

# Conférence à l'occasion de l'Assemblée générale annuelle de la Section Neuchâtel/Jura

Mardi 16 mars 2010

## ***Lorsque les infirmières ont le droit - ou le devoir - de dire "Non!"***

Ce sujet est intimement lié à deux thèmes qui me tiennent très à cœur : La responsabilité professionnelle des infirmières et la visibilité des soins infirmiers.

La société confie aux infirmières et aux infirmiers un mandat gigantesque : celui de s'occuper et de soigner ses malades, ses blessés, en bref : ses membres les plus vulnérables. Or, le dilemme de notre profession est que les moyens que l'on nous concède pour accomplir cette tâche ne sont de loin pas suffisants, ce qui en fait une mission impossible.

Pourquoi ? Parce que très peu de monde se doute des compétences que requiert son exécution ; parce que les soins infirmiers restent prisonniers d'un cliché ancestral selon lequel on naît infirmière – on ne le devient pas. Suzanne Gordon a ironisé sur ce thème dans une espèce de poème que l'ASI va publier sous peu sous forme de poster et dont j'aimerais vous faire la lecture :

### ***Juste une infirmière***

*Je suis "juste une infirmière".*

*Je fais juste la différence entre la vie et la mort.*

*J'ai juste la formation qui permet de prévenir les erreurs médicales, les complications et autres catastrophes.*

*Je suis juste une chercheuse qui aide les infirmières et les médecins à prodiguer des soins de meilleure qualité, plus sûrs et plus efficaces.*

*Je travaille juste dans un centre hospitalier universitaire, où je soigne et surveille des malades recevant des traitements complexes, à la pointe du progrès.*

*Juste une infirmière*

*J'explique juste aux malades et aux familles comment rester en bonne santé.*

*Je fais juste la différence entre vivre chez soi et déménager dans une maison de retraite.*

*Je suis juste une professeure qui forme les futures générations d'infirmières.*

*Je fais juste la différence entre mourir dans la souffrance et mourir dans la sérénité et la dignité.*

*Je suis juste un pilier principal du système de santé.*

*Voulez-vous être, vous aussi, "juste une infirmière" ?*

L'invisibilité de ce que fait réellement une infirmière et des moyens et des compétences qu'il lui faut pour le faire a deux conséquences graves :

Premièrement, ce que l'on pourrait appeler « l'expropriation des soins infirmiers », ce qui signifie que d'autres récoltent les lauriers - prenez la petite histoire suivante, racontée elle aussi par Suzanne Gordon :

Une infirmière expérimentée, nommons-la Francine, soigne une patiente atteinte d'un cancer de la vésicule biliaire et souffrant de douleurs extrêmement fortes. Pour sa part, le jeune médecin-assistant qu'elle prie de prescrire l'antalgique indiqué est convaincu que le véritable problème de la patiente, qui se trouve à la veille de sa première chimiothérapie, ne sont pas

ses douleurs, mais ses angoisses, et il demande à Francine de lui administrer un calmant. En dépit de tous ses efforts, Francine ne réussit pas à le convaincre du bien-fondé de ses propres observations. En désespoir de cause, elle appelle le médecin chef de clinique, qui se rallie aussitôt au point de vue de Francine ; sur son injonction, le médecin assistant finit par signer la prescription. Francine prépare le médicament, se rend auprès de sa patiente, lui explique ce qu'elle va faire et pourquoi, pose la perfusion, administre le médicament, en observe les effets, verbalise son intervention et ses observations dans le dossier de soins. La question à mille francs : à sa sortie de l'hôpital, qui la patiente félicitera-t-elle de sa compétence ? Et qui remerciera-t-elle de sa gentillesse ?

Autre exemple d'expropriation des soins infirmiers : avez-vous remarqué que dans des séries télévisées telles qu' « Urgences », les infirmières n'ont le plus souvent qu'une fonction décorative ; par contre, tout ce qui, dans la réalité des services, est fait par des infirmières, est fait, dans les séries, par des médecins ?

