs de la santé doivent comprendre l'effet que l'incident a eu sur chaque personne.
Afficher des messages au congé de l'hôpital	Au congé de l'hôpital, les travailleurs de la santé doivent demander si le patient souhaite écrire un message pour l'afficher dans l'unité ou dans l'établissement de santé. Le message doit comprendre son nom, ce qu'il a aimé dans l'unité, des conseils positifs pour les nouveaux patients et ce qui s'est passé dans l'unité pendant son séjour. On doit montrer ces messages aux nouveaux patients pour les rassurer lors de leur admission.

Source : Adaptation par le groupe d'experts de l'AIIAO de Safewards : Resources for Safewards Implementation; 2018. Accessible sur la page Web : <http://www.safewards.net/>.

Annexe K : Cocarde portée autour du cou pour les interventions en matière de communication

Cette annexe fournit un outil pour guider les étudiants sur les interventions en matière de communication pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation dans les contextes de pratique. Dans une étude de Fehr et de Seibel (2016), les étudiants ont utilisé l'outil comme cocarde portée autour du cou pour les aider à réagir au comportement d'intimidation au fur et à mesure qu'il se produit.

Figure 12 : Interventions en matière de communication pour lutter contre le harcèlement et l'intimidation

ARRÊTER, RÉFLÉCHIR ET INTERVENIR
QUOI DIRE

Affront verbal (remarques sournoises secrètes ou manifestes)
Que voulez-vous dire par ce commentaire?

Insinuations non verbales (froncer les sourcils, faire des grimaces)
Je vois d'après votre expression faciale que vous pourriez être confus. Que devez-vous savoir d'autre?

Rétention d'informations (liées à sa pratique ou à un patient)
Je sens que vous ne me dites pas tout ce que je dois savoir.

Sabotage (toute interférence sournoise dans la production, le travail)
Je pense que cela n'aurait pas dû se produire. Nous devons en parler en

Sousminement des activités (affaiblir, blesser, détruire par des moyens secrets ou insidieux)
Je sens que vous ne me faites pas confiance. Allez-vous me dire pourquoi?

Luttes internes (querelles avec ses pairs)
Nous devons arrêter ce comportement et apprendre à travailler ensemble.

Trahison (trahir un ami ou un associé)
Je ne me sens pas à l'aise de parler de (nom de la personne) quand il(elle) n'est pas présent(e).

Confiance brisée
Ce sont des informations qui doivent rester confidentielles.

Bouc émissaire (attribuer le blâme à une personne pour les lacunes des autres)
Nous ne pouvons pas blâmer une personne pour tout ce qui ne va pas.

Commérage (bavardage, rumeur sans fondement)
Il s'agit d'une conversation inappropriée qui ne devrait pas avoir lieu.

Élaboré par M. Griffen (2004), modifié par N. Fleming et L. Sutherland (2011).
Utilisé avec autorisation.

Source : Réimprimé avec l'autorisation de Fehr FC, Seibel LM. Cognitive rehearsal training for upskilling undergraduate nursing students against bullying: a qualitative pilot study. Quality Advancement in Nursing Education. 2016; 2(1), article 5 DOI: <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1058>.

Annexe L : Échelle de vulnérabilité de l'enquête sur la santé et la sécurité au travail

L'annexe suivante est la mesure de vulnérabilité en matière de santé et de sécurité au travail (SST). Elle a été élaborée à l'Institute for Work & Health (IWH) pour évaluer le risque de blessure et de maladie au travail. L'échelle évalue la vulnérabilité dans quatre domaines :

1. Exposition aux dangers
2. Politiques et procédures en milieu de travail
3. Sensibilisation des travailleurs aux dangers et aux droits et responsabilités en matière de SST
4. Autonomisation des travailleurs pour participer à la prévention des blessures et des maladies.

La mesure peut être utilisée avant et après une initiative de mise en place de programme de prévention de la violence pour évaluer l'efficacité au sein d'une organisation.



