

Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes  
2, Rue Henri Le Guilloux 35033 - Rennes Cedex 09



Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

# HOMMES ET FEMMES : L'IMPACT DES ATTRIBUTIONS GENRÉES SUR LA RELATION DE SOIN

LEDOLLEDEC Eloïse

Formation infirmière

Promotion 2017/2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE  
Pôle formation-certification-métier

## Diplôme d'Etat Infirmier

### Travaux de fin d'études :

***Hommes et femmes : l'impact des attributions genrées sur la relation de soin.***

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

***Le 17 avril 2020.***

***Signature de l'étudiant :***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2. Le cheminement vers la question de départ</b>	<b>1</b>
2.1. Situations d'appel	1
2.1.1. Situation 1 : soin perçu comme gênant	1
2.1.2. Situation 2 : refus de soin	2
2.2. Questionnements	3
2.2.1. Questionnements à propos de la situation vécue comme gênante	3
2.2.2. Questionnements à propos du refus de soin	3
2.3. Question de départ	4
<b>3. Le cadre théorique</b>	<b>4</b>
3.1. Concept 1 : les stéréotypes sociaux des différences homme/femme	4
3.2. Concept 2 : le soin touchant à l'intimité	7
3.3. Concept 3 : la relation soignant-soigné	10
<b>4. Le dispositif méthodologique du recueil de données</b>	<b>13</b>
4.1. Les modalités du guide d'entretien	13
4.2. Le guide d'entretien	13
4.3. Le bilan du dispositif	14
4.3.1. Les points forts	14
4.3.2. Les limites	14
<b>5. L'analyse descriptive des entretiens</b>	<b>15</b>
<b>6. L'analyse interprétative et la discussion</b>	<b>20</b>
6.1. Les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes	20
6.2. Le soin touchant à l'intimité	22
6.3. La relation soignant-soigné	24
6.4. Réajustement de la question de départ	26
<b>7. Conclusion</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>29</b>

*Je tiens à remercier les nombreuses personnes ayant participé à l'aboutissement de ce mémoire et au succès de cette formation.*

*Tout d'abord, un grand merci à Madame LASBLEIZ, ma guidante de mémoire, pour ses précieux conseils, son écoute, et sa disponibilité malgré cette période de crise sanitaire.*

*Merci également à l'équipe de formation de l'IFSI du CHU de Pontchaillou pour leur accompagnement durant ces trois années, mais aussi aux nombreux professionnels que j'ai pu croiser sur mes lieux de stage, qui m'ont permis de construire mon identité professionnelle. Mes remerciements tout particuliers aux deux infirmières ayant accepté de répondre à mon questionnaire durant la réalisation de ce travail.*

*Je voudrais également remercier ma famille et mes amis, dont le soutien moral a été indispensable tout au long de la formation. Leur présence m'a permis de me sentir accompagnée tout au long de ce cursus.*

*J'exprime également mes sincères remerciements à toutes les personnes ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.*

# **1. Introduction**

Durant le cursus en Institut de Formation en Soins Infirmiers, il nous est demandé de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Après avoir réfléchi sur de nombreuses possibilités de sujets, je me suis rendue compte que le fait que la profession IDE soit majoritairement féminine est souvent mis en avant. Des étudiants IDE se penchent parfois sur la question du positionnement d'un soignant homme parmi une équipe majoritairement féminine, ou encore de celle d'essayer des refus de soins de la part de patientes, car ce sont des hommes. Je ne sais pas ce que cela fait, mais je pense que la question des différences entre hommes et femmes peut être poussée au delà du refus de soin de femmes envers les hommes, car les femmes IDE aussi peuvent être confrontées à des refus provenant de patients hommes. J'ai également pu constater une chose : que nous soyons étudiant IDE homme ou femme, nous entendons très peu parler de la relation au corps des patients, et notamment aux soins intimes, bien que cela relève de notre rôle propre. Le rapport au corps m'a souvent paru banalisé par les soignants ayant de l'expérience, et ce sujet semble également tabou. Il me paraît pertinent d'éclairer ces moments de gêne très fréquents lors de soins intimes, pouvant être ressentis par le patient, par le soignant, ou par les deux en même temps. Plusieurs fois, durant des soins intimes, j'ai eu la sensation d'être perçue premièrement en tant que femme plutôt qu'en tant qu'IDE, et cela m'a, de nombreuses fois, posé question.

Les stéréotypes communément admis de manière plus ou moins consciente en société, jouent un rôle dans la relation soignant-soigné. Leur influence semble se prononcer davantage lors de soins intimes entre patients et soignants de sexes opposés. La communication semble plus aisée lors de soins intimes de soignante à patiente, et de soignant à patient. A quoi est-ce lié ? Est-ce nécessairement le cas ? La recherche portera donc sur plusieurs choses : quels sont précisément les stéréotypes influençant la relation soignant-soigné ? Pourquoi les moments de gênes lors de soins, ou les refus, touchent particulièrement les soins ayant un lien avec l'intimité corporelle du patient ? Ces stéréotypes ancrés en nous, de quelle manière influencent-ils la relation soignant-soigné lors de soins intimes ?

## **2. Le cheminement vers la question de départ**

### **2.1. Situations d'appel**

#### **2.1.1. Situation 1 : soin perçu comme gênant**

Lors de mon stage à l'Unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire en semestre 4, j'ai pris en charge monsieur C, d'une cinquantaine d'années, venu dans le service pour vasectomie. Lors de son

entrée, je lui explique le déroulement de la journée en lui précisant qu'il va falloir que j'observe les cicatrices et la propreté de l'éventuel pansement avant de partir. Monsieur C part au bloc opératoire accompagné d'un brancardier. Je lui précise de demander à la chirurgienne si elle passe confirmer la sortie à son retour, ou non. Lorsque celui-ci revient, il me signale que la chirurgienne ne passera pas le voir pour valider son départ. Monsieur C s'habille dès son retour en chambre et est prêt à partir environ un quart d'heure après son retour. C'est la deuxième fois que je me retrouve à prendre en charge un patient venu pour vasectomie, et cette fois-ci, je suis seule. Je lui précise qu'il peut prendre son temps avant de repartir, car nous ne sommes pas autorisés à le laisser partir dans l'immédiat. Puis, je lui dis que comme convenu au début, il est important que j'observe la cicatrice avant qu'il reparte. Je me sens alors très gênée de devoir lui demander cela, étant donné la réticence apparente de monsieur. Son faciès est fermé, il fuit mon regard. Il accepte tout de même, mais lorsque j'observe la cicatrice pour chercher les éventuelles complications liées à la chirurgie, monsieur C se montre gêné, son faciès devient rouge et il semble encore plus crispé. J'observe donc la cicatrice très rapidement avant de le laisser remettre son pantalon.

Devant prendre en charge monsieur C de son entrée à sa sortie, je reviens le voir pour lui proposer un repas, le lui servir, et lui donner ses papiers de sortie. Durant toute la fin de sa prise en charge, une ambiance de gêne est présente et je ne peux pas regarder monsieur C dans les yeux jusqu'à sa sortie. J'ai la sensation que la gêne de Monsieur C s'est transposée sur moi malgré moi. Enfin, Monsieur C part, et je n'ai eu l'opportunité d'évoquer cette situation avec aucun soignant.

### **2.1.2. Situation 2 : refus de soin**

Cette situation se passe lors d'un stage en libéral que j'ai réalisé en semestre 3. Avec l'infirmier libéral, nous allons faire un soin chez monsieur R, d'une quarantaine d'années. Après ablation d'un kyste sacro-coccygien lors d'une hospitalisation, le soin que nous devons réaliser consiste à faire un méchage au niveau du sacrum. Lorsque nous sonnons chez lui, monsieur R se montre très surpris de me voir moi, étudiante infirmière, aux côtés de l'infirmier. Pensant que les soignants du cabinet infirmier ne sont que des hommes, ce qui n'était pas le cas, monsieur R explique se sentir gêné car il ne souhaite pas que je réalise le soin, et ne souhaite pas non plus que j'en observe la technique. Je retourne donc dans la voiture en attendant l'infirmier. A son retour, le soignant me dit que monsieur R s'en veut et s'excuse auprès de moi. Le lendemain et pendant plusieurs jours, je reste dans la voiture pendant que l'infirmier fait le soin. Puis, quelques jours plus tard, après que l'infirmier ait reçu un message de monsieur R, ce dernier explique qu'il accepte que je vienne, mais pour observer le soin et pas pour le réaliser. Durant tout le soin, il se montre gêné et l'exprime même clairement, ce

qui m'amène à me sentir aussi gênée que lui. Lors des soins suivants, il refuse de nouveau que j'assiste au soin.

## **2.2. Questionnements**

### **2.2.1. Questionnements à propos de la situation vécue comme gênante**

Je me suis posé de nombreuses questions à propos de cette situation, et notamment de la gêne ressentie par monsieur C. Voici les questionnements :

- Me suis-je sentie gênée parce que je suis une femme ?
- Un lien de confiance a-t'il tout de même pu être créé compte tenu de la gêne présente ?
- La relation soignant-soigné a-t'elle été impactée ?
- Pourquoi la différence sexuelle nous a dérangé l'un comme l'autre ?
- Est-ce le fait que le patient ait été gêné qui a induit ma gêne ?
- Le fait que je me sois retrouvée seule à devoir observer attentivement les cicatrices a-t-il été la base de ce qui nous a dérangé l'un et l'autre ?
- Le fait de ne pas avoir le choix de devoir lui demander d'observer une partie du corps qui est très intime a-t-il créé cette difficulté de prise en charge ?
- Est-ce lié à mon âge ou au fait que je ne sois qu'étudiante ?
- Avait-il des questions qu'il n'a pas osé me poser à cause du fait que je sois une femme ?

### **2.2.2. Questionnements à propos du refus de soin**

Les questions que je me suis posées à propos de cette situation concernent principalement le refus de soin du patient :

- Pourquoi le patient a-t-il refusé ma présence lors du soin ? Est-ce lié à sa pudeur ?
- Aurait-il refusé que je fasse le soin si le soin n'avait pas touché la sphère du soin intime ?
- Pourquoi acceptait-il le soin de la part d'un homme et non d'une femme ?
- A-t-il eu peur que le soin soit moins bien réalisé par une femme ?
- Pourquoi a-t-il changé d'avis ?
- Le fait d'être observatrice du soin n'est-il pas finalement plus gênant que d'être actrice de ce soin ?

- Observer n'implique pas le toucher, ainsi : ce qui le gênait, ne serait pas le contact lors d'un soin ?

L'ensemble des questionnements se trouve en *Annexe I*.

### **2.3. Question de départ**

Ces questionnements m'ont fait réaliser que les soins touchant à la sphère intime du patient peuvent être perçus comme intrusifs, malgré que cela soit du rôle infirmier. La prise en compte des choix des patients, de leurs ressentis et de ce qu'ils montrent à travers leur communication non verbale est primordiale. Sans cela, je n'aurais peut être pas été menée à ces questionnements. Je pense que le fait d'être un homme ou une femme impacte forcément la relation soignant-soigné et la réaction du patient que l'on a face à soi. Je pense que les stéréotypes attribués aux femmes et les stéréotypes attribués aux hommes ont un rôle dans ces moments de gêne. Ces questionnements m'ont au final permis de m'interroger sur un sujet plus précis : **En quoi les stéréotypes sociaux des différences homme/femme peuvent-ils impacter la relation soignant-soigné lors de soins intimes ?**

Cette question comporte différentes notions, mots-clés et concepts, que voici : les stéréotypes sociaux des différences homme/femme, le genre, les soins intimes, l'intimité corporelle et la relation soignant-soigné. Dans le cadre théorique, j'ai choisi d'en développer trois : les stéréotypes sociaux des différences homme/femme, les soins touchant à l'intimité, et la relation soignant-soigné.

## **3. Le cadre théorique**

### **3.1. Concept 1 : les stéréotypes sociaux des différences homme/femme**

Selon la définition du dictionnaire Larousse, un stéréotype (Stéréotype, 2020) est une expression ou opinion toute faite, sans originalité, c'est un cliché. Un stéréotype est la caractérisation symbolique et schématique d'un groupe qui s'appuie sur des attentes et des jugements de routine. La psychologie sociale s'est davantage intéressée aux stéréotypes sociaux, et nous pouvons constater que ceux-ci proviennent en fait d'une activité mentale de catégorisation, qui fait réaliser un filtrage à l'individu afin de classer des individus ou des thèmes de société. Ainsi, Jacques-Philippe Leyens (1996) en donne la définition suivante : "On appelle stéréotypes sociaux des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles d'un groupe de personnes". Ce professeur de psychologie sociale exprime que selon lui, c'est le fait que les stéréotypes fassent consensus auprès de toute la



population qui lui donne de la valeur. Les stéréotypes sociaux prennent en compte des catégories générales et pas personnelles. Les exemples typiques en sont l'origine ethnoculturelle, l'âge, la religion, ou comme cela va être le cas ici, le sexe.