Dans le pire des cas, nous finissons nous-mêmes par intérioriser ce stéréotype de l'infirmière exécutante, et par accepter notre subordination, comme le montre cette anecdote :

Un bel après-midi, un patient d'âge moyen se présente aux urgences d'une clinique privée. Il se plaint de douleurs cardiaques, que le personnel le soupçonne de simuler. On procède à divers examens et analyses, dont le résultat est communiqué au médecin en cours de soirée : tous les tests étant négatifs, le médecin ordonne de renvoyer le patient à la maison. Il est minuit. L'homme est handicapé, se déplace en fauteuil roulant et ne peut pas marcher plus de quelques mètres sans soutien. Lors de l'entretien d'admission, il avait confié à l'infirmière être citoyen suisse avec domicile à l'étranger, dans quelque état d'Amérique du Sud. Son seul contact en Suisse : un cousin éloigné dans un village de l'Oberland Bernois. Me croirez-vous si je vous dis que l'infirmière obtempéra et congédia le patient sans autre ? Je crois que cette anecdote douloureuse nous révèle bien des choses sur une forme d'impuissance professionnelle qui est, excusez-moi, délibérément choisie.

Ou les infirmières-anesthésistes fières de ne plus être soumises à la direction des soins, mais à la direction médicale ?

Ou encore l'histoire de tel infirmier aux urgences qui s'était vu infliger un blâme parce qu'il ne s'était pas opposé à l'administration d'un médicament contre-indiqué à un bébé qui mourut par la suite, blâme annulé sur recours par le tribunal administratif au motif qu'il n'était qu'infirmier ? Eh oui, « just a nurse »...

Deuxième conséquence fatale de notre invisibilité : la déprofessionnalisation des soins infirmiers et de leur formation : dans pratiquement toutes les autres branches, la formation est haussée au niveau des exigences croissantes ; dans les soins, la formation est abaissée au niveau de l'immense réservoir de jeunes chômeurs que notre ministre de l'éducation publique désire intégrer dans le processus économique. Le message, lorsqu'on remplace des infirmières diplômées par des ASSC par exemple : soigner, ce n'est pas si sorcier que ça !

Si nous devons nous insurger contre notre invisibilité, ce n'est pas par orgueil blessé. C'est parce que nous portons une responsabilité, envers nos patients – leur sécurité, leur santé, leurs droits -, envers le système de santé et envers la société toute entière. Et c'est le sens de cette responsabilité qui doit nous pousser à lutter pour montrer le lien entre nos conditions de travail et notre niveau de formation d'une part, la qualité de nos soins d'autre part.

Or, qui dit responsabilité, dit droit – car le droit, contrairement à une perception aussi répandue qu'erronée, ce n'est pas en premier lieu le doigt levé, la sanction, la punition ; le droit

visé à délimiter entre le juste et le faux et son but premier est de nous faire intérioriser ce qui est juste – en d'autres termes : de nous permettre de dire « oui » ou « non ». Le droit n'est pas fait pour nous asservir, mais pour nous servir.

Toutefois, pour beaucoup d'infirmières et d'infirmiers, le droit est perçu comme une espèce de catastrophe naturelle. Une force menaçante et sournoise, qui s'abat sur vous sans avertissement, comme un tremblement de terre. Après un séisme, pendant un certain temps, tout le monde est littéralement secoué, traumatisé. Personne n'ose sortir dans la rue, le moindre bruit suspect sème la terreur. Mais peu à peu, la catastrophe sombre dans l'oubli. A mesure que son souvenir pâlit, nous nous laissons regagner par l'insouciance – alors que sous nos pieds, dans l'ombre et dans les profondeurs, le magma ne cesse de bouillonner. Et lorsque la terre se remet à trembler, après un, deux ou mille ans, c'est la même panique que la dernière fois.

Transposée sur notre compréhension du droit, nous pourrions faire l'économie de ce va-et-vient entre deux attitudes diamétralement opposées: entre terreur et paranoïa d'une part, insouciance irresponsable d'autre part - si nous développons une conscience plus réaliste des limites, mais aussi des possibilités du droit.

J'aimerais vous relater une affaire qui a préoccupé les tribunaux et qui touche à beaucoup d'aspects intéressants.