Figure 13 : Mesure pour évaluer le risque de blessure et de maladie au travail

Sondage sur la perception relative à l'hygiène et à la sécurité au travail

Nous vous invitons à répondre au présent sondage afin de faire valoir votre point de vue au sujet de votre travail et l'incidence de celui-ci sur votre santé et votre sécurité.

Veuillez répondre aux questions suivantes sur les dangers auxquels vous faites face au travail ainsi que sur les politiques et procédures sur l'hygiène et la sécurité au travail en place pour vous protéger. Le sondage est anonyme, c'est-à-dire que nous ne vous demandons pas de dévoiler votre nom. Vos réponses aideront à déterminer les secteurs qui devraient être améliorés pour mieux protéger la santé et la sécurité des employés.

Répondez soigneusement à chaque question. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Pour chaque question, indiquez la réponse qui, selon vous, répond le mieux à la question. (NSP/SO correspond à Ne sais pas/Sans objet).

Partie 1 : Dangers dans le milieu de travail

Les questions de cette section touchent aux dangers pour la santé et la sécurité auxquels vous êtes exposé dans votre travail. Pour chacune des tâches ci-dessous, veuillez choisir la mention qui décrit le mieux la fréquence à laquelle vous effectuez la tâche ou vous y êtes exposé.

À quelle fréquence effectuez-vous les tâches suivantes?	Jamais	Une fois par année	Tous les 6 mois	Tous les 3 mois	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour	NSP/SO
1. Soulever, transporter ou pousser manuellement des objets de plus de 20 kg (45 lb) au moins 10 fois par jour								
2. Effectuer des mouvements répétitifs avec vos mains ou vos poignets (emballer, trier, assembler, nettoyer, tirer, pousser, écrire à la machine) pendant au moins 3 heures par jour								
3. Effectuer des tâches ou utiliser des méthodes de travail que vous ne connaissez pas								
4. Être en contact avec des substances dangereuses comme des produits chimiques ou des liquides et gaz inflammables								
5. Travailler dans une position penchée, tordue ou inconfortable								
6. Travailler à une hauteur de 2 mètres (~6 pieds) ou plus au-dessus du sol								
7. Travailler dans un endroit où les niveaux de bruit sont tellement élevés que vous devez élever la voix pour parler à des gens qui sont à moins d'un mètre de vous								
8. Subir de l'intimidation ou du harcèlement au travail								
9. Vous tenir debout pendant plus de 2 heures de suite								

Partie 2 : Politiques et procédures en milieu de travail

Les questions de cette section touchent aux genres de politiques et de systèmes qui sont en place pour rendre votre milieu de travail sécuritaire. Pour chacun des énoncés suivants, veuillez choisir la mention qui indique le mieux dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé.

À mon lieu de travail...	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP/SO
10. Tous les employés reçoivent une formation en hygiène et en sécurité au travail quand ils commencent un emploi, changent d'emploi ou utilisent de nouvelles techniques					
11. Il existe une communication régulière entre les employés et la direction au sujet des questions de sécurité					
12. Des systèmes sont en place pour cerner, prévenir et éliminer les dangers au travail					
13. L'hygiène et la sécurité au travail sont considérées être tout aussi importantes que la production et la qualité					
14. Il y a un comité mixte d'hygiène et de sécurité actif et efficace ou un délégué à l'hygiène et à la sécurité					
15. Les incidents et accidents font rapidement l'objet d'une enquête afin d'améliorer l'hygiène et la sécurité au travail					
16. Les communications sur les procédures d'hygiène et de sécurité au travail sont présentées d'une manière facile à comprendre					

Partie 3 : Sensibilisation à l'hygiène et la sécurité au travail

Cette section cherche à déterminer vos connaissances au sujet de l'hygiène et de la sécurité au travail (p. ex., les dangers, les droits et responsabilités des employés et des employeurs). Pour chacun des énoncés suivants, veuillez choisir la mention qui indique le mieux dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé.