Devons-nous plutôt parler de stéréotypes de différence de sexe ou de différence de genre ? Il convient de le préciser, car nous avons parlé de différences homme/femme, sans vraiment spécifier à quoi cela se rapportait. Selon Chantal Morley (2004, p69), le sexe se rapporte uniquement au biologique tandis que le genre se rapporte à la différence entre le masculin et le féminin. Ainsi, "le stéréotype de genre est un ensemble de caractéristiques psychologiques et comportementales qu'un groupe social attribue généralement à un homme (stéréotype de genre masculin) ou à une femme (stéréotype de genre féminin)". Des rôles de genre sont alors attribués selon les stéréotypes sociaux de genre, et des rôles de sexe selon le féminin/masculin. En revanche, il a été constaté que chaque individu possède des caractéristiques classées féminines et masculines, quel que soit son sexe. Une échelle, l'échelle de BEM, a été créée en 1974 pour noter les différences des attentes en fonction du sexe de l'individu (*Annexe II*), selon trois catégories : masculin, féminin, et neutre. Un individu ne rentrant pas dans ces critères, par exemple une femme aux caractéristiques masculines ou un homme aux caractéristiques féminines sera bien souvent socialement en décalage.

Maryse Saliou-Geas (2013, p23) dans la Revue de l'infirmière, évoque une autre définition du genre. Selon elle, "le genre est l'organisation sociale de la différence sexuelle. Socialement construit, il s'agit d'une représentation intellectuelle qui appartient au registre de la culture.". Elle introduit donc cette notion de culture, qui avait d'ailleurs été déjà évoquée dans la revue Sciences Humaines par Martine Fournier (2004, p24). Pour cette dernière, la célèbre phrase de Simone de Beauvoir "On ne naît pas femme, on le devient", a contribué à impacter l'arrivée des études sur le genre. Michael Lallemand explique que dans la culture française, toutes les disciplines sont touchées par cette problématique du genre. Cela se constate dans plusieurs registres : la supériorité du masculin sur le féminin dans la langue française pose directement certaines bases et certains critères qui s'ancrent en nous dès le plus jeune âge, tout comme certaines attributions normées (le rose et les poupées pour les filles, le bleu et les voitures motorisées pour les garçons). Dans d'autres cultures, les normes sont divergentes des normes françaises. Partout, les stéréotypes sociaux sont pour la plupart acquis dès les six ou huit premières années de vie des individus. Les enfants construiront donc leur identité de sexe selon leur culture. L'ethnologue Margaret Mead compare trois sociétés traditionnelles, et cela est bien retranscrit dans l'article rédigé par Martine Fournier (2004, p24) : "chez les Arapeshs, l'altruisme, la délicatesse et l'amour des enfants sont des valeurs partagées entre hommes et femmes ; chez les Mundugumors, c'est au contraire l'agressivité et la violence qui prévalent ; alors que chez les Chambulis, les hommes sont des artistes, occupés à séduire les femmes qui, elles, détiennent le

pouvoir économique”. Ainsi, il est aisé de constater que la culture forge les identités de genre dès le plus jeune âge, et qu’en fonction des différences culturelles, les rôles genrés des individus changeront. Anne Marie-Devreux (2001, p99), dans l’ouvrage *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, cite Talcott Parsons, sociologue Américain. Celui-ci partage le rôle des sexes dans les familles des pays développés tels que la France : “à l’homme le rôle social de pourvoyeur économique et, à ce titre, de travailleur tourné vers l’extérieur du foyer, et à la femme le rôle de dispensatrice d’affection et de soins aux personnes”. Cependant, comme le dit Daniel Welzer Lang (interview par Martine Fournier, 2004, p33), les critères de virilité tendent à disparaître, la domination masculine n’apporte plus les mêmes privilèges qu’avant. Les femmes, de leur côté, tendent à devenir davantage autonomes et s’affirment de plus en plus. Les attitudes liées à ces constructions sociales de genre tendent donc à progressivement évoluer, même si dans notre société française actuelle, de nombreux codes restent encore d’actualité. Cette évolution pourrait-elle permettre l’annihilation totale de l’impact des stéréotypes sociaux de genre lors des soins intimes ?

En outre, “le milieu soignant reproduit à première vue le clivage hommes/femmes dans ses pratiques. Ces différences reflètent les stéréotypes communément admis dans la société.”, même si “la frontière entre les genres est bien moins nette quand les soignants sont confirmés” (Maryse Saliou-Legeas, 2013). Il y a donc bel et bien influence du genre sur les pratiques professionnelles infirmières. En effet, la prise en soin d’un patient par une infirmière sera différente de la prise en soin d’un patient par un infirmier, et les stéréotypes sociaux de genre n’y sont pas pour rien : Maryse Saliou-Legeas a pu analyser que la femme se situait davantage dans le côté “care” tandis que l’homme se situait plus du côté “cure”.

Tout d’abord, le “care” représente le “prendre soin”, aspect plutôt relationnel, souvent attribué aux femmes. Il est, dans cet article, défini comme “sollicitude, souci de l’autre, au sein d’actions continues et duratives”. Maryse Saliou-Legeas pense que notre culture joue un rôle dans ces représentations de genre, mais tient également de l’histoire des soins et des infirmières. Les médias et la famille dans laquelle nous nous développons contribuent à ancrer ces stéréotypes dans nos mémoires, de manière plus ou moins consciente.

Le “cure”, quant à lui, signifie également soigner, mais en termes plus héroïques : “sauver, guérir, sous forme d’actions brèves et discontinues”. Si nous associons ces idées aux stéréotypes de genre masculin et féminins, nous obtenons un profil type d’IDE homme totalement différent du profil type d’IDE femme. Les hommes ont ce besoin de reconnaissance et une volonté d’autonomie, en lien avec les attendus de notre société envers eux.

Voilà une explication plutôt logique à ce que l'on constate souvent dans les services : "les hommes sont appelés "docteurs" par les patients et les femmes "infirmières" même si elles s'avèrent être médecins" (Roxane Curtet, 2019). Mais alors, en quoi ces profils d'infirmiers femmes et hommes jouent-ils un rôle dans la prise en soin ?

### **3.2. Concept 2 : le soin touchant à l'intimité**

A travers cette analyse du concept de soin touchant à l'intimité, nous allons commencer par étudier ce qu'est le soin, puis ce qu'est l'intimité.

Tout d'abord, dans son cours nommé "Concept du soin" (2016), Mathilde Eternot parle des racines du mot soin, qui a deux origines. Tout d'abord, *sunnia* qui a pour signification la nécessité, le besoin ; et *sonnium* qui veut dire le souci, le chagrin. Le soin, c'est le partage, et également le fait de prendre en charge l'humain dans sa globalité, sous entendu le corps comme l'âme. De plus, en Institut de Formation en Soins Infirmiers, lorsque la notion de soins infirmiers est évoquée, le "cure" et le "care" y ont toujours leur place. Nous avons pu voir dans le concept précédent ce que représentent ces notions mais nous allons plus précisément les aborder ici.

Les étymologies du mot "care" ont plusieurs significations et "renvoient au sens d'affliction, de douleur, d'inquiétude et, sous sa forme verbale, au moyen d'en prévenir autrui" (Morvillers, 2015, p78). Le "care" renvoie donc aux notions d'affects et d'émotions, d'attention et d'accompagnement. Le "care", en acte, devient alors le "caring", prise en charge basée sur les affects, et marquée d'une attention positive. D'après ce même auteur, le "cure" provient de "care" et lui a été malencontreusement détaché : "l'expression to take care prend racine dans le terme latin curare qui, dans le vieil anglais, fait référence au concept actuel de cure". C'est également l'idée de Michel Poisson (2015, p34) lorsqu'il exprime que le "care" et le "cure" sont très difficilement séparables l'un de l'autre en pratique. Il explique qu'auparavant le "cure" était associé aux médecins qui traitaient les maladies, et le "care" était attribué aux IDE qui soignaient le malade. Au final, ces deux termes renvoient au fait de prendre soin d'autrui. En revanche, comme vu précédemment dans l'article de Maryse Saliou-Legeas (2013), le "care" est plutôt associé à l'aspect relationnel, et le "cure" au prendre soin au sens de sauver autrui.

Intéressons nous maintenant à la définition de ce qu'est l'intimité. Yann Bubien (2019, p47) explique que "Le mot *intime*, superlatif du latin *interior*, peut-être traduit par "ce qui est au plus profond de l'être". Quant à Jean-Michel Vienne (2019, p14), "Le latin *intus* a donné aussi naissance à

*intimus*, superlatif : l'*intime* est ce qui est le plus au-*dedans*". Nous pouvons donc constater que les deux textes expriment qu'il y a une intériorité lorsqu'on parle d'intime. Pour Yann Bubien, cette notion d'intimité est en fait l'essence de l'être dont celui-ci n'a pas forcément conscience. Cette intimité peut-être partagée tout comme elle peut être gardée pour soi-même. L'intimité appartient à une personne et c'est à elle de décider si elle la partage ou non. Jean-Michel Vienne (2019, p14) se montre davantage précis à ce propos, puisque même si son idée principale est partagée avec Yann Bubien, il précise que l'intime se distingue de l'intimité. Pour Jean-Michel Vienne, l'intime est ce qui touche aux questionnements personnels - l'intime éthique -, tandis que l'intimité touche à la localisation, qu'il s'agisse d'une partie du corps ou d'un lieu spécifique - c'est l'intimité localisée.

Ce dernier (2019, p11, p12) parle également très vite de la notion de limite qui pour lui, caractérise vraiment l'intimité. Par limite, il entend le fait que nous accordions, ou non, le privilège à autrui de pénétrer dans notre intimité. Cette limite n'est en fait rien de plus que le désir d'avoir un espace privé, un espace réservé à nous-mêmes et aux seules personnes qui nous sont elles-mêmes intimes : le désir d'habitat. La limite se caractérise aussi par les sensations, les émotions, et les réserves que nous mettons à cet égard. N'importe qui n'a pas accès à ces sensations. Enfin, c'est aussi un rapport corporel, car le corps est le marqueur de l'exposition. Notre corps nous échappe tout autant qu'il nous appartient, et en ce sens, une limite est aussi imposée : nous ne laissons pas n'importe qui avoir accès à cette intimité corporelle.

Se pose alors la question des soignants, qui tentent de satisfaire l'intimité sous les trois aspects exprimés ci-dessus. Dans un contexte d'hospitalisation, le patient se trouve dans le cadre hospitalier et non pas chez lui. Du point de vue de l'habitat, le soignant va tenter de mettre le patient à l'aise dans son nouveau cadre, impersonnel, afin qu'il puisse trouver de la place pour son intimité. Quant au registre des sensations et de ce que le patient souhaite exprimer, le soignant se doit d'être vigilant lorsqu'il s'adresse au patient, même si le but est la collaboration des soins. En effet, se forge pour le patient, dans ces moments difficiles, une identité, de par les choix qu'il va réaliser durant son hospitalisation. Il va devoir être autonome dans ses choix, en fonction de ses réflexions qui lui sont propres, mais pourra également être aidé par le soignant, dans l'idéal de manière objective, car le soignant possède souvent plus de connaissances que le patient. C'est pour cette raison qu'un juste milieu est nécessaire entre le fait d'être trop intrusif dans cette intimité propre au patient en lui retirant ainsi son autonomie, et le fait de l'aider de manière juste à avancer dans son autonomie et ses décisions (Jean Michel Vienne, 2019, p16, p17). Yann Bubien (2019, p49), développe d'ailleurs cette "relation dissymétrique médecin-malade". Cette relation dissymétrique est également valable pour les infirmiers, ayant bien souvent le monopole de la connaissance par rapport au patient. Le patient se retrouve alors vulnérable face à ces soignants auxquels il confie son corps et son âme. Il y a une

dissymétrie entre le patient, souffrant d'une maladie, vulnérable, et le soignant qui lui, possède toutes ses capacités. Le dialogue est une technique souvent utilisée pour permettre au patient de se sentir sujet, en tant que personne désirante, plutôt que de se sentir patient, et de se remettre sur un pied d'égalité dans la mesure du possible. Cette dissymétrie dans la relation est aussi liée au soignant lui-même et à son attitude, sa manière de transmettre au patient. Enfin, le troisième aspect de l'intimité à étudier dans les soins est l'intimité corporelle. Jean-Michel Vienne (2019, p17) explique que "le corps est l'extériorisation première de la personne ; c'est donc là que l'intimité est la plus risquée, la plus ouverte aux agressions, la plus exacerbée". Ainsi, tandis que le patient voit son propre corps comme ce qui pourrait le trahir, le soignant perçoit ce corps comme la science le lui a appris, bien qu'évidemment les prises en soins n'incluent pas uniquement un corps. Là se trouve la délicatesse d'un soin intime : prendre en charge le patient en tant que personne, à travers ses sensations et émotions, tout en gardant conscience des connaissances universelles sur le corps et ainsi pouvoir soigner objectivement. Intervient alors la notion de la légitimité du soignant à entrer dans l'intimité corporelle du patient, là où même certains proches du patient ne peuvent se permettre d'avoir accès (Jean-Michel Vienne, 2019, p18). Sous justification d'un titre de soignant, la légitimité à poser certaines questions très intimes n'est pas remise en cause, et peut être parfois difficile à accepter pour les patients.