Le 13 septembre 1998 en fin d'après-midi, une toxicomane est hospitalisée dans une clinique psychiatrique. Le service dans lequel on la connaissait était complet et n'avait aucune chambre d'isolement libre, néanmoins on accepta de la prendre en charge. On la plaça donc dans la chambre d'isolement d'un service voisin. Le médecin de service ordonna sa surveillance horaire avec des réveils de contrôle et l'administration d'un calmant.

Voici en quels termes le rapport de soins décrit les heures qui suivirent :

20 h 30 : se réveille facilement  
21 h 30 : se réveille difficilement  
22 h 45 : rien de particulier. Sans avoir revu la patiente, le médecin ordonne de ne plus la surveiller que toutes les deux heures.  
00 h 15 : la patiente dort  
Env. 03 h 00 : la patiente dort

À 05 h 00 environ, l'infirmière constate le décès de la patiente.

L'institut universitaire de médecine légale conclut que le décès est intervenu entre 23 h 00 et 01 h 00. En outre, les experts observent que la patiente a sans doute aucun consommé de l'héroïne entre 22 h et minuit.

Le jugement de première instance fut prononcé le 11 novembre 2003 (soit au terme d'une procédure ayant duré plus de cinq ans !); le médecin et les deux infirmières responsables sont reconnues coupables d'homicide involontaire. Aux yeux du juge, le décès est dû aux suites de différentes omissions évitables et à l'accumulation fatale en l'occurrence d'erreurs en partie insignifiantes :

- contrôles lacunaires à l'entrée de la patiente
- prescription d'un médicament inadéquat
- contrôles insuffisants
- diverses fautes de jugement

Les inculpées furent condamnées à des peines de prison de dix jours avec sursis et à des amendes entre Fr. 500 et 1'000, peines qui restèrent bien inférieures aux peines requises par le ministère public. Toutefois, pour les infirmières, la punition principale fut le martyre et la stigmatisation liée à cet interminable procès. Dans son jugement – des plus cléments – le

juge de première instance ne mâche pas ses mots. Il accuse une politique de restrictions budgétaires qui s'attaque sans merci au système de santé et dont le personnel et les patients sont les victimes. Plus de deux ans plus tard, le 20 janvier 2006, la cour d'appel du canton de Berne se prononce et annule le jugement de première instance, considérant que la responsabilité des infirmières et du médecin n'a pas pu être prouvée. Elle les acquitte, notamment parce que qu'il n'est pas prouvé qu'un comportement sans faute de la part des inculpées aurait permis de sauver la vie de la patiente.

Envers et contre cet acquittement : les considérants des juges ne signifient rien d'autre que si, au début de cette histoire, quelqu'un avait pris une décision sensée et courageuse, la seule décision acceptable en termes professionnels, et dit « Non ! », une vie humaine aurait très probablement pu être sauvée, sans parler de la carrière professionnelle de deux collègues.

Mis à part les conséquences désastreuses pour les personnes directement concernées, ce mode d'agir – ou plutôt : de ne pas agir - très répandu dans les soins a un impact calamiteux sur l'image que projette notre profession, et sur l'image que nous avons de nous-mêmes : une fois de plus, nous avons accepté le rôle de victime. Nous avons accepté de faire les frais d'erreurs – ou de crimes - commis par d'autres.

Car il est prévisible que de plus en plus souvent, des infirmières seront traduites en justice pour des fautes qui sont la suite de conditions de travail en constante dégradation.

Le Code des obligations donne à l'employeur (en l'occurrence, il ne s'agit pas seulement de l'institution elle-même, mais également de tous les supérieurs) le droit d'émettre des directives. Cependant, ce droit n'est pas illimité.

Il ne doit pas être exercé de manière arbitraire, ou de manière à compromettre la sécurité du personnel ou des patients, ou de manière à exiger du personnel qu'il commette des actes contraires à la loi. Cela signifie par exemple, que le personnel peut s'opposer à une directive, lorsque le manque d'effectifs en interdit l'exécution correcte, c'est-à-dire conforme aux règles de l'art.