À mon lieu de travail...	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP/SO
17. Je connais clairement mes droits et responsabilités à l'égard de l'hygiène et de la sécurité au travail					
18. Je connais clairement les droits et responsabilités de mon employeur à l'égard de l'hygiène et de la sécurité au travail					
19. Je sais comment faire mon travail en toute sécurité					
20. Si je me rends compte d'un danger pour l'hygiène ou la sécurité, je sais à qui je devrais le signaler (à mon lieu de travail)					
21. Je possède les connaissances nécessaires pour intervenir en cas de toute préoccupation en matière d'hygiène et de sécurité de travail à mon lieu de travail					
22. Je sais quelles sont les précautions nécessaires que je devrais prendre dans l'exécution de mon travail					

Partie 4 : Participation à l'hygiène et la sécurité au travail

Cette section cherche à déterminer votre capacité à poser des questions au sujet de l'hygiène et de la sécurité au travail, et votre capacité à y participer. Votre capacité à participer aux activités visant à rendre votre lieu de travail plus sécuritaire dépend des mesures que vous prenez et de vos aptitudes, ainsi que des mesures prises par l'employeur et des pratiques de celui-ci. Pour chacun des énoncés suivants, veuillez choisir la mention qui indique le mieux dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec l'énoncé.

À mon lieu de travail...	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	NSP/SO
23. Je n'hésite pas à exprimer mes préoccupations ou faire des suggestions concernant l'hygiène et la sécurité de mon travail					
24. Si je remarque un danger, je le signale à la direction					
25. Je sais que la direction ne me fera pas de reproches si je cesse de travailler parce que j'estime que la situation n'est pas sécuritaire					
26. Si mon milieu de travail n'était pas sécuritaire, je ne dirais rien en espérant que la situation s'améliore avec le temps (notation inversée)					
27. Je dispose de suffisamment de temps pour exécuter mes tâches de travail de façon sécuritaire					

Merci pour votre participation.



© 2016 Le présent document est couvert par une licence internationale 4.0 Creative Commons (paternité, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. Cela signifie que cette enquête peut être utilisée et partagée tant que IWH est crédité en tant que source, l'outil n'est pas modifié et l'outil est utilisé à des fins non commerciales. Si vous souhaitez modifier et/ou utiliser l'outil à des fins commerciales, veuillez communiquer à l'adresse ip@iwh.on.ca.

Cette enquête fait partie de la mesure de vulnérabilité en matière de SST élaborée par l'Institute for Work & Health (IWH), un organisme à but non lucratif situé à Toronto, au Canada, qui vise à promouvoir, à protéger et à améliorer la sécurité et la santé des travailleurs en menant des recherches exploitables qui sont appréciées par les employeurs, les travailleurs et les décideurs politiques.

L'outil complet est également disponible en ligne à l'adresse : www.iwh.on.ca/ohs-vulnerability-measure

L'Institute for Work & Health fonctionne grâce au soutien de la province de l'Ontario. Les points de vue exprimés dans cette publication sont ceux de l'institut et ne reflètent pas nécessairement ceux de la province de l'Ontario.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer à l'adresse info@iwh.on.ca.

Institute for Work & Health
481, avenue University, bureau 800
Toronto (Ontario) Canada M5G 2E9



Research Excellence
Advancing Employee
Health

www.iwh.on.ca

Source : Tiré du Institute for Work & Health (IWH). Sondage sur la perception relative à l'hygiène et à la sécurité au travail [Internet]. Toronto (Ontario) : IWH; 2016. Accessible sur la page Web : https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/sondage_sur_la_perception_relative_au_travail_2017.pdf. Réimpression autorisée.

Annexe M : Ressources

Le **tableau 17**, qui a été compilé par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et les membres du comité d'experts – avec les données d'examineurs-intervenants externes – énumère certaines des principales organisations qui fournissent de l'information ou des ressources sur la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail. D'autres ressources peuvent être disponibles au niveau local. Les cliniciens sont également encouragés à rechercher des soutiens locaux vers qui ils peuvent référer les gens.

Les liens vers les sites Web sont fournis à titre d'information seulement; l'AIIAO n'est pas responsable de la qualité, de l'exactitude, de la fiabilité ou de l'actualité des renseignements offerts par ces sources. En outre, l'AIIAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions sur ces ressources doivent être adressées à la source.