Pour compléter la notion d'intimité, Yann Bubien (2019, p52) parle de la relation d'intimité du patient avec son propre corps. En effet, la maladie est ce qui a pénétré le corps du patient, il peut ainsi percevoir une partie de son corps comme externe à lui-même. L'impact de la maladie sur son propre corps peut lui donner cette impression de ne pas se reconnaître. Ces soins peuvent être perçus comme invasifs et il peut avoir l'impression de perdre toute intimité, malgré l'attention que les soignants lui portent.

Le lien avec les stéréotypes sociaux de genre semble alors ici plus visible. Comme nous l'avons vu précédemment, les hommes gardent une supériorité sur les femmes dans la société actuelle. Ainsi, lorsqu'un patient est malade, il se trouve en position de vulnérabilité. Si le patient est un homme, qui est habituellement perçu comme supérieur d'après les codes de notre société actuelle, et l'IDE est une femme, le patient homme est ainsi en position de vulnérabilité face à cette soignante qui n'est habituellement pas dans cette position. De plus, entrer dans l'intimité corporelle d'un patient, c'est toucher à la différence proprement physique entre hommes et femmes. Il semblerait que, de femme soignante à femme soignée, et d'homme soignant à homme soigné, la relation soit un peu moins dissymétrique car cette différence homme/femme n'a alors plus lieu d'être. Dans son article, Maryse Saliou-Legeas (2013) dit alors : "c'est ainsi que les hommes infirmiers peuvent essayer des refus d'effectuer ces soins de la part de femmes soignées, et vice versa". On remarque cependant que

les patients hommes acceptent plus facilement de se faire soigner par des femmes, ceci pouvant s'expliquer par l'histoire des soins. Ces demandes de patients d'être soigné par un soignant du même sexe sont généralement respectées et jugées acceptables. Dans le cadre de soin hospitalier, ces demandes sont plus rares qu'en libéral, car en libéral, les patients posent ces demandes comme condition même du soin. Cela éclaire cette idée de l'habitat comme étant un des trois points importants de l'intimité. Entrer chez autrui, c'est pénétrer encore plus dans son intimité, car son lieu de vie est bien souvent à son image.

Pour finir, dans ses témoignages, Maryse Saliou-Legeas (2013) recueille le fait que les "infirmiers évoquent parfois leurs propres difficultés à soigner des femmes jeunes lorsque l'intimité corporelle est en jeu. Idem pour les femmes mais plus en début d'exercice professionnel".

### **3.3. Concept 3 : la relation soignant-soigné**

Marie Hélène Guilloton (2016, diapositive 11), dans son cours sur les concepts fondateurs de la relation dans un contexte de soins, cite Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf et leur définition d'une relation. Celle-ci est définie comme "une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires". Dans d'autres ouvrages, Marie Hélène Guilloton relève plusieurs autres définitions, passant de l'idée de simples liens qui se créent au cours d'une interaction entre un soignant et un patient, nécessairement renouvelée à chaque fois car elle est complexe et imprévisible, à celle, plus complexe, d'un échange interpersonnel entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale ou non verbale. La relation soignant-soigné est le fondement de la prise en charge globale du patient.

D'après Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf (2008, p45), la présence des sentiments soignants dans la relation soignant-soigné semble avoir un rôle primordial. En effet, les sentiments les plus fréquents sont le sentiment de supériorité, le sentiment d'impuissance, le sentiment de responsabilité, le sentiment de découragement et le sentiment de satisfaction. Dans la relation soignant soigné, un sentiment en particulier semble impacter fortement la relation de soin : le sentiment de supériorité. D'après Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf (2008, p46) dans leur ouvrage *La relation soignant-soigné*, le sentiment de supériorité "est fondé sur l'action auprès du malade qui est souvent assis ou alité ; sur le port de la blouse qui marque une fonction valorisée ; sur un certain savoir paramédical [...] ; sur une autorité professionnelle que confère le rôle de soignant : sur l'exécution de quelques gestes techniques". Ce sentiment de supériorité est intéressant lorsqu'il est utilisé pour aider le patient à collaborer et à être acteur de ses soins, mais il peut être délétère s'il est utilisé à mauvais

escient. Nathalie Dugravier-Guérin (2010, p29) partage d'ailleurs cet avis dans son ouvrage. En revanche, elle ne parle pas de hiérarchie, mais plutôt d'une extraordinaire dissymétrie. Pour elle, "chaque soin est acte, c'est à dire mise en relation de deux êtres humains par corps interposés, l'un en position de savoir, de pouvoir, de maîtrise, l'autre dans une posture passive et ignorante". Elle appuie également sur le fait que cette dissymétrie peut être accentuée ou atténuée selon la posture prise par le soignant.

Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre (2003, p27) apportent, pour compléter cette notion de dissymétrie, la notion d'influence. L'influence, inséparable des processus de communications, est d'autant plus présente dans la relation soignant-soigné du fait que le patient, en position de vulnérabilité, préfère généralement s'en remettre à quelqu'un qui a des connaissances. Ainsi, "cette situation engage les patients à une certaine forme de dépendance mais aussi de soumission à l'autre et à son savoir". La réflexion et l'analyse critique du patient seront modifiés car il acceptera l'idée du soignant, de "celui qui sait".

Après cette approche plutôt généraliste, nous pouvons nous demander comment les soignants abordent la question de la différence lors de la relation avec le patient. Nathalie Dugravier-Guérin (2010, p69 et 70) aborde notamment l'importance de la perception soignante. Les soignants peuvent percevoir un corps comme un modèle biologique commun aux hommes en général, mais cela relève en fait de la banalisation des corps. Or, lorsqu'un soignant banalise le corps et le soin qu'il lui procure, il nie la singularité de la personne face à lui. A l'inverse, le fait de ressentir cette différence et de ne pas banaliser impacte certes la relation soignant-soigné, mais cela n'est qu'une preuve de la prise en compte de la singularité de chacun. Se montrer gêné face à une personne, face à ses différences (puisque nous sommes tous singuliers) ne serait-il pas simplement un aveu de la prise en compte de l'irréductibilité de sa singularité ? Pour Nathalie Dugravier-Guérin, sans prise en compte du caractère unique d'autrui, il y a également absence de la valeur du respect. C'est pour cette raison qu'elle considère que "respecter l'autre, c'est ainsi le considérer comme une différence inaliénable, insoluble" (2010, p71).

Jacques Marquet, Nicolas Marquis et Nathalie Hubert (2013) se sont quant à eux plus précisément penchés sur les différences de sexe entre hommes et femmes au sein de la relation soignant-soigné. Ils ont notamment mis en avant le fait que dans certains pays comme aux Etats-Unis, Brésil et Pays-Bas (parmi tant d'autres), les infirmières sont formées pour une prise en charge des questions sexuelles des patients, ce qui n'est pas le cas en France. Ces auteurs ont ainsi analysé le discours de plusieurs infirmières françaises au sujet des questionnements sexuels des patients. Bien que les infirmières soient régulièrement confrontées à ces questions, elles disent ne pas pouvoir y répondre, par manque de formation sur ce sujet (2013, p236). Cela est très probablement lié au fait que

parler de sexualité reste quelque chose de tabou en France. De plus, comme vu précédemment, les stéréotypes sociaux font que l'on attribue plus ou moins inconsciemment des qualités relationnelles et d'écoute aux IDE femmes. C'est ainsi que les patients semblent se confier plus facilement aux infirmières qu'aux infirmiers lorsqu'ils ont des questions à poser qui relèvent de l'intimité ou de la sexualité. Mais cette analyse a une limite : les hommes apparaissent en général moins enclins à ces confidences relevant de l'intime. Maryse Saliou-Legeas (2013) partage cette vision : dans les soins relationnels, la notion de proximité est plus évidente de femme soignante à patiente, et d'homme soignant à patient.

En outre, il convient de ne pas oublier que la relation soignant-soigné est constituée de deux personnes à part entières. Avant d'être dans leurs "rôles" de soignant ou de patient, ces personnes sont avant tout des humains. Ainsi, nous avons beaucoup parlé de la manière dont le patient peut être amené à vivre sa place de patient, mais la place des sentiments des soignants, et notamment des soignantes est également à prendre en compte. Il ressort de l'analyse des auteurs de l'ouvrage *Corps soignant, corps soigné* (2013, p 238), que les soignantes femmes peuvent avoir peur de l'érotisation de la relation. En effet, au delà des stéréotypes sociaux de genre, il existe des représentations très ambivalentes de la profession infirmière : "d'une part, l'image du dévouement souvent rattachée aux origines religieuses et qui renvoie à l'histoire et aux débuts de cette profession, et, d'autre part, celle de la figure érotique, abondamment illustrée dans la culture populaire" (2013, p215). Néanmoins, ce second aspect est refoulé de l'histoire officielle de la profession infirmière, ce qui fait que ces représentations érotiques restent encore dans le registre du tabou aux yeux de la société.

En plus de cela, Jacques Marquet, Nicolas Marquis et Nathalie Hubert (2013, p228) ont analysé dans les paroles d'infirmières l'importance de ne pas franchir une certaine limite. En effet, il est ancré dans les mentalités de soignants qu'il faut savoir se montrer empathique tout en gardant une distance adaptée. Ainsi, exprimer "trop de sentiments" envers un patient - tristesse, joie, etc - expose l'infirmière à des risques qu'elles estiment elles-mêmes graves, tels que perdre la dimension professionnelle de leurs actions ou encore s'exposer au risque de harcèlement et d'abus sexuels.

Pour conclure ce cadre théorique, et comme le dit l'article premier et l'article second de *La déclaration universelle des droits de l'homme*, "tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits", et "chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation". Les différences de sexe existent, et bien qu'il ne



faillie pas faire de distinction de sexe, celles-ci existent et ne peuvent pas être niées. Comment faire en sorte que celles-ci n'impactent plus les relations soignants-soignés lors de soins intimes ?

## **4. Le dispositif méthodologique du recueil de données**

### **4.1. Les modalités du guide d'entretien**

J'ai fait le choix de faire un entretien semi-directif car il permet de centrer le discours des personnes interrogées autour du thème. De plus, il laisse à la personne interviewée la possibilité de s'exprimer et me permet de pouvoir rebondir sur ces paroles.

La population interviewée est composée de deux IDE femmes. En effet, j'ai longuement hésité à interviewer un homme IDE, mais nous avons pu constater dans le cadre théorique qu'en lien avec l'histoire de la profession infirmière, les stéréotypes sociaux de genre se transposent davantage sur les femmes IDE, du fait notamment que le nom de la profession soit plus souvent féminisé. Si j'avais pu réaliser une troisième interview, j'aurais sans hésitation interrogé un homme IDE. Il me semblait cependant plus pertinent de croiser le regard de deux femmes IDE. Tout en leur garantissant l'anonymat, j'ai pu interviewer Laura, IDE en urologie et diplômée depuis trois ans, ancienne aide-soignante ayant exercé pendant environ vingt-cinq ans ; et Manon, IDE en soins palliatifs et diplômée depuis juillet 2019. Mon choix était d'interroger une IDE plutôt jeune, et une seconde, exerçant depuis plusieurs années dans un service d'urologie. Mon objectif principal était de croiser deux regards différents, puisqu'une des IDE, de par ses années d'expérience et son service, a sûrement plus l'habitude d'être confrontée à ce genre de situations gênantes qu'une infirmière récemment diplômée, et plus jeune - puisque nous avons vu que l'âge semble avoir également de l'importance.

Pour mettre en place et organiser ces entretiens, j'ai pris contact avec Laura par SMS, et nous avons convenu que le lieu de rendez-vous serait l'IFSI, devant la bulle qui est la bibliothèque, pour ne pas interférer avec son lieu d'exercice. Avec Manon, nous avons pris contact par messenger, la messagerie du réseau social Facebook. Pour assurer le calme et un échange productif, j'ai contacté les documentalistes qui m'ont réservés l'ancien bureau du webmaster, pour ces deux entretiens. L'enregistreur que j'ai utilisé est l'Olympus LS 12 PCM.

### **4.2. Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien (*Annexe III*) réalisé comporte huit questions, à propos des trois notions du cadre théorique. Les questions ne suivent pas l'ordre des concepts. En effet, la dernière question se

rapporte au premier concept des stéréotypes, mais c'est aussi la seule question où je nomme concrètement le mot stéréotype. Cela est volontaire, car si je parle de stéréotypes dès le début, cela pourrait potentiellement impacter les réponses des IDE.

Le guide d'entretien aborde les trois notions du cadre conceptuel, et j'ai fixé un objectif par notion. Pour les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes, l'objectif est de comprendre quels sont les stéréotypes sociaux de genre de l'IDE interrogée et voir s'ils correspondent à ceux exposés dans le cadre théorique. A propos des soins intimes, le but est d'aborder le positionnement professionnel d'une soignante face à une situation intime ressentie comme dérangeante. Enfin, pour le concept de relation soignant-soigné, l'objectif principal est d'aborder la notion de dissymétrie homme/femme et de dissymétrie soignant/soigné.