D'autre part, ce droit ne saurait se limiter à l'objection pure et simple, mais oblige le personnel à solliciter de l'aide et à contribuer à la recherche de solutions alternatives.

Lorsqu'une infirmière assume une tâche dont elle sait ou devrait raisonnablement savoir qu'elle n'est pas à même de l'exécuter selon les règles de l'art, elle agit d'une manière qui engage sa responsabilité juridique, civile et pénale.

J'ai dernièrement eu affaire à la situation suivante :

Des restrictions budgétaires contraignent un hôpital de district à une restructuration, qui aurait entre autres impliqué que de nuit, une infirmière seule aurait été responsable du service de soins continus, avec ses sept lits, régulièrement complets, dont un lit pour patient sous intubation. Par-dessus le marché, on voulait obliger cette infirmière de se charger du bip des réanimations

Pour l'équipe, il s'agissait clairement d'une mission impossible. Hélas, la direction refusa d'entrer en matière sur ses objections abondamment fondées. Faute d'argent, une amélioration des effectifs était hors de question.

L'intervention de l'ASI permit bientôt de trouver une solution (le bip fut confié aux médecins, on introduisit un service de piquet et les infirmières obtinrent le droit de refuser des entrées en cas de manque d'effectifs).

Dans un autre cas similaire, également pour des motifs d'économies, le personnel infirmier des urgences adultes aurait dû assumer le transport d'urgences de nouveaux-nés. Conjointement, le service juridique de l'ASI, la section de l'ASI et le personnel concerné élaborèrent ce qu'ils appelèrent un « formulaire de décharge ». Celui-ci leur permet de rendre leur hiérarchie responsable d'éventuelles complications et d'éventuels dommages.

Voici quatre ans, nous avons publié dans notre revue « Soins Infirmiers » un article basé sur la longue lettre d'un papa dont le fils de treize ans, atteint d'un cancer incurable, fut victime de l'incapacité totale des médecins et des infirmières de traiter ses douleurs.

Je me permets, même s'il m'en coûte, de vous citer quelques passages de cet article :

*Au cours des deux nuits qui ont suivi son hospitalisation, les douleurs de Dominic étaient intenses et il a demandé aux infirmières de lui donner des médicaments. A chaque fois on lui a répondu : « Dominic, tu as déjà eu ton antalgique ».*

*Mon fils était assis sur une chaise, couvert de sueur et contorsionné par la douleur, il avait les larmes aux yeux lorsque l'infirmière lui dit : « Dominic, je t'ai donné tout ce que je pouvais ». Le médecin, qui n'arriva que quelques heures plus tard, dit à Dominic qu'il se comportait très bien mais qu'il ne voulait pas lui donner trop d'antalgiques. A la demande expresse du papa (non des soignants), le médecin accepta finalement de prescrire une nouvelle dose de morphine – 1.5 mg pour un garçon de plus de 50 kg – l'effet fut évidemment nul. On promit d'installer « immédiatement » une pompe à morphine, qui deux heures plus tard n'était toujours pas là. Cet état dura plusieurs semaines, avant que l'on passât à un traitement au Fentanyl. Malheureusement, les doses et la fréquence d'application étaient toujours insuffisantes, et Dominic continuait à se tordre de douleur, poussant des gémissements et des hurlements qui faisaient penser à ceux d'un animal blessé. Les médecins n'étaient pas disponibles, constamment occupés par des colloques ou des cas urgents. Les infirmières, impuissantes, se contentaient de dire « Nous avons donné tout ce que nous pouvions, et nous ne pouvons tout de même pas courir chez le médecin toutes les 5 minutes ».*

Quelqu'un n'aurait-il pas dû dire « Non ! » ? Non aux médecins ? Non aux collègues ? Non à certaines structures (institutionnelles, mentales) qui permirent cette faillite?

Où étaient-ils, les fameux avocats du patient ? Je sais, c'est facile de montrer du doigt, je l'observe tous les jours : qui tire la sonnette d'alarme s'expose bien souvent à de graves ennuis : au rejet, au mobbing de la part de ceux dont il incarne la mauvaise conscience.

