

FEMMES  SANTÉ



Tolérance
ZÉRO

Travailler
dans la
dignité

*« Je suis une survivante de violence (...).
La violence faite aux infirmières n'est pas reconnue
comme un problème de violence au travail.
Les autorités de l'hôpital m'ont dit qu'elles ne pouvaient
pas prendre de mesures de sécurité parce que cela
coûterait cher. Rien n'est prévu pour assurer la santé
émotive des travailleuses. On considère que c'est un
risque inhérent à l'emploi... »*

*Témoignage d'une infirmière au
Comité canadien sur la violence faite aux femmes*

Lettre aux infirmières

Quotidiennement, les infirmières écoutent, rassurent, soulagent, accompagnent. Mais leur apport spécifique, unique aux soins, n'est toujours pas reconnu. Les soins sont invisibles comme l'est généralement le travail accompli par les femmes. Dans un univers technique de plus en plus déshumanisant, tous les gestes entourant la guérison, la santé, le passage à la vie ou à la mort sont désormais jugés à l'aune de la rentabilité. Dans une conjoncture où les fardeaux de tâche se conjuguent avec les coupures et les compressions, le risque que ce mépris des soins rejaillisse sur celles qui les prodiguent se trouve accru.

À cette négation de la valeur de leur travail, s'ajoute la violence qui s'exerce à leur endroit. Notre enquête l'a démontré, chiffres à l'appui, les milieux de santé au Québec constituent une menace pour l'intégrité physique et psychologique des infirmières. Il est donc urgent que celles-ci prennent soin d'elles et effectuent leur propre virage : celui de se choisir enfin et de mettre leurs besoins au premier plan. Difficile virage pour celles qu'on a toujours définies et qui se sont elles-mêmes définies au service des autres. Mais virage obligé avant que celui imposé par le Gouvernement et les administrations locales ne vienne mettre en péril l'équilibre émotif dont elles ont besoin pour soigner. Comment peut-on véritablement soigner dans la peur ou dans la course folle contre la montre ?

La présente brochure éclaire le premier de ces éléments : la violence. Pour y faire face, elle propose une démarche d'affirmation dans un objectif de se faire respecter comme femme et comme infirmière. L'action à mener pour atteindre un tel objectif peut sembler énorme. Puisqu'il s'agit ici de transformer tout un système organisationnel figé dans son refus de reconnaître la violence et qui se déresponsabilise en l'occultant ou en la banalisant.

Pourtant le changement doit avoir lieu. Notre enquête révèle une situation grave et inacceptable pour l'ensemble des infirmières. Il serait illusoire d'attendre le changement d'en haut. Non, cette transformation ne pourra s'effectuer que par les infirmières elles-mêmes. Cette transformation va s'amorcer le jour où une infirmière va décider qu'elle ne permet plus à personne d'exercer un pouvoir qui la touche dans son amour d'elle-même. Cette transformation va s'élargir le jour où cette infirmière ne sera plus seule mais avec d'autres, des centaines, des milliers d'autres qui vont faire, avec elle, le même choix. Alors, les choses vont commencer à changer et le

Le système va bouger. Les infirmières seront alors en mouvement et ce mouvement sera irréversible. Ensemble, nous aurons commencé à prendre le pouvoir que nous avons.

Le secteur Condition féminine, dans la préparation de cette brochure, est redevable au mouvement des femmes, particulièrement aux féministes qui ont œuvré au niveau de la violence conjugale. Soulignons ici le travail de celles qui ont développé le modèle d'intervention féministe basée sur une approche de dévictimisation. À cet égard, mentionnons la collaboration de Dominique Bilodeau, dont l'expérience auprès des maisons d'hébergement nous fut si précieuse, et les conseils judicieux de Colette Gendron dont les travaux ont contribué à éclairer les infirmières sur la place qu'elles doivent prendre.

Quand à notre apport, il faut le considérer comme un pas de plus dans l'exploration de la violence au travail. Il consiste principalement à avoir adapté à la réalité du monde du travail et traduit dans une démarche collective, des outils conçus pour mettre un terme à la violence dans le privé. Notre apport s'est traduit aussi par la vaste enquête que nous avons effectuée, en 1995, sur les différentes manifestations, l'ampleur et les effets de la violence vécue par les infirmières, mettant ainsi en lumière d'autres facettes de la violence faite aux femmes. Il en va ainsi des échanges : quand un groupe de femmes prend conscience de son pouvoir, questionne ses solidarités et décide d'agir, c'est tout le mouvement des femmes qui s'en trouve consolidé.

Les infirmières doivent briser leur silence. Elles doivent prendre la mesure de leur valeur et de la valeur de leur travail et s'affirmer. Assurées de l'appui de leur syndicat et exigeant de la direction de leur établissement qu'elle se responsabilise face à la violence qu'elles subissent : c'est de cette façon que pourra s'instaurer la tolérance zéro et que les infirmières québécoises pourront enfin ... travailler dans la dignité.

*Michèle Allard
Madeleine Belleau
Sylvie Boulanger
Lucie Girard
Ro Licata
Elahé Machouf
Ghislaine Marenger*

Table des matières

Une expérience personnelle	7
La violence : une définition	8
LES INFIRMIÈRES : UN POUVOIR À PRENDRE	9
Une tolérance élevée : un indicateur d'impuissance	9
La socialisation	9
La formation infirmière	10
La caution des établissements	11
Les expériences personnelles	12
De l'impuissance au pouvoir : un processus de dévictimisation	13
Le risque de l'affirmation	13
Les cercles de l'impuissance et du pouvoir	17
Des stratégies d'actions	22
L'intuition	22
Pas de soins à tout prix	23
Fixer ses propres limites	24
Être solidaire de ses compagnes	25
LE SYNDICAT : UN ALLIÉ NATUREL	27
Volet solidarité : une action auprès des infirmières violentées	27
Volet sensibilisation et mobilisation	27
Volet partenariat : une action dans le milieu	28
LA DIRECTION : UNE ALLIANCE À DÉVELOPPER	29
Dans un engagement formel	29
Au code d'éthique	30
Dans une politique générale	30
UNE ACTION CONCERTÉE : UNE MARCHÉ À SUIVRE	33
CONCLUSION	35
NOTES	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXE	38

Une expérience personnelle

Comme infirmière, avez-vous déjà vécu de la violence au travail ou avez-vous été témoin d'une agression subie par l'une de vos collègues ? Pour y voir plus clair, nous vous suggérons de cocher, s'il y a lieu, les agressions dont vous avez été victime ou témoin :

Formes de violence*	médecin	supérieur hiérarchique	autre personnel	bénéficiaire	entourage bénéficiaire
Violence psychologique					
1. Insulte verbale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Insulte gestuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Engueulade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Crise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Humiliation devant bénéficiaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Humiliation devant équipe de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Chantage à caractère non sexuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pression ou contrôle excessif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violence physique					
1. Se faire cracher dessus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Se faire mordre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se faire gifler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Se faire griffer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se faire pincer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se faire agripper, bousculer, tasser rudement pour être contrainte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Se faire projeter un objet sur soi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Se faire frapper à coups de poing ou à main nue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Se faire frapper avec un objet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Se faire agresser avec une arme blanche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Se faire agresser physiquement d'une autre façon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violence sexuelle					
1. Sifflements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Blague grivoise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Questions intimes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Appel téléphonique obscène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Frôlements, attouchements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Soulèvement des vêtements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Baiser forcé ou tentative d'embrasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Gestes exhibitionnistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Chantage à caractère sexuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Assaut sexuel, tentative de viol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Viol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menaces					
1. Intimidation verbale diffuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Menace de frapper ou de blesser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Menace de mort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Menace avec une arme blanche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Menace avec un autre objet brandi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Menace avec une arme à feu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Menace orientée vers des proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Autre type de menace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Tiré de l'enquête FIIQ, 1995.

Si vous avez coché au moins une case et que, dans cette situation, vous vous êtes sentie blessée, dévalorisée ou impuissante, cette brochure peut s'avérer un outil important pour vous aider à comprendre ce qui s'est passé et à être mieux préparée pour faire face à des situations semblables.

Il se peut aussi que vous n'ayez rien coché parce que vous considérez n'avoir jamais fait l'objet d'une manifestation de violence. Cette brochure vous concerne tout autant ne serait-ce que pour mieux comprendre et appuyer les compagnes qui auraient besoin de votre appui et de votre solidarité.

Ce que nous vous proposons est une démarche vers une plus grande affirmation de vous-même. *Se faire respecter comme femme et comme infirmière* : voilà tout un programme. Attendez-vous à ce que cela ait un impact sur votre entourage. On ne peut passer de l'impuissance au pouvoir sans que cela ne fasse de vagues. Mais il faut compter avec les gains, ceux qui vont aller dans le sens de développer vos habiletés affirmatives. Avec un tel enjeu, êtes-vous prête à entreprendre cette démarche avec nous ?

La violence : une définition

Dans les études sur la violence faite aux femmes, la perspective est large. Elle englobe l'idée de domination et de contrainte. On parlera donc de violence *« dans tous les cas où quelqu'un cherche à imposer sa volonté à une autre personne, que ce soit par la force physique, les menaces verbales, l'humiliation, etc. »*¹

À la FIIQ, le membership est presque exclusivement féminin. Tout en ayant une préoccupation de mettre fin aux situations qui porte atteinte à leur intégrité physique et sexuelle, les infirmières éprouvent un sentiment d'urgence à l'égard de la violence psychologique, violence plus insidieuse mais dont elles connaissent, au quotidien, les effets destructeurs.

Dans cette perspective, nous avons privilégié une définition de la violence qui est celle qui a guidé les travaux du Comité canadien sur la violence faite aux femmes, qui fut également reprise dans la recherche de l'Intersyndicale des femmes et qui figure dans la déclaration des Nations-Unies :

Ce choix situe d'emblée les infirmières dans un objectif de *tolérance zéro*. Les faits troublants qui se sont dégagés de notre enquête nous font prendre conscience de l'urgence d'agir. Mais avant de nous pencher sur des moyens concrets pour transformer la situation, explorons d'abord la difficulté que nous éprouvons face à la violence que nous subissons.

*« La violence à l'égard des femmes désigne tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée. »*²

Les infirmières : un pouvoir à prendre

Une tolérance élevée : un indicateur d'impuissance

L'enquête³, menée par la Fédération, révèle qu'une très grande majorité d'infirmières sont victimes de violence au travail puisqu'elles sont touchées dans une proportion de 90 %. L'enquête révèle aussi que quel que soit le type d'agression ou le lieu de travail, elles risquent toutes potentiellement de subir une agression. Un autre constat indique que les infirmières*, à défaut de moyens concrets pour faire face à la violence, utilisent l'oubli comme stratégie de réaction à l'agression.

L'ampleur de la violence qui touche les infirmières mais aussi l'impuissance qui semble en résulter, dans le sens de ne pas entrevoir de solution, se traduisent dans une « tolérance élevée ». En interrogeant ce phénomène de plus près, on constate que rien ne prépare nos membres à faire face à ce genre de situation, ni comme femme ni comme infirmière. C'est ce que nous allons tenter de comprendre à partir des éléments suivants.