### **4.3. Le bilan du dispositif**

#### **4.3.1. Les points forts**

Le dispositif méthodologique utilisé m'a permis de pouvoir répondre aux objectifs que je m'étais posés. Le guide m'a permis de constater que les IDE ont pu aborder les points fondamentaux également présents dans mon cadre théorique, ce qui signifie que mes questions étaient claires, suffisamment précises et ouvertes à la fois.

De plus, les questions ont nécessité un réel échange avec les professionnelles, car j'ai vu que c'était des questions auxquelles elles n'avaient pas l'habitude de répondre. Lors d'hésitations, cela me permettait de préciser les questions, d'essayer de les orienter en fonction de ce qu'elles m'avaient dit juste avant. Le côté spontané des réponses était très intéressant. Le fait de relancer les discussions lors d'hésitations m'a permis de pousser davantage leur réflexion, pour ne pas avoir des réponses trop superficielles, et j'ai ainsi pu obtenir des réponses claires et complètes.

#### **4.3.2. Les limites**

Durant le questionnaire, je me suis rendue compte des quelques problèmes que posaient mon entretien. Tout d'abord, demander une définition de l'intimité est peut être compliqué car c'est un concept très large et difficile à explorer lorsqu'on pose la question à un IDE qui n'y a pas forcément réfléchi avant d'arriver à l'entretien. Pour autant, les réponses étaient très claires et adaptées.

Une autre question qui m'a posé problème à l'oral est la question 7, car les propositions étaient un peu longues et donc pas forcément claires à poser à l'oral. En les montrant sur le papier c'était beaucoup plus clair pour les IDE interrogées.

Les questions étaient rédigées de telle sorte que les IDE puissent dire apporter un certain nombre d'éléments et d'informations, et soient amenées d'elles mêmes vers la question huit qui est celle des stéréotypes. Les questions précédentes avaient pour but de faire réfléchir à la dernière question. Cela aurait pu mieux fonctionner si la question huit n'avait pas été posée de façon aussi vaste. Elle n'était pas assez claire, et cela a nécessité un recadrage pour le premier entretien, et des explications supplémentaires pour le second afin que la réponse soit en adéquation avec l'objectif initial de la question. Je pense que la notion de stéréotypes n'a pas forcément été bien comprise, j'aurais peut-être dû poser une définition de ce qu'est un stéréotype, ou leur demander leur propre définition des stéréotypes.

Enfin, l'ordre des questions n'était pas forcément toujours adapté. Je passais d'un concept pour revenir à un autre, dans le but d'avoir une cohérence entre mes questions, et d'essayer de faire le lien autant que possible. Au final, je n'ai pas forcément trouvé de bénéfice à cette technique, les liens entre les questions n'étaient pas toujours très clairs car je n'avais pas anticipé le fait que les IDE pouvaient être amenées à développer leurs questionnements au point de parfois s'éloigner de la question initiale. J'ai donc eu du mal à recadrer l'entretien et à faire des liens à l'oral.

## **5. L'analyse descriptive des entretiens**

**Question 1.** Pensez-vous que les femmes soignantes et hommes soignants ont chacun des qualités propres du fait de leur genre ? **Objectif :** en fonction des stéréotypes de chaque IDE, classer les qualités attribuées selon les genres.

Lorsque nous analysons les propos des deux IDE concernant les qualités propres aux hommes IDE ou aux femmes IDE, nous pouvons constater que la première IDE pense que l'on attribue plus facilement certaines qualités aux hommes ou aux femmes. Elle dit que « les femmes sont plus maternantes, plus dans le cocooning » tandis que les hommes sont à son sens « un peu plus dans l'action ». A ses yeux, chaque genre a ses qualités propres qui sont complémentaires, mais certaines qualités sont les mêmes pour les deux genres. La seconde IDE est plus mitigée à ce propos. Elle pense que les qualités sont propres à une personne et non pas à un genre. Elle dit cependant que « si on est une femme on connaît mieux le corps d'une femme », et que « si on est un homme on connaît mieux le

corps d'un homme ».

**Question 2.** Comment définiriez-vous l'intimité ? **Objectif** : obtenir une définition de l'intimité.

Tout d'abord, les deux infirmières sont d'accord pour dire que lorsqu'on parle d'intimité, on pense premièrement à la sphère corporelle. L'une d'entre elles dit que "l'intimité c'est le corps de la personne". Cependant, elles approfondissent leurs idées en parlant de l'intimité non-corporelle. L'IDE d'urologie insiste sur le fait que "quand on entre dans sa chambre, on entre chez le patient", et pense donc que l'intimité a un lien avec le lieu dans lequel vit le patient. La seconde IDE pense quant à elle que l'intimité se rapproche de la pudeur, tout en restant différente. Pour elle, la pudeur est ce qui est propre à chacun tandis que l'intimité touche "la personne au niveau de son corps, au niveau de sa vie, de ses sentiments".

**Question 3.** En tant que soignante, si un patient homme a des questionnements à propos de sexualité, vous sentiriez-vous à l'aise, et suffisamment formée pour y répondre ? **Objectif** : évaluer le positionnement de l'IDE, les raisons de ce positionnement, face à une question touchant à l'intimité corporelle d'un patient de sexe opposé.

La première IDE se dit suffisamment à l'aise pour répondre aux questionnements de patients hommes à propos de sexualité, du fait de son expérience, du service dans lequel elle se trouve (urologie) et de son âge. L'IDE jeune diplômée ne dit pas être à l'aise, elle dit simplement qu'il est normal de répondre aux questionnements des patients, sous réserve que ces questionnements soient en lien avec la pathologie, et que ce dernier n'ai pas « d'arrière pensées ». Pour elle, cela relève du rôle infirmier d'y répondre, car dans chaque service, « on connaît ce que peut engendrer la maladie par la suite ». Elle souligne le fait de se trouver parfois mal à l'aise, quand elle se trouve face à des « personnes qui sont plus ou moins mal intentionnées ».

**Question 4.** Pourriez-vous raconter une situation de relation de soin touchant à l'intimité corporelle d'un homme qui a été gênante pour vous ? **Objectif** : évaluer le ressenti et voir le positionnement de la professionnelle face à une situation gênante déjà rencontrée.

Lorsque l'IDE d'urologie raconte sa situation qu'elle a vécu comme étant gênante, elle évoque le fait que cela se déroulait durant la toilette qu'elle devait faire à un homme âgé, alors qu'elle débutait dans sa formation. C'était donc un soin touchant à l'intimité corporelle du patient. Elle explique que c'est la gêne du patient, qui « avait comme des gestes d'évitement », qui l'a mis mal à l'aise, et elle

disait également sentir une certaine pression dans la chambre, malgré le fait qu'elle ait tout fait pour que le patient se sente mieux : serviette pour préserver la pudeur, et demander au patient comment il se sentait.

Quant à l'autre IDE, elle était stagiaire au moment des faits. Le soin réalisé touchait au corporel également, puisqu'il fallait changer le caleçon du patient. Elle explique que la présence de toute la famille et leur culture montrant que « l'homme est le patriarche de la famille » a contribué à produire cette gêne ambiante. L'infirmière qui l'accompagnait a tenté de rassurer le patient avec un peu d'humour : « ne vous inquiétez pas j'en ai déjà vu d'autres », ce qui n'a pas fonctionné. Elle a trouvé que « l'homme était mal à l'aise », et comme pour l'autre IDE, la gêne du patient s'est transposée sur elle. Pour elle, il aurait été important, afin de respecter l'intimité du patient, de faire sortir la famille, d'en discuter avec lui, et de faire attention à cacher les parties intimes.

**Question 5.** Pour vous, quels sont les éléments principaux pour entretenir une relation soignant-soigné de qualité ? **Objectif** : mettre en évidence les éléments importants de la relation soignant-soigné.

Pour entretenir une relation soignant-soigné de qualité, il y a tout d'abord des actions IDE qui peuvent être mises en place, comme le dit l'infirmière d'urologie. Pour elle, « l'indispensable c'est déjà l'accueil », avec l'importance de la présentation. Ensuite, pendant le soin, elle pense qu'il est nécessaire d'expliquer et de montrer au patient ce qui va être fait. L'infirmière de soins palliatifs pense que la discussion pendant le soin a aussi son importance. Au niveau des valeurs soignantes, l'infirmière d'urologie fait ressortir l'importance de l'authenticité du soignant, et d'obtenir le consentement du patient ; tandis que l'infirmière de soins palliatifs insiste beaucoup sur la valeur de respect, et notamment du respect de l'intimité et de la pudeur. Elle complète sa réflexion par l'importance du non-jugement. Enfin, les deux IDE parlent toutes les deux du fait que la relation soignant-soigné se base sur la confiance, et s'installe « au fur et à mesure du temps ». Enfin, l'infirmière d'urologie souligne également que le patient a un rôle à jouer dans cette relation, car il se retrouve obligé de « reconjuguer avec, à chaque fois, un nouveau soignant ».

**Question 6.** Comment pensez-vous qu'un/une IDE doive se positionner pour éviter la dissymétrie dans la relation soignant-soigné ? **Objectif** : mettre en avant les actions IDE permettant de limiter la dissymétrie.

Pour éviter la dissymétrie dans la relation soignant-soigné, ressort l'importance des actions IDE verbales et non verbales. Dans les attitudes non-verbales, les deux infirmières soulignent

l'importance de « se mettre à la même hauteur » que le patient, en s'asseyant ou en se mettant à genoux par exemple. Dans les actions verbales, elles pensent toutes les deux qu'il faut expliquer simplement les soins, en adaptant son langage et sans utiliser de mots professionnels que le patient ne comprendrait pas. En revanche, les deux infirmières partent du principe que la notion de temps a un rôle à jouer dans cette dissymétrie. Tandis que l'infirmière qui travaille en urologie avoue que « si j'ai des choses à faire je prends peut être probablement moins le temps », l'infirmière travaillant en soins palliatifs insiste sur l'importance de toujours prendre le temps avec le patient et « ne pas lui montrer même si on a pas forcément le temps ». Enfin, cette même infirmière parle de l'importance de l'analyse de la situation relationnelle, notamment en analysant l'environnement du patient, son état d'esprit, et “tout ce qui est socio-culturel”. Avec cela pour base, il sera ensuite plus simple, à ses yeux, de s'adapter au patient pour éviter la dissymétrie.

**Question 7.** Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles trouvez-vous juste(s) et pour quelles raisons ?

- Proposition 1 : lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée de femme IDE à patiente.
- Proposition 2 : lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée d'homme IDE à patient.
- Proposition 3 : lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle/plus difficile de femme IDE à patient de sexe masculin.
- Proposition 4 : lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle/plus difficile d'homme IDE à patiente de sexe féminin.

**Objectif** de la question : voir si l'on peut constater une facilité du soin touchant à l'intimité corporelle de femme à femme et d'homme à homme.

La proposition ayant suscité le plus de questionnements chez les deux IDE est la première. Elles ont toutes les deux tendance à dire que la relation soignant-soigné est facilitée de femme soignante à femme soignée. La seconde IDE dit qu'« on connaît plus le corps et du coup la femme sera plus confiante peut être de montrer son corps à une femme ». Cependant, elle indique que « se mettre à nu devant quelqu'un ce n'est jamais facile ». Pour la deuxième proposition, la première IDE pense qu'un homme IDE serait plus apte à répondre. Elle dit cependant que cela dépend de l'état d'esprit dans lequel se trouve le patient. L'IDE jeune diplômée pense que c'est « pareil pour les hommes, comme ce sont tous les deux des hommes ça sera peut-être plus facile ». Pour la troisième proposition, qui est « lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle/plus

difficile de femme IDE à patient de sexe masculin », les deux IDE sont en accord pour dire que cela dépend du contexte. L'IDE jeune diplômée indique que « des fois il y a peut-être des situations qui mettent mal à l'aise, qui ne sont pas très respectueuses par l'homme », envers la soignante. Elle souligne alors l'importance de garder son rôle de soignante. Elle ajoute n'avoir « jamais entendu parler qu'une femme soit pareille vis à vis d'un homme soignant ». Enfin, la dernière proposition étant « lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle/plus difficile d'homme IDE à patiente de sexe féminin », la première IDE a répondu que cela dépend de la femme que l'on a en face de soi, des convictions religieuses, et de l'éducation de la personne.

**Question 8.** Pensez-vous que les stéréotypes de genre admis en société se reproduisent dans la relation soignant-soigné ? **Objectif :** mettre en avant les stéréotypes sociaux de genre qui se reproduisent dans les soins.

Les stéréotypes sociaux de genre qui se transposent dans les soins sont les mêmes que ceux nommés précédemment. Selon la première infirmière, l'action est plutôt attribué aux hommes, et dans « l'idéal collectif, la femme reste quand même plutôt maternante ». Elle insiste en revanche sur le fait qu'elle combat ces stéréotypes, en disant que nous ne sommes plus des « nonnes », et qu'en dehors des soins, elle éduque personnellement ses enfants contre ces stéréotypes. Elle souligne que malgré cela, « nous sommes tous marqués dans nos stéréotypes », et que « dans les soins ça peut créer une différence, corporellement on sera toujours différents », entre femmes et hommes. La jeune infirmière pense que les patients peuvent se faire des a priori sur les soignants selon leur sexe et raconte qu'une patiente qu'elle a prise en charge attribuait plus facilement la douceur aux femmes qu'aux hommes. Cela avait créé beaucoup d'apprehension lorsque sa toilette avait été faite par un homme. Cette infirmière pense donc que « chaque personne a ses stéréotypes au début d'une relation », et que « ça peut impacter au début ». De plus, elle pense qu'« en fonction de comment ça se passe par la suite ça peut complètement changer ». Ainsi pour elle, c'est au soignant de s'adapter à la personne - et à ses stéréotypes.