En Suisse, nous sommes bien loin d'une protection efficace de ceux que la jurisprudence anglo-saxonne appelle Whistleblower, terme qui désigne ceux qui, après avoir épuisé la voie de service, alertent les autorités, voire l'opinion publique, au sujet des abus ou des actes illicites dont ils ont été témoins.

La conséquence de notre mutisme, c'est que dans nos hôpitaux, cliniques et homes, des patients souffrent et parfois meurent inutilement.

D'autre part, nombreux sont aussi les soignants qui souffrent inutilement. Ici, il retourne du « Non ! » que nous devons opposer à certains patients (ou à leurs proches).

Des études, internationales, mais pas plus connues pour autant, le prouvent : Aucune profession n'est plus exposée au risque de violence, d'agression et de harcèlement que les soins infirmiers – le saviez-vous ? C'est un fait que nous devons inlassablement porter à la

connaissance du public ignorant du professionnalisme requis pour gérer ce haut potentiel de violence, ignorant en fait de la plupart des exigences de notre profession. Je vous signale à ce sujet le guide contre le harcèlement sexuel au travail, publié récemment par l'ASI et destiné aux infirmières et autres professionnelles de la santé.

Notre « Non ! » à la violence, nous le devons à nous-mêmes, à notre propre dignité professionnelle, et en fin de compte, ici aussi, à nos patients. Car la violence démoralise les soignants, sape leur motivation et en pousse plus d'un à abandonner la profession.

Dans une société comme la nôtre, qui tabouise la violence autant qu'elle la sanctifie, il revient aux soignants de revendiquer des conditions de travail libres de violence. Leurs revendications ne s'adressent pas qu'aux auteurs de la violence, dont les actes souvent ne sont que la conséquence d'une désintégration sociale ou le symptôme d'une pathologie. En effet, le Code des obligations et la Loi sur l'égalité entre femmes et hommes obligent les employeurs à protéger leur personnel contre le mobbing, la violence et le harcèlement sexuel. Une institution qui ne parviendrait pas à prouver qu'elle a entrepris tout ce qui est faisable à cet effet peut être condamnée à verser dommages et intérêts aux victimes.

Voilà un droit dont beaucoup de soignants n'ont aucune connaissance. Bien au contraire, ils sont nombreux à partager l'opinion de certains juges que les hôpitaux sont des espèces de zones littéralement hors-la-loi, et que les coups, les menaces, les injures et les remarques sexistes ne sont pas punissables lorsque des infirmières en sont les victimes et font partie de leur métier.

Je ne laisse planer aucun doute sur le fait que nos patients, nos patientes se trouvent au centre de nos préoccupations, de nos soucis, de notre mission, et qu'ils constituent notre raison d'être professionnelle. Il convient également de ne jamais oublier qu'ils sont aussi contribuables, payeurs de cotisations d'assurance-maladie, électeurs et citoyens.

C'est d'eux qu'il s'agit, lorsqu'une politique de restrictions budgétaires aussi myope que dépourvue de discernement nous contraint à un rationnement implicite ou explicite des prestations infirmières.

C'est d'eux qu'il s'agit, lorsque la désintégration des valeurs sociales, comme la solidarité avec les malades, fait que ceux-ci ne sont plus considérés que comme facteurs de coûts.

C'est d'eux qu'il s'agit lorsque leur santé et leur sécurité sont sacrifiées à des soi-disant impératifs économiques ou gestionnaires.

C'est d'eux qu'il s'agit lorsque des fautes professionnelles sont camouflées, au lieu d'être analysées.

C'est d'eux qu'il s'agit lorsque nous acceptons des conditions de travail qui ne nous permettent ni de nous concentrer, ni de nous régénérer.

En dépit de tout cela, j'aimerais attirer l'attention ici sur un piège que nous tendent ici aussi l'histoire et le caractère collectif de notre profession : notre investissement en faveur de nos patients ne doit en aucun cas verser dans l'abnégation. Ne doit en aucun cas signifier que nous-mêmes cessions d'exister et que nous niions la légitimité de nos propres besoins.

