

[Lien vers le compte rendu](#)

[Lien vers le texte de Béatrice FRANCK, Michel JAROSZ et Jean-Claude ROTOLONI](#)

Introduction :

L'idée de travailler ce thème de la féminisation des équipes de soins est venue alors que je relatais cette anecdote :

Une patiente de mon service, hospitalisée d'office, avait fugué. Quelques jours plus tard, nous apprenons son hospitalisation dans un hôpital psychiatrique parisien. Nous avons dû organiser son transfert. Je me suis proposée, avec une jeune collègue (femme) pour aller la chercher.

Le matin du départ, le chauffeur de l'hôpital s'est étonné et inquiété : d'habitude, il y a toujours au minimum un homme (sous-entendu costaud) lors du transfert d'un patient en HO.

Cette réflexion du chauffeur m'a à la fois :

- agacé : il remettait en cause nos compétences soignantes
- inquiété : je me suis mise à imaginer tout ce qui pouvait arriver pendant le voyage (la patiente serait peut-être très délirante, agitée, violente, elle pourrait fuguer lors d'une pause sur l'autoroute, etc....)
- et interrogé : quelles sont les conséquences sur les soins de la féminisation des équipes ?

Durant ces quelques mois de travail et de recherche, j'avoue avoir été "parasitée" par 3 idées toutes faites, parfois contradictoires mais bel et bien récurrentes :

La féminisation des équipes soignantes et ses conséquences sur les soins

Écrit par Nathalie CHAZALET

Mardi, 01 Mai 2001 01:00 - Mis à jour Vendredi, 28 Mai 2010 09:31

- La première est de l'ordre de la "revendication syndicale" :
La raréfaction des hommes dans les équipes est inadmissible car elle met en jeu notre sécurité. Il faut trouver des solutions et embaucher des hommes !
- La seconde est de l'ordre de la "revendication féministe" :
Il n'existe pas de "problème féminisation" puisque les femmes sont tout aussi compétentes que les hommes !
- La troisième est de l'ordre de la "revendication de reconnaissance" :
Nous ne sommes plus au temps de l'asile, l'outil principal du soin est notre esprit et non pas nos muscles !

Pour me départir de ces a priori, je me suis posé les questions suivantes :

- De quoi est faite aujourd'hui la spécificité des soins en psychiatrie ?
- Comment met-on en œuvre ces soins ?
- Quels en sont les enjeux ?

Il est assez facile de faire un listing des actes effectués (c'est le décret de compétences infirmier) et d'en faire une description.

Il est beaucoup plus difficile de mettre en lumière et de comprendre les affects et les mouvements psychiques qui sont alors mis en jeu.

Cela est très net, par exemple, dans la situation de "l'intervention des hommes".

En effet, la peur des soignants n'est que très rarement prise en considération dans notre réflexion, simplement parce qu'elle n'est pas dite. Cette indicibilité est liée à d'autres peurs :

- celle de paraître faible (surtout pour les hommes qui mettent en jeu leur virilité),
- celle de paraître incompetent (nous n'arrivons pas à être dans un lien de confiance avec le patient)
- celle de paraître indigne de notre profession (la déontologie nous impose de soigner tous les patients, quelle que soit leur pathologie).

La féminisation des équipes soignantes et ses conséquences sur les soins

Écrit par Nathalie CHAZALET

Mardi, 01 Mai 2001 01:00 - Mis à jour Vendredi, 28 Mai 2010 09:31

Les bases de notre réflexion sont donc tronquées et nous mettons en place une solution inadaptée à la majorité des situations. Alors qu'il nous faudrait réfléchir à comment gérer notre peur pour retrouver une position soignante, nous refoulons cette peur.

L'intervention des hommes est un mécanisme de défense psychique et non un acte soignant. Au contraire, en permettant la projection de nos angoisses sur un patient déjà fragilisé, je dirais qu'elle est pathogène.

Certes, les situations de réel danger existent et nous devons nous protéger. Seulement, en agissant de façon opératoire et protocolisée, nous oublions les bases de notre travail : la réflexion et l'analyse des situations.