## **6. L'analyse interprétative et la discussion**

### **6.1. Les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes**

Lorsque je croise les données de l'analyse descriptive et du cadre théorique, je constate aisément des points communs comme des points de divergence.

Tout d'abord, les deux IDE semblaient réticentes à parler des stéréotypes à proprement parler, et j'ai senti qu'elles se trouvaient dans une dynamique où elles souhaiteraient faire évoluer ces stéréotypes et prouver que ceux-ci changent. En effet, dans le cadre théorique, l'article de Martine Fournier (interview de Daniel Welzer Lang) avait signalé que les critères de virilité sont en train de disparaître. Il y a effectivement de nombreuses personnes qui tendent à faire évoluer ces stéréotypes. En revanche, comme constaté dans le cadre théorique, les attributions normées sont présentes partout dans la société, et les stéréotypes sont ancrés en nous à partir de l'âge de six ou huit ans. Ainsi, un parent aura beau essayer de casser ces stéréotypes, la société laisse à nos yeux certains stéréotypes. A en juger les magazines de jouets, il est aisé de constater que ces normes n'évoluent pas pour tout le monde étant donné que le rose, les princesses, et les cuisines sont encore trop attribuées aux petites filles ; et le bleu, les voitures, et les jeux de bricolages aux garçons. Ainsi, c'est pour cette raison que l'IDE dit que nous sommes "tous un peu marqués dans nos stéréotypes", car cela est bien souvent indépendant de notre volonté.

De plus, par rapport au fait que les IDE interrogées pensent que les qualités dépendent de la personne en elle-même et pas de son genre, cela semble en partie vrai : comme expliqué dans le cadre théorique, chaque individu va posséder des caractéristiques considérées comme féminines ou masculines, quel que soit son sexe. Il aura donc une personnalité catégorisée comme plutôt féminine ou masculine. Dans les stéréotypies fréquentes, on dira des femmes qu'elles sont plus douces et à l'écoute, et des hommes qu'ils sont plus directifs et autoritaires. Si un individu ne répond pas aux attentes attribuées à son sexe, il se trouvera en décalage. Une des deux IDE parle notamment des comportements déplacés des hommes envers les femmes. Lorsqu'elle en parle, elle parle du soin, alors même que dans la vie de tous les jours, nous pouvons remarquer des comportements d'hommes déplacés envers les femmes. Ces comportements relèvent tout simplement des stéréotypes ancrés dans la tête de ces personnes depuis leur jeune âge : un homme peut se permettre de juger et de critiquer une femme car ses paroles auront plus d'impact dans la société tandis qu'une femme doit écouter ce qu'une personne dont les paroles ont hiérarchiquement plus de poids va lui dire. Fort heureusement, ces tendances sont en pleine évolution, mais elles peuvent malheureusement être constatées dans le milieu du soin. C'est ainsi que des patients hommes auront plus aisément des comportements inadaptés envers des soignantes. Peut-être est-ce simplement parce que les femmes doivent être, aux yeux de la société, douces et respectueuses que cette tendance d'une patiente à mal se comporter envers un homme est beaucoup moins fréquente. On se rend ainsi compte que les stéréotypies, liées aux attentes que l'on a de la part d'un homme ou d'une femme, impactent la relation soigné dans le sens où le patient, la patiente, ne réagira pas de la même manière s'il se trouve face à une soignante ou face à un soignant.



Que ce soit dans le cadre théorique ou dans l'analyse descriptive, je constate donc qu'il y a une influence du genre sur les pratiques professionnelles, puisque les soignantes sont plus souvent dans le "care", l'aspect relationnel, du fait des stéréotypes sociaux, et les soignants dans le "cure", c'est à dire soigner, de manière plus héroïque.

Cependant, dans le cadre théorique, j'ai relevé le fait que la frontière entre les genres est moins importante lorsque les soignants sont "confirmés". Reste à définir si le fait d'être confirmé relève de l'habitude, cas dans lequel il faut faire attention à ne pas entrer dans la banalisation comme nous le dit la seconde IDE ; ou si être confirmé signifie avoir de l'âge et une certaine expérience de vie, nous permettant d'être plus à l'aise avec des soins intimes sur un patient du sexe opposé. A mon sens, être confirmé signifie avoir de l'expérience, être habitué aux soins intimes chez le sexe opposé. Un soignant jeune aura donc moins d'expérience, et se retrouvera peut être plus gêné dans de telles situations. Je pense que l'inverse n'est pas vrai, un soignant plus âgé ne sera pas nécessairement à l'aise, car un soignant plus âgé peut très bien être jeune diplômé, avoir peu d'expérience et ressentir cette gêne.

De plus, la culture semble avoir un impact fort sur ces stéréotypes, car comme je l'ai exposé dans le cadre théorique, les normes attribuées selon le sexe de chacun dépendent de la société et de la culture qui l'accompagne. Ainsi, une des deux infirmières a exposé le fait que la culture dans laquelle "l'homme est le patriarce" n'a pas favorisé la prise en charge d'un patient. Je pense qu'ici, le patient, de sexe masculin, s'est senti gêné du fait qu'il était en position de vulnérabilité face à une femme, là où il se trouve habituellement être le chef de famille. Je pense que cette situation avait peut être une tendance décrédibilisante pour lui, ce qui a pu créer cette gêne, qui s'est ensuite transposée sur les soignantes.

Enfin, les deux IDE pensent toutes deux qu'une femme connaîtra mieux le corps d'une femme et qu'un homme connaîtra mieux le corps d'un homme. Je suis d'accord avec cette idée, mais je pense que cela ne suffit également pas à être à l'aise lors de soins touchant à l'intimité corporelle, comme l'a dit une des deux IDE.

## **6.2. Le soin touchant à l'intimité**

Les définitions de l'intimité données par les IDE et les définitions du cadre théoriques sont en accord. En effet, j'avais distingué dans le cadre théorique les trois aspects de l'intimité que sont l'habitat, les sensations, et le corps. Les deux IDE avaient parlé de l'intimité corporelle. Une des deux IDE a parlé de l'importance de la chambre du patient et de son environnement proche, tandis que

l'autre IDE a parlé des sentiments du patient. Ainsi, les trois sphères de l'intimité sont retrouvées, et je suis plutôt d'accord avec les définitions que j'ai découvert dans le cadre théorique et celles que les IDE ont donné.

Lorsqu'elles racontent les histoires ayant créé une situation gênante, les deux IDE avaient mis en place des actions soignantes permettant de limiter la gêne. Les deux soignantes se sont trouvées face à des situations où c'est la gêne du patient qui s'est transposée sur elles. C'est également la sensation que j'avais eu dans mes situations de départ exposées. Comme expliqué dans le cadre théorique, les soignants se retrouvent légitimes à accéder à l'intimité corporelle d'un patient, parce que leur titre le leur permet. Cependant, lorsqu'un patient montre sa gêne, jusqu'où suis-je légitime, de par ce rôle, à continuer le soin ? En effet, l'intimité est ce qui est "au plus profond de l'être", chaque personne a son propre rapport à son corps. C'est en cela que les demandes de patients d'être soigné par un soignant du même sexe sont récurrentes. Elles sont d'ailleurs souvent respectées et jugées acceptables, dans la mesure du possible, comme le précise une des IDE interrogées. Néanmoins, comme il n'est pas toujours possible de respecter ce choix, du fait de la composition des équipes, des actions IDE sont alors mises en place pour accéder à cette demande. Là où l'IDE disait proposer au patient de faire venir un collègue aide soignant pendant un soin infirmier touchant à l'intimité corporelle, je ne suis pas convaincue des avantages que cela pourrait donner. Je me demande si justement, faire venir un soignant en plus de l'IDE déjà présente n'augmenterait pas encore davantage cette gêne, étant donné qu'il y aurait encore plus de personnes en présence dans la chambre, et donc plus de personnes pouvant entrer dans cette intimité.

Ainsi, si ces demandes existent, c'est que l'impact des stéréotypes de genre existent bien. Au regard des résultats de la question sept, il semblerait que de femme soignante à femme soignée et d'homme soignant à homme soigné, les relations soient facilitées. Comme le signalent les IDE interrogées, ces relations de soins sont simplement facilitées du fait que ce soit le même sexe, mais elles ne sont pas aisées pour autant. Elles pensent toutes deux qu'une soignante connaîtra mieux le corps d'une femme et qu'un soignant connaîtra mieux le corps d'un homme et que c'est cela qui pourrait possiblement être rassurant pour les patient(e)s. Je pense personnellement que cela est vrai pour les femmes. Je justifierais cette idée en disant que les femmes ont une histoire commune, un combat de reconnaissance aux yeux de la société, combat qui existait déjà à l'époque des patientes plus âgées que l'on peut rencontrer dans les services de soin, et qui existe toujours chez les jeunes soignantes et patientes actuellement. J'ai la sensation que ce combat rassemble les femmes et leur donne une fibre commune, donc avec moins de peur de se mettre à nu face à une soignante que face à un soignant. Cependant, j'ai l'impression que la société attend des hommes qu'ils soient forts, et donc qu'un patient homme puisse également se trouver mal à l'aise face à un soignant du même sexe, de par

cette mentalité plus compétitive qui leur est attribuée. Une des deux IDE semble partager cet avis puisqu'elle dit que "ça dépend dans quel état d'esprit se trouve le patient", autrement dit, cela dépend à quel degré il s'ancre dans les stéréotypes sociaux de genre.

Concernant les éventuelles difficultés qu'une soignante peut avoir lors de la réalisation d'un soin touchant à l'intimité corporelle d'un homme, nous les avons évoquées dans la section précédente. En revanche, lorsqu'il s'agit de ce type de soin réalisé par un homme IDE sur une patiente, une des IDE interrogée a répondu que l'acceptation d'un tel soin dépend de la femme, de ses convictions religieuses, et de son éducation. En effet, les convictions religieuses m'ont beaucoup questionnées, car la place de la femme n'est pas la même en fonction des religions, et cela peut fortement impacter la relation soignant-soigné. Là où il n'y a pas de cause religieuse à un refus, les soignants arrivent généralement à négocier le soin, et comme l'a dit l'IDE, à tout de même réaliser le soin après négociation et accord de la patiente, même si cela n'est pas ce que la patiente avait initialement demandé. En revanche, la religion donne une toute autre dimension au refus de vouloir être soigné par un IDE du sexe opposé, car ce sont des convictions qui bien souvent guident ces personnes dans leur vie quotidienne, et aller à leur encontre serait un véritable manque de respect. Le sujet de ce mémoire n'est pas la religion, mais jusqu'où les soignants peuvent-ils aller pour respecter les convictions religieuses des patients ?

Enfin, l'attitude du soignant lors du soin touchant à l'intimité corporelle, et sa manière de transmettre ont un rôle à jouer. Dialoguer avec le patient, lui transmettre tout en se mettant à sa portée sont autant de choses permettant de limiter cette gêne lors de soins intimes. Cependant, la relation du patient à son propre corps peut également intervenir durant le soin intime, comme nous l'avons précédemment vu. Je pense effectivement que le corps peut être déformé par la maladie, par le temps, et le patient peut se sentir en difficulté à l'idée de se mettre nu face à ce corps que lui-même n'accepte déjà pas. Cette gêne peut être également liée à la dissymétrie soignant-soigné, et je pense qu'elle peut être accentuée par la différence de sexe entre le soignant et le patient. Je vais développer davantage cette notion de dissymétrie dans la section suivante qui traite de la relation soignant-soigné.

### **6.3. La relation soignant-soigné**

La définition de relation soignant-soigné donnée par Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf est la suivante : "c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires". Cela sous entend donc que chacun a un rôle dans cette relation. Comme nous avons pu le voir à l'aide de Nathalie Dugravier-Guérin, le

sentiment de supériorité du soignant a un fort impact, qu'il soit utilisé de manière constructive ou non. En effet, ce sentiment de supériorité du soignant semble entraîner la vulnérabilité du patient, c'est donc la présence plus ou moins forte de ce sentiment qui permettra soit d'accentuer la dissymétrie, soit de la limiter. C'est exactement l'idée que soutiennent les deux IDE, qui ont ainsi listé un certain nombre de comportements soignants à adopter, tels que le fait de se présenter, d'expliquer le soin, de discuter avec le patient pour créer un lien de confiance. Elles ont également parlé de valeurs soignantes comme le non-jugement, l'authenticité, et le respect. Cette notion de respect est d'ailleurs développée par Nathalie Dugravier-Guérin qui souligne que la valeur de respect ne peut pas être présente s'il n'y a pas prise en compte du caractère unique d'autrui. Je pense que cela est vrai, car j'ai également pu constater tout au long de mes stages que le lien est d'autant plus fort que l'on s'intéresse à la personne et à son parcours de vie, c'est à dire au parcours personnel du patient. Parler des choses simples de la vie qui nous affectent tous, comme le temps, les repas, peuvent amener à ces discussions, mais cela semble beaucoup moins profond que lorsqu'on parle du parcours singulier du patient. Se centrer sur le patient et son histoire de vie, c'est respecter son caractère unique, et je partage cette idée.

De plus, concernant la dissymétrie dans la relation soignant-soigné, les deux IDE ont parlé de multiples actions mises en places dans le but de la limiter. Elles ont toutes deux dû développer des stratégies, qu'elles soient verbales ou non verbales. Se mettre à la hauteur du patient et adapter son langage sont deux exemples caractéristiques d'actions qui permettent de limiter la dissymétrie. En revanche, comme le dit une des deux IDE, la dissymétrie peut être réduite, mais pas annihilée. Une idée m'est apparue en développant la notion de dissymétrie dans la relation soignant-soigné. En effet, dans les stéréotypes sociaux couramment admis, les hommes gardent une certaine supériorité sur les femmes, même si cela tend à évoluer. Or, dans les soins, nous pouvons constater cette dissymétrie toujours présente, même si elle peut être limitée. Quoi qu'il en soit, je pense que la vulnérabilité d'un patient homme se faisant soigner par une IDE femme peut être ressentie comme décalée par rapport à la réalité vécue en société. En effet, comme le dit la deuxième IDE interrogée, lorsqu'un soignant entre dans la chambre du patient pour la première fois, il analysera son état d'esprit, et "tout ce qui est socio-culturel". Cela me semble logique, même si c'est inconscient. A mon sens, le patient va lui aussi analyser la personne face à lui. Un patient homme pourra davantage souffrir de sa vulnérabilité parce que sa virilité et sa supériorité seront mises en péril. Cela pourra peut être provoquer un comportement inapproprié voire déplacé. Je pense que, pour ces raisons, le fait qu'un patient homme se sente en position de vulnérabilité face à une femme soignante alors que, de par les stéréotypes sociaux, on lui demande d'être fort, impacte la relation soignant-soigné.

Ensuite, j'évoque dans le cadre théorique le fait que les IDE ne se sentent pas nécessairement formés à répondre aux questions d'ordre sexuel. Une des deux IDE m'a exprimé se sentir relativement

à l'aise, de par le service dans lequel elle exerce, qui est l'urologie. L'autre IDE dit qu'il est normal de répondre aux questionnements mais ne dit à aucun moment se sentir à l'aise d'y répondre. Elles pensent toutes deux qu'au bout d'un certain temps dans un service, elles se sentent plus à mêmes de répondre aux questionnements, en fonction des pathologies les plus fréquemment rencontrées. En revanche, toutes deux disent que leur aisance est aussi liée à la manière dont la question est posée. Je pense également qu'une IDE est apte à repérer un patient posant une question de ce type en ayant des arrières pensées. En effet, un patient mal intentionné devra être "recadré", pour que son comportement ne devienne pas davantage déplacé. Cela me permet de faire le lien avec la partie du cadre théorique traitant des stéréotypes sociaux du métier d'IDE, et donc par là-même des stéréotypes de genre puisque les stéréotypes du métier d'IDE ne concernent que les femmes. En effet, comme nous l'avons vu, il y a deux représentations sociales ambivalentes, la première étant la figure de la religieuse dans l'histoire de la profession, et la seconde étant la figure érotique de l'IDE dans la culture populaire. La figure de la religieuse est ancrée dans l'histoire de la profession, elle n'est donc pas taboue, tandis que la figure érotique de l'IDE est quelque chose de tabou, dont personne ne parle, alors qu'elle est pourtant là. Je me pose donc la question suivante : officialiser cet aspect ancré dans l'histoire infirmière ne permettrait-il pas de calmer le fantasme ambiant à ce sujet, et ainsi diminuer cette peur plus ou moins consciente des infirmières d'être injustement associées à ce fantasme ? Je ne pense pas qu'en interrogeant des IDE, celles-ci diront avoir peur d'être associées à ce fantasme. Néanmoins, ce fantasme peut être présent chez les autres et contribue sûrement chez certains patients à avoir des comportements inacceptables. C'est aussi sûrement pour cette raison qu'une des IDE a parlé de "mettre des barrières", tout comme j'ai pu évoquer dans le cadre théorique l'importance de ne pas franchir certaines limites, sous peine de subir du harcèlement et des abus.

Enfin, à l'inverse, je suppose que les hommes peuvent avoir peur d'être injustement associés à ces attitudes-là, car il convient tout de même de préciser que, bien que ces comportements existent ils ne sont pas majoritaires. Je pense qu'ils sont en revanche suffisamment présents pour créer une méfiance des IDE envers certains patients hommes. A mon sens, à propos de la dissymétrie entre homme IDE et patiente, celle-ci peut également être importante du fait des stéréotypes qui sont attribués au soignant du fait de son genre ; en témoigne la situation expliquée par une des IDE, où un soignant homme s'est trouvé face à la peur d'une patiente femme d'être soignée par un homme. Enfin, la note positive de l'IDE me paraît également juste : il suffit peut-être simplement de laisser le temps aux personnes, soignant(e)s comme patient(e)s, pour laisser de côté ces stéréotypes liés au genre.

#### **6.4. Réajustement de la question de départ**

Après étude de la question de départ qui est, pour rappel : “en quoi les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes peuvent-ils impacter la relation soignant-soigné lors de soins intimes ?”, je pense qu’elle peut être beaucoup plus précise. En effet, mon but premier était de ne pas parler des stéréotypes de “genre”, car je voulais axer mon travail sur le côté pûrement physique de ce que ces différences peuvent apporter lors des soins intimes. Je me suis alors rendue compte que l’aspect physique n’était pas le seul à impacter la relation de soin, et que la globalité du genre homme ou femme et les stéréotypes sur chaque sexe peuvent compter. En revanche, les différences hommes/femmes seules ne prennent pas en compte les autres genres existants tels que les personnes transgenres, dont la place est en pleine évolution actuellement dans notre société. Il convient aussi de les compter, car même si l’on peut parfois parler d’une femme plus masculine ou d’un homme plutôt féminin, cela signifie que les personnes leurs attribuent des caractéristiques du type féminin ou masculin. Enfin, l’identité de genre n’est pas nécessairement la même que l’identité sexuelle, c’est pour cela qu’il conviendrait d’élargir la question aux stéréotypes de genre.

De plus, lors de mes entretiens et de mes recherches, j’ai pu constater que la notion de “soin intime” est très vaste et peu précise. Lorsque je parlais de soins intimes, je pensais dans un premier temps aux soins touchant à l’intimité corporelle, car je n’avais pas pris en compte l’intimité non corporelle, touchant à l’habitat et aux questionnements internes.

Je pense donc qu’un réajustement de ma question pourrait être celui-ci : **en quoi les stéréotypes sociaux de genre peuvent-ils impacter la relation soignant-soigné lors de soins touchant à l’intimité corporelle ?** Cette question pourrait être une éventuelle question de recherche qui me permettrait de réaliser un travail plus approfondi sur les genres, et moins binaire que le simple aspect homme/femme développé ici.

### **7. Conclusion**

Pour conclure, j’ai pu constater tout au long de mon travail que la question des stéréotypes sociaux des différences entre hommes et femmes dans les soins intimes est très vaste.

Premièrement, j’ai résumé deux situations de soin m’ayant questionné et mené à ma question de départ, qui était donc : en quoi les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes peuvent-ils impacter la relation soignant-soigné lors de soins intimes ?

Le cadre théorique m'a permis d'éclairer les trois notions que sont les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes, les soins intimes, et la relation soignant-soigné. Après avoir défini les stéréotypes sociaux, j'ai pu constater que ceux-ci s'ancrent en nous dès notre plus jeune âge. Ainsi, la société continue à transmettre ces stéréotypes de génération en génération, bien que la population ait davantage tendance à aller à l'encontre de ceux-ci. J'ai ainsi pu constater qu'il y a influence de ces stéréotypes de genre sur les pratiques professionnelles infirmières, du fait des qualités plutôt attribuées aux hommes ou aux femmes. Lors du soin intime, le (ou la) soignant(e) cherchera à respecter les trois aspects de l'intimité que sont l'habitat, les questionnements personnels ou sentiments, et le corps du patient. Malgré cela, une dissymétrie semble inévitable entre le patient, en position de vulnérabilité, et le soignant ayant des connaissances. Enfin, l'analyse de ces stéréotypes m'aura permis d'analyser cette ambivalence entre la vision de l'infirmière religieuse d'il y a quelques années, à la figure stéréotypée populaire actuelle.

Suite à ce cadre théorique, j'ai pu rédiger un guide d'entretien que j'ai réalisé tout d'abord avec une ancienne aide-soignante, désormais IDE, et travaillant en urologie ; puis avec une IDE récemment diplômée. Ces entretiens m'ont permis d'approfondir, affirmer ou au contraire aller à l'encontre de mes recherches théoriques. J'ai réalisé l'analyse descriptive de ces entretiens pour en tirer les données de sens, puis j'ai réalisé une analyse interprétative et une discussion, qui m'ont permis de faire des liens avec le cadre théorique. J'ai également pu y insérer mes idées et me positionner face aux recherches et aux paroles des IDE.

Je pense que ce travail m'a énormément apporté pour ma future pratique professionnelle, car les questions de stéréotypes et de différences de sexe sont taboues dans notre société. Y réfléchir m'a permis de me lancer une sorte de défi pour mieux comprendre ces multiples moments de gênes, ou ces situations déplacées que j'ai pu vivre ou observer en trois ans de formation. Je suis la première à souhaiter que ces stéréotypes disparaissent mais j'ai pu constater qu'ils sont encore présents et impactent énormément les relations de soin. Avoir cette sensation d'être perçue en tant que femme avant d'être perçue comme une soignante m'est déjà arrivée, c'est pour cette raison que j'avais besoin de comprendre d'où cela pouvait provenir. Ce travail m'a aussi permis de discuter avec deux professionnelles qui, elles, ont appris à se positionner, même si cela paraît rester encore pour l'une d'entre elles très délicat à vivre. Leurs témoignages m'ont conforté dans le fait que je ne suis pas seule à avoir vécu des situations gênantes, et que cela est récurrent. A l'avenir, j'aimerais pouvoir partager à d'autres étudiants et étudiantes IDE ce que j'ai appris au travers de ce travail. Ayant moi-même été

gênée face à ce genre de situations, il me semble primordial de faire tomber ces barrières qui sont taboues, et mieux armer les futur(e)s professionnel(le)s à cela.

Concernant le vécu de cette expérience d'initiation à la recherche, j'ai énormément apprécié me pencher sur un sujet qui me paraissait peu étudié. D'ailleurs, il a parfois été difficile de trouver des ouvrages évoquant ce sujet, et cela a sûrement été ma plus grande difficulté. En revanche, en lisant les quelques ouvrages traitant des différences hommes femmes dans les soins, ceux-ci étaient riches en informations. Je me suis heurtée à quelques difficultés, ce qui me rend encore plus fière du travail accompli. Pour ce qui est du côté rédactionnel, j'ai toujours aimé écrire et partager mes idées, j'ai donc beaucoup apprécié ce travail de rédaction.

Enfin, si l'avenir me le permet, je souhaiterais faire de la recherche pour approfondir davantage ce sujet qui me tient aujourd'hui encore plus à coeur.



## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- Aïach, P. Cèbe, D. Cresson, G. Philippe, C. (2001). *Femmes et hommes dans le champ de la santé : approches sociologiques*. Paris : Editions ENSP. (Recherche Santé Social).
- Bioy, A. Bourgeois, F. Nègre, I. (2003). *Communication soignant-soigné. Repères et pratiques* (p. 27). Editions Bréal.
- Dugravier-Guérin, N. (2010). *La relation de soin. Approches éthiques et philosophiques. Du corps au visage* (p. 69-75). Editions Seli Arslan.
- Manoukian, A. Massebeuf, A. (2008). *Pratiquer. La relation soignant-soigné* (p. 42-46). Editions LAMARRE.
- Marquet, J. Marquis, N. Hubert, N. (2013) *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession* (p. 215-238). Editions Academia-L'Harmattan.

### Ouvrages en ligne :

- Bubien, Y. (2019). L'intimité à l'hôpital : quels enjeux éthiques ? Dans *L'intimité menacée ?* (p. 47-52). Repéré à <https://www.cairn.info/l-intimite-menacee--9782749262567.htm>
- Vienne, J-M. (2019). Qu'est-ce que l'intimité ? Dans *L'intimité menacée ?* (p. 11-18). Repéré à <https://www.cairn.info/l-intimite-menacee--9782749262567.htm>

### Articles :

- Fournier, M. Dortier, J-F. Marry, C. Molinier, P. (2004). Hommes/femmes, quelles différences ? *Sciences Humaines*, 146, 22-39.
- Morley, C. (2004). Masculin/Féminin. Le genre des technologies de l'information. *Revue Française de Gestion*, 158, 69-70.
- Saliou-Legeas, M. (2013). Hommes et femmes infirmiers, quelles différences dans les soins ? Dossier : "profession infirmière, la place des hommes. *Revue de l'infirmière*, 194, 23-25.

### Articles en ligne :

- Morvillers, J-M. (2015). Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 77-81. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77.htm>
- Poisson, M. (2015). Au-delà du *cure* et du *care* : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXI<sup>ème</sup> siècle. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 26-38. Repéré à

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-26.htm>

Textes législatifs :

- Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948. (1948). Organisation des Nations Unies. Repéré à : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

Pages web :

- Curtet, R. (2019). La profession infirmière toujours vue comme un “travail de femmes”.  
<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/profession-infirmiere-toujours-vue-comme-travail-femmes.html>

Mémoires et thèses :

- Touvron, L. (2016). *La relation normée : le surinvestissement dans la relation soignant soigné en tant qu'infirmière coordinatrice. (Mémoire)*. Université Pierre et Marie Curie Paris 6.  
Repéré à : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250648/document>

Cours en ligne :

- Eternot, M. (2016). Concept du soin. [Présentation PDF]. Repéré à :  
[http://www.ifsitroyes.fr/sites/default/files/concept\\_du\\_soin.pdf](http://www.ifsitroyes.fr/sites/default/files/concept_du_soin.pdf)
- Guilloton, M-H. (2016). Les concepts fondateurs de la relation dans un contexte de soins. [PowerPoint]. Repéré à :  
[https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/concepts-fondateurs-\\_1458031488452-pdf](https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/concepts-fondateurs-_1458031488452-pdf)
- Institut National des Arts Appliqués de Toulouse. (2014). Les stéréotypes sociaux. [Présentation PDF]. Repéré à :  
[https://moodle.insa-toulouse.fr/pluginfile.php/50604/mod\\_resource/content/2/Les%20st%C3%A9r%C3%A9otypes%20sociaux-670Ko.pdf](https://moodle.insa-toulouse.fr/pluginfile.php/50604/mod_resource/content/2/Les%20st%C3%A9r%C3%A9otypes%20sociaux-670Ko.pdf)

Dictionnaire en ligne :

- Stéréotype. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à :  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/st%C3%A9r%C3%A9otype/74654>

## **ANNEXES**

Annexe I - Questionnements situations

Annexe II - Echelle de BEM

Annexe III - Le guide d'entretien

Annexe IV - Retranscription entretien du 09/03/2020

Annexe V - Retranscription entretien du 13/03/2020

Annexe VI - Tableaux d'analyse des entretiens

## Annexe I - Questionnements situations

### Situation 1 :

- Mon âge relativement jeune et celui du patient ont-ils eu un impact lors de la relation soignant-soigné ? Le patient s'est-il projeté comme si j'étais sa fille ?
- Un lien de confiance a-t'il tout de même pu être créé compte tenu de la gêne présente ?
- La relation soignant-soigné a-t'elle été impactée ?
- Me suis-je sentie gênée de par ma place de femme ?
- Pourquoi la différence sexuelle nous a dérangé l'un comme l'autre ?
- Est-ce le fait que le patient ait été gêné qui a induit ma gêne ?
- Le fait que je me sois retrouvée seule à devoir observer attentivement les cicatrices a-t-il été la base de ce qui nous a dérangé l'un et l'autre ?
- Le fait de ne pas avoir le choix de devoir lui demander d'observer une partie du corps qui est très intime a-t-il créé cette difficulté de prise en charge ?
- Les infirmières prennent-elles l'habitude de ce genre de situation avec le temps ?
- La différence sexuelle est-elle banalisée lors de l'acquisition d'expérience ?

### Situation 2 :

- Pourquoi le patient a-t-il refusé ma présence lors du soin ?
- Est-ce lié à sa culture ?
- Est-ce lié à sa pudeur ?
- Est-ce lié à mon âge et au sien ?
- Aurait-il refusé que je fasse le soin si le soin n'avait pas touché la sphère du soin intime ?
- Pourquoi accepte t-il le soin de la part d'un homme et non d'une femme ?
- A-t-il eu peur que le soin soit moins bien réalisé par une femme ?
- A-t-il eu peur que le soin soit moins bien réalisé parce que je suis étudiante ?
- Pourquoi a-t-il changé d'avis ?
- Le fait d'être observatrice du soin n'est-il pas finalement plus gênant que d'être actrice de ce soin ?
- Observer n'implique pas le toucher, ainsi : ce qui le gênait, ne serait pas le contact lors d'un soin ?
- Jusqu'où peut-on aller pour respecter ce souhait d'intimité ?
- En libéral, comment gérer cette situation si je suis la seule infirmière à travailler ce jour là ?

## Annexe II - Echelle de BEM

<b>Figure 1</b> <b>ÉCHELLE DE BEM</b>		
ITEMS MASCULINS	ITEMS FÉMININS	ITEMS NEUTRES
Se comporte en leader	Affectueux(se)	S'adapte facilement
Agressif(ve)	Gai(e)	Vaniteux(se)
Ambitieux(se)	À une âme d'enfant	Conscientieux(se)
Analytique	Compatissant(e)	Conventionnel(le)
Sûr(e) de soi dans ses affirmations	Ne fait pas usage d'un langage cru	Amical (e)
Athlétique	Empressé(e) à alléger les peines d'autrui	Heureux(se)
Défend ses idées	Accessible à la flatterie	Serviable
Dominateur(trice)	Doux(ce)	Inefficace
Énergique	Crédule	Jaloux(se)
Plein de force	Aime les enfants	Aimable
Apte au commandement	Loyal(e)	Lunatique
Indépendant(e)	Sensible aux besoins des autres	Digne de confiance
Individualiste	Timide	Réservé(e)
Prend facilement des décisions	Parle d'une voix douce	Sincère
Confiance en soi	Va vers les autres	Grave
Se suffit à soi-même	Tendre	Plein(e) de tact
Forte personnalité	Compréhensif(ve)	Comédien(ne)
Résolu(e) dans ses prises de position	Chaleureux(se)	Franc(che)
Cherche à prendre des risques	Accommodant(e)	Imprévisible
Masculin	Féminin	Fantaisiste

### Annexe III - Le guide d'entretien

Introduction de l'entretien : "Bonjour. Comme précisé lors de notre premier contact, je suis Eloïse, étudiante en troisième année à l'IFSI de Pontchaillou. Dans le cadre du MIRSI, je vais guider un entretien d'environ vingt minutes. Ma thématique porte sur les différences hommes/femmes dans les soins. Si vous l'acceptez, j'enregistrerais l'entretien, mais l'anonymat sera respecté. Cela vous convient-il ?"

Développement :

<b>Notion abordée dans le cadre conceptuel</b>	<b>Objectif pour chaque notion</b>	<b>Objectif de chaque question</b>	<b>Questions posées</b>
Les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes	Comprendre quels sont les stéréotypes sociaux de genre de l'IDE interrogée et voir s'ils correspondent à ceux exposés dans le cadre théorique.	1. En fonction des stéréotypes de cette IDE, classer les qualités attribuées selon les genres.  8. Mettre en avant les stéréotypes sociaux de genre qui se reproduisent dans les soins.	1. Pensez-vous que les femmes soignantes et hommes soignants ont chacun des qualités propres du fait de leur genre ?  8. Pensez-vous que les stéréotypes de genre admis en société se reproduisent dans la relation soignant-soigné ?
Le soin touchant à l'intimité	Aborder le positionnement professionnel d'une soignante face à une situation intime ressentie comme dérangeante.	2. Obtenir une définition de l'intimité.  4. Evaluer le ressenti et voir le positionnement de la professionnelle face à une situation gênante déjà rencontrée.	2. Comment définiriez-vous l'intimité ?  4. Pourriez-vous raconter une situation de relation de soin touchant à l'intimité corporelle d'un homme qui a été gênante pour vous ?

		<p>7. Voir si nous pouvons constater une facilité du soin touchant à l'intimité corporelle de femme à femme et d'homme à homme.</p>	<p>7. Parmi ces propositions, laquelle ou lesquelles trouvez-vous juste(s) et pour quelles raisons ?</p> <p>→ Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée de femme IDE à patiente.</p> <p>→ Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée d'homme IDE à patient.</p> <p>→ Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle/plus difficile de femme IDE à patient de sexe masculin.</p> <p>→ Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle/plus difficile d'homme IDE à patiente de sexe féminin.</p>
<p>La relation soignant-soigné.</p>	<p>Aborder la notion de dissymétrie homme/femme et de dissymétrie soignant/soigné.</p>	<p>3. Evaluer le positionnement de l'IDE, les raisons de ce positionnement, face à une question touchant à l'intimité corporelle d'un patient de sexe opposé.</p> <p>5. Mettre en évidence les éléments importants</p>	<p>3. En tant que soignante, si un patient homme a des questionnements à propos de sexualité, vous sentiriez-vous à l'aise, et suffisamment formée pour y répondre ?</p> <p>5. Pour vous, quels sont les éléments principaux pour</p>

		de la relation soignant-soigné.	entretenir une relation soignant-soigné de qualité ?
		6. Mettre en avant les actions IDE permettant de limiter la dissymétrie.	6. Comment pensez-vous qu'un/une IDE doive se positionner pour éviter la dissymétrie dans la relation soignant-soigné ?

Conclusion de l'entretien : “Merci pour toutes vos réponses, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Comme exposé précédemment, l'anonymat sera bien évidemment respecté. Encore merci !”



#### **Annexe IV - Retranscription entretien du 09/03/2020**

Entretien avec Emma (prénom modifié pour préserver l'anonymat), IDE en urologie.

**Eloïse** : Alors, du coup c'est parti. Du coup l'entretien porte sur les différences hommes-femmes dans les soins, comme je vous l'avais expliqué. Donc du coup la première question c'est : pensez-vous que les femmes soignantes et hommes soignants ont chacun des qualités propres du fait de leur genre ?

**IDE** : Je pense que effectivement, hommes et femmes ont des qualités propres. Après, elles peuvent être complémentaires, elles peuvent être égales, en termes de... comment dire... Egaux en termes de quantité, en terme de qualité je ne sais pas, parce que je pense que c'est toujours en fonction de la personne qu'on reçoit en face hein, c'est euh..une question de euh...

**Eloïse** : Et du coup, qu'est-ce que vous auriez par exemple... comme exemple de qualité qu'on attribue plus aux femmes ou aux hommes ?

**IDE** : On dit que les femmes sont plus maternantes, plus dans le cocooning, les hommes sont peut être un peu plus euh..dans l'action. Moi je vois pour les premiers levers, ça passe toujours plus facilement avec un homme qu'avec une femme dans mon service, donc euh... Mais en même temps euh...en même temps ça fonctionne quand même puisqu'on a pas de soucis particuliers en terme de retours patients et familles, donc euh..

**Eloïse** : D'accord, intéressant. Et comment définiriez-vous l'intimité, du coup ? Une définition ! C'est une grosse question mais comment vous pourriez définir ce concept ?

**IDE** : L'intimité ? Alors quand moi j'étais aide soignante, effectivement c'était essentiellement l'intimité en lien avec la toilette ou en lien avec certains soins de...de...pas que de nursing, de repas, ça pouvait être quelque chose comme ça. Euh...maintenant, l'intimité en général c'est la personne dans sa chambre, quel que soit ce qu'elle fait dans sa chambre, moi, en qualité d'infirmière, maintenant. La chambre du patient, c'est entre guillemets "sa maison". Donc euh...même si ils sont obligés de faire en fonction d'une organisation de service, quand on entre dans sa chambre, on entre chez le patient, on ne rentre pas chez nous.

**Eloïse** : D'accord, je vois bien l'idée. Et du coup euh...en tant que soignante, si un patient homme a des questionnements à propos de sexualité, est-ce que vous vous sentiriez à l'aise et/ou suffisamment formée pour répondre à ses questions là ? Parce que du coup vous êtes en urologie donc...

**IDE** : C'est ce que j'allais dire, du fait que je sois en urologie effectivement on est à l'aise avec ce genre de questionnements. Après, est-ce que l'expérience fait que..euh...j'ai pas vingt ans, j'ai vingt-cinq ans de carrière, pas vingt-cinq ans infirmière mais vingt-cinq ans d'hôpital, donc effectivement... Alors après ça dépend quel type de sexualité, mais effectivement, est-ce que

euh...est-ce que je vais avoir une sexualité épanouie du fait de cette intervention, euh... Oui, on est en mesure de rassurer le patient, de lui donner des conseils, euh...

**Eloïse** : Et vous vous sentez à l'aise avec ça ?

**IDE** : Bah maintenant oui, je voilà... C'est...du fait de mon âge probablement, de mon expérience de vie effectivement je suis à l'aise avec ça oui.

**Eloïse** : D'accord. Et est-ce que vous pourriez raconter une situation de soin qui touche à l'intimité corporelle d'un homme et qui a été gênante pour vous ? Si c'est arrivé !

**IDE** : Alors moi c'est arrivé, mais en tout début, quand j'ai commencé dans ma formation dans les années euh...1990, où effectivement j'ai dû faire la toilette d'un monsieur âgé, euh...très âgé, et qui s'est trouvée très mal à l'aise du fait d'être face à une étudiante très jeune. Donc euh...à la rigueur, ce qui m'a gêné, c'était la gêne du patient.