La socialisation

C'est à travers la socialisation que les filles font l'apprentissage de leur rôle de femmes. Selon Larouche,⁴ l'intégration des stéréotypes féminins contribue à développer une forme d'incapacité : celle de ne pas s'accorder de pouvoir sur sa vie. Elle souligne que les valeurs transmises encouragent l'oubli de soi, la douceur, la passivité, la censure de la colère, la faible estime de soi, la non-affirmation. Elle soutient que dans ce processus, les filles apprennent à se décentrer de leurs besoins pour se centrer sur ceux des autres et à trouver leur valeur personnelle dans leur rapport avec les autres plutôt que dans leurs réalisations personnelles. Comprendre, excuser ou subir la violence comme une fatalité et non la dénoncer : voilà ce qu'on attend des femmes.

Dans leur ouvrage, *Va te faire soigner t'es malade*, les auteures rendaient publique une étude qui démontrait que les professionnel-le-s de la santé percevaient la santé mentale des femmes à travers les stéréotypes, légitimant et renforçant ainsi les rôles traditionnels.

* La situation des infirmiers est à prendre en compte. Cependant, elle est à distinguer de celle des infirmières à cause du rapport spécifique des femmes à la violence. C'est ce qui explique que cette brochure, comme notre enquête d'ailleurs, s'adresse plus particulièrement aux infirmières.

Tableau 1

CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE « SAINE » MENTALEMENT SELON LES THÉRAPEUTES (ÉTUDE DE BROVERMAN) ⁵		
ADULTE SAIN	HOMME SAIN	FEMME SAINE
Moins soumis	Moins soumis	Soumise
Indépendant	Indépendant	Moins indépendante
Aventureux	Aventureux	Moins Aventureuse
Peu influençable	Peu influençable	Influençable
Plus agressif	Plus agressif	Moins agressive
Compétitif	Compétitif	Peu compétitive
Moins émotif	Moins émotif	Plus émotive
Moins préoccupé par son apparence	Moins préoccupé par son apparence	Plus préoccupée par son apparence
Plus objectif	Plus objectif	Moins objective

*Prendre conscience
de cet héritage,
c'est déjà
commencer à s'en
dissocier et à
ouvrir une porte
sur des attitudes
plus affirmatives.
C'est le début d'un
plus grand pouvoir
sur sa vie.*

Pour s'opposer aux valeurs et aux stéréotypes, ces auteures rappellent qu'il faut aux filles un courage qu'on ne leur a pas enseigné. Elles doivent utiliser des outils qu'elles n'ont pas développés, comme la confrontation ou le risque, puisque ceux-ci relèvent de la compétence masculine⁶.

On pourrait croire que ce tableau n'est plus tout à fait pertinent grâce aux efforts de sensibilisation déployés, depuis, dans la société québécoise, au sujet des stéréotypes. Cependant, les résultats de notre enquête, combinés aux valeurs véhiculées par la formation infirmière, nous amènent à le soumettre à votre réflexion.

La formation infirmière

La formation infirmière vient doubler la socialisation qui a déjà mis l'accent sur les qualités féminines, tels le don de soi, le service aux autres, l'attention à leurs besoins. Si dans l'étape de la socialisation, les infirmières ont appris à *comprendre et à excuser la violence*, ici, elles apprennent qu'elle est un *risque inhérent au nursing*. À cet égard, la formation ne semble pas encore préparer les infirmières à faire face concrètement aux situations d'agression. Elle ne leur apprend pas qu'on peut soigner dans le respect de son intégrité et ne propose aucun comportement d'affirmation face à l'abus de pouvoir.

Mais la formation questionne à un autre niveau. Selon Gendron⁷, elle demeure toujours aussi problématique « *puisque'elle persiste à soumettre l'infirmière à l'autorité du médecin.* » Comme beaucoup d'autres professions féminines, la profession infirmière est dans le prolongement du rôle maternel. Les valeurs féminines qui la fondent tels l'accueil, l'écoute, la compassion... sont dévalorisées parce que

perçues comme des qualités d'effacement.⁸ Pourtant ces valeurs sont incontournables puisque, sans elles, on ne saurait prétendre à une humanisation des soins. Cependant, elles doivent être compensées, équilibrées par la capacité de s'affirmer en n'ayant pas peur d'affronter les conflits qui pourraient en résulter.

Pendant longtemps, les infirmières n'ont pas osé briser cette image de « *personnes douces, gentilles, conciliantes et même soumises* ».⁹ Elles doivent pourtant apprendre à se protéger et à repérer, dans une relation empathique, le seuil de ce qui est inacceptable. C'est de cette façon que la violence ne sera plus un *risque inhérent au nursing*.

La caution des établissements

C'est ici que l'infirmière apprend que la violence *fait partie de la job*. Il s'agit d'une norme implicite, celle qui justifie officieusement la violence dans l'établissement. Dans un tel contexte, le silence des infirmières s'explique. Parce que pour en parler — et ceci est vrai pour toutes les formes de violence que subissent les femmes — il faut se sentir appuyée. Or, beaucoup de directions nient cette réalité. Sauf peut-être pour les violences qui s'expriment dans les milieux psychiatriques où nombre de protocoles balisent ce genre de manifestations en admettant le phénomène et en protégeant le personnel. Pour le reste, l'indifférence et la banalisation tiennent lieu de politiques administratives. On comprend ici l'impuissance ressentie par les infirmières puisque c'est à toute une culture organisationnelle qu'elles font face.

Les établissements de santé et plus particulièrement les centres hospitaliers sont des milieux fortement hiérarchisés. Malgré le fait que la majorité des personnes qui y travaillent soit des femmes, la structure décisionnelle est patriarcale. En effet, la composition de l'appareil administratif et médical est largement masculine. C'est déjà un premier niveau de résistance puisque la majorité de ces décideurs ne sont guère sensibilisés à la violence faite aux femmes. La recherche de l'Intersyndicale des femmes, à laquelle des infirmières de la FIIQ ont participé, démontre bien que d'autres milieux de travail connaissent le même problème. Pour un grand nombre d'hommes, patrons, collègues, ou bénéficiaires de services, « *les femmes sont des servantes tant sur le plan organisationnel que sur le plan personnel. Et celles qui ne se soumettent pas doivent être remises à leur place* ».¹⁰

Si les infirmières ne trouvent pas de support de ce côté, le trouvent-elles du côté des gestionnaires de soins? Voyons voir. La gestion des soins est largement confiée à des femmes qui sont elles-mêmes des infirmières. Dans une enquête, des infirmières révélaient qu'elles ne se sentent pas reconnues par le personnel cadre du nursing qui, disaient-elles, « *les méprise, les culpabilise, les infantilise, ne les consulte jamais pour des changements qui concernent les soins, ne les croit pas quand elles dénoncent des risques, des dangers liés à leur travail* ».¹¹ Plusieurs d'entre elles sont promues à des postes de gestion à cause

justement de leur acceptation de l'ordre établi : elles n'ont aucune animosité face au système en place, au contraire, elles y adhèrent favorisant ainsi le statu quo.¹² Leur leadership ne peut donc pas aller dans le sens d'unir les forces de leur personnel pour transformer le système. Il peut même, dans certains cas, favoriser la division et la compétition¹³ comme en témoigne notre enquête au sujet du harcèlement professionnel. Face à la violence subie par les infirmières, ces cadres ont intégré la norme implicite, à savoir que *ça fait partie de la job* et elles font le message.

Il est vrai que nous avons des attentes particulières quand il s'agit des femmes qui exercent un certain pouvoir. La déception est toujours plus grande quand leur soutien fait défaut. Les infirmières-chefs, capables d'affirmation devant l'autorité, mettent en place les conditions pour un travail d'équipe de qualité valorisant pour elles-mêmes et pour leur personnel. C'est ce que nous souhaitons pour l'ensemble des établissements.

Les expériences personnelles

Chaque infirmière n'arrive pas au travail avec le même bagage d'expérience ni le même vécu par rapport à la violence. Cela a une influence sur le niveau de tolérance de chacune face aux agressions. Selon Pâquet-Deehy¹⁴, être témoin ou vivre des situations victimisantes dans l'enfance augmente le risque d'être à nouveau victime à l'âge adulte. En effet, les mécanismes pour survivre rendent ces femmes plus tolérantes et passives face aux nouvelles violences puisque, selon elle, les agressions peuvent être perçues comme une norme. Elle souligne que leur estime d'elles-mêmes est atteinte et que l'apprentissage de l'incapacité s'étend à d'autres espaces de leur vie. C'est pourquoi les infirmières, victimes de violence au travail, doivent être accueillies dans le respect de leur expérience personnelle. Les *croire*, sans les juger ni les culpabiliser, est le signe d'un *préjugé favorable* : c'est la base de toute notre intervention afin qu'elles entreprennent un cheminement personnel pour s'en sortir.

Mettre ensemble ces éléments, favorise un meilleur éclairage pour comprendre la tolérance élevée des infirmières face aux agressions qu'elles subissent. Il est donc urgent que les infirmières apprennent à protéger leur intégrité physique et psychologique. Mais avant d'aborder des moyens concrets, interrogeons cette impuissance pour voir comment il est possible de la transformer en un pouvoir sur nos vies.

De l'impuissance au pouvoir : un processus de dévictimisation

« ...un processus social qui, par le biais de la socialisation, prépare les femmes à tolérer ou à se responsabiliser des agressions subies et ce, avant même de subir une agression. »¹⁵

On est habité par un sentiment d'impuissance lorsqu'on accepte une situation intolérable en refoulant sa colère, en banalisant l'événement ou en tentant de l'oublier. Il n'est pas suffisant d'avoir accès à des alarmes, des agents de sécurité, des protocoles d'intervention ... Si on ne prend pas conscience que dans certaines situations il y a victimisation, tous ces mécanismes, qui sont des mécanismes de soutien, peuvent s'avérer inutiles. Suite à un long travail auprès des femmes violentées, des féministes ont ainsi défini la victimisation:

Chaque infirmière est donc invitée à se choisir elle-même. Ne plus accepter ce qui l'agresse ou la maintient dans l'impuissance : c'est la première protection, la première prévention.

Le risque de l'affirmation

Si on se penche sur l'impact de la violence sur les infirmières, notre enquête révèle ses effets destructeurs particulièrement au plan psychologique. C'est au chapitre de la colère, de la peur et du sentiment d'impuissance que les taux sont les plus élevés et qu'ils touchent l'ensemble des infirmières.

Comme nous l'avons vu, l'intégration des stéréotypes féminins, accentuée par la formation infirmière, place les infirmières dans une situation où elles n'apprennent pas à s'affirmer et à s'accorder du pouvoir dans leur vie. Prendre conscience de cette impuissance et la nommer est le premier pas. Le second consiste à s'engager dans une démarche de changement vers de nouvelles valeurs que Larouche¹⁶ appelle le processus de dévictimisation, lequel passe par les étapes suivantes : l'estime de soi, l'affirmation et la colère. Ces étapes sont interreliées et vont permettre aux infirmières de quitter la position de victime pour risquer l'affirmation.

- **L'estime de soi**

L'estime de soi diminue dans une expérience de violence. Après une agression, il faut souvent réapprendre à se faire confiance, à croire à nouveau en ses capacités et à cesser de se définir à partir du mépris qu'on a reçu de l'agresseur. Larouche parle ici d'une étape où l'on doit faire l'apprentissage de nouvelles valeurs : se donner la priorité, décider de répondre à ses besoins, établir et défendre son territoire personnel et exiger d'être respectée comme personne. En d'autres mots, c'est s'octroyer une valeur personnelle.

- **L'affirmation de soi**

C'est le refus de la passivité et de l'oubli de soi encouragés par les stéréotypes. La personne qui s'affirme s'octroie suffisamment de valeur pour avoir du pouvoir sur sa vie. Elle exprime ses émotions, ses besoins et ses droits de façon soutenue et dans le respect de l'autre. « *S'affirmer, c'est être capable pour son bien et son intérêt, de se tenir debout sans anxiété excessive et d'exprimer honnêtement ses sentiments ou de soutenir ses opinions sans nier la valeur personnelle de l'autre.* »¹⁷ Le tableau suivant permet de distinguer entre une attitude passive, agressive et affirmative. C'est un bon outil d'observation de nos comportements.

Tableau 2

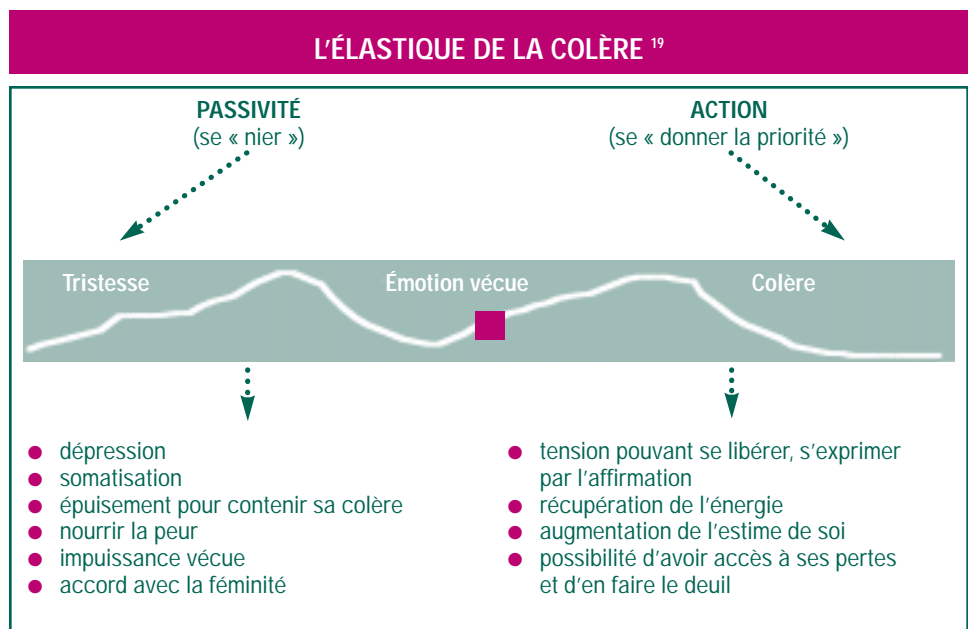
CARACTÉRISTIQUES NON VERBALES DE DIFFÉRENTS TYPES DE COMPORTEMENTS ¹⁸			
COMPOSANTES	COMPORTEMENTS		
	PASSIF	AGRESSIF	AFFIRMATIF
Yeux	Évasifs, fuyants.	Perçants, fixes, dominateurs.	Bon contact.
Posture	Affaissée, tête basse, épaules tombantes, corps replié sur lui-même.	Rigide, tendue, imposante, tête haute, corps droit.	Détendue, ouverture manifeste à ses sentiments et à ceux de l'autre.
Gestes	Anxieux : trop de gestes ou trop peu; mains qui se tordent, qui cachent la bouche, mouvement de recul, tête basse, épaules tombantes.	Hostiles, menaçants, brusques; ex.: pointe du doigt, coups sur la table ou grande indifférence.	Dénotant la sécurité; détendus mais fermes, toujours appropriés au contenu verbal.
Expression faciale	Trop souriante ou trop sérieuse; cherche à annuler ses propres sentiments.	Arrogante, dominante, condescendante, air « pincé » et méprisant.	Chaleureuse, souriante ou triste ou fâchée, mais reflète toujours le sentiment de la personne qui s'affirme.
Voix	Basse, trop douce, pleurnicharde, gorge crispée, diminue l'impact du contenu verbal.	Stridente, forte, sarcastique, ton condescendant.	Assez forte et appropriée au message verbal.

- **La colère**

La colère a une connotation négative particulièrement chez les femmes. Elle est associée à la perte de contrôle et à une situation de conflit. Elle est souvent perçue comme un comportement alors qu'elle est en fait une émotion. On attend des femmes qu'elles se sentent coupables, non qu'elles soient en colère. Il est possible de la manifester positivement sans détruire l'autre, ni l'agresser, dans une attitude affirmative.

La colère est une énergie positive : elle appelle l'action. Quand elle est niée ou refoulée, elle se retourne contre soi et à long terme mène à l'autodestruction. À défaut d'exprimer leur colère, les femmes vont exprimer leur tristesse, ce qui est socialement plus accepté et moins menaçant. Ces deux émotions se retrouvent aux deux bouts de l'élastique. Selon Larouche, certaines femmes ont tendance à tirer juste d'un côté : elles réagissent systématiquement par la tristesse. À tirer juste d'un côté, l'élastique risque de se rompre.

Tableau 3



La colère est liée à l'affirmation de soi. Elle permet de faire respecter ses besoins. C'est une autre façon de voir combien il est important de ne pas l'invalider parce qu'elle permet de passer à l'action. En d'autres mots, elle permet de passer du cercle de l'impuissance au cercle du pouvoir.

Les cercles de l'impuissance et du pouvoir

Mise en situation

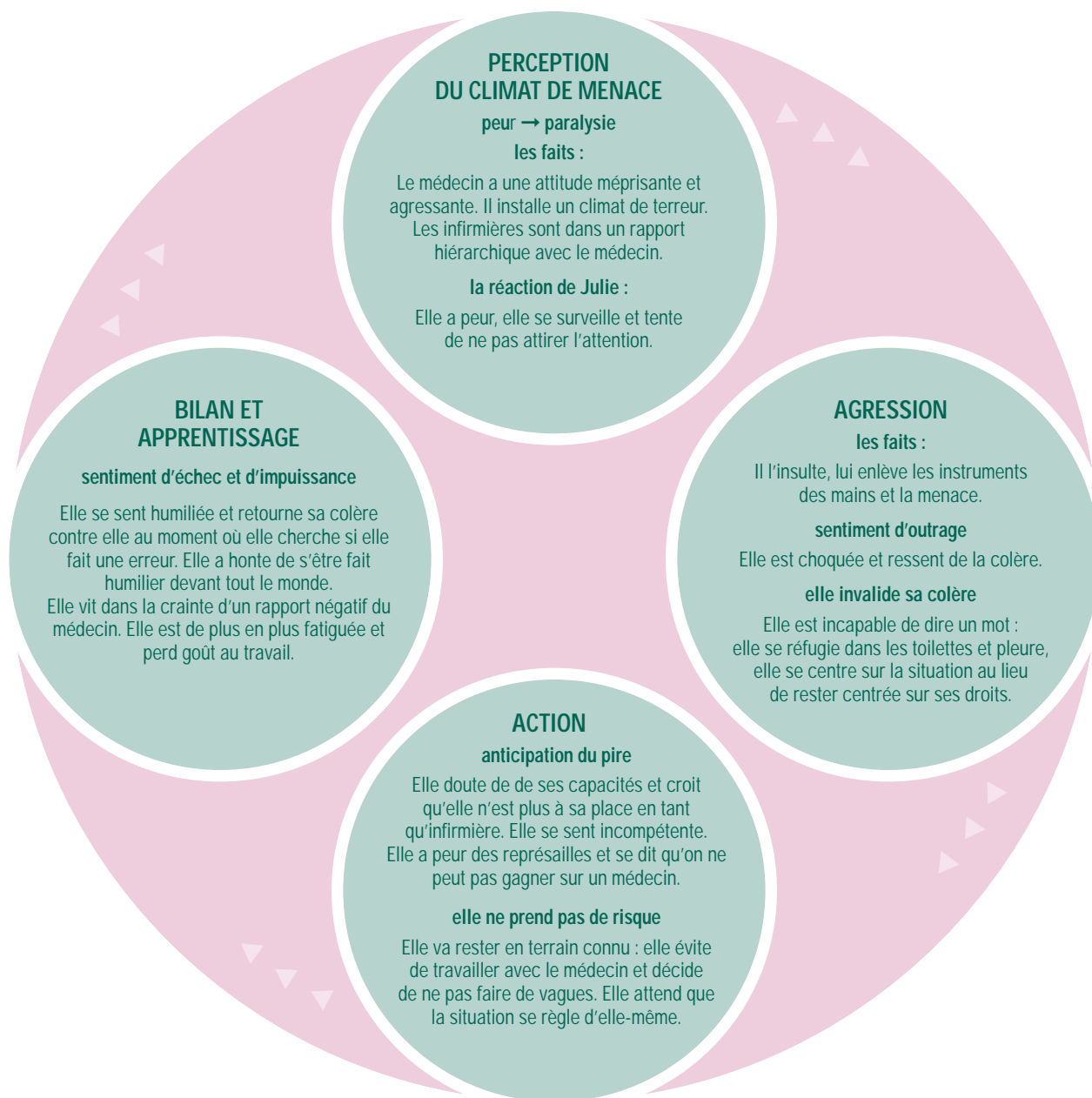
Julie est infirmière en obstétrique depuis 15 ans. L'obstétricien, le docteur X, a une attitude généralement méprisante à l'égard du personnel : jamais content, il insulte fréquemment les infirmières et leur fait souvent des reproches injustifiés. Comme ses collègues, Julie craint le docteur X. Quand elle travaille avec lui, elle se surveille et tente de ne pas trop attirer l'attention.

Aujourd'hui, Julie assiste le docteur X pour une césarienne. Pendant toute l'intervention, il crie et engueule tout le monde. Il trouve que les choses ne vont pas assez vite. Le climat est tendu. Comme la patiente saigne, Julie s'avance pour aspirer le sang afin de permettre au médecin de mieux voir le champ opératoire. Mais il ne lui en laisse pas le temps. Furieux, il lui arrache l'instrument des mains en lui disant : « Tasse-toi ! ». Sur le coup, Julie est choquée mais elle est incapable de dire un mot. Avant de quitter la salle, il revient vers elle et d'un geste menaçant il ajoute : « Si t'es pas capable de travailler ici, on va y voir ».

Julie est bouleversée. Se faire humilier devant tout le monde l'a blessée profondément. Elle court se réfugier aux toilettes pour pleurer, cherchant où elle a bien pu faire une erreur. L'une de ses collègues vient la trouver pour la consoler. Elle cherche à la rassurer : « Tu sais bien comment il est ! Aujourd'hui, c'est toi, demain ce sera une autre. Ne t'en fais pas avec ça et arrange-toi pour te faire oublier un petit bout de temps. » Les jours qui suivent, Julie s'organise avec les autres infirmières pour ne pas travailler avec le docteur X. Afin d'éviter d'autres problèmes, elle décide de ne pas faire de vagues et espère que celui-ci ne mettra pas sa menace à exécution.

À partir d'une situation concrète, faisons ressortir les notions de victimisation et dévictimisation ainsi que les stratégies qui leur sont reliées. Pour ce faire, nous allons nous servir d'un schéma utilisé en intervention féministe auprès des femmes violentées : le cercle de l'impuissance et le cercle du pouvoir.²⁰ Il s'agit d'un outil qui pourrait s'avérer précieux dans beaucoup de situations que vous rencontrez au travail.

Prenez connaissance de la mise en situation et suivez notre infirmière Julie dans les étapes d'impuissance qu'elle va vivre suite à une agression verbale et psychologique. Dans cet exercice, vous découvrirez comment cette infirmière va faire le passage d'une situation qu'elle jugeait d'abord sans issue à une situation où elle prend le risque de s'affirmer, ce qui lui permet de retrouver son propre pouvoir.



Adapté du guide « Les mensonges qu'Horrore me contait », Prud'homme, Diane Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1991, p. 18.

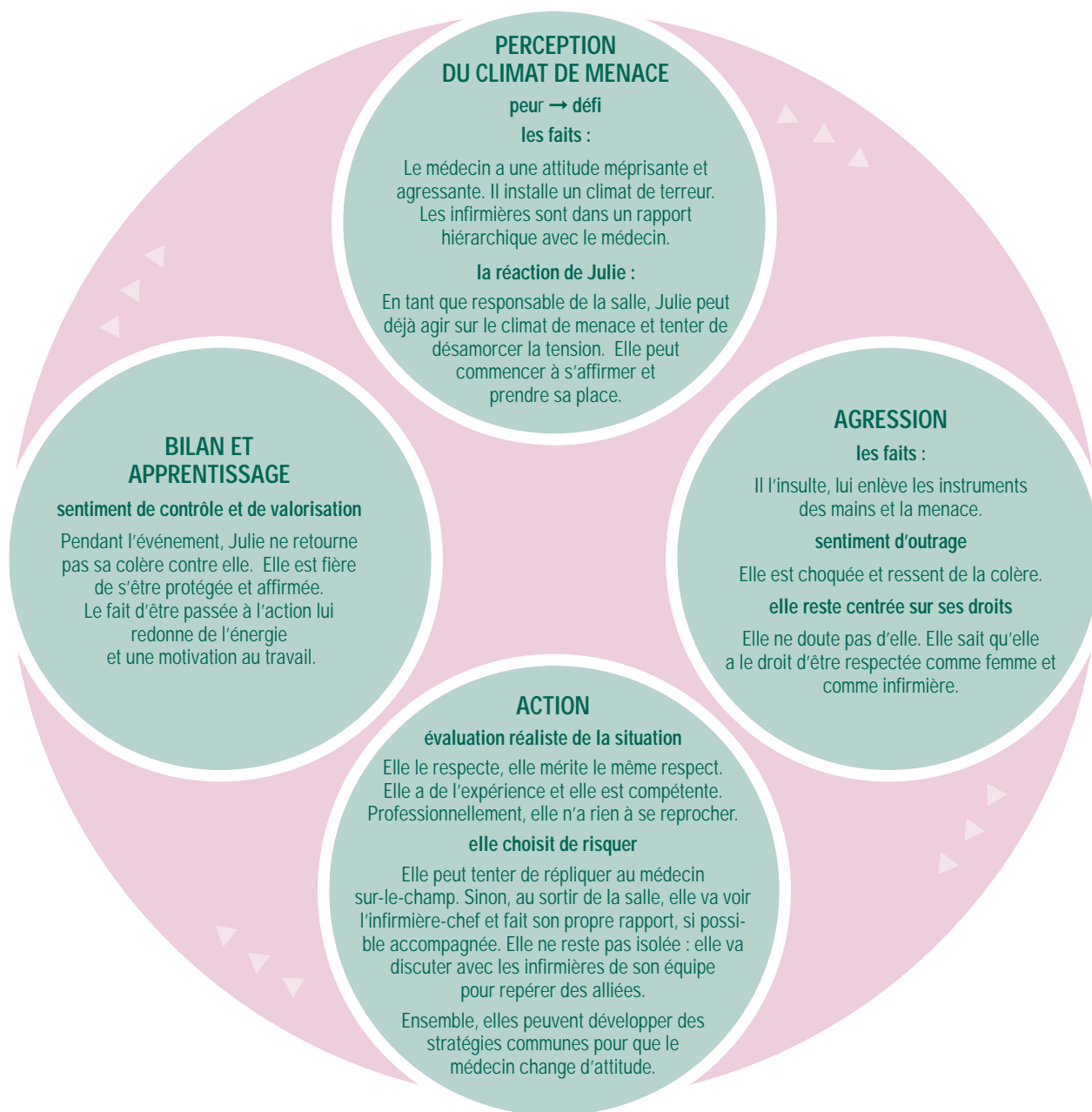
Julie dans le cercle de l'impuissance

*Julie perçoit le **climat de menace** mais tolère la tension.*

*Elle met toute son énergie à être une infirmière parfaite : elle se conforme au modèle attendu. Au moment de **l'agression** verbale, elle est outragée et ressent de la colère. Mais elle se décentre vite de ses droits – celui d'être respectée comme femme et comme infirmière – invalidant ainsi sa colère. Elle se centre plutôt sur le médecin et la situation et craint le pire. Elle commence à penser qu'elle est peut-être responsable de la situation. Au niveau de **l'action**, elle anticipe le plus sombre scénario : le médecin a tous les pouvoirs et va lui faire un rapport négatif. Elle ne s'en sortira pas. Le rapport hiérarchique augmente son sentiment d'impuissance. Elle adopte alors une attitude de passivité et de retrait. Elle va tenter de se faire oublier pour un bout de temps. Au **bilan**, elle n'est pas très fière d'elle. Elle a honte à cause de l'humiliation qu'elle a subie. La peur qu'elle ressent gruge son énergie d'où sa fatigue et une baisse significative de sa motivation au travail.*

Il faut souligner ici le soutien que lui apporte sa compagne. Ce soutien est important parce qu'il va briser l'isolement de Julie. Mais en cherchant à la rassurer, sa compagne va la confirmer dans son sentiment d'impuissance. En substance, elle va lui suggérer de banaliser l'événement et de chercher à l'oublier. Son message va dans le sens qu'elles ne peuvent changer la situation.

*Julie n'a pas de pouvoir sur l'agression. Mais elle en a sur ce qu'elle peut faire avec la situation. Comment pourrait-elle briser le sentiment d'impuissance qui l'habite et qui risque d'augmenter et de s'étendre à d'autres aspects de sa vie ?
Comment pourrait-elle affirmer son propre pouvoir dans la même situation ?
Voyons voir..*



Adapté du guide « Les mensonges qu'Horrore me contait », Prud'homme, Diane, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1991, p. 19.

Julie dans le cercle du pouvoir

Dès la perception du **climat de menace**, Julie peut déjà prendre sa place et s'affirmer. Comme elle est responsable de la salle, elle peut rencontrer le médecin quelques minutes avant l'intervention pour l'inviter à une attitude professionnelle. Si son intervention prorte fruits, il n'y aura pas d'agression. Tant mieux. Mais il se peut que le médecin n'en tienne pas compte et maintienne son comportement abusif. C'est cette dernière hypothèse que nous avons retenue ici. Au moment de **l'agression**, Julie reste centrée sur ses droits. Elle doit affirmer son droit à l'intégrité, au respect de son espace personnel et au respect d'elle-même : elle exige qu'on lui parle sur un autre ton et qu'on lui laisse faire son travail. Il se peut qu'elle n'arrive pas à s'affirmer à ce moment-là. Elle n'a pas à se le reprocher. Dans une situation difficile, elle fait ce qu'elle peut. Elle pourra intervenir plus tard. Mais le fait de rester en contact avec sa colère la mène tout droit à **l'action**. Au sortir de la salle d'opération, elle va trouver son infirmière-chef et fait son propre rapport de l'événement et demande à sa compagne - celle qui était allée la consoler aux toilettes - de bien vouloir l'accompagner comme témoin. Au **bilan**, elle a pris un risque mesuré. Ce risque est payant : elle ne retourne pas la situation ni sa colère contre elle. Bien sûr, Julie n'est pas à l'abri des représailles. Mais elle reste confiante que l'abus de pouvoir du médecin est connu grâce à son rapport et espère qu'elle pourra s'appuyer sur ses compagnes qui vivent la même situation intolérable.

Nous le répétons ici : nous n'avons pas de pouvoir sur l'agression, mais nous avons du pouvoir sur ce que nous faisons avec la situation. Parfois, l'impuissance est réelle et une évaluation réaliste peut nous amener à ne pas entreprendre d'action. C'est un choix. Il est important de choisir un moyen d'action approprié à la situation et à ses capacités. Chaque fois qu'une femme prend un risque mesuré qui lui donne du pouvoir, elle est encouragée à le faire dans d'autres situations. Chaque expérience la fait grandir et aller de plus en plus vers elle-même, ses besoins et ses droits.

Cercle de l'impuissance : victimiser, c'est quoi

L'infirmière ne reste pas centrée sur ses droits : elle invalide sa colère

- attitude générale : passivité
- au niveau de l'action : parce qu'elle entrevoit le scénario le pire, elle ne prend aucun risque et reste en terrain connu
- apprentissage : sentiment d'échec et d'impuissance

Cercle du pouvoir : dévictimiser, c'est quoi

L'infirmière reste centrée sur ses droits : elle n'invalide pas sa colère

- attitude générale : affirmation
- au niveau de l'action : parce qu'elle fait une évaluation réaliste de la situation elle choisit de prendre un risque, celui de s'affirmer
- apprentissage : sentiment de contrôle et de valorisation

Vous êtes invitée à prendre l'un des événements que vous avez cochés au tout début. Privilégiez une situation que vous avez gérée dans une attitude de passivité et de retrait et faites la liste des gains et des pertes qui en ont résulté. Vous pouvez tout aussi bien reprendre l'exemple de Julie et voir les gains et les pertes pour elle-même à rester dans le cercle de l'impuissance. Il serait intéressant de faire l'exercice avec l'une de vos compagnes.

Tout cela peut avoir l'air magique et facile. C'est un exemple. Au quotidien, il s'agit plutôt d'un processus. Prendre en compte ses besoins et développer des habiletés affirmatives ne peut se faire du jour au lendemain. Souvenez-vous que nous avons parlé de risque mesuré. Chaque situation doit être évaluée au mérite. Il faut faire, pour chacune d'elles, la somme des gains et des pertes²¹. Il y a des gains à se conformer au modèle féminin : pas de conflits, pas de vagues, pas de problèmes. S'y conformer apporte une valorisation sociale : l'infirmière parfaite, impeccable, n'est-ce pas ce qui est attendu. Mais il y a les pertes : se faire de moins en moins confiance ; ne pas répondre à ses propres besoins parce que trop centrée sur ceux des autres ; et celle plus générale, de perdre du pouvoir sur sa vie. Le plus souvent les gains sont à court terme. À long terme, ils peuvent s'avérer coûteux et dans certains cas avoir un effet sur la santé.

Des stratégies d'actions

Pour que les infirmières aient du pouvoir dans des situations qui les agressent, elle doivent prendre la responsabilité de protéger leur intégrité physique et psychologique. En d'autres mots, chaque infirmière doit faire le choix de se protéger. Ce n'est pas un aveu de faiblesse mais bien plutôt la marque d'un professionnalisme.²² Les stratégies mises de l'avant ici sont de base et, appliquées, elles auront un effet de prévention. Elles vont dans le sens d'affirmer sa valeur personnelle et ses droits par rapport à soi-même dans un respect des autres et face aux autres. Cela ne mettra pas fin à toutes les agressions. D'autres moyens doivent y être associés. Mais le pas à faire ici concerne un engagement personnel . Soulignons cependant, que les infirmières ne pourront mettre en œuvre ces stratégies de protection que si elles peuvent compter sur un appui réel de la direction afin de ne pas être pénalisées.

L'intuition

La première de ces stratégies concerne la confiance dans son intuition. C'est le premier système d'alarme, celui qui indique que notre intégrité est menacée. On ne le répétera jamais assez : les infirmières ne doivent prendre aucun risque dans des situations potentiellement dangereuses. Mais encore faut-il qu'elles soient en mesure de les repérer. Pour certaines, quand la victimisation au travail recoupe une victimisation dans l'enfance, les mécanismes mis en place pour survivre peuvent faire en sorte que leur vulnérabilité se trouve accrue du fait que, chez elles, l'agression peut être perçue comme une norme. Pour d'autres, celles qui se croient fortes et donc à l'abri de la violence, elles peuvent être tentées, dans une situation dangereuse, de minimiser les risques et de les banaliser. Le tableau qui suit est un bon outil d'observation pour prendre conscience de certains indices qui font penser qu'une personne est potentiellement violente et pour vous amener à faire confiance à votre intuition.

Tableau 4

À cette étape, soyez vigilante

L'apprentissage de se centrer sur les besoins des autres nous tient éloignées de ce que nous ressentons nous-mêmes. Cela se traduit par une perte de confiance en nos propres perceptions. Or, la confiance dans ce que nous ressentons est essentielle pour faire échec à la violence.

Les infirmières doivent s'appuyer sur leur intuition et ne prendre aucun risque.

INDICES DE VIOLENCE POTENTIELLE²⁴

Quels sont les indices qui peuvent faire penser qu'une personne est potentiellement violente?

- Ton de voix saccadé
- Regard fixe, menaçant
- Battement de paupières
- Regard fuyant
- Utilisation d'injures, de menaces, de sarcasmes
- Agitation, mouvements saccadés
- Pâleur ou augmentation de la coloration du visage
- Dilatation des pupilles
- Apparition de tics

- Raidissement des membres
- Posture menaçante (pointe du doigt, montre les poings)
- Tremblements
- Tendance à s'approcher
- Serrement des mâchoires
- Jette des objets par terre, lance des objets
- Soupirs, modification de la respiration
- Transpiration
- Consommation d'alcool ou de drogue
- Etc.

Pas de soins à tout prix

On ne donne pas un bon service quand on travaille dans la peur. S'il est vrai que la loi nous oblige à donner les soins requis, rien ne nous contraint cependant à le faire dans un climat d'intimidation. Les infirmières doivent stopper les soins quand elles se sentent menacées : elles doivent immédiatement se retirer et demander de l'aide. Le refus de donner un traitement n'est pas considéré pour ce qu'il est : une mesure de prévention. Pourtant, l'assaut de patients sur des infirmières est une offense légale reconnue par les cours canadiennes.²⁴ Laisser croire que *ça fait partie de la job* autorise tout un chacun à injurier les infirmières, les menacer, les bousculer... Il y a donc un travail à faire auprès des directions et des infirmières-chefs pour les amener à considérer la sécurité du personnel tout aussi prioritaire

que les soins à prodiguer. Mais les premières à convaincre, ce sont les infirmières elles-mêmes tant *les soins à tout prix* est une idée profondément ancrée et liée à l'image professionnelle. Voici, sous forme d'un tableau, la progression de l'agressivité et le moment où il est nécessaire de se protéger.

Tableau 5

PROGRESSION DE L'AGRESSIVITÉ ²⁵

Comportement de la personne qui devient de plus en plus agressive et violente :

première phase : la personne paraît stressée. Elle parvient à peine à réprimer des manifestations telles que : mâchoires serrées, regard fuyant ou fixe.

deuxième phase : la personne s'agite et bouge beaucoup. Elle se sent de plus en plus impuissante et son sentiment de frustration grandit. Son anxiété augmente.

troisième phase : la personne commence à faire des insultes et des gestes menaçants. Ces signes de violence indiquent que l'on doit être très vigilante et prête à utiliser le code d'alerte en vigueur dans l'établissement..

Les infirmières sont invitées à stopper les soins dans un climat d'intimidation comme mesure de prévention.

À cette étape, songez à vous retirer

La solution n'est pas toujours de battre en retraite. Mais tant que les infirmières n'ont pas reçu la formation nécessaire pour faire face à de telles situations, se retirer demeure la seule avenue.

Fixer ses propres limites

Chaque infirmière doit, pour elle-même, fixer ses propres limites entre ce qui est acceptable et non acceptable (voir annexe). Il est difficile de tracer une ligne générale puisqu'ici c'est la perception de chacune qui devient la référence. Faire le passage d'une tolérance élevée à une *tolérance zéro* passe par une démarche personnelle où chacune décidera à partir de quoi sa dignité est bafouée. Ce n'est pas un exercice facile. En ce qui concerne les bénéficiaires, cela exige de se situer par rapport à la souffrance et de voir jusqu'où celle-ci peut justifier l'expression d'une certaine agressivité. En ce qui concerne les relations avec les médecins et les supérieur-e-s immédiat-e-s, cela interpelle le rapport à l'autorité et les difficultés rencontrées à y faire face.

Les infirmières sont invitées à fixer leurs propres limites et à établir pour elles-mêmes leur tolérance zéro.

Chaque fois qu'une infirmière fixe ses limites et s'y conforme, elle fait une pression sur le statu quo et amorce ainsi une transformation du système. Les infirmières ne soupçonnent pas le pouvoir qu'elles ont de changer les choses par leur action individuelle additionnée à celle de leurs compagnes.

Être solidaire de ses compagnes

Si les infirmières sont victimes de violence, dans beaucoup de cas, elles sont témoins et silencieuses. Le manque de solidarité est un phénomène complexe parce qu'il est lié à la peur.

Revenons à l'exemple de Julie qui se fait agresser par l'obstétricien devant ses compagnes. Elles se taisent. Elles laissent passer l'événement parce que ainsi elles se croient à l'abri. C'est une façon de se protéger pour ne pas être victimes à leur tour. Elles achètent la paix. Mais le prix à payer est élevé. Sans doute sont-elles tristes parce que Julie est blessée mais leur impuissance a pris le dessus. De surcroît, elles entretiennent une grande illusion, elles ne sont pas seulement témoins, elles sont aussi victimes. La violence ciblée est une stratégie. C'est d'abord un message envoyé à toutes les infirmières de l'équipe et à toutes les autres femmes qui s'y trouvent : « Voyez comment je peux vous traiter si vous ne faites pas ce que j'attends de vous ». Et tout le monde de se conformer à cause du climat de terreur que cette menace installe. On le voit bien ici, la violence n'est pas une perte de contrôle, mais bien un contrôle.

La capacité de se solidariser est un apprentissage au cœur même de la socialisation. La solidarité indique qu'il y a rupture avec les valeurs reçues. Rappelons-nous qu'il fallait du courage et de la confrontation pour se dissocier du modèle de soumission. Se solidariser est donc un signe qu'on ne se conforme plus aux attentes. Comprendre que la solidarité est difficile à mettre en œuvre peut changer le regard porté sur nos compagnes qui sont incapables de solidarité. Les juger ne mènerait à rien, au contraire, l'intolérance et l'intransigeance ne feraient que les enfoncer davantage dans leur impuissance.

Le jour où les infirmières n'acceptent plus de violence à leur endroit, elles ne la tolèrent plus pour leur compagnes : elles sont capables de solidarité.

C'est dans une attitude d'ouverture et de compréhension à leur égard que, peu à peu, va se faire le rapprochement. Elles finiront par voir elles-mêmes les gains chez celles qui s'affirment. Le préjugé qui nourrit la division entre les femmes est vieux comme le patriarcat et profondément enraciné. Avec la réflexion proposée dans cette brochure, nous avons les moyens de la transformer.

Le syndicat : un allié naturel

Les infirmières, pour briser le silence autour des agressions qu'elles subissent, ont besoin de se sentir appuyées. Elles peuvent se tourner vers les membres de leur équipe locale et leur faire confiance. Celles-ci sont déjà sensibilisées et disposent des ressources nécessaires pour intervenir. Une responsabilité particulière incombe aux équipes locales en matière de violence. Elles doivent accomplir un travail de transformation de leur milieu pour que celui-ci cesse d'être une menace pour l'intégrité physique et psychologique, tel que l'a révélé notre enquête. Cette tâche de sensibilisation doit s'effectuer autant du côté des membres que du côté de la direction en cherchant à s'associer d'autres partenaires de l'établissement. Si les infirmières s'engagent dans une démarche d'affirmation en vue de se protéger des agressions, les équipes locales sont le relais indispensable pour que le milieu puisse répondre en offrant les conditions de protection dont elles ont besoin. Cette action syndicale sera constituée de trois volets.

Volet solidarité : une action auprès des infirmières violentées

L'infirmière qui a vécu une agression a besoin d'être réconfortée, si possible par une femme sensibilisée à la violence. La personne privilégiée pour offrir ce soutien est la responsable locale en Condition féminine. C'est à elle que doit être confiée la responsabilité d'accueillir l'infirmière qui a vécu une agression et, si la relation de confiance s'établit, de l'accompagner dans ses démarches à l'interne. Cet accompagnement peut prendre différentes formes : écoute, information, aide dans la rédaction d'une plainte, présence supportante dans une rencontre avec l'infirmière-chef... C'est ce qu'on appelle le *préjugé favorable*. C'est un rôle important puisqu'il s'agit de soutenir l'une de nos compagnes dans le risque qu'elle prend de s'affirmer.