Une autre situation pose problème lorsqu'on parle de la féminisation des équipes soignantes :

Plus il y a de femmes et plus le panel identificatoire possible pour les patients se rétrécit. Mais nous savons aussi que nous ne sommes que des objets d'identification partiels et que ce qui permet l'identification est notre position soignante plus que notre position d'homme ou de femme. Nous ne sommes pas des "modèles" que les patients devraient imiter. C'est le lien thérapeutique qui permet l'identification (au même titre que d'autres mouvements psychiques) avec comme objectif la structuration psychique du patient.

Alors, que faut-il penser de la féminisation des équipes de soins ?

Je crois que ce changement dans la démographie soignante n'est qu'une petite part dans les évolutions actuelles et à venir :

- diminution des moyens financiers
- diminution des moyens humains
- manque de formation spécifique pour les nouveaux infirmiers

Si nous souhaitons rendre notre profession attractive (pour les hommes mais aussi pour les femmes), il nous faut pouvoir reconnaître et faire reconnaître notre travail.

Cela n'est possible qu'en faisant un travail d'analyse et d'élaboration de notre pratique. La féminisation des équipes, comme les autres paramètres (économie, formations, nombre de soignants), est une réalité qu'on ne peut ni ignorer ni contrer de façon magique.

Pour faire évoluer la qualité des soins, il faut faire évoluer notre réflexion et notre pensée. Notre débat d'aujourd'hui, en sera, je crois, une première étape.

Exposé :

1) ENTRE HISTOIRE ET REPRESENTATIONS...

Les choix de recrutement en psychiatrie sont historiquement liés à la folie et à ses représentations, ainsi qu'aux traitements existants.

Jusqu'au début du XXème siècle, le terme d'infirmier en psychiatrie n'existait pas : c'étaient les gardiens de fous, assimilés à des geôliers. Les asiles recevaient pêle-mêle les fous, les idiots, les déviants, tous ceux que la société rejetait. La promiscuité, le manque de personnel, l'autarcie, l'absence de médicament étaient source de violence et de danger. L'asile se devait d'être le gardien de la tranquillité sociale. La force physique faisait donc partie intégrante du travail : il fallait pouvoir contenir les comportements agressifs. On ne trouvait des femmes que dans certains asiles pour femmes tenus par des congrégations religieuses.

Ce n'est qu'en 1949 que les asiles deviennent les hôpitaux psychiatriques et le 1er diplôme spécifique d'infirmier des HP date de 1955. Mais sans les neuroleptiques, l'essentiel du travail reste la surveillance et la contention des malades et le recrutement d'hommes demeure privilégié.

On note d'ailleurs que, dans l'inconscient collectif, l'image des soins a toujours été identifiée à celle de la femme (image du gynécée). Cela laisse supposer que l'infirmier en psychiatrie ne se voyait pas attribuer d'emblée une compétence en soins !

Dans les années 60, l'invention et l'utilisation des neuroleptiques (largactil en 1959) ainsi que la mise en place de la sectorisation (circulaire du 15 mars 1960) vont changer la donne : il ne s'agit plus d'interner mais d'hospitaliser pour soigner et réinsérer les personnes dans leur milieu de vie. La profession s'ouvre alors aux femmes en même temps que se généralise la mixité des unités de soins.

Depuis 1994, il n'existe plus de différence de formation pour les infirmiers de soins généraux et les infirmiers psychiatriques. Or, la formation aux soins infirmiers attire une très grande majorité de femmes (89% en 1998), dans la continuité historique des soins généraux. L'avenir des équipes soignantes en psychiatrie sera donc féminin.

QUELQUES CHIFFRES...

- Au CH St Jean de Dieu

L'hôpital faisait partie de l'ordre de St Jean de Dieu ; il était entièrement géré par les frères et n'accueillait que des hommes. Les premiers laïcs sont arrivés dans les années 50 et la première femme infirmière en 1970. Les frères sont partis en 1980. La mixité des unités d'hospitalisation, débutée en 1972, ne s'est généralisée qu'en 1981. Comme au niveau national, la féminisation des équipes infirmières n'a fait que progresser pour atteindre un taux supérieur à 70% en 2000.

- Au niveau national

Les infirmiers en psychiatrie au 1er janvier 2000 (source CNAMTS) :

Le taux de féminisation est de 65,6%, soit presque les 2/3 des infirmiers en psychiatrie. Or, ces chiffres ne précisent pas les affectations (unités d'hospitalisation temps plein, Hôpital de jour, CMP ou CATTP) et le niveau hiérarchique (infirmier, surveillant ou coordonnateur).

L'avenir démographique des infirmiers psychiatriques se dessine déjà avec le taux de féminisation par tranche d'âge :

Tranche d'âge	% de femmes
- 30 ans	80,0 %
30 à 34 ans	76,3 %
35 à 39 ans	72,1 %
40 à 44 ans	70,2 %
45 à 49 ans	67,5 %
50 à 54 ans	61,6 %
55 à 59 ans	56,3 %

Il est évident que les jeunes infirmiers psychiatriques (ceux des équipes de demain) sont en très grande majorité des femmes (80% chez les moins de 30 ans !).

2) LES SPECIFICITES DU TRAVAIL INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

- LE NURSING

Lorsqu'on parle des soins infirmiers au féminin, on pense tout d'abord aux soins du corps : nursing et soins somatiques. Le terme même de "nursing" indique que ce travail est traditionnellement dévolu à la femme (to nurse = donner le sein, la tétée). Les soins corporels sont symboliquement reliés à la notion de maternité : il s'agit de contribuer au maintien et au développement de la vie, fonction sociale essentielle de la femme lorsqu'elle devient mère.

En psychiatrie, ce travail prend une signification toute particulière, du fait même de la pathologie des patients, notamment de la psychose. En effet, face à quelqu'un qui souffre de dépersonnalisation, dont l'image corporelle est morcelée, toucher et soigner le corps n'est pas acte banal. Par exemple, faire la toilette d'un patient psychotique, au-delà d'une nécessité d'hygiène, est un moyen de travailler l'imaginaire corporel, les sensations ressenties, la relation de la personne avec son corps. C'est un moment privilégié pour entrer en relation différemment avec le patient. On est proche de lui, dans son intimité, dans un lien de confiance particulier : c'est le temps du "maternage". Mais c'est aussi un moment qui peut être difficile pour le patient, avec la réactivation d'angoisses primitives (intrusion, morcellement, dysmorphophobie, dépersonnalisation). On doit alors pouvoir recevoir ces angoisses, les gérer et restituer un discours et un comportement rassurant, contenant et structurant.

On voit bien, dans cet exemple, que le soin psychique au moment du nursing est primordial. L'apanage féminin de ces soins en psychiatrie perd donc toute sa légitimité.

- LA RELATION PSYCHOTHERAPIQUE

Les activités à visée psychothérapique (entretiens mais aussi activités médiatisées) sont la base du soin en psychiatrie. Soigner n'est pas seulement mettre en œuvre des actes. C'est d'abord aller à la rencontre du patient, de sa folie, afin d'établir une relation psychothérapique.

On pourrait penser que l'important est la fonction du psychothérapeute : qu'il soit homme ou femme n'aurait pas d'incidence. Or, dans ce travail, on s'engage au-delà de notre fonction dans une relation inter humaine : le travail psychothérapique se base sur l'identification, la compréhension et l'analyse des phénomènes transférentiels.

Un autre outil de notre travail est "l'identification". Les patients psychotiques sont déstructurés, en perte de tout repère. Par notre présence (physique et psychique) et par notre position soignante, nous leur offrons un modèle identificatoire possible. Là encore, l'objet d'identification est d'abord l'homme ou la femme que nous sommes.

De plus, le patient est avant tout un homme ou une femme avec son histoire propre, sa façon d'appréhender les choses, sa culture.

L'ensemble de ces phénomènes fait donc que la parole pourra ou ne pourra pas être dite et circuler librement. Un exemple : nous suivons actuellement un homme psychotique d'origine maghrébine. Nous avons eu à recevoir sa femme, dans un moment de crise conjugale. L'un des soucis de cette femme était de ne pas encore avoir d'enfant. Lorsque nous avons évoqué la sexualité, il lui a été impossible d'en dire quelque chose car "on ne parle de ces choses là qu'entre femmes". Quelques jours après, c'est son mari qui s'insurgeait : "je ne peux pas parler de "ça" devant Nathalie !"

La solution pour pouvoir offrir des soins adaptés et personnalisés est, je pense, le travail d'équipe : chacun doit pouvoir y trouver sa place, qu'il soit homme ou femme. Mais la mixité d'une équipe n'est pas le gage de la qualité des soins proposés. Le rôle et la fonction de chacun, s'ils sont bien explicités, doivent permettre au patient de trouver des repères et de la confiance dans la relation thérapeutique.

3) SITUATIONS PARTICULIERES

Dans la quotidienneté des services hospitaliers, nous sommes confrontés à des situations qui sont à la frontière entre le soin, la contention et la surveillance. Ces situations nous renvoient inconsciemment au passé asilaire de l'institution et ce sont elles qui nous font redouter une trop grande féminisation des équipes.

- LES HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE

Soigner sans le consentement du patient est une spécificité de la psychiatrie. Cette forme de contrainte a sa légitimité, du fait même de la nature des pathologies psychiatriques. Elle a aussi sa légalité : c'est la loi du 27 juin 1990 qui régit les HDT et les HO. Cette contrainte s'applique aussi bien au patient (qui doit être hospitalisé) qu'aux soignants (qui doivent lui donner des soins malgré le refus, l'opposition du patient).

Ces dernières années, dans notre pratique intra-hospitalière, nous notons une augmentation sensible du recours à la loi de 90. Pour le département du Rhône, entre 1992 et 1999, on constate une progression de + 81% pour les HO (de 206 à 378) et + 62% pour les HDT (de 1388 à 2248) alors que les hospitalisations sous contrainte étaient en diminution continue jusqu'en 1991.

Cette situation est antinomique avec l'idée répandue que le patient doit faire une demande pour pouvoir être soigné : il nous faut engager des soins pour un patient psychotique, en état de crise et qui ne veut pas ou ne peut pas donner son consentement. Un gros travail doit alors se mettre en place : il nous faut identifier et comprendre la situation (parfois sans beaucoup d'élément de l'histoire du patient) pour l'amener à s'engager volontairement dans les soins. Pour cela, nous devons entrer en relation avec un patient en crise, dont nous ne

savons et ne comprenons pas grand chose, et dont, par conséquent, la symptomatologie paraît impressionnante.

Au lieu de ça, on assiste de plus en plus à l'utilisation massive des chambres d'isolement, de la contention physique au lit et de la neuroleptisation massive. Ce qui ne devraient être que des outils deviennent des solutions. Les raisons en sont la diminution des moyens, le manque de formation et la féminisation des équipes : la protection contre notre peur l'emporte sur une nécessaire réflexion distanciée de la quotidienneté.

- L'ARTICLE D396 DU CODE DE PROCEDURE PENALE

L'article D.398 du code de procédure pénale stipule que "les détenus atteints de troubles mentaux (...) ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire (...) et doivent être hospitalisés d'office dans un établissement de santé habilité(...)". Il est précisé "qu'il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D.394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation".

Néanmoins, l'article D.395 stipule que "les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine (...)" et que "les règlements pénitentiaires demeurent applicables (...)". Dans cette situation, les équipes de psychiatrie doivent à la fois mettre en œuvre des soins adaptés et à la fois jouer le rôle de "gardien de prison".

J'ai été confrontée une fois à ce type de situation. Nous avons été informés de l'arrivée dans notre service d'une jeune femme qui présentait des troubles du comportement et qui avait fait plusieurs passages à l'acte suicidaires.

Je dois ajouter que cette jeune femme faisait partie d'une famille déjà très connue de l'hôpital et réputée pour sa violence et la gravité des pathologies psychiatriques présentées.

L'équipe s'est alors retrouvée confrontée à une triple problématique : la peur suscitée par cette patiente, la colère de revenir à un rôle révolu de "gardien de fous" et la difficulté de devoir concilier le soin et les impératifs de sécurité.

Notre première réaction a été de faire appel à des hommes (à titre "préventif") et à installer cette patiente dans la chambre d'isolement (plus à titre "pénitentiaire", telle une cellule, qu'à titre thérapeutique). Très vite, nous nous sommes rendus compte que cela ne faisait que générer de l'angoisse de part et d'autre. Il nous a fallu nous départir de notre peur pour retrouver notre fonction soignante et aller véritablement à la rencontre de cette patiente.

- LA VIOLENCE

Le thème de la violence prend actuellement de l'ampleur dans la préoccupation sociale et médiatique (violence urbaine, violence à l'école, violence familiale). Nos services de psychiatrie n'échappent pas à ce phénomène : la violence y est vécue, racontée (par les patients ou au sein du personnel), crainte. Cela crée un contexte d'anxiété générale, un sentiment d'insécurité qui nous amène à revendiquer des conditions de travail plus sécurisantes et des formations spécifiques.

Pour comprendre comment ces phénomènes de violence sont gérés par les équipes soignantes, je vous propose de revenir à l'organisation des soins dans la quotidienneté d'un service.

Dès leur arrivée dans l'unité, les infirmiers "pressentent" l'état de tension des patients (par les bruits, l'agitation ou non des malades et/ou des infirmiers déjà présents). La relève confirme ces pressentiments : « Faites attention, c'est "chaud", ils "montent", c'est "explosif"...Souvent, un ou deux patients sont désignés comme prêt(s) à "clasher" ».

Dès lors, les infirmiers sont confrontés non pas à une violence réelle mais à une menace de violence, d'agitation, de crise. On pourrait dire qu'ils sont confrontés à une "violence fantasmatique". Lorsqu'ils vont aller à la rencontre du patient, ils seront alors pris par la peur.

Pour s'en dégager, les équipes ont de plus en plus recours à "l'intervention des hommes". Celle-ci se déroule toujours sur le même modèle : des infirmières appellent en renfort les hommes des autres unités qui doivent alors venir prêter main forte toutes affaires cessantes. Plus ils sont nombreux et mieux c'est, car l'objectif est d'impressionner le malade potentiellement dangereux, lui faire peur pour qu'il ne passe pas à l'acte. Il est alors encerclé. Les femmes, protégées par les hommes, tentent de négocier avec lui. Si la tension ne baisse pas, le sentiment de menace augmente. Alors les femmes se reculent et les hommes "donnent l'assaut" : ils maintiennent physiquement le patient, le conduisent en chambre d'isolement, parfois le contiennent au lit (attaches). Une injection est souvent prescrite. Les femmes en sont la plupart du temps exécutrices : le malade est maîtrisé, il n'y a plus de risque, la mission des hommes est terminée.

Quels ont été les mécanismes psychiques mis en jeu dans cette situation ?

Il y a eu une mise en acte de mécanismes de défenses destinés à maîtriser. Mais que s'agissait-il de maîtriser ? La violence du patient ou notre peur de soignant ? Le passage à l'acte violent vient à la place de la symbolisation par le langage. Il provoque chez les soignants des émotions, de la peur, de la sidération qui réveillent des angoisses persécutrices archaïques et de l'agressivité. De plus, le patient en crise, confronté à la faillite de ses propres systèmes de défense, projette sur les soignants les contenus archaïques angoissants qu'il ne peut contenir et qui l'envahissent. Les soignants finissent par ressentir des affects analogues à ceux du patient (affects projetés par le patient) : c'est l'identification projective.

Dans cette situation, nous (soignants) nous retrouvons confrontés à :

- notre propre agressivité que notre fonction nous demande de contenir,
- notre impuissance soignante,
- la mise en œuvre d'un rôle "policié" voire "carcéral" que nous n'assumons pas et du coup, l'activation de notre contre agressivité.

BION décrit la fonction soignante en psychiatrie comme une fonction de transformation des contenus psychiques projetés par le patient. Or, lorsque nous faisons appel à "l'intervention

des hommes", nous leur demandons de mettre en œuvre leur force et leur virilité, dans une sorte de réactivation du passé asilaire de l'institution : ils sont les gardiens de la sécurité d'autrui. Il y a conflit entre la réalité du travail et les valeurs soignantes : l'enjeu du soin est d'être conteneur des conflits psychiques du patient et non d'être contenant ou pire dans la contention du patient. Ceci est majoré par la "protocolisation" de "l'intervention des hommes" : ce qui était autrefois une solidarité des équipes en cas d'extrême difficulté est aujourd'hui souvent officialisé par les institutions au nom de la "prévention des risques". C'est une contrainte imposée aux hommes.

Cela a des conséquences dans l'organisation des soins. Notamment, cela induit une répartition sexuée très rigide des tâches : les hommes doivent rester disponibles pour intervenir à tout moment alors que les femmes s'octroient les tâches qui ne peuvent pas être interrompues (du nursing aux entretiens à visée psychothérapique).

Notre profession devient donc inattractive pour les hommes : prise de risques (les hommes sont deux fois plus victimes de la violence des patients que les femmes), difficultés à mettre en œuvre des soins car obligation fréquente de les interrompre, fonction contenant non valorisante voire contradictoire aux valeurs et à l'éthique des soins. De plus, il est difficile de trouver un cadre et du temps pour faire une mise en sens (pourtant indispensable) de ce qui se joue dans ces situations. Cela induit la mise en place par les équipes d'un fonctionnement totalement opératoire, non dénué d'une violence iatrogène pour les patients mais aussi pathogène pour les infirmiers (on entend de plus en plus parler du syndrome de "burn-out" chez les infirmiers travaillant en psychiatrie).

Je ne nie pas la dangerosité de certains patients et les risques que nous encourrons parfois. Je n'oublie pas le décès de notre collègue Geneviève à l'hôpital St Jean de Bonnefonds en 1999, ainsi que tous ceux qui ont été victimes d'agression dans l'exercice de leur profession. Simplement, je m'interroge sur notre fonctionnement :

- N'est-il pas parfois plus générateur de violence que l'inverse ?
- Quand et comment travaille-t-on les phénomènes transférentiels mis en jeu pendant la crise si notre réponse immédiate (voire en anticipation de la crise) est un passage à l'acte empreint de peur et d'agressivité ?
- Nous sommes dans une situation où la pensée est impossible, là où, pourtant, elle devrait être prévalente. Comment pourra-t-on, dans l'avenir, allier notre protection face à la réelle dangerosité de certains patients et la qualité des soins pour tous ?
- Je crois que nous ne pourrions pas faire l'économie d'une recherche de sens, d'une réflexion commune autour de notre pratique.

CONCLUSION

Pour Pascale MOLINIER, le travail des femmes infirmières est un "savoir-faire discret", non reconnu, qui ne se voit que lorsqu'il n'est pas fait. Par opposition, ces mêmes soins effectués par des hommes sortent de l'ordinaire et sont donc vus et reconnus. Cette conception négative des soins faits par les femmes confirme son idée qu'une profession qui se féminise perd en prestige.

Nous ne pouvons pas adhérer à cette théorie et devons faire reconnaître la valeur des soins

La féminisation des équipes soignantes et ses conséquences sur les soins

Écrit par Nathalie CHAZALET

Mardi, 01 Mai 2001 01:00 - Mis à jour Vendredi, 28 Mai 2010 09:31

infirmiers en psychiatrie, qu'ils soient faits par des hommes ou des femmes.

La féminisation des équipes soignantes en psychiatrie va donc nous obliger à repenser l'organisation des soins, à imaginer de nouvelles façons de soigner et à trouver du sens dans chacune des actions mises en œuvre. Pour que nos compétences puissent être reconnues, il faut qu'elles trouvent un espace de conceptualisation de l'expérience, afin que celle-ci puisse être transmise. Ce n'est qu'ainsi que la spécificité de notre profession pourra être reconnue. Au-delà de l'avenir de notre profession, c'est l'avenir des soins et donc de nos patients qui se joue.

Nathalie CHAZALET

Infirmière de Secteur Psychiatrique

C.H.S. St Jean de Dieu (Rhône)