Car il existe un point au-delà duquel ce n'est plus à nous de trouver des solutions mais aux politiques, aux décideurs – un point au-delà duquel nous avons le droit de dire purement et

simplement « Non ! ». Dans notre propre intérêt bien sûr, mais aussi – encore une fois – dans l'intérêt de nos patients.

Ce point est atteint lorsque la sécurité de nos patients n'est plus garantie, ou lorsque nos conditions de travail détruisent nos vies.

L'un de nos moyens de dire non est la grève.

Lorsqu'il y a quelques années, le personnel des HUG se mit en grève, une infirmière déclara à la radio que pour elle, travailler, c'était comme foncer à 200 km/h sur l'autoroute. Je suis persuadé que cette infirmière savait exactement qu'un accident aurait entraîné tant la mort de son patient que la sienne propre.

La grève est la forme la plus radicale du « Non ! » professionnel collectif.

C'est un droit qui nous est garanti par la Constitution – même si, pour des raisons qui dépassent le cadre de cette conférence et contrairement à d'autres pays, les grèves à l'hôpital sont relativement rares. Avec son « Guide de la lutte sociale », l'ASI a fourni une contribution importante en vue de préparer les infirmières aux mesures de lutte nécessaires à la défense de leurs intérêts et de ceux des patients. Avec son fonds de lutte, l'association s'est donné les moyens de financer ces mesures de lutte et d'assumer les pertes salariales subies par ses membres en grève. En outre, elle accorde la protection juridique aux membres chicanés, punis ou même poursuivis en justice par l'employeur contre lequel se dirige la grève.

La grève peut prendre des formes inhabituelles – laissez-moi vous citer un article qui relate un incident bouleversant qui a eu lieu il y a quelques jours dans un hôpital de Montréal :

*« Montréal, le 21 février 2010*

#### *PRISE D'OTAGE*

*Samedi le 20 février dernier, un hôpital universitaire de l'est de Montréal a pris en otage douze infirmiers et infirmières pendant plus de dix heures de temps, ce qui fait qu'ils ont dû s'occuper des malades dont il avait la charge dans une unité de soins critique pendant plus de dix huit heures. Normalement, une journée de travail est fait de huit heures, où nos talents, notre science, et nos valeurs sont mis à l'œuvre afin de faire ce dans quoi on est excelle, soit soigner les malades. Il est prévu dans le code de déontologie d'un infirmier et d'une infirmière qu'il doit s'occuper de ses patients tant qu'il ou elle n'a pas une relève pour prendre en charge les malades dont il ou elle s'occupe. Ce qui, je crois, fait bien l'affaire du système de santé malade dans lequel on vit, puisque les soignants ne peuvent pas abandonner les soignés-es sans que personnes soient disposés à les prendre en charge. Alors dans ce contexte de pénurie dans lequel on est, il arrive régulièrement que les professionnels de la santé; infirmiers ou infirmières soient obligés de demeurer faire des heures de plus pour pallier au manque quotidien de personnel.*

*[...] On nous demande continuellement de faire notre part, demande littérale ici, comme si on considérait que faire seulement les heures régulières de travail pour lesquelles on s'est engagés étaient nettement insuffisant pour considérer qu'on fait déjà notre juste part. Les infirmiers et infirmières tiennent le système de santé à bout de bras et ce, depuis longtemps déjà. Comment il se fait alors qu'on ait si peu de respect pour ces professionnels-les? [...]*

*Ce samedi donc vers les seize heures, le groupe d'infirmiers et infirmières qui devaient prendre la relève du personnel de jour; voyant qu'ils seraient encore obligé de faire du temps supplémentaire obligé durant la prochaine nuit, il faut aussi comprendre que c'est le groupe le plus sollicité à être pris en otage car la pénurie est encore plus criante sur le quart de nuit que sur tout les autres quarts de travail, ce groupe à décidé de pas commencer son quart de travail, de demeurer dans la salle de repas afin de manifester son écœurement face à ce manque de respect récidivant. Il faut savoir que ça*

*fait déjà des années qu'on dénonce ces problèmes, qu'on propose des solutions, mais il ne se passe jamais rien. En fait, il se passe quelque chose, ça va de mal en pis.*