Tableau 17 : Organisations qui fournissent de l'information ou des ressources sur la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Arete Safety Training and Protection, Inc.	Propose des ateliers sur la violence et les conflits en milieu de travail. Les ateliers sont personnalisables pour répondre aux besoins du milieu de travail.	http://www.arete.ca/programs/service-to-safety-workplace-violence-prevention-training/
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST)	Le CCHST offre aux Canadiens et au monde entier des outils et des ressources crédibles et pertinents pour améliorer les programmes de santé et de sécurité au travail.	https://www.cchst.ca/
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII)	La FCSII défend les infirmières et les infirmiers syndiqués et les étudiants en sciences infirmières partout au Canada, fait la promotion de la profession infirmière à l'échelle nationale et vise à protéger la qualité des soins de santé pour les patients. Le site Web fournit bon nombre d'outils et de ressources liés à divers sujets, notamment la violence psychologique, la violence en milieu de travail et l'intimidation.	https://fcsii.ca/ https://fcsii.ca/?s=workplace+violence

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Représente les infirmières et infirmiers autorisés canadiens à l'échelle nationale et internationale dans le but d'influencer les politiques publiques en matière de santé et de défendre le rôle des infirmières et infirmiers autorisés dans le milieu de la santé. Fournit également un code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés.	https://www.cna-aiic.ca https://www.cna-aiic.ca/~/_/media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-edition-2017-secure-interactive.pdf?la=fr
Institut canadien pour la sécurité des patients	Fournit des outils et des ressources aux patients, aux fournisseurs de soins de santé et aux chefs pour assurer des soins de santé sécuritaires, en mettant particulièrement l'accent sur la sécurité des patients et la qualité.	www.patientsafetyinstitute.ca/fr/pages/default.aspx
Qualité des services de santé Ontario (QSSO)	« La QSSO est le chef de file provincial de la qualité des soins de santé. Elle aide le personnel infirmier, les médecins et les autres professionnels de la santé qui travaillent en première ligne à être plus efficaces dans ce qu'ils font en leur fournissant des conseils et des données objectifs et en les aidant, ainsi que le gouvernement, à améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario. » (141).	www.hqontario.ca/Accueil
International Association on Workplace Bullying and Harassment (IAWBH)	L'IAWBH est un groupe d'universitaires et de praticiens qui se spécialisent dans le domaine de l'intimidation et du harcèlement en milieu de travail. Le but de l'association est « de stimuler, de générer, d'intégrer et de diffuser la recherche et la pratique fondée sur des données probantes dans le domaine de l'intimidation et du harcèlement en milieu de travail ».	https://www.iawbh.org/
National Alliance for Safety and Health in Healthcare (NASHH)	La NASHH a été créée pour réduire et éliminer les blessures en milieu de travail en première ligne concernant la santé et les soins gériatriques au Canada. Elle est composée de sept associations provinciales de sécurité des soins gériatriques.	http://nashh.ca

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Ministère du Travail de l'Ontario – La violence au travail et le harcèlement au travail	Fournit des informations sur la Loi sur la santé et la sécurité au travail, y compris de la formation, des outils et des ressources sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes sur la violence et le harcèlement au travail.	https://www.labour.gov.on.ca/french/hs/topics/workplaceviolence.php
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO)	L'AIIO est le syndicat qui représente les infirmières et infirmiers autorisés, les professionnels de la santé et les étudiants affiliés en Ontario. Le site Web fournit des conseils et des ressources sur la violence et le harcèlement au travail.	https://www.ona.org/about-ona/our-vision-mission-and-history/ https://www.ona.org/member-services/health-safety/violence-harassment/
Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP)	L'ASSSP travaille avec les employés du secteur public pour offrir une formation et des ressources en santé et sécurité au travail. Plus précisément, son site Web met l'accent sur la violence en milieu de travail et fournit des ressources, des documents justificatifs et des recommandations sur la violence en milieu de travail dans les soins de santé.	https://www.pshsa.ca/workplace-violence/
Safety First Training	Safety First Training est un fournisseur de services de santé et de sécurité au travail. Ces services comprennent des cours de formation en ligne et sur place sur la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail. Cette formation offre aux personnes (a) les connaissances nécessaires pour déterminer les situations potentiellement violentes et (b) les compétences et les stratégies pour les prévenir ou les gérer.	https://www.safetyfirsttraining.ca/course/onsite-training/workplace-violence-harassment-training/