Volet sensibilisation et mobilisation

Ce volet concerne toute l'action reliée à la sensibilisation des membres à la violence qu'elles subissent et aux moyens qu'on peut mettre en œuvre pour l'enrayer. C'est ici que s'amorce le travail indispensable qui consiste à défaire la norme implicite qui sévit dans les établissements, i.e. à défaire avec les membres tous les arguments qui concourent à justifier la violence au quotidien. Ne sous-estimons pas ici le travail de sensibilisation. Quand des femmes se réunissent pour échanger sur la violence, elles viennent de briser leur isolement. C'est une première brèche dans l'impuissance.

Mais les échanges seuls ne suffisent pas, ils doivent être associés à des actions concrètes. Les équipes locales, en lien avec le secteur Condition féminine, vont proposer différentes activités de sensibilisation. Toutes ces occasions pourront contribuer à *briser le silence* qui s'est instauré depuis si longtemps sur cette question dans nos établissements. Vous êtes invitée à y participer. La mobilisation est la meilleure école pour expérimenter le passage de l'impuissance au pouvoir.

Volet partenariat : une action dans le milieu

C'est le lieu de l'action collective dans l'établissement, en concertation le plus possible avec les autres organisations syndicales. Cette solidarité est un atout précieux pour amorcer une discussion avec la direction afin de la convaincre d'intervenir sur la question de la violence. Cette solidarité doit s'étendre également à l'ensemble des femmes de l'établissement.

La direction : une alliance à développer

Sans la direction les efforts pour contrer la violence peuvent rester vains. C'est à l'employeur qu'incombe la responsabilité d'offrir un milieu sain, exempt de violence. Mais l'amener à agir sur cette question est une tâche qui va exiger une grande détermination. Il ne faut pas minimiser la résistance que nous rencontrerons. Le plus souvent, elle prendra la forme de l'indifférence ou de la banalisation. N'oublions pas que la violence est un sujet tabou puisqu'elle peut ternir l'image de l'établissement. La conjoncture actuelle ne nous aide pas non plus. En fait, elle pourra même servir d'argument pour contrer nos tentatives de faire reconnaître la violence comme une priorité d'action. À cela, nous répondrons que notre enquête a révélé une urgence que les politiques actuelles de coupures et de précarité peuvent concourir à détériorer davantage. Nous sommes conscientes qu'il y a un travail énorme à faire, au niveau des établissements de santé, pour faire échec à cette mentalité qui exige toujours des femmes, et donc des infirmières, qu'elles se conforment aux rôles traditionnels.

Cette déclaration officielle est essentielle puisqu'elle va marquer la fin de la norme implicite qui suggère que la violence fait partie du travail. Cela n'est pas seulement une opération de mots. Les infirmières ont besoin de savoir où se situent les autorités en place sur cette question avant d'entreprendre des démarches de dénonciation.

Dans un engagement formel

Nous souhaitons que dans tous les établissements où la Fédération est présente, la direction s'engage de façon formelle à promouvoir la *tolérance zéro*. Cet engagement est un message à tout le personnel ainsi qu'à l'ensemble de la clientèle qu'elle ne tolère aucune forme de violence à l'endroit du personnel. Il pourra prendre la forme d'une « *Déclaration officielle* »²⁶ basée sur les principes suivants :

- condamner sans réserve la violence sous toutes ses formes y compris la discrimination;
- considérer que les femmes constituent la majorité du personnel et que par conséquent elles peuvent être la cible d'une violence spécifique;
- mettre en place une politique générale dans un objectif de prévention et de règlement des conflits;
- s'engager à ce que tous les services se conforment à la politique générale;
- voir à ce que l'ensemble des cadres reçoivent la formation nécessaire pour son application;
- fournir un soutien aux victimes d'agression;
- favoriser l'implication des intervenants et intervenantes à l'instauration d'un climat exempt de violence;
- faire appel à la responsabilité de la clientèle pour qu'elle témoigne respect et dignité à l'endroit du personnel.

Au code d'éthique

L'esprit de cette « *Déclaration officielle* » doit trouver ses aboutissements dans le code d'éthique. La loi 120 prévoit que les codes d'éthique formulent la responsabilité des établissements et du personnel à l'égard de la clientèle. Mais ce droit, pour les bénéficiaires, de recevoir des soins dans le respect de leur intégrité, n'a-t-il pas une contrepartie en termes de responsabilité? Peut-on exiger ce qu'on n'offre pas soi-même? Le même raisonnement s'applique à la discrimination raciale. Les codes d'éthique prévoient que le personnel pratique la non-discrimination à l'endroit de la clientèle provenant des minorités et cela, en conformité avec la Charte québécoise. Ce droit, reconnu pour les bénéficiaires, doit l'être aussi pour le personnel concerné. On propose donc ici qu'à l'avenir tout code d'éthique comporte une clause explicite à l'égard de la responsabilité de la clientèle, clause qui pourrait se lire ainsi:

Dans une politique générale

Une déclaration de principes n'est pas suffisante. Elle doit se concrétiser à travers une politique générale qui va préciser comment la direction entend protéger son personnel. La diffusion d'une telle politique, que nous souhaitons aussi large que possible, aura un effet de sensibilisation dans tout le milieu en suscitant des débats et des prises de conscience sur la violence au travail sans compter un effet indéniable de prévention. L'un des éléments clés d'une telle politique est la création d'un *comité de surveillance*²⁸ pour contrer la violence, lieu spécifique pour le personnel de *briser le silence*. Voici, dans ses grandes lignes, les mandats de ce comité:

- le comité gère les situations de violence. Si du côté du personnel on insiste sur la nécessité de déclarer les incidents, il faut un lieu qui traite les plaintes, fasse les enquêtes nécessaires et suggère à la direction les correctifs à apporter;
- le comité a la responsabilité de faire circuler l'information relative à la politique générale auprès des intervenant-e-s et doit s'assurer que cette information est transmise au nouveau personnel au moment de l'embauche;
- le comité a également la responsabilité d'identifier les besoins de formation du personnel et des cadres concernés;
- enfin, le comité devra fournir à la direction un rapport annuel sur l'évolution de la situation et proposer des mesures de prévention.

Dans le suivi de la politique générale, l'engagement de la direction pourra se concrétiser dans les trois champs d'action suivants : la sécurité du personnel, et donc des infirmières, la sécurité des lieux et la formation des ressources du milieu. Il s'agit essentiellement de mesures préventives et de procédures administratives qui, pour être vraiment efficaces, devront être largement publicisées et faire l'objet d'un bilan annuel.

« La clientèle doit témoigner respect et dignité aux personnes qui oeuvrent dans l'établissement. La violence physique, verbale ou psychologique, les menaces, le harcèlement ou la discrimination sont des comportements condamnables qui pourraient constituer un motif valable de refus face à une demande de services. »²⁷

- **La sécurité du personnel**

Seul l'employeur est en mesure d'offrir des moyens concrets de protection de son personnel tels un code d'alerte, des alarmes, une équipe d'intervention. C'est également de son ressort de doter l'établissement de procédures administratives concernant le soutien aux victimes d'agression, l'abus de pouvoir dans les rapports hiérarchiques ainsi que le respect mutuel qui doivent régir les rapports de la clientèle avec le personnel.

- **La sécurité des lieux**

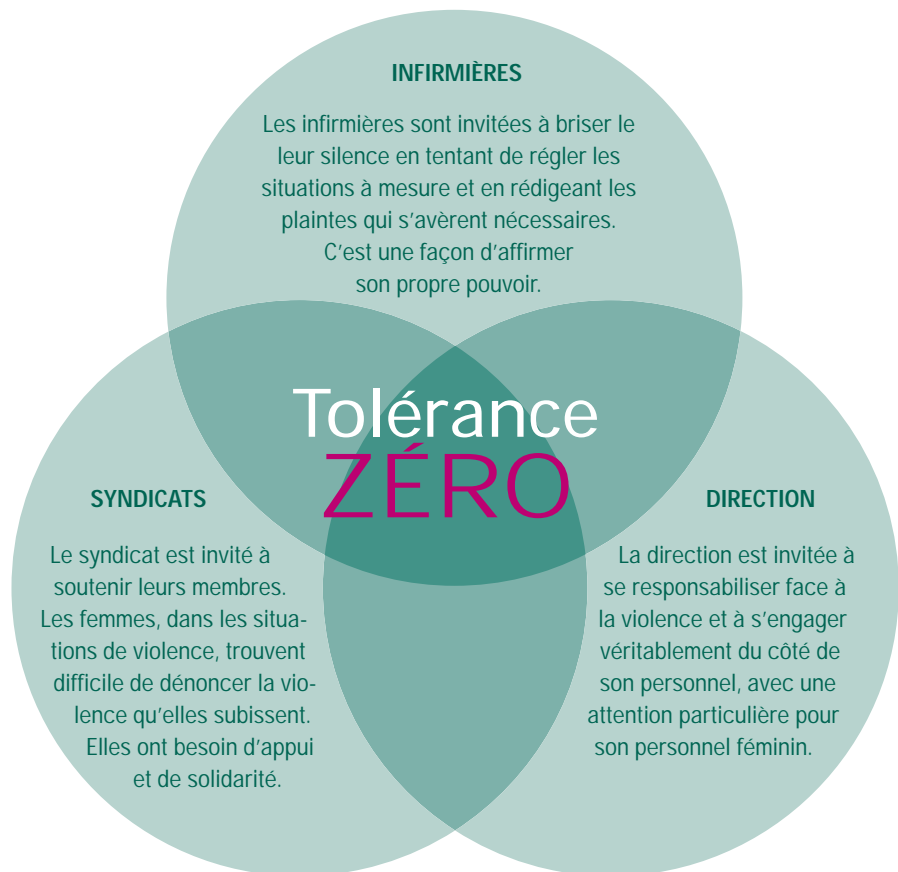
L'objectif ici est de construire collectivement la sécurité des lieux en y impliquant l'ensemble des femmes qui oeuvrent dans l'établissement. Elles doivent être mises à contribution parce que cette démarche s'appuie sur le fait qu'elles sont les mieux placées pour identifier les lieux qui comportent des risques d'agression et qui peuvent affecter leur sentiment de sécurité²⁹. La sécurité des lieux est une bonne porte d'entrée auprès de l'employeur pour le sensibiliser à une action préventive.

- **La formation des ressources du milieu**

L'employeur qui souhaite développer des stratégies de prévention doit s'appuyer sur la formation. La formation est la reconnaissance par l'établissement que la lutte contre la violence est une priorité et que la direction et l'ensemble des gestionnaires y sont impliqués³⁰. Par la discussion large qu'elle ouvre sur la violence, elle déjoue la stratégie de celles et de ceux qui la nient ou qui ont tendance à la banaliser. Mais surtout, elle donne confiance dans une action concertée sans laquelle la tolérance zéro ne peut devenir un objectif réaliste.

Une action concertée : une marche à suivre

Voici, sous forme d'une marche à suivre, des informations qui vont indiquer une façon d'intervenir en concertation au moment d'une agression. Évidemment, cet exemple, celui de Julie vous servira de guide, il demande à être adapté. L'important, à chaque fois, est de mettre l'agression en lumière parce que le silence, loin de nous protéger, protège les agresseurs. Cette marche à suivre interpelle les trois acteurs principaux sans lesquels il ne saurait y avoir de *tolérance zéro* : les infirmières, le syndicat, la direction.



C'est là qu'on voit à quel point l'engagement de l'un ne va pas sans l'engagement de l'autre : leur action est étroitement reliée. Le syndicat a la responsabilité de soutenir ses membres; la direction, celle de voir aux correctifs et à la prévention. Quant aux infirmières, elles doivent développer une solidarité large pour se soutenir les unes les autres afin de développer des comportements affirmatifs.

Marche à suivre

Sur-le-champ

- Julie ne doit pas entrer dans une discussion avec le médecin ou se justifier. Dès les premiers gestes du médecin à son endroit, elle lui fait savoir avec fermeté qu'elle n'entend pas se faire parler sur ce ton. Elle tente de se faire respecter sur-le-champ.
- Cette étape est difficile et souvent on n'arrive pas à intervenir sur le moment. Julie doit donc rester centrée sur sa colère et décider qu'elle va régler la situation dès que son travail sera terminé.

Peu après

- Au sortir de la salle d'opération, Julie se rend immédiatement au bureau de l'infirmière-chef, accompagnée d'une autre infirmière qui va l'appuyer. Elle lui relate l'incident et remplit un rapport d'événement qui sera acheminé au comité de surveillance ou à la personne désignée à cet effet. Elle garde une copie pour elle-même et une copie pour le syndicat. Elle ne se laisse pas intimider par l'infirmière-chef qui pourrait tenter de banaliser l'événement en la dissuadant de faire un rapport.
- Julie vérifie auprès de ses compagnes, particulièrement avec celles qui ont assisté à l'événement, comment celles-ci seraient prêtes à l'appuyer.³¹

Après l'événement

Du côté syndical

- Se basant sur le fait que le comportement du médecin touche d'autres membres du personnel, la responsable en Condition féminine propose une rencontre avec l'équipe de travail pour voir l'ampleur du problème. Il va sans dire qu'une telle rencontre se fait sur une base volontaire.
- L'équipe de travail est appelée à se donner une stratégie commune pour que les agissements du médecin cessent et pour lui faire savoir que les infirmières entendent être respectées.
- L'équipe peut également envisager une plainte collective à l'endroit du médecin au comité de surveillance.³³
- L'équipe locale assure Julie et ses compagnes de son appui pour les guider dans leurs actions à l'interne.

Du côté patronal

- Suite au rapport de Julie, le comité de surveillance fait une enquête dans les plus brefs délais et voit les correctifs à apporter.
- Il voit à ce que le médecin soit avisé de modifier son comportement et prévoit des mesures en cas de récurrence.
- Dans le cas d'une plainte collective, il rencontre les infirmières concernées, l'équipe locale ainsi que la directrice des soins infirmiers et l'infirmière-chef. Il voit avec elles des correctifs pour assainir le climat et les informe des mesures qui seront prises à l'endroit du médecin.

Mise en situation

Julie est infirmière en obstétrique depuis 15 ans. L'obstétricien, le docteur X, a une attitude généralement méprisante à l'égard du personnel : jamais content, il insulte fréquemment les infirmières et leur fait souvent des reproches injustifiés. Comme ses compagnes, Julie craint le docteur X. Quant elle travaille avec lui, elle se surveille et tente de ne pas trop attirer l'attention. Aujourd'hui, Julie assiste le docteur X pour une césarienne. Pendant toute l'intervention, il crie et engueule tout le monde. Il trouve que les choses ne vont pas assez vite. Le climat est tendu. Comme la patiente saigne, Julie s'avance pour aspirer le sang afin de permettre au médecin de mieux voir le champ opératoire. Mais il ne lui en laisse pas le temps. Furieux, il lui arrache l'instrument des mains en lui disant : « Tasse-toi ! ». Avant de quitter la salle, il revient vers elle et d'un geste menaçant il ajoute : « Si t'es pas capable de travailler ici, on va y voir ».

Tout au long de la rédaction de cette brochure, le secteur Condition féminine a eu comme préoccupation majeure que les infirmières travaillent dans la dignité en étant respectées comme femme et comme infirmières. Nous avons privilégié une approche stimulante parce que basée sur la nécessité de prendre son propre pouvoir dans les situations de violence au lieu de s'enliser dans un sentiment d'impuissance. Se donner la priorité, répondre à ses besoins, affirmer ses droits, bref, avoir du contrôle sur sa vie, voilà le programme proposé. Mais cette approche a un corollaire. Cette prise de conscience de la violence que nous subissons comme femmes au travail doit amener une ouverture à toutes celles à qui nous prodiguons des soins et qui vivent elles aussi de la violence et cette solidarité doit aussi s'élargir à toutes les femmes du monde. Elle doit également nous amener à être vigilantes face à nos propres comportements pour que nous ne manifestations pas à notre tour un mépris que nous dénonçons chez les autres. En ce qui nous concerne, nous continuerons à vous offrir les outils nécessaires pour vous soutenir dans cette démarche de changement.

NOTES

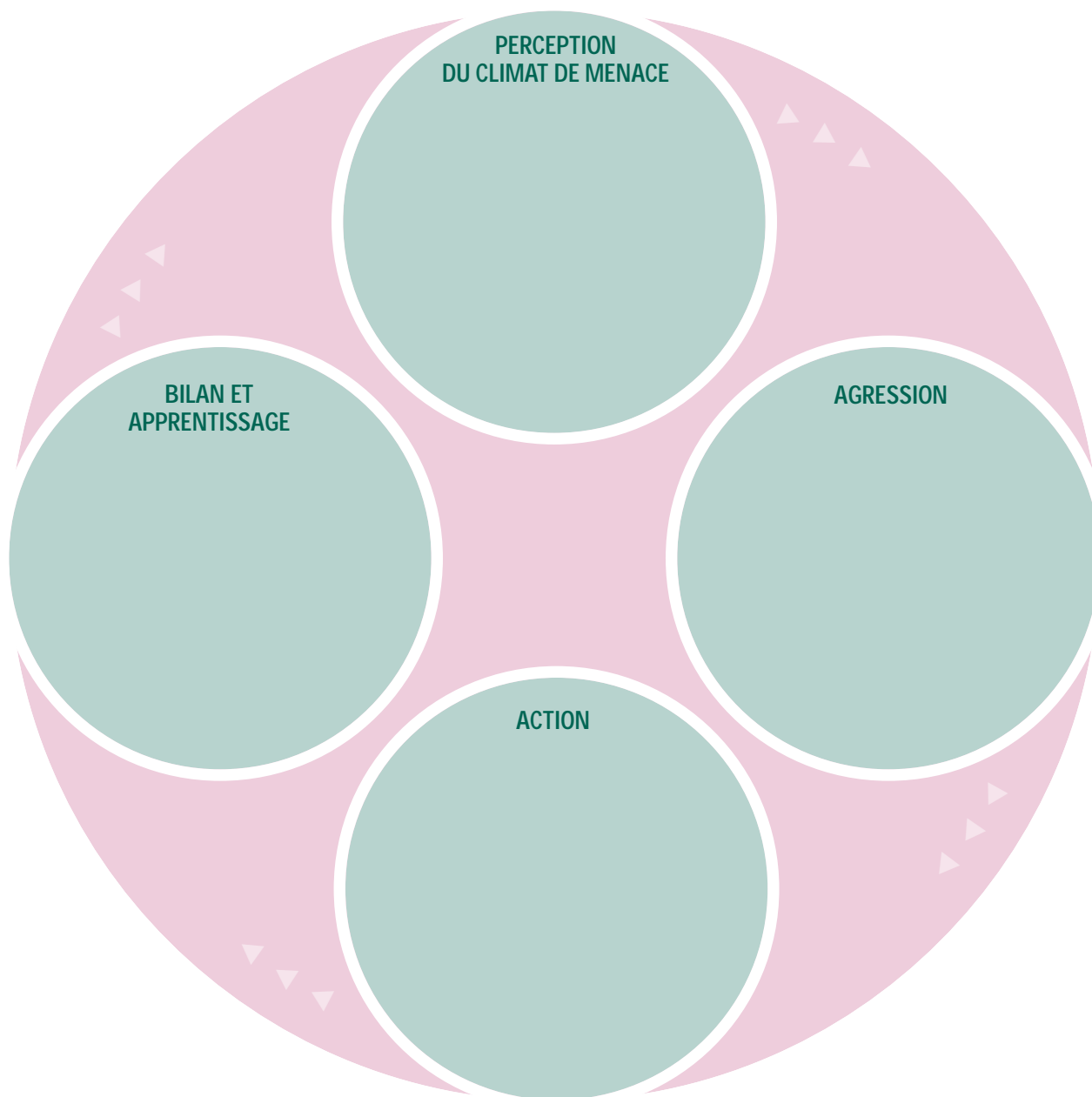
- 1 CANTIN, Solange, «La violence envers les femmes : ya-t-il abus dans la manière de la définir et de la mesurer ? », *Informelle*, Université de Montréal, vol. 4, no 1, mars 1994, p.6
- 2 Déclaration de l'Assemblée générale sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (N.U., A.G., Rés.48/104, A/48/1993 [20-12-93])
- 3 Les résultats de cette enquête vous sont parvenus sous forme de dépliant distribué dans le cadre de la semaine SST 1995
- 4 LAROUCHE, Ginette, *Agir contre la violence*, Montréal, éd. De la pleine Lune, 1987, p.46 et ss
- 5 BROVERMAN, J.K. et al. (1970), tiré de Guyon et al, *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, éd. Stanké, 1981, p. 40
- 6 Ibid, p.69
- 7 GENDRON, Colette, « Stratégies féministes en science infirmière » (2), *L'infirmière canadienne*, juin 1993, p. 47
- 8 Ibid. (1), mai 1993, p. 41
- 9 GENDRON, C., BÉLAND, B., « L'insoumission des femmes, une manifestation de santé mentale », *Santé mentale au Canada*, vol. 42 (2), 1994, p. 10
- 10 L'Intersyndicale des femmes, qui regroupe neuf comités de condition féminine dont celui de la FIIQ, a présenté un mémoire au Comité canadien dans le cadre de ses audiences, le 6 décembre 1992. Ce mémoire a donné lieu à la recherche suivante: ROBINSON, Ann, *Travailler, mais à quel prix*, Université Laval, Les Cahiers du GREMF (65) 1995, p. 5
- 11 CARPENTIER-ROY, Marie-Claire, *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier*, Montréal, éd. Liber, 1991, p. 54
- 12 ROBERTS, Susan J., « Oppressed group behavior : implications for nursing », *Advances in nursing science*, juillet 1983, p. 28 et 29
- 13 Ibid, p. 29
- 14 PÂQUET-DEEHY, Ann, « Victimisation et « revictimisation » », *Le Médecin du Québec*, octobre 1995, vol 30, no 10, p. 35-41
- 15 PRUD'HOMME, Diane, *La victimisation des femmes : quand ça commence et où ça finit*, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1994, p. 5
- 16 Cette partie est inspirée des travaux de Ginette Larouche, op.cit.
- 17 BALL-WYMAN (1977-78) et JAKIBOWSKI (1973) tiré de LAROUCHE, G. ibid p. 286
- 18 BOISVERT, J.M. et all (1979), tiré de Larouche, G. *Aux formatrices en interventions auprès des femmes violentées*, Montréal, éd. Nilson et La Fleur, 1993. p. 269
- 19 LAROUCHE, Ginette, *Agir dans la violence*, op. cit., p. 328
- 20 PRUD'HOMME, Diane, *Les mensonges qu'Horrore me contaît*, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1991, p. 18 et 19
- 21 Ibid., p. 12
- 22 VERRET, Colette, « La violence ne s'arrête pas toute seule : la prévention par la formation », conférence à *Insight Information Inc.*, Montréal, avril 1996, p. 29
- 23 Ibid., p. 11
- 24 ONTARIO NURSE'S ASSOCIATION, *Violence in the workplace*, éd. 1995; p. 19
- 25 Adapté de : VERRET, C., op cit. p., 13
- 26 La Fédération fournira aux équipes locales un projet de déclaration.
- 27 Cette clause est inspirée de celle contenue au code d'éthique du C.L.S.C. Saguenay-Nord
- 28 Dans les petits établissements, une personne peut être désignée à cet effet
- 29 MICHAUD, Anne, Guide d'enquête sur la sécurité des femmes en ville, Ville de Montréal, 1993, 44 p.
- 30 VERRET, C., op. cit., p. 28
- 31 Ne pas se surprendre ici, certaines tenteront de se défilier et ne voudront pas parler de l'événement. Elles ont peur et cela les renvoie à leur propre impuissance
- 32 Dans ces cas-là, les médecins ont tendance à utiliser une stratégie classique de menaces de poursuites. Il s'agit d'une stratégie d'intimidation dans laquelle les infirmières ne doivent pas se laisser enfermer.

