

VIOLENCE / TOLÉRANCE ZÉRO

# Travailler dans la dignité

CADRE DE RÉFÉRENCE  
POUR CONTRER LA VIOLENCE  
EN MILIEU DE TRAVAIL



FÉDÉRATION  
INTERPROFESSIONNELLE  
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



## Équipe de l'édition de 1997

**Responsable politique :** Sylvie Boulanger

**Membres du comité :** Michèle Allard  
Madeleine Belleau  
Ro Licata  
Elahé Machouf  
Ghislaine Marenger

**Conseillère :** Lucie Girard

## Équipe de la réédition de 2010

**Responsabilité politique :** Michèle Boisclair, 1<sup>re</sup> vice-présidente

**Rédaction :** Martine Éloy, conseillère syndicale, secteur Condition féminine  
Michelle Poirier, conseillère syndicale, secteur Condition féminine

**Production :** Marie Eve Lepage, conseillère syndicale, service Communication-Information

**Secrétariat :** Luce Dessureault et Léona St-Louis

## Conception graphique

Ayograph

## Impression

Solisco-Charactera



Bien des gens qui vivent avec la violence jour après jour pensent qu'elle est indissociable de la condition humaine. Ce n'est pourtant pas le cas. Il est possible de prévenir la violence. Il est possible de transformer des cultures violentes. Dans mon propre pays et ailleurs dans le monde, nous en avons de formidables exemples. Les gouvernements, les communautés et les personnes peuvent changer la situation. »

Nelson Mandela, Afrique du Sud  
Prix Nobel de la paix, 1993

# MESSAGE À L'INTENTION DE NOS **MILITANTES** ET DE NOS **MEMBRES**

**C**haque année depuis vingt ans, lorsque nous nous remémorons les événements de la Polytechnique où 11 jeunes femmes ont été tuées, nous renouvelons notre souhait que plus jamais semblable drame ne se répète. Nous sommes toutes concernées par la violence, parce que nous en sommes témoins ou que nous la subissons comme professionnelles, comme femmes. Chez nous au Québec, combien de nos sœurs la subissent dans l'intimité de leur famille ou au travail? Ailleurs dans le monde, trop de femmes sont abusées, mutilées, violentées ou privées de leur droit à l'égalité. Quelle que soit la façon dont elle s'exprime, la violence est inacceptable!

Notre Fédération est engagée dans la lutte contre toute forme de violence depuis de nombreuses années. Malgré son action, l'adoption d'une politique fédérale pour contrer la violence et la négociation de telles politiques dans la majorité des établissements, force est de constater que la violence est encore trop souvent présente dans nos milieux de travail.

Même si des pas ont été accomplis pour faire reculer la violence faite aux femmes, nous devons demeurer vigilantes et solidaires pour percer le mur du silence qui l'entoure afin de la prévenir et l'enrayer. C'est pour mieux vous soutenir dans ce combat que notre Fédération a mis à jour son cadre de référence pour contrer la violence en milieu de travail *Travailler dans la dignité*. Je souhaite vivement que cette brochure ainsi que la formation et les outils qui la compléteront vous permettent de renouveler votre action pour que cesse la banalisation de la violence et que le réseau de santé public devienne un milieu de travail plus respectueux des personnes.

Je tiens à saluer tout particulièrement le travail des groupes de femmes qui ont développé une approche d'intervention féministe de *dévictimisation* pour briser le cercle de la violence. Il s'agit d'un modèle efficace duquel nous nous sommes inspirées dans l'élaboration de cette brochure.

Solidairement,

Michèle Boisclair,  
1<sup>re</sup> vice-présidente  
Responsable politique à la Condition féminine

# TABLE DES MATIÈRES

## 4 AVANT-PROPOS

## 5 COMPRENDRE LA VIOLENCE

5 Une définition

9 Les formes de violence

11 Les conséquences de la violence

## 13 UN POUVOIR À PRENDRE

13 Une tolérance élevée : un indicateur d'impuissance

17 De l'impuissance au pouvoir : un processus de *dévictimisation*

27 Des stratégies d'actions

## 31 LE SYNDICAT : UN ALLIÉ INCONTOURNABLE

## 33 LA DIRECTION : UNE ALLIANCE À DÉVELOPPER

## 34 UNE ACTION CONCERTÉE : LA MARCHE À SUIVRE

## 37 QUAND L'AGRESSEUR-E EST MEMBRE DE LA FIQ

## 38 CONCLUSION

## 39 BIBLIOGRAPHIE

## 42 NOTES

Photo: Dreamstime/Monkey Business Images



# AVANT-PROPOS



Photo : ©iStockphoto.com / trad5

Il y a maintenant vingt ans que la FIIQ a brisé le silence avec la parution, en 1990, de la brochure *La violence faite aux femmes infirmières*. Au cours de ces vingt années, des pas ont été franchis. Les gouvernements ont reconnu que la violence est un problème social d'envergure et ils ont apporté plusieurs modifications législatives. Par exemple, le viol n'est plus simplement un crime contre les mœurs, mais bien un crime contre la personne. Par ailleurs, les femmes victimes de violence ont maintenant accès à un important réseau de maisons d'aide et d'hébergement et la plupart des établissements de santé ont adopté une politique contre la violence. Toutefois, même si les femmes sont de plus en plus nombreuses à dénoncer la violence qu'elles subissent, il reste bien du chemin à parcourir.

Les professionnelles en soins sont confrontées quotidiennement à la violence : la violence dont sont victimes les patient-e-s, mais aussi la violence qui s'exerce à leur endroit. Une enquête réalisée en 1995 auprès des infirmières de la Fédération démontrait que les milieux de santé au Québec constituaient une menace à leur intégrité physique et psychologique. Presque quinze ans plus tard, c'est toujours le cas et c'est également la réalité pour les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes et les perfusionnistes. En effet, selon la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), en 2007, 25,8% des indemnités de remplacement du revenu pour des lésions attribuables à la violence en milieu de travail ont été versées au personnel de la santé ; 60,8% des prestataires étaient des femmes.

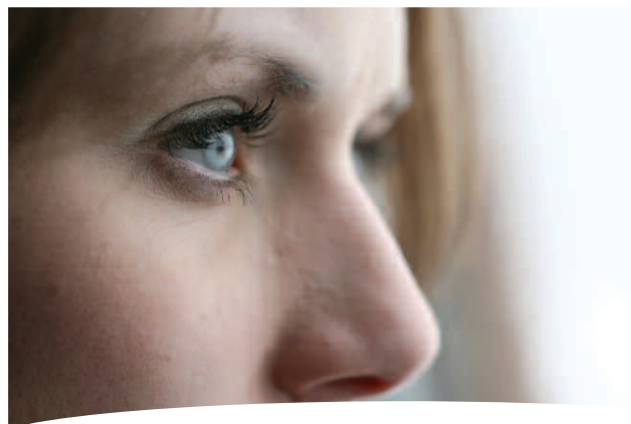
La position de la FIIQ sur la question de la violence est claire. Dans sa déclaration de principes, la Fédération s'engage à promouvoir et à défendre les droits des femmes, à dénoncer publiquement les iniquités et les préjudices qu'elles subissent, ainsi qu'à poursuivre la lutte pour contrer la pauvreté et la violence. Plus encore, il est stipulé dans ses statuts et règlements qu'un des buts de la FIIQ est de « lutter contre toute forme de discrimination et de violence, qu'elle soit exercée à l'endroit de ses membres ou par ses membres » (ch.1, article 3).

# COMPRENDRE LA VIOLENCE

## Une définition

Dans les études sur la violence, les multiples définitions se rejoignent toutes sur un point : la violence s'exerce dans un rapport de pouvoir et est liée à la notion de domination et de contrainte. On parlera 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.<sup>1</sup> ».

Photo: ©Stockphoto.com/asiseit



Lorsque les femmes ont commencé à briser le silence il y a une vingtaine d'année, elles ont mis de l'avant une perspective très large et *englobante*. C'était là une étape nécessaire dans la lutte pour faire reconnaître l'existence de la violence. Aujourd'hui, pour continuer à avancer, il est important de bien identifier ce qui constitue des comportements violents et de faire la distinction entre conflits et violence.

Dans une formation offerte par le Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, la présidente Nathalie Villeneuve explique qu'en situation de violence, il y a quatre facteurs qui permettent de différencier une situation de violence d'une situation de conflit : le gain, le type d'agression, la persistance et l'impact.

Dans un cas de violence, l'agresseur cherche toujours à établir son pouvoir par la violence. Il veut dominer l'autre personne. Son agression est intentionnelle et la violence persiste de manière cyclique. L'impact sur la victime est considérable : celle-ci vit dans un climat de peur et d'impuissance. Par ailleurs, dans une situation de conflit, chaque partie cherche à convaincre l'autre de son bon droit. Il n'y a pas d'agression intentionnelle pour gagner sur l'autre. Lors de l'argumentation, il peut y avoir de l'agressivité, mais l'essentiel demeure un désaccord et non la volonté de contraindre ou d'exercer un pouvoir sur l'autre personne.

Cette distinction ne réduit pas l'importance des conflits qui peuvent être très perturbants pour les personnes impliquées. Par contre, dans le cas de conflits graves, il faudra utiliser une démarche de résolution de conflit et non l'approche préconisée dans les cas de violence. De tels conflits requièrent une attention particulière, sans quoi ils peuvent dégénérer en hyperconflits et devenir difficiles à résoudre parce que tout acte qui survient est interprété à la lumière du conflit et lui fournit du carburant.

Un hyperconflit peut alors donner lieu à des comportements violents.

Comme il a été mentionné précédemment, la violence s'exerce dans le cadre d'une relation de pouvoir et de domination. Elle peut donc s'exercer entre des individus en situation de pouvoir les uns par rapport aux autres, mais elle peut également s'exercer collectivement par un groupe d'individus dans une position de pouvoir par rapport à d'autres groupes. Ainsi, cela devient de la violence sexiste, raciste, homophobe, etc.

## **LA VIOLENCE ENVERS LES FEMMES OU LA VIOLENCE SEXISTE**

La violence envers les femmes est l'expression de rapports inégaux entre les hommes et les femmes qui ont abouti à la subordination des femmes à ces derniers. La définition de la violence qui a guidé les travaux du Comité canadien sur la violence faite aux femmes et qui figure dans la Déclaration de l'Organisation des Nations unies (ONU) est la suivante :

*«La violence à l'égard des femmes désigne tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et 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<sup>2</sup>.»*

Ces rapports inégaux sont renforcés à la fois par les stéréotypes véhiculés par la société et par les institutions mises en place. Celles-ci sont hautement hiérarchisées et on y retrouve peu de femmes en position de pouvoir.

Les membres de la FIQ sont presque en totalité des femmes et la violence sexiste les concerne donc particulièrement. C'est pourquoi les professionnelles en soins ont choisi de se donner pour objectif la tolérance zéro par rapport à la violence.

## **LA VIOLENCE RACISTE**

Tout comme la violence envers les femmes est l'expression de rapports inégaux entre les hommes et les femmes, la violence raciste est fondée sur des rapports inégaux entre des groupes de personnes racisées\*. La violence raciste (qui peut prendre la forme de discrimination raciale) est l'expression d'un rapport de pouvoir du ou des groupes en position de pouvoir sur les autres.

*\* Le concept de « racisé » renvoie au fait que des personnes issues des communautés ethnoculturelles ou visibles sont l'objet d'une stigmatisation basée sur la « race », qui est un concept construit socialement, mais qui n'a pas de base biologique.*

Selon la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination, adoptée en 1965 par l'ONU et ratifiée par le Québec en 1978, la discrimination raciale :

*«Vise toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, dans des conditions d'égalité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social et culturel ou dans tout autre domaine de la vie publique<sup>3</sup>.»*

Cette discrimination peut être directe et, donc, avoir pour effet de discriminer clairement une personne. Toutefois, elle peut aussi être indirecte et pernicieuse. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un ensemble de normes, de pratiques, de décisions ou de comportements en apparence neutres dans les institutions créent ou perpétuent des situations désavantageuses pour des personnes ou des groupes vulnérables. C'est ce qu'on appelle la **discrimination systémique**.

Les professionnelles en soins issues de groupes culturels *racisés* sont susceptibles de subir plusieurs formes de discrimination : en tant que femmes et en tant que personnes *racisées*. Ces violences ne s'additionnent pas simplement les unes aux autres, mais elles se conjuguent et s'influencent pour prendre une forme très différente. Elles n'agissent pas de manière indépendante les unes des autres, mais constituent un système d'oppression particulier. C'est ce qu'on appelle l'**intersectionnalité des violences**.

Quelques illustrations de formes de violence racistes :

- La traite transatlantique des esclaves ;
- L'islamophobie engendrée par les événements du 11 septembre 2001 ;
- Le profilage racial ;
- Les propos du genre : « On sait bien, vous autres les..., vous êtes tous des... » ;
- Une professionnelle d'un groupe *racisé* qui, malgré sa compétence, ne peut accéder à un poste de responsabilité ;
- Une personne *racisée* qui est la cible de remarques au moindre manquement ou retard ;
- Le refus d'un-e patient-e d'être soigné-e par une personne *racisée* ;
- Le changement d'attitude en s'adressant à une personne *racisée* ;
- L'absence de personnes *racisées* dans les postes de pouvoir.

Pour les femmes appartenant à des groupes *racisés* qui sont aux prises avec de la violence et de la discrimination raciale, les conséquences sont les mêmes que pour les femmes qui vivent du harcèlement psychologique : humiliation, perte d'estime de soi et en ses capacités et senti-

ment d'impuissance. Ces femmes sentent la violence, la reconnaissent intuitivement, mais elles arrivent difficilement à la nommer. Souvent, elles vivent également cette violence en dehors du lieu de travail, ce qui renforce leur sentiment d'impuissance.

## LA VIOLENCE HOMOPHOBES

La violence homophobe s'exerce à l'égard de personnes sur la base de leur orientation sexuelle et est aussi l'expression de rapports inégaux entre personnes hétérosexuelles et homosexuelles. Au Québec, il n'y a pas si longtemps, une personne homosexuelle ne pouvait occuper un poste public si elle affichait son homosexualité. Aujourd'hui, malgré que les perceptions aient évolué, tout n'est pas gagné.

En 2008, des pays membres de l'ONU saisissaient l'Assemblée générale de leur préoccupation au sujet d'actes graves dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle dans certains pays. Assassinats, tortures, agressions sexuelles, viols, détentions arbitraires et atteinte à la liberté d'expression et d'association constituent des actes de violence et des violations graves aux droits humains dont sont victimes beaucoup de personnes homosexuelles encore aujourd'hui. L'homophobie se caractérise par :

*« (...) une attitude négative ou un sentiment négatif, une aversion envers les personnes homosexuelles ou envers l'homosexualité en général. C'est aussi le rejet des personnes considérées comme homosexuelles et de ce qui leur est associé, notamment le non-conformisme de genre<sup>4</sup>. »*

Les personnes homosexuelles sont aussi victimes de stéréotypes véhiculés dans la société qui visent à réprimer les formes de sexualité différentes. Comment peuvent-elles ne pas être blessées par les stéréotypes qui ridiculisent les orientations sexuelles divergeant de la norme ? Devant la peur d'être rejetées ou étiquetées, elles tairont leur orientation sexuelle pour se protéger.

Au travail, la violence homophobe, tout comme la violence sexiste ou raciste, peut se manifester par des blagues ou des mots offensants, des imitations caricaturales, des commentaires désobligeants, de l'agression physique ou verbale, du harcèlement psychologique ou sexuel, de l'intimidation, du rejet ou de l'exclusion sociale, etc.

## Les formes de violence

La violence au travail peut être de nature physique, psychologique ou sexuelle. Elle peut être directe, indirecte ou systémique.

Quelle qu'elle soit, la violence est inacceptable.

### LA VIOLENCE PHYSIQUE

La violence physique est liée à l'utilisation de la force physique ou à des moyens susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique d'une personne.

Ainsi, les voies de fait, les agressions sexuelles et la tentative de meurtre constituent de la violence physique.

### LE HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2004, la Loi sur les normes du travail comporte des dispositions sur le harcèlement psychologique dont la définition est la suivante :

*« On entend par harcèlement psychologique une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, par des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste.*

*Une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié<sup>5</sup>. »*

La loi prévoit que tout-e salarié-e a droit à un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique et que c'est à l'employeur de prendre les moyens raisonnables pour le stopper.

Un rapport du Comité interministériel sur la prévention du harcèlement psychologique au travail et de soutien aux victimes révélait que la majorité des cas de harcèlement psychologique surviennent dans le cadre d'une relation de pouvoir de la part d'un supérieur à l'égard d'un-e ou de plusieurs employé-e-s<sup>6</sup>.

### LA VIOLENCE ET LE HARCÈLEMENT SEXUEL

La violence sexuelle comprend tous les gestes, les commentaires ou les avances de nature sexuelle envers une personne. Elle implique une notion de coercition ou de refus implicite, quels que soient le contexte et la nature de la relation entre les personnes concernées. L'agresseur peut être connu de la victime et être en lien avec sa vie privée ou sa vie professionnelle.

La violence au travail peut être de nature physique, psychologique ou sexuelle. Elle peut être directe, indirecte ou systémique.

La volonté d'affirmer son pouvoir sur une autre personne est au cœur de la violence sexuelle. L'idée de pouvoir est d'ailleurs reprise dans la définition d'agression sexuelle développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux :

### **LES AGISSEMENTS CONSTITUTIFS DU HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE OU MOBBING<sup>7</sup> :**

**Empêcher la victime de s'exprimer :** l'interrompre, lui crier après, l'invectiver, critiquer son travail ou sa vie privée, la terroriser par des appels téléphoniques, la menacer verbalement ou par écrit, refuser le contact, éviter le contact visuel, la rejeter, ignorer sa présence, etc.

**Isoler la victime :** refuser de lui parler ou de l'écouter, lui attribuer un poste de travail isolé, interdire à ses collègues de lui adresser la parole, nier sa présence, etc.

**Déconsidérer la victime auprès de ses collègues :** médire d'elle ou la calomnier, lancer des rumeurs à son sujet, la ridiculiser, prétendre qu'elle a des problèmes de santé mentale, attaquer ses convictions politiques ou ses croyances religieuses, se moquer de ses origines, la contraindre à un travail humiliant, noter son travail injustement et dans des termes malveillants, contester ses décisions, mettre son jugement professionnel en doute, etc.

**Discréditer la victime dans son travail :** la priver de toute occupation et veiller à ce qu'elle ne puisse en trouver, la contraindre à des tâches totalement inutiles ou absurdes, la charger de tâches très inférieures ou très supérieures à ses compétences, lui faire exécuter des travaux humiliants, etc.

**Compromettre la santé de la victime :** la contraindre à des travaux dangereux ou nuisibles à la santé, la menacer de violences physiques, lui occasionner volontairement des frais dans l'intention de lui nuire, etc.

*« Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne<sup>8</sup>. »*

Les avances, les insinuations érotiques, le langage ou les gestes obscènes, les regards concupiscentiels ou suggestifs, les propositions déplacées ou insistantes, les images obscènes ou pornographiques, se serrer contre la victime pendant qu'elle travaille, l'acculer dans un coin, poser des questions intimes, le voyeurisme, les promesses implicites ou explicites en échange de faveurs sexuelles sont toutes des expressions du harcèlement et de la violence sexuelle.

## Les conséquences de la violence

Selon la personne visée et la gravité de la violence vécue, les conséquences peuvent être considérables. De plus, il ne faut pas négliger l'impact de la violence sur les témoins et le climat de travail.

C'est d'abord un sentiment de culpabilité, de honte ou de colère qui habite la victime. Ce sentiment est généralement dirigé contre elle-même : elle n'a pas su ou elle n'a pas pu faire ce qu'il fallait. Elle peut aussi être tentée de refouler son malaise en espérant que le temps arrangera les choses. Les personnes témoins de la violence peuvent également vivre les mêmes conséquences et devenir elles-mêmes victimes. La victime peut avoir peur que son entourage ne la croit pas, d'être jugée ou d'être tenue responsable de ce qui est arrivé. Elle peut également craindre des représailles de la part de l'agresseur, de collègues ou de l'employeur. Elle choisira alors de se taire et de se replier sur elle-même ; ses relations s'en ressentiront et sa vie privée sera perturbée.

Les conséquences peuvent aller encore plus loin pour la victime : perte de l'estime de soi, hausse du stress et de l'anxiété, perte de confiance en ses compétences, perte de satisfaction et de motivation au travail, blessures et troubles physiques, troubles sexuels, troubles d'adaptation, dépression, alcoolisme, toxicomanie ou stress post-traumatique. Dans le cas où la victime en vient à devoir s'absenter du travail, elle subira des pertes financières et il y a des chances qu'elle doive en plus payer les services de professionnels et des médicaments. Elle peut même aller jusqu'à prendre sa retraite prématurément.

Si le milieu de travail n'intervient pas sur la situation, il en subira également les conséquences : augmentation de l'absentéisme, hausse du taux de roulement du personnel, difficultés de recrutement, tensions dans l'équipe, dégradation du climat, perte d'intérêt et d'engagement envers le travail, perte de productivité, augmentation du risque d'erreur, réduction de la qualité des services, détérioration de l'image de l'organisation et augmentation des coûts liés aux absences et aux services juridiques. À travers le monde, le coût de la violence au travail représente des milliards de dollars en dépenses et celle-ci constitue un problème de santé publique. Il est donc clair que les employeurs ont tout intérêt à prendre les moyens nécessaires afin de prévenir et d'agir pour stopper la violence en milieu de travail<sup>9</sup>.

**Selon la  
personne visée  
et la gravité de  
la violence vécue,  
les conséquences  
peuvent être  
considérables.**



Alors, je me rappelle  
à moi-même que la  
plus grande de toutes  
les menaces est ma  
propre peur...»

Shirin Ebadi, Iran  
Prix Nobel de la paix, 2003

# UN POUVOIR À PRENDRE

## Une tolérance élevée : un indicateur d'impuissance

Une enquête menée par la Fédération en 1995 a révélé que 90 % des infirmières interrogées étaient victimes de violence au travail. L'enquête a également conclu qu'elles risquent toutes potentiellement de subir une agression, quel que soit le lieu de travail, tous types d'agression confondus. Elle a aussi fait ressortir qu'à défaut de moyens concrets pour faire face à la violence, les infirmières utilisent l'oubli comme stratégie pour réagir à l'agression.

Dans un sondage Léger Marketing effectué en 2002 à la demande de la FIQ, les réponses du millier d'infirmières interrogées ont démontré que l'ampleur du problème est demeurée la même depuis le sondage de 1995. Ainsi, dix ans après l'adoption de la première politique contre la violence par la Fédération, 26 % des répondantes ne se sentaient toujours pas en sécurité au travail.

En 2005, Statistique Canada a réalisé une enquête sur le travail et la santé du personnel infirmier. Lors de cette enquête, 34 % des infirmières

et infirmières auxiliaires affectées aux soins directs dans les hôpitaux ou les établissements de soins de santé de longue durée au Canada ont déclaré avoir été victimes d'une agression physique commise par un-e patient-e au cours de l'année qui a précédé l'enquête. De plus, 47 % d'entre elles ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique<sup>10</sup>.

La violence ne se limite pas aux infirmières et aux infirmières auxiliaires, mais touche aussi les inhalothérapeutes, les puéricultrices et les perfusionnistes cliniques. Le Conseil international des infirmières (2004) identifie le secteur de la santé comme un milieu à risques élevés, notamment en raison du manque de mesures de sécurité dans les établissements de santé, des interventions exigeant un contact physique rapproché, de la charge de travail, du manque d'emprise sur les décisions et d'une organisation du travail rigide et hiérarchisée.

L'impuissance qui résulte de la violence et l'impression qu'il n'existe aucune solution se traduisent par une tolérance élevée aux agressions. En examinant de plus près ce phénomène, il en ressort que rien ne prépare les membres de la FIQ à faire face à ce genre de situations, ni comme femmes ni comme professionnelles en soins.

## LA SOCIALISATION

C'est à travers la socialisation que les filles font l'apprentissage de leur rôle de femmes. Chez elles, l'intégration des stéréotypes féminins contribue à développer une forme d'incapacité : celle de ne pas s'accorder de pouvoir sur sa vie. Les valeurs transmises encouragent l'oubli de soi, la douceur, la passivité, la censure de la colère, la faible estime de soi et la non-affirmation. 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 au lieu de la dénoncer : voilà ce qu'on attend des femmes<sup>11</sup>.

La violence est un des principaux moyens par lesquels les hommes contrôlent la liberté et la sexualité des femmes ; elle témoigne de l'enracinement du patriarcat. « Historiquement, les rôles *sexospécifiques* – rôles respectifs que les sociétés assignent aux hommes et aux femmes – ont été hiérarchisés, les hommes exerçant le pouvoir ainsi qu'une emprise sur les femmes<sup>12</sup>. »

Par ailleurs, une étude citée en 1981 dans l'ouvrage *Va te faire soigner, t'es malade* révèle que les professionnel-le-s de la santé perçoivent la santé mentale des femmes à travers les stéréotypes, légitimant et renforçant ainsi les rôles traditionnels<sup>13</sup>.

Pour s'opposer aux valeurs traditionnelles et aux stéréotypes, 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 masculine<sup>14</sup>.

Tableau 1

**CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE « SAIN » MENTALEMENT SELON LES THÉRAPEUTES (ÉTUDE DE BROVERMAN)<sup>15</sup>**

ADULTE SAIN-E	HOMME SAIN	FEMME SAIN
Moins soumis-e	Moins soumis	Soumise
Indépendant-e	Indépendant	Moins indépendante
Aventueux-se	Aventueux	Moins aventureuse
Peu influençable	Peu influençable	Influençable
Plus agressif-ve	Plus agressif	Moins agressive
Compétitif-ve	Compétitif	Peu compétitive
Moins émotif-ve	Moins émotif	Plus émotive
Moins préoccupé-e par son apparence	Moins préoccupé par son apparence	Plus préoccupée par son apparence
Plus objectif-ve	Plus objectif	Moins objective

**LA FORMATION**

La formation vient doubler la socialisation qui a déjà mis l'accent sur les qualités féminines tels le don de soi, le service aux autres et l'attention à leurs besoins. Si, durant l'étape de la socialisation, les professionnelles en soins ont appris à comprendre et à excuser la violence, ici, elles apprennent qu'elle est un risque inhérent au travail. À cet égard, la formation ne semble pas encore les préparer 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 par rapport à l'abus de pouvoir.

Comme beaucoup d'autres professions féminines, prodiguer des soins se situe dans le prolongement du rôle maternel. Les valeurs féminines, très présentes dans la notion des soins comme l'accueil, l'écoute et la compassion, sont dévalorisées parce que perçues comme des qualités d'effacement. Pourtant, ces valeurs sont incontournables puisque, sans elles, on ne saurait prétendre à une humanisation des soins. Cependant, elles doivent être dédommagées et équilibrées par la capacité de s'affirmer en n'ayant pas peur d'affronter les conflits qui pourraient en résulter<sup>16</sup>.

Les professionnelles en soins doivent 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 cessera d'être considérée comme un «risque inhérent» au travail.

## LA CAUTION DES ÉTABLISSEMENTS

Pendant longtemps, la violence a été perçue comme faisant « partie de la job ». Il s'agissait d'une norme implicite, celle qui justifiait officiellement la violence dans l'établissement. Dans un tel contexte, le silence 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 appuyées. Or, même si certains employeurs ont commencé à agir pour prévenir la violence, beaucoup nient encore cette réalité. Toutefois, les milieux psychiatriques font peut-être exception, puisque nombre de protocoles balisent les manifestations de violence en admettant le phénomène et en protégeant le personnel. Pour le reste, l'indifférence et la banalisation tiennent souvent lieu de politiques. Les professionnelles en soins font face à une culture organisationnelle bien établie.

La banalisation de la part de l'employeur, c'est d'abord taire la violence, la nier ou la camoufler en refusant de reconnaître ce problème et en n'agissant pas pour la prévenir<sup>17</sup>. Entre le 1<sup>er</sup> juin 2004 et le 30 avril 2005, le même phénomène était notable dans le traitement des plaintes déposées à la Commission des normes du travail ; pendant cette période, ce qui était rapporté était alors dédramatisé ou la perception de la victime était remise en doute. Les organisations agissent lorsque le mal est fait et qu'elles n'ont plus le choix<sup>18</sup>.

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 soient 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. 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<sup>19</sup> ».

La situation ne semble pas différente du côté de la gestion des soins, malgré qu'elle soit largement confiée à des infirmières. Dans une enquête, des infirmières révélaient qu'elles ne se sentent pas reconnues par le personnel cadre des soins infirmiers 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 reliés à leur travail<sup>20</sup> ». Plusieurs d'entre elles sont promues à des postes de gestion justement en raison de leur acceptation de l'ordre établi : elles n'ont aucune animosité par rapport au système en place et, au contraire, y adhèrent et favorisent ainsi le *statu quo*. 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 compétition<sup>21</sup>. Devant la violence subie par les professionnelles en soins, ces cadres ont intégré la norme implicite, à savoir que la violence « ça fait partie de la job ».

Il est vrai que les professionnelles en soins ont des attentes particulières quand il s'agit de femmes qui exercent un certain pouvoir. La déception est toujours plus grande quand leur soutien fait défaut. Des supérieur-e-s immédiat-e-s, capables d'affirmation devant l'autorité, qui mettent en place les conditions pour un travail d'équipe de qualité, valorisant pour elles-mêmes et pour leur personnel, c'est ce que la FIQ souhaite pour l'ensemble des établissements.

## LES EXPÉRIENCES PERSONNELLES

Chaque professionnelle en soins 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 devant les agressions. Bien sûr, 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 en regard des nouvelles violences puisque, selon elles, les agressions peuvent être perçues comme une norme. Elles soulignent que leur estime d'elles-mêmes est atteinte et que l'apprentissage de l'incapacité s'étend à d'autres espaces de leur vie<sup>22</sup>. C'est pourquoi les professionnelles en soins victimes de violence au travail doivent être accueillies dans le respect de la diversité de leur expérience personnelle. Les écouter et les croire, sans les blâmer, les juger ni les culpabiliser, sont les signes d'un préjugé favorable ; c'est la base d'une intervention féministe en matière de violence.

Mettre ensemble ces éléments favorise un meilleur éclairage pour comprendre la tolérance élevée des professionnelles en soins par rapport aux agressions qu'elles subissent. Il est urgent qu'elles apprennent à protéger leur intégrité physique et psychologique. Avant d'aborder des moyens concrets, il faut s'interroger sur cette impuissance pour voir comment il est possible de la transformer en un pouvoir sur sa propre vie.

## De l'impuissance au pouvoir : un processus de *dévictimisation*

Le sentiment d'impuissance résulte de l'acceptation d'une situation intolérable en refoulant sa colère, en banalisant l'évènement ou en tentant de l'oublier. Il n'est pas suffisant d'avoir accès à des alarmes, à des agents de sécurité ou à des protocoles d'intervention. Si la professionnelle en soins 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. À la suite d'un long travail auprès des femmes violentées, des féministes ont ainsi défini la victimisation :

Chaque professionnelle en soins n'arrive pas au travail avec le même bagage d'expérience ni le même vécu par rapport à la violence.

*«... 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<sup>23</sup>».*

Les victimes doutent, remettent en question leurs agissements et cherchent des solutions pour mettre fin à leur tourment. C'est pour cette raison qu'elles laissent la situation s'enliser. Elles veulent avant tout trouver une issue qui rétablisse leur dignité<sup>24</sup>.

Chaque membre de la FIQ est invitée à 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**

En se penchant sur l'impact de la violence, ses effets destructeurs sont particulièrement importants au plan psychologique. Les victimes éprouvent d'abord de la colère, de la peur et de l'impuissance.

Comme il a été mentionné précédemment, l'intégration des stéréotypes féminins, accentuée par la formation académique, place les professionnelles en soins 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. Il s'agit d'un processus de *dévictimisation* qui passe par les étapes suivantes : l'estime de soi, l'affirmation et la colère. Ces étapes sont interreliées et vont permettre de quitter la position de victime pour risquer l'affirmation.

### **L’ESTIME DE SOI**

L'estime de soi permet de s'aimer malgré ses défauts, ses limites, ses échecs et ses revers, simplement parce que la personne se reconnaît inconditionnellement digne d'amour et de respect. Elle permet de résister à l'adversité et de se reconstruire après un échec, de croire en ses capacités d'agir. Une saine estime de soi permet de faire une distinction entre ce qui est attribué à la personne et ce qu'elle est vraiment<sup>25</sup>.

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 cesser de se définir à partir du mépris exprimé par l'agresseur. Il s'agit 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<sup>26</sup>.

## L’AFFIRMATION DE SOI

C’est le refus de la passivité et de l’oubli de soi encouragé par les stéréotypes. La personne qui s’affirme s’accorde 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<sup>27</sup>. »

L’affirmation de soi passe par une communication efficace : parler à la première personne « Je », dire simplement ce que l’on pense ou ce que l’on ressent vis-à-vis quelque chose, décrire les comportements sans poser de jugement de valeur, exposer ses émotions et faire en sorte que les messages verbaux correspondent aux messages non verbaux<sup>28</sup>.

Le tableau suivant permet de faire la distinction entre une attitude passive, agressive et affirmative. Il s’agit d’un bon outil d’observation des différents comportements.

*Tableau 2*

### CARACTÉRISTIQUES NON VERBALES DE DIFFÉRENTS TYPES DE COMPORTEMENTS<sup>29</sup>

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, dominatrice, 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

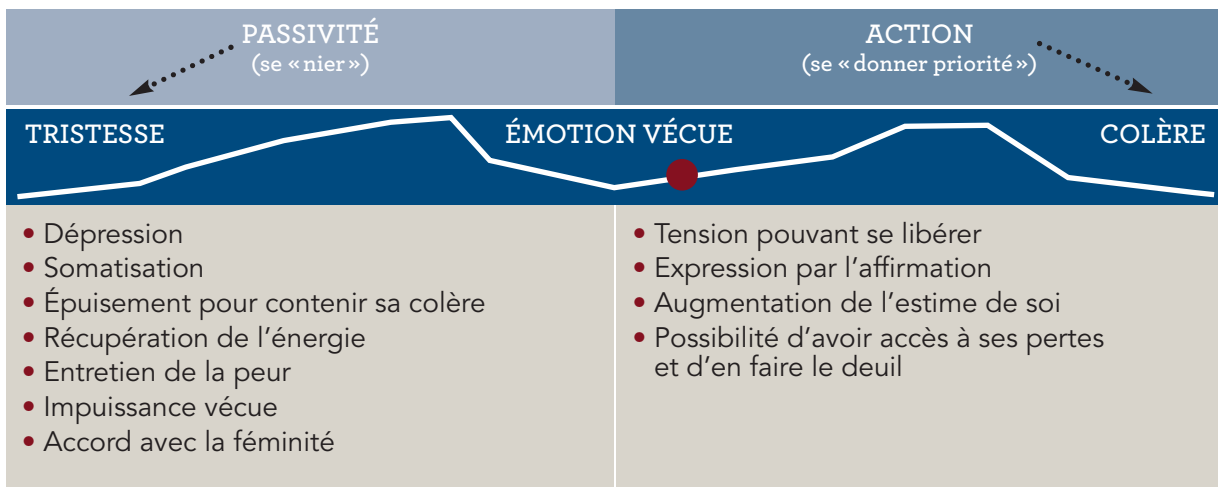
## LA COLÈRE

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 pourtant possible de manifester positivement de la colère, 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. Certaines femmes ont tendance à tirer juste d'un côté: elles réagissent systématiquement par la tristesse. Toutefois, à tirer juste d'un côté, l'élastique risque de se rompre.

Tableau 3

### L'ÉLASTIQUE DE LA COLÈRE<sup>30</sup>



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. Il s'agit d'un signal d'alarme qu'il faut écouter: la personne est blessée, ses droits sont violés, quelque chose ne va pas et son intégrité est menacée. La colère doit être accueillie et reconnue, car elle sert de guide et invite à identifier ses limites. Cela ne veut pas dire accepter les comportements de l'autre ou s'y plier, mais plutôt d'adopter une attitude d'affirmation de soi. En d'autres mots, la colère permet de passer du cercle de l'impuissance au cercle du pouvoir.

## LES CERCLES DE L'IMPUISSANCE ET DU POUVOIR

À partir d'une situation concrète, on peut faire ressortir les notions de victimisation et de *dévictimisation*, ainsi que les stratégies qui leur sont reliées. Pour ce faire, il existe un schéma utilisé en intervention féministe auprès des femmes violentées : le cercle de l'impuissance et le cercle du pouvoir<sup>31</sup>. Il s'agit d'un outil qui pourrait s'avérer précieux dans beaucoup de situations rencontrées au travail.

Dans la mise en situation suivante, Julie traverse des étapes d'impuissance à la suite d'une agression verbale et psychologique. Elle passera pourtant 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.

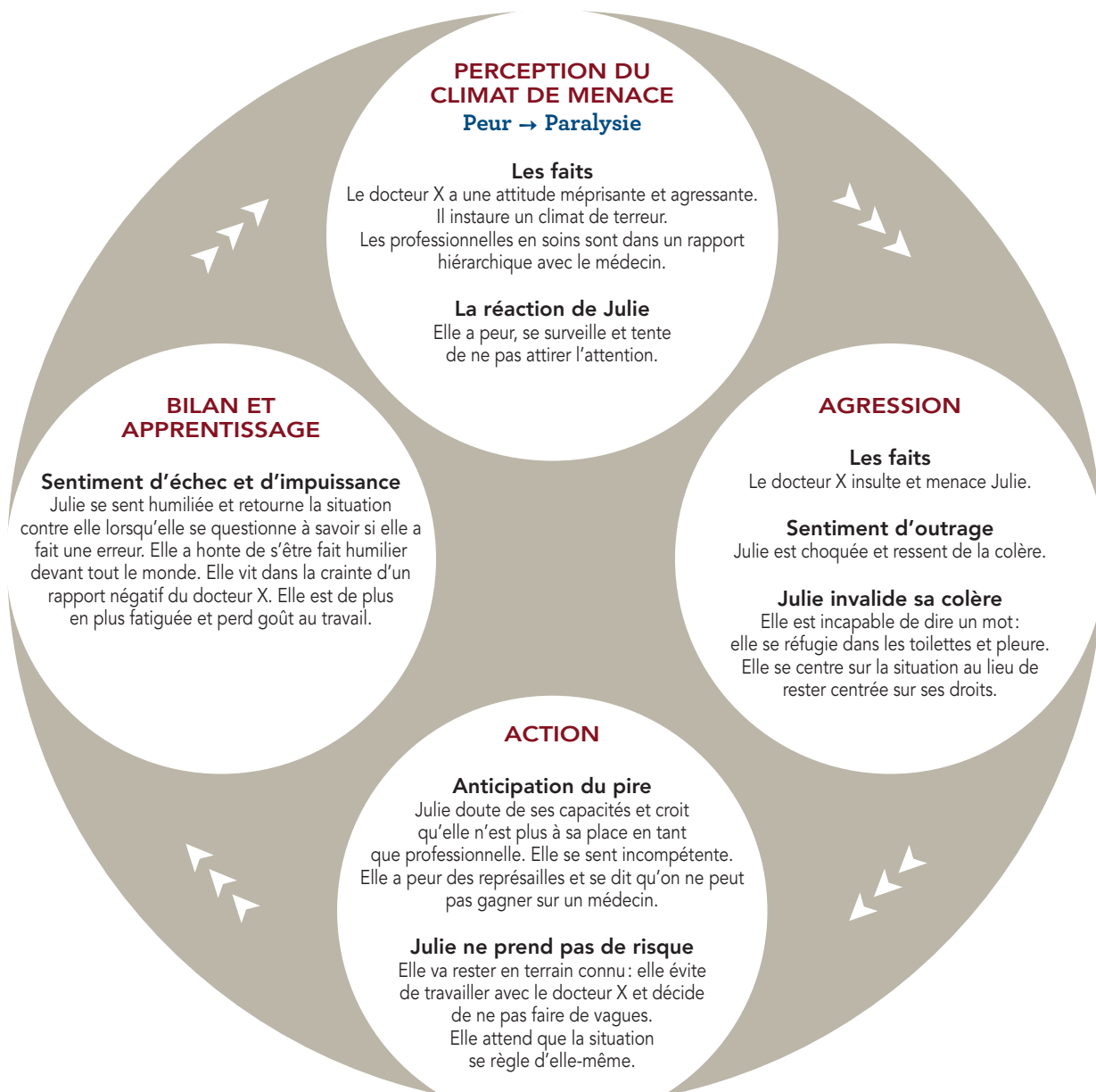
### Une mise en situation

Depuis 15 ans, Julie travaille dans l'établissement Y. Le docteur X a une attitude généralement méprisante à l'égard du personnel : jamais content, il insulte fréquemment les professionnelles en soins et fait souvent des reproches injustifiés. Comme ses compagnes, Julie craint le docteur X. Quand elle travaille avec lui, elle se surveille et tente de ne pas trop attirer l'attention.

Aujourd'hui, elle travaille avec le docteur X. 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. Julie essaie de lui rendre service, mais il ne lui en laisse pas le temps. Furieux, il lui dit : « Tasse-toi ! » Sur le coup, Julie est choquée, mais elle est incapable de dire un mot. Avant de quitter l'unité, 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 dans les toilettes pour pleurer, cherchant où elle a bien pu faire une erreur. L'une de ses compagnes 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 ses collègues 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.

# Le cercle de l'impuissance\*



\*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.

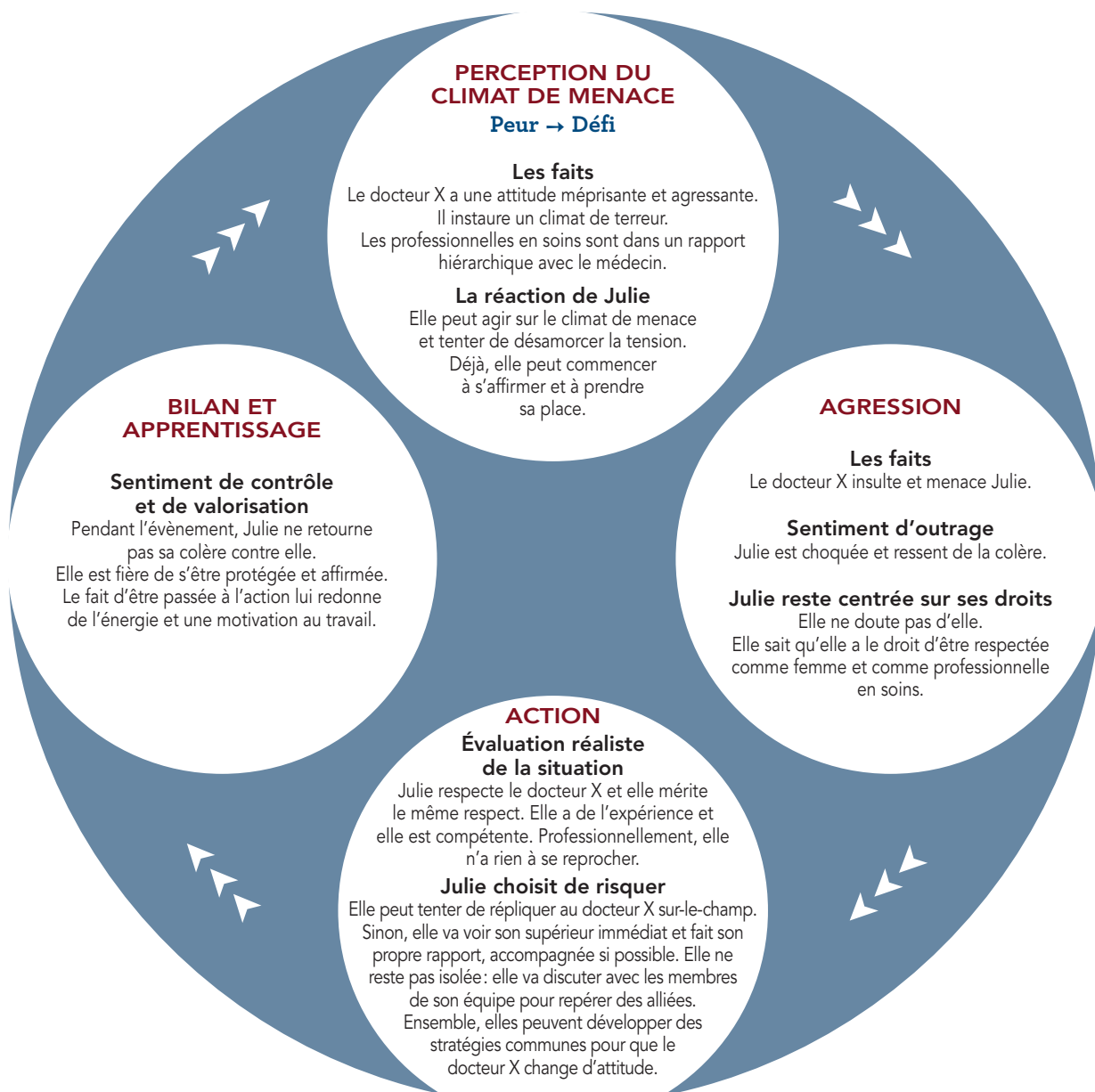
## Julie dans le cercle de l'impuissance

Julie perçoit le **climat de menace**, mais tolère la tension. Elle consacre toute son énergie à être 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 — notamment celui d'être respectée comme femme et comme professionnelle — invalidant ainsi sa colère. Elle se centre plutôt sur le docteur X 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 docteur X 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 importante 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. Toutefois, en cherchant à la rassurer, sa compagne va la confirmer dans son sentiment d'impuissance. En substance, elle va lui suggérer de banaliser l'évènement 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. Par contre, elle en a sur ce qu'elle peut faire dans 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 ?

# Le cercle du 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. 19.

## Julie dans le cercle du pouvoir

Dès la perception du **climat de menace**, Julie peut déjà prendre sa place et s'affirmer. Elle peut rencontrer le docteur X pour l'inviter à une attitude professionnelle. Si son intervention porte fruits, il n'y aura pas d'agression. Tant mieux. Toutefois, il se peut que le docteur X n'en tienne pas compte et maintienne son comportement abusif. Dans le cas présent, c'est cette dernière hypothèse qui a été retenue. 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. Par contre, le fait de rester en contact avec sa colère la mène tout droit à l'**action**. Au sortir de l'unité, elle va trouver son supérieur immédiat, fait son propre rapport de l'évènement 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 docteur X est connu grâce à son rapport et espère qu'elle pourra s'appuyer sur ses compagnes qui vivent la même situation intolérable.

Il importe de le répéter : la victime n'a pas de pouvoir sur l'agression, mais elle a le pouvoir de décider ce qu'elle fera dans la situation. Parfois, l'impuissance est réelle et une évaluation réaliste peut amener la personne 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.

## UN RÉSUMÉ: les cercles de l'impuissance et du pouvoir

### Le cercle de l'IMPUISSANCE : se victimiser, c'est quoi ?



#### JULIE NE RESTE PAS CENTRÉE SUR SES DROITS : ELLE INVALIDE SA COLÈRE

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

### Le cercle du POUVOIR : se dévictimiser, c'est quoi ?



#### JULIE 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

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 peuvent se faire du jour au lendemain ; il faut mesurer le risque. Chaque situation doit être évaluée au mérite. Il faut faire, pour chacune d'elle, la somme des gains et des pertes<sup>32</sup>. 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 : la professionnelle en soins parfaite, impeccable, n'est-ce pas ce qui est attendu ? Par contre, il y a les pertes : se faire de moins en moins confiance ; ne pas répondre à ses propres besoins parce que trop centrés 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 même un effet sur la santé.

## Des stratégies d'actions

Pour que les professionnelles en soins aient du pouvoir dans des situations qui les agressent, elles doivent prendre la responsabilité de protéger leur intégrité physique et psychologique. En d'autres mots, faire le choix de se protéger. Prendre conscience de la violence, c'est la nommer pour éviter de renier ce qu'on éprouve et ce qu'on perçoit, c'est un pas pour s'approprier ce qui est vécu, s'en protéger et s'en défendre. Ce n'est pas un aveu de faiblesse, mais plutôt la marque d'un professionnalisme<sup>33</sup>. Les stratégies mises de l'avant 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 par rapport aux autres. Cela ne mettra pas fin à toutes les agressions. D'autres moyens doivent y être associés. Cependant, il importe de souligner que les professionnelles en soins ne pourront mettre en œuvre ces stratégies de protection que si elles peuvent compter sur un appui réel de l'administration afin de ne pas être pénalisées.

### L'INTUITION

La première de ces stratégies concerne la confiance en leur intuition que les professionnelles en soins utilisent au quotidien dans leur travail, mais qu'elles oublient quand il s'agit d'elles-mêmes. C'est le premier système d'alarme, celui qui indique que leur intégrité est menacée. On ne le répétera jamais assez : les professionnelles en soins ne doivent prendre aucun risque dans des situations potentiellement dangereuses. Par contre, 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 l'agression peut être perçue comme une norme. Pour d'autres, celles qui se croient fortes, 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. Il est important de faire confiance à son intuition.

### 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 oblige les professionnelles en soins à donner les soins requis, rien ne les contraint cependant à le faire dans un climat d'intimidation.

**À cette étape,  
il faut être vigilante.**

**Étant donné que les professionnelles en soins ont appris à être centrées sur les besoins des autres, elles perdent le contact avec leurs propres besoins. Cela se traduit par une perte de confiance en leurs perceptions. Or, la confiance en ses perceptions est essentielle pour faire échec à la violence.**

Il importe de s'appuyer sur son intuition et d'éviter de prendre des risques.

Les professionnelles en soins doivent cesser les soins quand elles se sentent menacées : elles doivent immédiatement se retirer et demander de l'aide.

Tableau 4

#### INDICES DE VIOLENCE POTENTIELLE<sup>34</sup>

##### 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
- Objets jetés par terre, objets lancés
- Soupirs, modification de la respiration
- Transpiration
- Consommation d'alcool ou de drogue
- Etc.

Les professionnelles en soins doivent cesser les soins quand elles se sentent menacées : elles doivent immédiatement se retirer et demander de l'aide. Dans ce cas, le refus de donner un traitement peut être considéré comme une mesure de prévention. Pourtant, l'assaut de patient-e-s est une offense légale reconnue par les cours canadiennes<sup>35</sup>. Laisser croire que « ça fait partie de la job » autorise tout un chacun à injurier les professionnelles en soins, les menacer, les bousculer, etc. Il y a donc un travail à faire auprès des directions et des supérieur-e-s immédiat-e-s pour les amener à considérer la sécurité du personnel comme tout aussi prioritaire que les soins à prodiguer. Toutefois, les premières à convaincre, ce sont les professionnelles en soins elles-mêmes tant l'idée des « soins à tout prix » est profondément ancrée et liée à l'image. À la page suivante, la progression de l'agressivité et le moment où il est nécessaire de se protéger sont présentés sous forme d'un tableau.

Tableau 5

## PROGRESSION DE L'AGRESSIVITÉ<sup>36</sup>

### 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.

### FIXER SES PROPRES LIMITES

Chaque professionnelle en soins doit, pour elle-même, fixer ses propres limites entre ce qui est acceptable et non acceptable. 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 pour y faire face.

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

### ÊTRE SOLIDAIRE DE SES COMPAGNES

Si les professionnelles en soins sont victimes de violence, dans beaucoup de cas, elles sont des témoins silencieux. Le manque de solidarité est un phénomène complexe, parce qu'il est lié à la peur.

Dans la mise en situation précédente, Julie se fait agresser verbalement par le médecin devant ses compagnes. Ces dernières se taisent. Elles laissent passer l'évènement, parce qu'ainsi elles se croient à l'abri. C'est une façon de se protéger pour ne pas être victimes à leur tour. Elles

À cette étape, il faut songer à se retirer.

La solution n'est pas toujours de battre en retraite. Par contre, tant que les professionnelles en soins n'ont pas reçu la formation nécessaire pour affronter de telles situations, se retirer demeure la seule avenue.

Les professionnelles en soins sont invitées à fixer leurs propres limites et à établir pour elles-mêmes leur *tolérance zéro*.

achètent la paix. Toutefois, le prix à payer est élevé. Sans doute sont-elles tristes parce que Julie est blessée, mais leur impuissance a pris le dessus. De plus, 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 professionnelles en soins de l'équipe et à toutes les autres femmes : « Voyez comment je peux vous traiter si vous ne faites pas ce que j'attends de vous ». Le climat de terreur engendré par ce type de menace incite tout le monde à se conformer à la volonté de l'agresseur. On le voit bien, la violence n'est pas une perte de contrôle, mais bien un contrôle exercé sur les autres.

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

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. Il faut du courage et de la confrontation pour se dissocier du modèle de soumission. Se solidariser exprime donc le refus de se conformer aux attentes de celle qui veut imposer son pouvoir. Comprendre que la solidarité est difficile à mettre en œuvre peut changer le regard porté sur ses 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.

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.



Photo : ©iStockphoto.com / AtmoYdur

# UN **ALLIÉ** LE **SYNDICAT** : INCONTOURNABLE

Les victimes ont besoin de se sentir appuyées pour briser le silence autour des agressions qu'elles subissent. Dans les circonstances, les membres de l'équipe syndicale locale sont les meilleures alliées pour les accueillir et leur offrir du soutien. En matière de violence, une responsabilité particulière incombe à l'équipe locale quant à la transformation de leur milieu pour que celui-ci cesse d'être une menace à l'intégrité physique et psychologique des professionnelles en soins. L'équipe doit en outre effectuer un travail continu de sensibilisation, tant des membres du syndicat, de la direction que des autres partenaires de l'établissement. L'action syndicale se décline en trois volets.

## **LA SOLIDARITÉ : UNE ACTION AUPRÈS DES PROFESSIONNELLES EN SOINS VIOLENTÉES**

La professionnelle qui a vécu une agression a besoin d'être réconfortée. La personne privilégiée pour offrir ce soutien est la responsable locale en condition féminine. Elle est la mieux placée pour accueillir la victime avec toute l'ouverture requise pour établir une relation de confiance. De plus, elle est outillée pour l'accompagner dans ses démarches tout en

respectant ses décisions. Cet accompagnement peut prendre différentes formes : écoute, information, aide dans la rédaction d'une plainte, support lors de rencontres, etc. La responsable en condition féminine reçoit la victime avec un préjugé favorable. C'est là une approche essentielle, puisqu'il s'agit de soutenir l'une de ses compagnes dans le risque qu'elle prend en s'affirmant.

### **LA SENSIBILISATION ET LA MOBILISATION : UNE ACTION AUPRÈS DES MEMBRES**

Ce volet concerne la sensibilisation des membres à la violence qu'elles subissent et aux moyens qui peuvent être mis en œuvre pour la contrer. Ce travail de sensibilisation est indispensable pour lutter contre la norme implicite qui s'impose dans les établissements. Il s'agit de travailler avec les membres du syndicat pour dénouer un à un tous les arguments qui justifient la violence au quotidien. Il ne faut pas sous-estimer 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.

Par contre, les échanges 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. Ces occasions contribueront à briser le silence qui, depuis si longtemps, s'est installé autour de la violence dans les établissements. Toutes les membres de la FIQ sont invitées à y participer. La mobilisation est la meilleure école pour expérimenter le passage de l'impuissance au pouvoir. Ainsi, la majorité des établissements ont adopté une politique locale pour contrer la violence au travail qui constitue un bon outil de mobilisation. Il est cependant primordial de la faire connaître, de l'appliquer et de s'assurer qu'elle réponde aux besoins des professionnelles en soins.

### **LE PARTENARIAT : UNE ACTION DANS LE MILIEU**

Une intervention pour prévenir et pour contrer la violence au travail est plus efficace lorsqu'elle est menée de concert avec tous les intervenants du milieu : les ressources humaines, les autres organisations syndicales, etc. 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 et exempt de violence. Toutefois, l'amener à agir sur cette question est une tâche qui exige une grande détermination. Il ne faut pas minimiser la résistance qui peut se manifester. Le plus souvent, elle prendra la forme de l'indifférence ou de la banalisation. Il ne faut pas non plus oublier que la violence est un sujet tabou, puisqu'elle peut ternir l'image de l'établissement. Il y a un travail énorme à effectuer auprès des établissements de santé pour faire échec à cette mentalité qui exige toujours des femmes, et donc des professionnelles en soins, qu'elles se conforment aux rôles traditionnels.



Photo: ©iStockphoto.com/Vaslo

Dans tous les établissements où la FIQ est présente, il importe que la direction s'engage de façon formelle à promouvoir la *tolérance zéro*. Cet engagement est un message à toute personne qui travaille ou qui est en contact avec les acteurs de l'établissement, qu'elle ne tolère aucune forme de violence à l'endroit de ceux-ci, ou exercée par ceux-ci, dans l'exercice de leurs fonctions. C'est à travers l'adoption d'une politique pour lutter contre la violence, des mesures de prévention et de sécurité, le soutien aux victimes et la formation du personnel que cet engagement doit se concrétiser.

L'employeur doit condamner, sans réserve, la violence sous toutes ses formes, y compris la discrimination. Il doit prendre en considération que les femmes constituent la majorité du personnel et que, par conséquent, elles peuvent être la cible d'une violence spécifique.

# UNE ACTION CONCERTÉE : LA **MARCHE** À SUIVRE



Photo : ©Stockphoto.com/Feverpitched

Voici, sous forme de marche à suivre, des informations qui indiquent une façon d'intervenir en concertation au moment d'une agression. L'exemple de Julie sert de guide et, évidemment, peut être adapté. L'important, à chaque fois, est de mettre l'agression en lumière, parce que le silence, loin de protéger les victimes, protège plutôt les agresseurs. Cette marche à suivre interpelle les trois acteurs principaux sans lesquels il ne saurait y avoir de *tolérance zéro* : les professionnelles en soins, le syndicat et la direction.

## LES PROFESSIONNELLES EN SOINS

Les professionnelles en soins sont invitées à briser le silence en tentant de régler les situations, au fur et à mesure, et en rédigeant les plaintes qui s'avèrent nécessaires. C'est une façon d'affirmer son propre pouvoir.

## TOLÉRANCE ZÉRO

### LE SYNDICAT

Le syndicat est invité à soutenir ses membres. Les femmes, dans les situations de violence, trouvent difficile de dénoncer la violence qu'elles subissent. Elles ont besoin d'appui et de solidarité.

### LA DIRECTION

La direction est invitée à se responsabiliser par rapport à la violence et à s'engager véritablement auprès de son personnel, avec une attention particulière pour son personnel féminin.

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 liée. Le syndicat a la responsabilité de soutenir ses membres ; la direction, celle de voir aux correctifs et à la prévention. Quant aux professionnelles en soins, elles doivent développer une solidarité large pour se soutenir les unes les autres et développer des comportements affirmatifs.

## RETOUR sur l'exemple de Julie

### INTERVENTION

#### Sur-le-champ

- Julie ne doit pas entrer dans une discussion avec le docteur X ou se justifier. Dès les premières remarques 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 l'unité, Julie se rend immédiatement au bureau de son supérieur immédiat, accompagnée d'une autre infirmière qui va l'appuyer. Elle lui relate l'incident et remplit un rapport d'évènement 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 son supérieur immédiat qui pourrait tenter de banaliser l'évènement en la dissuadant de faire un rapport.
- Julie vérifie auprès de ses collègues, particulièrement celles qui ont assisté à l'évènement, comment celles-ci seraient prêtes à l'appuyer. Elle ne doit pas se surprendre si certaines tentent de se défilier et ne veulent pas parler de l'évènement: elles peuvent avoir peur et cela les renvoie à leur propre impuissance.

Depuis 15 ans, Julie travaille dans l'établissement Y. Le docteur X a une attitude généralement méprisante à l'égard du personnel: jamais content, il insulte fréquemment les professionnelles en soins et 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, elle travaille avec le docteur X. 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. Julie essaie de lui rendre service, mais il ne lui en laisse pas le temps. Furieux, il lui dit: «Tasse-toi!» Sur le coup, Julie est choquée, mais elle est incapable de dire un mot. Avant de quitter l'unité, il revient vers elle et, d'un geste menaçant, il ajoute: «Si t'es pas capable de travailler ici, on va y voir.»

## APRÈS L'ÉVÈNEMENT

### 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 évaluer 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 professionnelles en soins entendent être respectées.
- L'équipe peut également envisager une plainte collective à l'endroit du médecin.
- L'équipe locale assure Julie et ses compagnes de son appui pour les guider dans leurs actions à l'interne.

### Du côté patronal

- Pour faire suite au rapport de Julie, une enquête est réalisée dans les plus brefs délais et l'employeur identifie 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 l'éventualité d'une plainte collective, il rencontre les professionnelles en soins concernées, l'équipe locale, la direction concernée et le supérieur immédiat. Il propose des correctifs pour assainir le climat et les informe des mesures qui seront prises à l'endroit du médecin.

# QUAND L'AGRESSEUR-E EST **MEMBRE** DE LA FIQ

Dès la première déclaration de principes adoptée par les déléguées lors du congrès de 1991, la FIQ s'engageait : «... à reconnaître et promouvoir les dispositions incluses dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne<sup>37</sup> ». Prendre cet engagement, c'était exprimer clairement la détermination de la Fédération à lutter contre toute forme de discrimination et d'inégalité, y compris le sexisme et le racisme.

En 1996, la Fédération renforçait cet engagement en prenant la responsabilité de lutter contre toute forme de discrimination et de violence, qu'elle soit exercée contre ou par ses membres. Elle refusait de cautionner les membres qui commettent des actes de violence et décidait de ne pas représenter l'agresseur-e.

L'agresseur-e doit être tenu-e responsable des gestes posés, il-elle doit être informé-e que des changements sont attendus dans ses comportements et que le préjugé favorable de la FIQ s'étend à toute victime, qu'elle soit membre ou non de la Fédération.

Dans le cas précis de la violence, la FIQ estime que le droit de la collectivité à un milieu de travail exempt de violence prime sur le droit de l'agresseur-e d'être défendu-e. Ainsi, à la suite d'une enquête, le Comité exécutif de la FIQ pourrait décider de ne pas représenter un-e membre qui aurait posé des gestes de violence.



Photo : Dreamstime/Susoy

# CONCLUSION



Photo: Dreamstime/Michaeljung

Les membres de la FIQ doivent pouvoir travailler dans la dignité, en étant respectées comme femmes et comme professionnelles. Pour la rédaction de cette brochure, le secteur Condition féminine a privilégié une approche stimulante, 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 respecter et se faire respecter, affirmer ses droits, bref, avoir du contrôle sur sa vie, voilà le programme proposé. Nommer ce que l'on vit et agir, c'est le début de la guérison, c'est refuser l'oppression.

Les professionnelles en soins doivent briser le silence. Elles doivent prendre la mesure de leur valeur, de la valeur de leur travail, et s'affirmer. Elles peuvent être assurées de l'appui de leur syndicat et elles ont le droit d'exiger de leur direction qu'elle se responsabilise en regard de la violence qu'elles subissent. C'est de cette façon que pourra s'instaurer la *tolérance zéro* et que les membres de la FIQ pourront enfin... *travailler dans la dignité*.

Cette prise de conscience de la violence subie par les femmes au travail doit créer une ouverture à toutes celles, y compris les femmes hospitalisées, qui vivent de la violence, ici et ailleurs dans le monde.

# BIBLIOGRAPHIE

Alliance des Communautés culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services sociaux. *Mémoire sur le document de consultation du MICC intitulé : Pour la pleine participation des Québécoises et des Québécois des communautés ethnoculturelles — vers une politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination*, soumis à la Commission de la Culture, Assemblée nationale du Québec, août 2006, 42 p.

Centre de recherche-action sur les relations raciales. *Mémoire : pour une volonté réelle de lutte contre le racisme et la discrimination*, présenté à la Commission de la Culture, Assemblée nationale du Québec, 1<sup>er</sup> septembre 2006, 20 p.

CHAMBERLAND, L., et al. *Gais et lesbiennes en milieu de travail : rapport synthèse de recherche*, Montréal, Collège de Maisonneuve et IREF, 2007, 122 p.

Comité canadien sur la violence faite aux femmes. *Un nouvel horizon : éliminer la violence et atteindre l'égalité*, Ottawa, 1993, 114 p.

Commission des Droits et libertés de la personne et des droits de la jeunesse. *Mémoire sur le document de consultation : vers une politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination*, août 2006, 54 p.

Community Health Promotion Network Atlantic. *Recognizing Workplace Aggression in the Non-Profit Sector, Taking Action, A Handbook for Non Profit Organizations*, 2006, 12 p. consulté le 8 avril 2009. En ligne, <<http://www.chpna.ca/index.php?section=projects&page=rwa>>

Conférence générale des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. *Déclaration sur la race et les préjugés raciaux*, adoptée le 27 novembre 1978, Document E/CN.4/Sub.2/1982/2/Add.1, annexe V, 1982, consulté le 23 juin 2009. En ligne, <[http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/pdf/RACE\\_F.PDF](http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/pdf/RACE_F.PDF)>

Conseil des relations interculturelles. *Pour un modèle québécois intégré de lutte contre le racisme et les discriminations*, Mémoire présenté à la Commission de la culture en vue d'une politique gouvernementale de lutte contre le racisme et les discriminations, 6 septembre 2006, 53 p.

Conseil international des infirmières. *Le harcèlement sur le lieu de travail dans le secteur de la santé*, Fiche d'information, consultée le 11 avril 2009. En ligne, <<http://www.icn.ch/mattersbullyingf.htm>>

Conseil international des infirmières. *Directives: Comment affronter la violence au travail*, Genève, 2007, 33 p.

Conseil international des infirmières. *Abus et violences à l'encontre du personnel infirmier: comment affronter la violence au travail, prise de position*, Genève, adoptée en 2000 et révisée en 2006, consultée le 11 avril 2009. En ligne, <<http://www.icn.ch/SewWorkplace/workplaceviolence.fr.pdf>>

CORRÊA, S. O., V. MUNTARBHORM, et Al. *Les Principes de Jogjakarta: Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre*, mars 2007, 37 p., consulté le 15 octobre 2009. En ligne, <<http://www.yogyakartaprinclples.org/principlesfr.pdf>>

DIÈNE, D. *Le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et toutes les formes de discrimination*, Rapport soumis par le Rapporteur spécial sur les formes contemporaines de racisme, de discrimination raciale, de xénophobie et de l'intolérance qui y est associée, Mission au Canada à la soixantième session de la Commission des droits de l'homme E/CN.4/2004/18/Add.2, 1<sup>er</sup> mars 2004, 27 p., consulté le 10 juillet 2009. En ligne, <<http://documents-dds-y.un.org/doc/UNDOC/GEN/G04/113/98/pdf/G0411398.pdf?OpenElement>>

Fondation Émergence. *L'homosexualité n'a pas de frontière*, Québec, Dépliant de la Campagne 2009 de la Journée internationale contre l'homophobie, 2 p., consulté le 15 octobre 2009. En ligne, <<http://www.fondationemergence.org/utilisateur/documents/homophobie/depliant2009.pdf>>

Fondation Émergence. *On ne choisit pas son orientation sexuelle*, Québec, Dépliant de la Campagne 2007 de la Journée internationale contre l'homophobie, 2 p, consulté le 15 octobre 2009. En ligne, <<http://www.homophobie.org/utilisateur/documents/homophobie/depliant2007.pdf>>

GIRARD, S. A., D. LALIBERT, et J. DOMPIERRE. *Prévention de la violence au travail: Guide de prise en charge*, Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, octobre 2005, 57 p.

Gouvernement du Québec. *Code du travail*, L.R.Q., chapitre C-27, mis à jour le 14 mai 2009, consulté le 21 juillet 2009. En ligne, <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch//telecharge.php?type=2&file=/C27/C27.html>>

Gouvernement du Québec. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., chapitre C-12, mis à jour le 7 octobre 2009, consulté le 16 octobre 2009. En ligne, <[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C\\_12/C12.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_12/C12.html)>

Groupe d'aide et d'information sur le harcèlement sexuel au travail. *Ça fait pas partie de la job: Prévenir et gérer les plaintes de harcèlement sexuel au travail*, Montréal, Les Éditions Transcontinental inc., Québec, Les Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship, 2004, 169 p.

Immigration et Communautés culturelles. *Pour la pleine participation des Québécoises et des Québécois des communautés culturelles — vers une politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination*, Document de consultation, Québec, juin 2006, 69 p.

LABELLE, M. *Un lexique du racisme: Étude sur les définitions opérationnelles relatives au racisme et aux phénomènes connexes*, UNESCO, Secteur des sciences sociales et humaines et CRIEC, Coalition internationale des villes contre le racisme, Document de discussion n° 1, 2006, 48 p.

Le centre culturel islamique de Québec. *Mémoire soumis à la ministre de l'Immigration et des Communautés culturelles, Mme Lise Thériault, concernant le document de consultation: Vers une politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination*, août 2006, 10 p.

Organisation des Nations Unies. Première déclaration sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, Assemblée générale du 18 décembre 2008, consultée le 15 octobre 2009. En ligne, <[http://www.ilga.org/news\\_results.asp?LanguageID=3&FileCategory=46&FileID=1213#](http://www.ilga.org/news_results.asp?LanguageID=3&FileCategory=46&FileID=1213#)>

Organisation des Nations Unies. *Déclaration de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée*, dans « Rapport de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée », A/CONF.189/12, Durban, 31 août au 8 septembre 2001, 157 p., consultée le 13 juillet 2009. En ligne, <[http://www.un.org/french/WCAR/aconf189\\_12f.pdf](http://www.un.org/french/WCAR/aconf189_12f.pdf)>

# NOTES

- <sup>1</sup> S. Cantin, *La violence envers les femmes: y a-t-il abus dans la manière de la définir et de la mesurer?* dans « Informelle », Université de Montréal, vol. 4, n° 1, mars 1994, p. 6.
- <sup>2</sup> Organisation des Nations Unies, *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993, consultée le 9 juillet 2009. En ligne, <[http://www.genderandpeacekeeping.org/resources/5\\_Elimination\\_de\\_la\\_violence\\_a\\_legarddes\\_femmes.pdf](http://www.genderandpeacekeeping.org/resources/5_Elimination_de_la_violence_a_legarddes_femmes.pdf)>
- <sup>3</sup> Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, Résolution 2106 A (XX) de l'Assemblée générale du 21 décembre 1965 et entrée en vigueur le 4 janvier 1969, consultée le 22 juin 2009. En ligne, <<http://www2.ohchr.org/french/law/cerd.htm>>
- <sup>4</sup> Fondation Émergence, *L'homophobie, définitions*, consultée le 15 octobre 2009. En ligne, <<http://www.homophobie.org/default.aspx?scheme=1027>>
- <sup>5</sup> Commission des normes du travail, *Un milieu de travail sans harcèlement psychologique, c'est l'affaire de tous, Guide de sensibilisation à l'intention des employeurs et des salarié-e-s*, Québec, 2002, p. 2.
- <sup>6</sup> Comité interministériel sur la prévention du harcèlement psychologique et le soutien aux victimes, *Une stratégie de prévention du harcèlement psychologique au travail et de soutien aux victimes*, Rapport présenté au ministre d'État aux Ressources humaines et au Travail et ministre du Travail, monsieur Jean Rochon, Québec, février 2003, 77 p.
- <sup>7</sup> H. Leymann, *Le mobbing: la persécution au travail*, Paris, Le Seuil, 1996, 240 p.
- <sup>8</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, 2001, p. 22.
- <sup>9</sup> Voir note 7.
- <sup>10</sup> M. Shields, et K. Wilkins, *Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients*, dans Statistique Canada, n° 82-003-XPF au catalogue, Rapports sur la santé, vol. 20, n° 2, juin 2009, p. 2, consulté le 15 juillet 2009. En ligne, <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-2009002/article/10835-fra.pdf>>
- <sup>11</sup> G. Larouche, *Agir contre la violence*, Montréal, Éditions de la Pleine Lune, 1987, 549 p.
- <sup>12</sup> Kofi Annan, secrétaire général des Nations Unies, *Étude: Mettre fin à la violence à l'égard des femmes: des paroles aux actes*, ONU, 2006, p. 29.
- <sup>13</sup> L. Guyon, L. Nadeau, et R. Simard, *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Les Éditions Stanké, 1981, 158 p.
- <sup>14</sup> *Ibid.*, p. 69.
- <sup>15</sup> J. K. Broverman, et coll., (1970), tiré de Guyon et al., *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Les Éditions Stanké, 1981, p. 40
- <sup>16</sup> C. Gendron, *Stratégies féministes en sciences infirmières* dans « L'infirmière canadienne », mai-juin 1993, p. 41-47.
- <sup>17</sup> J. Legros, *Quand le travail donne des bleus au cœur! Intervention centrée sur la résilience et le pouvoir d'agir des personnes qui vivent de la violence psychologique au travail*, Mémoire présenté dans le cadre d'une maîtrise en sciences de l'orientation, Québec, Université Laval, 2004, 227 p.
- <sup>18</sup> J. P. Brun, et E. Kedl, *Portrait et analyse de plaintes déposées pour harcèlement psychologique au travail à la commission des normes du travail*, Québec, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval, 2006, 18 p.

- <sup>19</sup> Ann Robinson, *Travailler, mais à quel prix! 72 travailleuses témoignent de la violence faite aux femmes dans les milieux de travail syndiqués au Québec*, Québec, Université Laval, Les Cahiers du GREMF, n° 65, 1995, p. 5.
- <sup>20</sup> M. C. Carpentier-Roy, *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier*, Montréal, éd. Liber, 1991, p. 54.
- <sup>21</sup> Susan J. Roberts, *Oppressed group behavior: implication for nursing*, dans «Advances in nursing science», juillet 1993, p. 28-29.
- <sup>22</sup> A. Pâquet-Deehy, *Victimisation et revictimisation* dans « Le médecin du Québec », octobre 1995, p. 35-41.
- <sup>23</sup> D. Prud'homme, *La victimisation des femmes : quand ça commence et où ça fini*, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes violentées, 1994, p. 5.
- <sup>24</sup> M. F. Hirigoyen, *Malaise dans le travail, Harcèlement moral : démêler le vrai du faux*, Paris, La découverte, 2004, 288 p.
- <sup>25</sup> J. Legros, *Quand le travail donne des bleus au cœur! Intervention centrée sur la résilience et le pouvoir d'agir des personnes qui vivent de la violence psychologique au travail*, Mémoire présenté dans le cadre d'une maîtrise en sciences de l'orientation, Québec, Université Laval, 2004, 227 p.
- <sup>26</sup> G. Larouche, *Aux formatrices en intervention auprès des femmes violentées*, Montréal, Wilson et Lafleur ltée, 1993, 556 p.
- <sup>27</sup> G. Larouche, *Agir contre la violence*, voir note 11, p. 286.
- <sup>28</sup> S. Gravel, *Le processus d'empowerment des femmes victimes de violence conjugale à travers le système judiciaire*, Fiche synthèse — n° 5, avril 2006, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, consultée le 11 février 2009. En ligne, <[http://www.criviff.qc.ca/pdf/pub\\_101.pdf](http://www.criviff.qc.ca/pdf/pub_101.pdf)>
- <sup>29</sup> J. M. Boisvert, et al. (1979), tiré de G. Larouche, *Aux formatrices en intervention auprès des femmes violentées*, Montréal, Wilson et Lafleur ltée, 1993, p. 269.
- <sup>30</sup> Voir note 11, p. 328.
- <sup>31</sup> D. Prud'homme, *Les mensonges qu'Horrore me contait*, Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, 1991, p. 18-19.
- <sup>32</sup> *Ibid.*, p. 12.
- <sup>33</sup> C. Verret, La violence ne s'arrête pas toute seule : la prévention par la formation, conférence livrée à *Insight information inc.*, avril 1996, 30 p.
- <sup>34</sup> Ontario Nurses' Association, *Violence in the Workplace : A Guide for ONA Members*, octobre 1995, p 19.
- <sup>35</sup> *Ibid.*, p. 19.
- <sup>36</sup> Adapté de C. Verret, voir note 33.
- <sup>37</sup> FIQ, *Déclaration de principes*, Québec, mise à jour en décembre 2008, p. 1.







**FIQ Montréal | Siège social**

1234, avenue Papineau, Montréal (Québec) H2K 0A4 |  
514 987-1141 | 1 800 363-6541 | Téléc. 514 987-7273 | 1 877 987-7273 |

**FIQ Québec**

1260, boul. Lebourgneuf, bur. 300, Québec (Québec) G2K 2G2 |  
418 626-2226 | 1 800 463-6770 | Téléc. 418 626-2111 | 1 866 626-2111 |

[www.fiqsante.qc.ca](http://www.fiqsante.qc.ca) | [info@fiqsante.qc.ca](mailto:info@fiqsante.qc.ca)