ORGANISATION, PROGRAMME OU RESSOURCE	DESCRIPTION	LIEN
Sigma Theta Tau International (STTI)	<p>STTI est un organisme à but non lucratif dont le but est de faire progresser la santé mondiale et de célébrer l'excellence en matière de bourses d'études, de leadership et de service en sciences infirmières. STTI offre de nombreuses activités d'apprentissage en ligne de formation continue en soins infirmiers qui sont évaluées par des pairs et interactives, y compris un cours en ligne « Intimidation en milieu de travail ».</p>	<p>https://www.sigmanursing.org/sigma_branded_homepageupdate</p> <p>https://www.sigmamarketplace.org/bullying-in-the-workplace-solutions-for-nursing-practice-online-course.html</p>
Workplace Safety & Prevention Services (WSPS)	<p>WSPS fournit des outils et des ressources sur la violence et le harcèlement en milieu de travail, y compris une trousse sur l'élaboration de politiques et de programmes en matière de violence et de harcèlement. Ces services proposent également des cours en ligne sur la détermination de la violence et l'établissement d'un programme de prévention pour votre organisation.</p>	<p>http://www.wsps.ca/Information-Resources/Topics/Violence-Harassment.aspx</p>

Annexe N : Description de la trousse

Les LDPE ne peuvent être mises en pratique avec succès que si la planification, les ressources et les soutiens organisationnels et administratifs sont adéquats et si des mesures de facilitation appropriées sont en place. Afin de favoriser la réussite de la mise en pratique des LDPE, un comité d'experts de l'AIIO réunissant des infirmières, des chercheurs et des administrateurs a élaboré le document intitulé *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (1). La *Trousse* se base sur des données probantes, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en pratique de toute LDPE dans un contexte clinique ou un milieu de travail sain dans une organisation de soins de santé.

La *Trousse* fournit des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux mesures de facilitation de la mise en pratique de la LDPE. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont terminées. Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de mise en pratique des connaissances (110) :

1. Détermination du problème : détermination, examen et sélection des connaissances (LDPE).
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
 - évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances;
 - détermination des ressources.
3. Sélection, adaptation et mise en pratique des interventions.
4. Surveillance de l'application des connaissances.
5. Évaluation des résultats.
6. Maintien de l'application des connaissances.

Modifier les pratiques et produire un impact clinique positif par la mise en pratique de LDPE est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Elle peut être téléchargée à l'adresse https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Toolkit_2ed_French_with_App.E.pdf.

Appuis



Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

85, rue Grenville, bureau 400, Toronto (Ontario) M5S 3A2
TÉL. : 416-946-8833 TÉLÉC. : 416-964-8864

Le 11 décembre 2018

Dre Doris Grinspun, DG
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl
Toronto (Ontario)
M5H 13L

Madame Grinspun,

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) est heureuse d'offrir son soutien et son appui à la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO – Violence, harcèlement et intimidation : Prévention et gestion sur le lieu de travail en matière de soins de santé, deuxième édition.

Les travailleurs de la santé sont plus exposés à la violence en milieu de travail que les travailleurs d'autres entreprises et secteurs. Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires est une ressource utile pour le personnel infirmier et les membres de l'équipe interprofessionnelle, y compris les chefs officiels, pour aider à déterminer, à prévenir et à gérer la violence, le harcèlement et l'intimidation en milieu de travail.

Il existe un certain nombre d'outils et de stratégies utiles pour aider les milieux de travail à créer des lieux de travail sécuritaires.

Félicitations pour cet important travail.