BIBLIOGRAPHIE

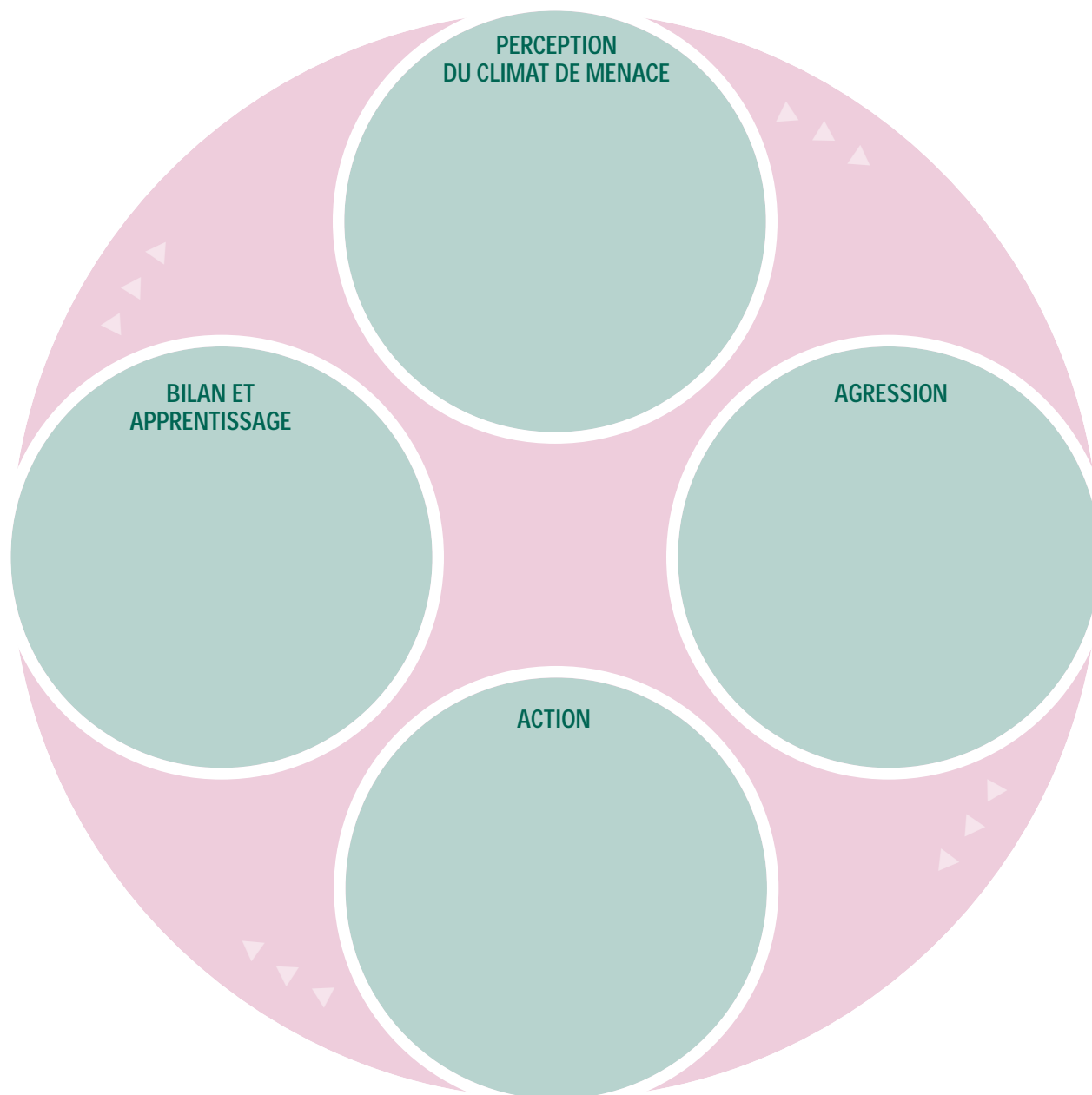
- Cantin, S., «La violence envers les femmes : y a-t-il abus dans la manière de la définir et de la mesurer ?», *Informelle*, Université de Montréal, vol. 4, no 1, mars 1994, p. 4-7
- Carpentier-Roy, M.-C., *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier*, Montréal, éd. Liber, 1991, 174 p.
- CLSC Saguenay-Nord, *Code d'éthique*, avril 1995
- Comité canadien sur la violence faite aux femmes, *Un nouvel horizon : éliminer la violence et atteindre l'égalité*, Ottawa, 1993, 318 p.
- FIIQ, *Briser le silence : politique pour contrer le harcèlement sexuel et racial*, novembre 1992
- FIIQ, *Rapport de recherche sur la violence faite aux infirmières en milieu de travail*, décembre 1995
- Gendron, C. «Stratégies féministes en sciences infirmières», *L'infirmière canadienne*, mai-juin 1993, p. 41-47
- Gendron, C. et Béland, B., «L'insoumission des femmes, une manifestation de santé mentale», *Santé mentale au Canada*, vol. 42(2) 1994, p. 8-14
- Guyon, L. et al., *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, éd. Stanké, 1981, 158 p.
- Larouche, G., *Agir contre la violence*, Montréal, éd. La pleine lune, 1987, 549 p.
- Larouche, G., *Aux formatrices en intervention auprès des femmes violentées*, Montréal, éd. Wilson et Lafleur, 1993, 556 p.
- Michaud, A., *Guide d'enquête sur la sécurité des femmes en ville*, Ville de Montréal, module du développement communautaire, novembre 1993, 44 p.
- Ontario Nurse's Association, *Violence in the workplace : a guide for ONA members*, octobre 1995, 40 p.
- Pâquet-Deehy, A., «Victimisation et revictimisation» *Le médecin du Québec*, octobre 1995, p. 35-41
- Prud'homme, D., *La victimisation des femmes : quand ça commence et où ça finit*, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes violentées, 1994, 36 p.
- Prud'homme, D., *Les mensonges qu'Horrore me contait*, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1991, 49 p.
- Roberts, Susan J., «Oppressed group behavior : implication for nursing», *Advances in nursing science*, juillet 1993, p. 21-29
- Robinson, A., *Travailler mais à quel prix : 72 travailleuses témoignent de la violence faite aux femmes dans les milieux de travail syndiqués au Québec*, Université Laval, Les cahiers du GREMF (65), 1995, 187 p.
- Verret, C., «La violence ne s'arrête pas toute seule : la prévention par la formation», conférence livrée à *Insight information inc.*, avril 1996, 30 p.

Cercle de l'impuissance

Pour poursuivre votre réflexion, nous vous suggérons l'exercice suivant : à partir d'un exemple, que vous avez coché au début et auquel vous n'avez pas donné suite, vous êtes invitée à remplir ces deux cercles. En complétant le cercle du pouvoir, vous verrez quelles actions auraient pu être entreprises pour avoir du contrôle sur la situation.



Cercle du pouvoir



Cette brochure publiée par la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec est une collaboration du secteur Condition féminine et du service Communication-Information.

■ **Conception et écriture**

Secteur Condition féminine
Lucie Girard, conseillère

■ **Production**

Service Communication-Information
Danielle Couture, conseillère

■ **Collaboration**

Comité Condition féminine
Responsable politique : Sylvie Boulanger, 1^{re} v.-p.
Membres du Comité : Michèle Allard
Madeleine Belleau
Ro Licata
Elahé Machouf
Ghislaine Marenger
Louise Rochefort, conseillère

■ **Comité de lecture**

Dominique Bilodeau, consultante en violence faite aux femmes
Louise Desrosiers, inf., membre du Réseau des femmes - FIIQ
Colette Gendron, prof. s.c. inf., U.L.
Ro Licata, inf., membre du comité Condition féminine

■ **Secrétariat**

Céline Bourassa
Chantal A. Roy

■ **Conception graphique**

Josée Roy

■ **Impression**

Litho Acme Québec
Atelier syndiqué
Réimpression : Caractéra

Dépôt: 4^e trimestre 1997
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-920986-14-7

*Les infirmières doivent
briser leur silence.
Elles doivent prendre la mesure
de leur valeur et de la valeur
de leur travail et s'affirmer.
Assurées de l'appui de leur
syndicat et exigeant de la
direction de leur établissement
qu'elle se responsabilise face à la
violence qu'elles subissent :
c'est de cette façon
que pourra s'instaurer la tolérance
zéro et que les infirmières
québécoises pourront enfin ...
travailler dans la dignité.*



Fédération des infirmières et infirmiers du Québec

Siège social

2050 de Bleury, 4^e étage, Montréal (Québec) H3A 2J5
(514) 987-1141 Téléc. (514) 987-7273

Bureau de Québec

1260, bd Lebourgneuf, # 300, Québec (Québec) G2K 2G2
(418) 626-2226 Téléc. (418) 626-2111

Adresse internet : www.fiiq.qc.ca