*Pouvez-vous croire que pendant tout ce temps de notre prise d'otage, il n'y a personne de l'administration qui a crû bon de venir donner du support à l'équipe séquestré dans les soins critiques? Personne n'est venu nous rencontrer pour nous dire qu'on était préoccupé par nous, par notre sort. Personne.*

*Pouvez-vous croire aussi que plusieurs solutions ont été proposées tant par l'équipe en otage que par l'équipe qui refusait de rentrer travailler dans ces conditions encore une fois outrageuse, et que l'administration de l'hôpital a refusé toutes suggestions choisissant la ligne dure à la manière de « on ne pliera sur rien »?*

*Comment peut-on souhaiter qu'on puisse attirer des jeunes à avoir envie de devenir des infirmiers et infirmières dans un tel contexte. On nous en demande toujours plus, les infirmiers et infirmières sont ÉPUISÉ-ES. Je me demande sur quel ton, de quelle manière, sur quelle tribune nous pourrions avoir une oreille attentive et qui permettrait aussi de vraiment de changer des choses.*

*J'espère ici entrer au cœur des décideurs, pas les chefs d'unité, pas les coordonnatrices d'activité, pas les chefs de programme ni même les directeurs généraux d'hôpitaux mais je m'adresse plutôt à la classe politique, c'est à vous de changer les choses. Vous êtes responsables du système de santé, vous pouvez entendre, vous devez prendre des décisions pour améliorer drastiquement les conditions de travail des infirmiers et infirmières afin que ça devienne une profession intéressante pour les jeunes en questionnement sur leur avenir professionnel. On a besoin de renfort et de beaucoup de renfort, le vieillissement de la population et les boomers devraient en soit vous convaincre qu'on a besoin rapidement d'augmenter le nombre de professionnels soignants.*

*Je m'adresse aussi à la population en générale, comment il se fait qu'on accepte collectivement que les infirmiers et infirmières soient traités de la sorte, de façon irrespectueuse. Lorsque vous aurez besoin de soins, les infirmiers et infirmières seront en première ligne de l'expérience traumatisante que vous allez vivre, nous faisons la différence entre l'inhumanité et la souffrance versus l'empathie et l'humanité. Au moment, où on se rencontrera, vous serez peut-être entrain de traverser l'un des pires moments de votre vie. Il serait plus que justifié que vous preniez notre défense, en manifestant et en vous plaignant. Vous seriez les plus grands gagnants de cette démarche. [...]*

*Steeve Gauthier  
Infirmier »*

Nous l'avons vu, souvent notre « Non ! » constitue un appel aux autorités, à la politique, à la société, lorsque ceux-ci ne mettent pas à notre disposition les moyens nécessaires à l'accomplissement de notre mission.

Toutefois, dans la plupart des cas, notre « Non ! » s'articule de manière bien moins dramatique, dans le quotidien dans nos services. C'est le cas quand nous disons « Non ! » à notre employeur, sous forme de dénonciations à l'inspecteur du travail ou de recours aux Prud'hommes. Là aussi, l'association nous assiste, nous accompagne ou nous représente, négocie en notre nom avec les employeurs ou leurs faitières, intervient auprès des autorités fédérales comme le seco (Secrétariat d'état à l'économie).

Me viennent à l'esprit ici les nombreux procès en égalité salariale intentés par l'ASI et son combat interminable contre l'abus des services de piquet ainsi que contre de formes de plus en plus insidieuses de travail sur appel.

Un article paru il y a quelque temps illustre ce que signifient de tels horaires, sous le titre « Personnel surchargé – menace pour la sécurité » : Épuisement. Burnout, fautes professionnelles. Huit mois durant, le personnel de salle d'op avait exigé de la direction de cet hôpital cantonal une amélioration de la réglementation des services de piquet. Sans succès

aucun. L'on continuait à attendre des infirmières de salle d'op qu'elles fassent des horaires de vingt heures, et ce jusqu'à huit fois par mois. Indépendamment du nombre et de la durée de leurs interventions, on ne leur payait que 4 heures 15 minutes pour 7 heures de travail effectué entre minuit et sept heures du matin, cette plage étant qualifiée de service de piquet, le délai d'intervention comportant quelques minutes.

Les infirmières confièrent au journal que leur épuisement était parfois tel qu'elles laissaient tomber leurs instruments durant les interventions. Le matin, étant souvent trop fatiguées pour poursuivre le travail, on les renvoyait à la maison, avec les retenues salariales correspondantes.

Et pourquoi tout cela ? Parce que dans l'espace d'une année, le nombre des interventions avait augmenté de 200, alors que les effectifs eux n'avaient pas bougé. A peine l'article avait-il paru... devinez ! En quelques jours, ces horaires furent supprimés.

L'exemple des services de piquet révèle cependant toute la problématique de l'application de la Loi sur le travail dans le domaine des institutions de santé. D'une part, vous avez la pression exercée par maints employeurs sur leur personnel. Plus ou moins ouvertement, on cultive la peur des infirmières de perdre leur emploi pour faire accepter des conditions de travail manifestement contraires à la loi. Ce faisant, le personnel se rend complice et selon les cas punissable lui aussi.

Le mépris systématique de la Loi sur le travail mène à la résignation et au cynisme quant à l'autorité de cette loi, voire de l'ordre juridique tout entier. Dans le pire des cas, la Loi sur le travail n'est plus perçue comme une protection, ce qu'elle est censée être, mais comme une chicane, une entrave, un mal - impression que maint employeur se réjouit bien sûr d'entretenir.

Cette tendance est bien illustrée par ces collègues qui réclament le retour au horaire des douze heures et revendiquent le « droit » de travailler sept jours de suite, comme avant la dernière révision de la Loi sur le travail.

Cela révèle un trait inquiétant et caractéristique pour un nombre non négligeable de soignants incapables d'accepter qu'aucune loi ne peut satisfaire tout le monde, et qu'une loi comme la Loi sur le travail a aussi pour but de les protéger contre eux-mêmes. D'empêcher non seulement l'exploitation, mais l'auto-exploitation des travailleurs. Cela devrait d'autant plus aller de soi dans notre profession, que notre bien-être et notre santé ont un impact plus ou moins direct sur la santé et la sécurité de nos patients.

Parfois donc, ce « Non ! », c'est donc à nous-mêmes que nous devons le dire, lorsque l'auto-exploitation nous fait miroiter des avantages qui nous font oublier qu'il y aura, à plus ou moins longue échéance, un prix à payer.

Nous en arrivons à un niveau de valeurs qui m'amène à parler du « Non ! » que nous devons opposer à la société toute entière.

Ainsi, il est à mon avis de notre devoir de nous opposer à la subversion incessante de notre société, y compris du système de santé, notamment des soins par la pensée économique et l'idéologie néo-libérale.

Dans l'enthousiasme des débuts de notre campagne pour la visibilité des soins, je me déclarais convaincu que nous étions parfaitement armés pour relever le défi des « marchands de santé » et prouver la valeur monétaire des soins.

Je persiste bien sûr à croire que les soins infirmiers valent leur pesant d'or – et bien plus. Mais entre temps, je crois aussi qu'il est dangereux et faux d'accepter les termes de ce discours mercantile, et de légitimer ce faisant l'avènement de ce nouveau paradigme anti-humaniste. Il est vrai néanmoins que les soins infirmiers épargnent des coûts astronomiques au système de santé. Mais cela ne peut et ne doit en aucun cas constituer leur raison d'être.

Soignons-nous, parce qu'il est des êtres humains malades, blessés, vulnérables, fragilisés, qui ont besoin de notre aide, de notre soutien, de notre accompagnement ? Ou les soignons-nous dans la mesure où cette aide, ce soutien, cet accompagnement sont rentables et leur retour chiffrable en francs et en centimes ?

Pour clore cette conférence, et en gage de mon optimisme et de ma foi dans le profond sens de la justice qui habite au cœur de notre profession, j'aimerais encore une fois me rallier à Gilles Devers, qui constate que

« Les soignants restent les principaux bataillons de militants des droits de l'Homme ».

Je vous remercie.

Pierre-André Wagner  
Avocat, LL.M., infirmier diplômé  
Responsable du service juridique de l'ASI