Cordialement,

L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

Vicki McKenna, IA
Présidente

C. Erica D'Souza, chef de projet, Science de la mise en œuvre, AIIAO
Cathryn Hoy, première vice-présidente
Laurie Brown, vice-présidente, Santé et sécurité
Beverly Mathers, directrice générale par intérim
Carol Anderson, directrice principale, Pratique et défense des soins infirmiers

Bureau provincial : Toronto
Bureaux régionaux : Ottawa – Hamilton – Kingston – London
Orillia – Sudbury – Thunder Bay – Timmins – Windsor



Safe Environments. Healthy Workers.

Le 11 décembre 2018

Doris Grinspun, IA, M.Sc.inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Docteur Grinspun,

En tant qu'association de sécurité en Ontario qui appuie les secteurs de la santé et de l'éducation, l'Association de santé et sécurité pour les services publics (ASSSP) est heureuse d'offrir son soutien et son appui à la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO – Violence, harcèlement et intimidation : Prévention et gestion sur le lieu de travail en matière de soins de santé, deuxième édition.

La mission de l'ASSSP est de créer des milieux de travail plus sûrs grâce à la collaboration, l'innovation et le transfert des connaissances. Le processus rigoureux utilisant la méthodologie GRADE et l'engagement des intervenants qui ont participé à l'élaboration de cette ligne directrice assure qu'il sera une ressource inestimable pour les chefs, le personnel infirmier, les étudiants et tous les membres de l'équipe interprofessionnelle.

L'ASSSP soutient depuis longtemps la nécessité d'une ligne directrice et d'un soutien cohérents pour résoudre ce problème complexe. La présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO fournit une approche succincte et à plusieurs facettes pour aider les milieux de travail de la santé et les établissements d'enseignement à atténuer le problème omniprésent de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail.

Merci pour votre dévouement à la prévention de la violence en milieu de travail et pour votre aide auprès de l'AIIAO pour permettre un avenir plus sain et plus sûr pour les travailleurs de la santé et les patients de l'Ontario.

Cordialement,

Glenn Cullen
DG et CE
Association de santé et sécurité pour les services publics

4950, rue Yonge
18e étage, bureau 1800
Toronto (Ontario) Canada M2N 6K1
Téléphone : 416-250-2131
Sans frais : 1 877-250-7444

Suivez-nous
@PSHSAca
Association de santé et sécurité pour les services publics
Youtube.com/PSHSA
@PSHSA



PSHSA.ca



Le 28 janvier 2019

Doris Grinspun, IA, M.Sc.inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, rue Pearl, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Madame Grinspun,

Au nom de la Sigma Theta Tau International (Sigma) Honor Society of Nursing, nous avons le plaisir d'appuyer la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) – Prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation dans les milieux de travail de la santé. Nous félicitons l'AIIAO pour ce travail très important visant à promouvoir des environnements de travail plus sécuritaires pour le personnel infirmier et tous les travailleurs de la santé. Notamment, nous apprécions l'inclusion de la promotion d'un environnement de travail sûr dans le milieu universitaire, car le milieu universitaire n'est pas souvent intégré dans ce travail.

Comme vous le savez, Sigma se consacre à la progression de la santé mondiale et à la célébration de l'excellence en matière de bourses d'études, de leadership et de service en sciences infirmières. Avec plus de 135 000 membres actifs provenant de plus de 90 pays, nous faisons la promotion de programmes et de services axés sur la formation, le leadership, le perfectionnement professionnel, les soins infirmiers fondés sur des données probantes, la recherche et les bourses d'études.

Nous sommes convaincus que la LDPE de l'AIIAO sur la prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation dans les milieux de travail de la santé permettra au personnel infirmier de tous les niveaux de fournir des soins fondés sur des données probantes et axés sur la personne dans des environnements de travail sûrs à l'échelle internationale.

Merci pour votre leadership dans l'élaboration de ce travail impressionnant.

Cordialement,

A handwritten signature in black ink that reads "Beth Baldwin Tigges". The signature is written in a cursive, flowing style.

Beth Baldwin Tigges, Ph. D., IA, PNP-BC
Présidente de 2017 à 2019

SigmaNursing.org

550 W. North Street, Indianapolis, IN 46202

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

ISBN 978-1-926944-78-4



9 781926 944784

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario