

Code bleu!

Natalie Stake-Doucet

Number 334, Spring 2022

Comment continuer ? Dix ans après 2012, le monde reste à refaire

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/98117ac>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Collectif Liberté

ISSN

0024-2020 (print)

1923-0915 (digital)

[Explore this journal](#)

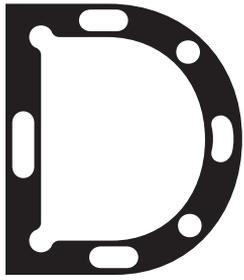
Cite this article

Stake-Doucet, N. (2022). Code bleu! *Liberté*, (334), 54–55.

Code bleu!



Si seulement on écoutait les soignantes... Chronique de l'immobilisme et de la régression dans le réseau de la santé. Par Natalie Stake-Doucet



Depuis près de deux ans, les infirmières et toutes nos collègues soignantes, préposées aux bénéficiaires, sages-femmes, travailleuses sociales, etc. se démènent au front pour essayer de faire face à une pandémie d'une envergure qu'aucune de nous n'avait connue auparavant.

Comme toute bonne crise, la pandémie a exacerbé les problèmes qui minaient déjà l'exercice de notre profession. Le recours abusif au « temps supplémentaire obligatoire » (que tout le monde connaît maintenant par son acronyme, le TSO), le manque d'équipement, l'indifférence devant les risques auxquels nous sommes exposées, notre sacrifice, que l'on tient pour acquis – tous ces enjeux nous ont explosé au visage.

Il faut rappeler que le manque d'équipement n'était pas nouveau. Déjà en 2018, une collecte de fonds avait été organisée par des infirmières de l'Hôtel-Dieu de Québec pour financer l'acquisition d'appareils de mesure des signes vitaux des patients. À l'époque, les représentants de l'hôpital affirmaient que, selon leurs savants calculs, l'équipement disponible était suffisant. Mais les infirmières savaient bien qu'en pratique, c'était faux. Faute d'une réponse adéquate de la part de leur employeur, elles ont dû amasser elles-mêmes les 20 000 \$ nécessaires à l'achat des nouveaux appareils. Cela avait fait la une des journaux. Dans les médias, les infirmières déploraient haut et fort qu'on en soit rendu là.

Dans un esprit similaire, il n'est pas rare que le personnel soignant, surtout en CHSLD, doive se tourner vers des réseaux de soutien informels pour se procurer de l'équipement de protection individuelle (EPI) adéquat. J'en ai moi-même fait l'expérience lorsqu'au début de la pandémie, des collègues dentistes ont dû nous apporter, en CHSLD, des blouses et des masques de leurs propres cabinets. Le CIUSSS pour lequel je travaillais alors (comme tous les autres d'ailleurs) semblait préférer accumuler l'EPI dans ses hôpitaux, même si, à ce moment, il n'y avait pratiquement pas de cas de covid-19 dans les établissements hospitaliers. Ce n'est que lorsque des médecins spécialistes se sont joints à notre équipe que les stocks d'EPI ont été renfloués, comme par magie. Nous savions tous et toutes que lorsque nous manquions d'EPI, il fallait, pour en recevoir d'autre, envoyer un collègue médecin en faire la demande, pas une infirmière ou une préposée.

Il ne s'agit évidemment pas de blâmer mes collègues médecins, mais cela reflète une réalité très inconfortable dans le réseau de la santé, soit la subordination du travail

féminin. La majorité des acteurs sur le terrain, incluant les médecins, voient bien que la hiérarchie rigide du réseau de la santé est toxique. En revanche, et comme c'est le cas avec n'importe quel enjeu dit « systémique » – le racisme ou le capacitisme, par exemple –, il faut plus que des personnes de bonne volonté pour transformer les structures existantes. Au Québec comme partout en Amérique du Nord, la régulation hospitalière du travail infirmier telle qu'on la connaît aujourd'hui s'est développée au tournant du XIX^e siècle... et a peu changé depuis. En fait, la condition des femmes dans la société en général a beaucoup plus évolué que la condition de l'infirmière, si bien que nous vivons des contradictions quotidiennes entre notre vie au travail et notre vie à l'extérieur du travail. Depuis plus d'un siècle, les hôpitaux considèrent les infirmières comme des meubles, des objets inanimés qui leur appartiennent et qu'ils peuvent traiter comme bon leur semble. Ça aussi, la pandémie l'a révélé de façon spectaculaire : des infirmières qui n'avaient jamais travaillé ailleurs qu'en obstétrique ou en pédiatrie ont soudain été « délestées » pour aller assumer le rôle d'infirmière-chef en CHSLD. « Délestées », disait-on, comme d'un sac de sable accroché à une montgolfière qu'on jette dans le vide pour maintenir l'altitude. Sauf que nous ne sommes pas des sacs de sable, et le réseau n'est pas une montgolfière ; au lieu de maintenir le statu quo (déjà lui-même insoutenable), on a piqué du nez pour s'écraser dans un grand fracas.

Il est vrai que l'on trouve, dans le réseau, certains gestionnaires qui effectuent leur travail avec humanité et empathie, mais leur volonté ne suffit pas. Les obstacles à l'humanisation du travail des infirmières naissent de la structure même de nos institutions, pas des individus qui y œuvrent. Or des centaines d'infirmières partout à travers le Québec en ont, des solutions. Et pas des solutions utopiques, irréalisables, parce que nous savons ce qui fonctionne, nous sommes là, sur le plancher, jour après jour. Cela fait des années que nous travaillons au sein d'un réseau brisé, que nous tenons à bout de bras. Nous en connaissons très bien les limites. Durant la pandémie, au lieu de nous traiter comme des sacs de sable à « délester », pourquoi ne pas nous avoir écoutées lorsque nous proposons d'organiser le travail des proches aidants en CHSLD, par exemple? Ceux et celles qui travaillent dans ces établissements savent très bien que les proches aidants accomplissent une énorme partie du travail de soin – un travail dont le personnel dépend pour répondre à l'ensemble des besoins des résidents. Nous proposons de prendre en main la gestion de ce travail, sur le terrain, pour préserver la qualité de vie et de soins des résidents, tout en minimisant les risques d'infection. Les proches aidants sont capables de

s'adapter à des situations de crise, on aurait pu leur enseigner rapidement comment utiliser l'EPI et les changements nécessaires dans les soins pour éviter les éclosions. Nous avons les compétences pour le faire, mais on nous l'a interdit. Nous avons aussi proposé de distribuer l'EPI en fonction des milieux ayant le plus de cas de covid-19, plutôt que de le laisser s'empiler dans les hôpitaux. Mais là encore, il a fallu se débrouiller sans l'aide des structures (dés)organisationnelles du réseau.

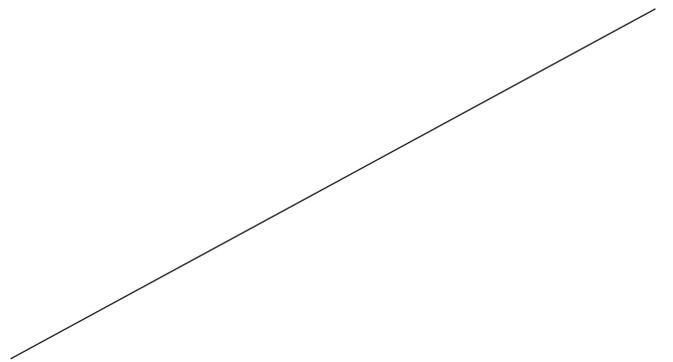
Au moment où ces lignes sont écrites, plus de quatre mille infirmières ont quitté le réseau pour « sauver leur peau ». Comment a-t-on pu négliger les conditions de travail des infirmières à ce point? Et les gestionnaires et décideurs, qui regardent ces soignantes démissionner tour à tour, ne trouvent rien de mieux à faire qu'augmenter la charge de travail de celles qui restent. Belle job, les gars.

Selon la philosophe Silvia Federici, les infirmières font un travail de « reproduction », c'est-à-dire qu'il permet de maintenir des humains en vie pour qu'ils puissent contribuer à la production capitaliste. Ce travail traditionnellement confié aux femmes fait partie de « l'architecture invisible » du système social, en ce qu'il est essentiel pour préserver la vie humaine. Sauf que l'économie capitaliste dépend de son invisibilité; elle requiert que ce travail ne soit pas reconnu comme tel, mais qu'il soit plutôt perçu comme une vocation, comme un instinct inné poussant au don de soi. La dévalorisation du travail de reproduction est au fondement même de notre réseau de la santé. Or les personnes qui effectuent ce travail ont beaucoup évolué au fil du temps, contrairement aux structures du réseau. Le travail infirmier s'est professionnalisé, tout comme celui des sages-femmes. Malgré tout, les avantages sociopolitiques reliés à la professionnalisation, tels que la reconnaissance du statut et de l'autorité correspondant aux responsabilités assumées par les soignantes, se font toujours attendre. La subordination et la déférence à l'égard du corps médical et de la hiérarchie désuète du milieu hospitalier sont toujours les valeurs qui encadrent la pratique infirmière.

La misogynie ambiante voudrait nous faire avaler que la source de ce problème se trouve dans le fait qu'une trop grande proportion de femmes accomplissent ces professions. C'est plutôt *parce que* nous faisons un « travail de femme » que le système de santé travaille aussi fort à le dévaloriser. Combien de fois ai-je entendu des collègues rapporter que de hauts gestionnaires refusaient d'améliorer le ratio infirmières-patients, non pas parce qu'on manquait de monde, mais parce qu'on ne voulait surtout pas que le personnel soignant « s'habitue » à travailler dans des conditions normales? Quant au TSO, entré en vigueur il y a vingt-cinq ans comme mesure temporaire, il est aujourd'hui érigé en véritable système de gestion. Or il repose sur le mythe voulant qu'une infirmière ait l'obligation déontologique d'assurer sa relève pour le quart de travail suivant. Ce langage de la responsabilité professionnelle, des obligations déontologiques, voile un abus de pouvoir persistant. La majeure partie du TSO n'est pas dû à la soi-disant pénurie d'infirmières, mais bien à une gestion défaillante de la force de travail – et on en fait porter l'odieux aux infirmières, qui démissionnent ou tombent d'épuisement. La même logique s'applique à la « loi du silence » qui règne dans le réseau. Ce n'est pas parce qu'on

veut éviter d'ébruiter les horreurs vécues dans les établissements de soin que les soignantes sont tenues au silence. Cette omerta sert plutôt à nous convaincre que notre parole n'est acceptable que lorsqu'on chuchote; lorsqu'on lève le ton, notre parole déroge à la norme de respectabilité féminine à laquelle on nous confine. Ainsi, la professionnalisation de notre travail, une reconnaissance acquise de haute lutte, une réalisation célébrée, est aujourd'hui une arme entre les mains des hôpitaux. Par un curieux renversement des choses, les exigences du « professionnalisme » servent à nous maintenir dans un autre siècle.

Ces stratégies ont réussi pendant longtemps à brouiller les pistes, à renforcer les structures organisationnelles qui nous étouffent, nous, soignantes. Malgré chaque pas en avant réalisé par les mouvements sociaux, qu'il s'agisse des mouvements féministes, syndicaux, antiracistes, écologistes ou décoloniaux, les structures archaïques du réseau de la santé semblent résister, quoi qu'il arrive. On maintient le statu quo en recourant à des méthodes toujours plus violentes pour le personnel : décrets, lois spéciales, heures supplémentaires obligatoires, menaces et sanctions. Or je crois que nous arrivons au bout de cet immobilisme. Nos rébellions ponctuelles, qui ne cessent de s'intensifier, ébranlent réellement l'inertie des institutions. Nous connaissons la valeur et l'ampleur de notre travail, et la pandémie les a révélées plus clairement que jamais : nous n'avons plus rien à perdre. Le réseau de la santé semble préférer s'autodétruire plutôt que de prendre la peine d'écouter les soignantes et de collaborer avec elles. Depuis le temps que politiciens et gestionnaires pyromanes allument des feux partout – des feux que nous passons notre temps à éteindre –, nous avons fini par apprendre à nous défendre. À présent, nous réfléchissons autrement. Les sit-in se multiplient malgré les tentatives d'interdiction du Tribunal administratif du travail. Nous parlons ouvertement de nos expériences, de notre réalité. Mais, plus important encore, nous refusons de continuer à porter sur nos épaules le poids des défaillances du réseau et le manque de volonté de nos gouvernements. De plus en plus d'infirmières démissionnent, sans culpabilité, sans remords, pour protester contre le mépris qu'elles subissent. Nous avons tout fait pour aider, nous avons fait tout ce que le réseau a exigé de nous. Nous refusons maintenant de lui sacrifier nos vies. ●



Natalie Stake-Doucet, infirmière, Ph. D., est porte-parole de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers. Elle travaille sur le terrain depuis le début de la pandémie, en CHSLD, en vaccination et en dépistage, tout en continuant d'enseigner en sciences infirmières.