**Eloïse** : Oui, en fait c'était la gêne du patient qui était transposée sur euh...

**IDE** : Exactement, exactement ! On a beau faire tous les petits soins de pudeur, mettre la serviette, demander si la personne ça va, etc, j'ai bien senti cette pression qu'il y avait dans la chambre, du mal être du patient.

**Eloïse** : Et ce n'était pas dit, c'était un ressenti général en fait ?

**IDE** : Oui, et puis c'était un peu corporel quand même. On sentait bien qu'il fermait les yeux, il regardait ailleurs, euh... il regardait le plafond, il y avait comme des gestes d'évitement, dans le sens où voilà, c'est...

**Eloïse** : D'accord. Et donc du coup là on va plus partir sur le concept de relation soignant-soigné, et euh...pour vous, quels sont les éléments principaux pour entretenir une relation soignant-soigné de qualité ? Des éléments principaux, des éléments clés peut être...

**IDE** : Bah...l'accueil... Alors c'est vrai que quand on change un petit peu... Le patient peut être amené à changer tous les jours de soignant, donc il est obligé de reconjuger avec à chaque fois un nouveau soignant, donc effectivement je pense que l'indispensable c'est déjà l'accueil, se présenter euh... Expliquer le soin qu'on va faire euh... Et euh...avoir son consentement. Une fois que ça c'est posé, je pense que déjà la relation soignant-soigné commence sur une bonne qualité. Après, au fur et à mesure du soin, il faut expliquer ce qu'on fait. Moi je sais que quand je pose une sonde vésicale, à un homme ou à une femme, euh...Je montre le petit ballonnet, j'explique, voyez, là le petit ballonnet c'est ce qui va être dans votre vessie, c'est pour éviter que la sonde elle tombe... Voilà, j'explique euh...l'ensemble du soin.

**Eloïse** : D'accord, donc expliquer le soin pour rassurer.

**IDE** : Voilà, être authentique, ça c'est important aussi. Euh...savoir dire pour certaines choses euh... "Je ne sais pas", mais pour le coup pour le rassurer je dis "je vais me renseigner", hein, parce qu'on est pas des surfemmes et des surhommes, hein, on est là... On a le droit de ne pas tout savoir. L'important, c'est de mettre les moyens pour trouver l'information. Et donc euh...et bien sûr si on s'engage à aller chercher l'information, on va chercher l'information et on va la redélivrer, c'est obligatoire. Hein, ça c'est la relation soignant-soigné, la relation soignant-soigné elle commence que s'il y a de la confiance. S'il n'y pas de confiance, à mon avis c'est euh...

**Eloïse** : Oui d'accord. C'est un peu d'abord une relation de confiance à créer puis ensuite on peut créer une relation soignant-soigné de qualité.

**IDE** : Exactement !

**Eloïse** : D'accord, ok. Et du coup est-ce que euh... Donc on sait globalement qu'il y a une dissymétrie un peu entre le soignant et le soigné, de par la position de chacun, et comment vous pensez qu'une IDE doive se positionner pour éviter cette dissymétrie là ?

**IDE** : Bah après ça va dépendre du soin. Effectivement quand moi je fais une prise de sang c'est euh.. Ou je m'assois et je fais la prise de sang, ou je me mets à genoux et je fais la prise de sang, ou...jamais en hauteur. Ça c'est un soin qu'on peut faire en terme de physique, de hauteur à hauteur. Poser une sonde vésicale, je suis obligée d'être au dessus du patient. Alors poser une sonde nasogastrique on est en face à face. Voilà. C'est euh...après euh...la relation de soin verbale, effectivement ça va dépendre..euh... Ca dépend toujours un petit peu du temps qu'on a, est-ce qu'on a le temps de se poser, est-ce qu'on a le temps d'élaborer certaines strat...enfin pas stratégies, mais de se dire euh... "Là je vais vous apporter dix minutes pour communiquer", parce que c'était convenu, on prend le temps, on s'installe, voilà. Le patient euh...il est déjà 21h20, ça fait déjà 20 minutes que je dois faire mes trans et effectivement j'ai un patient qui me demande quelque chose, effectivement je prends peut être probablement moins le temps pour casser cette dissymétrie, c'est très clair. Mais euh...je pense que le temps a beaucoup d'importance...donc euh...voilà... Après euh...ça dépend toujours aussi de la personne qu'on a en face, ou s'il y a une famille en face, c'est...hein...la dissymétrie, ça dépend de l'intervention, ça dépend de l'état d'esprit du patient, ça dépend de l'état d'esprit du soignant.

**Eloïse** : Oui...donc en fait elle peut être diminuée un peu cette dissymétrie ?

**IDE** : Ah elle peut être de toute façon diminuée. Quoi qu'il arrive. Je crois que de toutes les manières, même si on a pas trop le temps, on fait en sorte que cette dissymétrie soit diminuée. Ca fait partie euh...ça devient notre euh...

**Eloïse** : Le quotidien ?

**IDE** : Notre quotidien, et puis notre façon d'être. Même moi à la maison, avec mes enfants, autant mes enfants sont plus petits que moi, mais quand je communique avec mes enfants je me mets à leur hauteur, on s'assoit etc, et je pense que de plus en plus ça devient dans notre façon d'être. Donc euh...même avec les collègues, on est..euh...on essaie de ne pas être en dissymétrie avec des collègues. On essaie euh...

**Eloïse** : Toujours sur un pied d'égalité ? Autant que possible quoi.

**IDE** : Exactement. De toute façon on est tous des chaînons de la marche en soi, au même titre que le patient. Le patient il est au centre mais il fait partie de la chaîne aussi hein.. Il faut l'intégrer dans le prendre soin, sinon effectivement, ben le prendre soin il est pas optimal.

**Eloïse** : Oui, je vois. Euh, du coup, pour la question suivante je vais vous donner quatre propositions, et vous allez me dire laquelle ou lesquelles vous trouvez juste(s) et pourquoi.

**IDE** : D'accord.

**Eloïse** : Donc du coup, toutes les phrases commencent par "lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée de femme IDE à patiente, donc de femme à femme. Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée d'homme IDE à patient homme. Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle ou plus difficile de femme IDE à patient homme. Et lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle, plus difficile, d'homme IDE à patiente, femme du coup.

**IDE** : Alors, moi je pense que la dernière peut se vérifier selon la femme qu'on a en face de nous, pour un homme. Ça euh...ça dépend des convictions religieuses, ça dépend de l'éducation de la personne, surtout dans des soins très intimes, voire un peu invasifs comme des soins de sonde, des autosondages, etc. Euh...après tout dépend aussi...enfin...quand même...en face du patient qu'on a. Mais je pense que de femme à femme, on connaît notre corps chacune, c'est peut être moins difficile, dire que c'est facile, je peux pas dire ça, mais c'est moins difficile.

**Eloïse** : Oui c'est ça, c'est ce que j'avais mis : "est facilitée".

**IDE** : Voilà, facilitée. Mais, c'est pas...ça reste de toute façon pas évident parce qu'on ne connaît pas tout le parcours de la patiente. Et la patiente ne connaît pas notre vécu non plus. Euh...de femme à homme, alors moi j'ai une anecdote où j'ai dû sonder un de mes collègues. Donc là clairement j'étais pas du tout à l'aise. Le collègue que j'appelle par son prénom habituellement, que je tutoie, là durant le soin je l'ai vouvoyé et je l'ai appelé par son nom de famille. Donc là clairement c'est un exemple où

on se dit que c'est pas si facile que ça que de faire des soins à des hommes, parce que cet homme là je le connaissais.

**Eloïse** : Il y avait ce critère là en plus qui rentrait en compte. Et du coup, vous pensez... comme vous disiez que de femme à femme c'est facilité, est-ce que d'homme à homme vous pensez...même si on est pas homme est-ce que vous pensez que c'est facilité ?

**IDE** : Ouais alors..ben... Je saurais pas dire, l'idéal serait de pouvoir enregistrer un infirmier. Moi alors, du retour que j'ai de mes collègues, surtout aides-soignants du fait de quand j'étais aide soignante, euh...ça dépend euh...l'état d'esprit du patient. Est-ce qu'il est stressé, est-ce qu'il sait pourquoi il vient, est-ce qu'il est douloureux...

**Eloïse** : Oui...

**IDE** : Après il y a des patients qui demandent que ce ne soit qu'un homme qui fasse la petite toilette, et euh...on a des femmes qui demandent que ce ne soit que des femmes qui fassent la petite toilette.

**Eloïse** : Et ça en général, c'est accepté, c'est compris ?

**IDE** : Ah bah quand c'est dans l'ordre du réalisable on le fait, quand c'est pas dans l'ordre du réalisable, c'est négocié.

**Eloïse** : D'accord.

**IDE** : On négocie avec l'hôpital en face...enfin la structure de l'hôpital de semaine qui est en face, mais en général malheureusement, à un moment donné les choses s'imposent et euh...

**Eloïse** : Donc...après c'est compris, mais pas forcément...ça ne peut pas forcément être mis en application, mais c'est compris quand même.

**IDE** : Bah le consentement n'est pas complètement consenti. On dit "on ne peut pas faire en sorte que ce soit un homme qui vous sonde"...euh... "est-ce que, voilà, si en vous expliquant tout, etc, est-ce que ça convient ou est-ce que vous voulez qu'un collègue aide soignant vienne pour vous rassurer ?". Voilà, on essaie toujours de trouver une petite stratégie pour que ça fonctionne, mais malgré tout, il arrive...euh...on est quand même plus une population encore féminine dans les hôpitaux, et euh... Après je pense pas que ce soit mal vécu, parce qu'on a pas de retour négatif, moi dans mon équipe euh...infirmiers...euh...on est dix ou onze infirmières, euh...on a trois infirmiers. On a quand même trois infirmiers. On a quand même de la chance. Et on arrive à avoir l'égalité aides soignants, aides soignantes. Voilà, on a autant d'aides soignants que d'aides soignantes dans mon service.

**Eloïse** : C'est positif.

**IDE** : Oui, ça c'est plutôt intéressant, ouais. Et puis même en terme de dynamique de service, je trouve que c'est très bien ouais.

**Eloïse** : D'accord, très bien. Et donc du coup la dernière question : est-ce que vous pensez que les stéréotypes de genre qu'on admet en société, donc comme ce qu'on disait au début, que les femmes sont plus douces etc, se reproduisent dans la relation soignant-soigné ?

**IDE** : Moi je ne pense pas, avec notre expérience sur les trois années d'école d'infirmière je pense que les femmes sont formées à ce qu'on ne soit plus que des maternantes. On est plus des nonnes, on est plus...voilà. On est là pour faire des soins qui doivent être de qualité, que ce soit tant en terme de soins relationnels que de soins plus techniques. Le soin relationnel rentre dans le soin technique, hein, c'est pas parce qu'on est sur un soin technique qu'il ne faut pas être relationnel. Alors par moments on peut dire au patient "attendez, laissez moi me concentrer, je suis à vous tout de suite, mais laissez moi me concentrer le temps de..."...voilà. Et ça ils admettent parfaitement, il suffit...de toute façon c'est pas difficile, il faut être juste authentique hein, expliquer au patient pourquoi on fait ça, et... et dans... et pourquoi... Enfin...pourquoi on le fait, et dans quelle dynamique finalement, finale ça se fait. Euh...moi quand je fais une transfusion à un moment donné je dis "attendez, laissez moi juste réfléchir, je vérifie tout et après on y est, on est ensemble". Voilà euh...c'est... Après les stéréotypies je pense qu'on est tous un peu marqués dans nos stéréotypies, d'autant plus qu'on est dans une société euh...où le sexe euh...est quand même très...on le voit quand même dans beaucoup de... Comment dire... Alors...et c'est tabou, et en même temps on le voit beaucoup dans les médias, donc euh... Donc euh... Après qu'est-ce qu'on appelle soin intime ? Est-ce que le soin intime c'est que relié à la sphère sexuelle, ça je ne sais pas hein. Le soin intime euh...c'est par exemple un homme qui fait une toilette avec...euh...à partir du moment où on déshabille un peu une femme, peut être qu'effectivement la femme n'apprécie pas. Ou le soin intime c'est être assis sur le lit du patient, on rentre dans l'intimité du patient, même si c'est qu'un soin relationnel, si on est assis sur le lit peut être que ça peut mettre mal à l'aise un patient.

**Eloïse** : Parce qu'en soi, le fait d'attribuer des...comment dire...des qualités propres à des femmes et à des hommes depuis l'enfance, au final, ce que vous me disiez c'est qu'au final, est-ce que ça ne va pas rentrer du coup en compte dans la personne, donc qui on est, pour euh...nous former en tant que soignant, et ça restera une part de nous, ou...?

**IDE** : Ça... moi je pense que mes parents m'ont éduquée de telle sorte d'être bienveillante...euh...de faire attention aux autres euh...la politesse...euh...faire attention...etc. Effectivement, ça...si on a pas...je pense qu'on... Alors moi je ne sais pas, maintenant ça va être parcourup alors je ne sais pas comment ça fonctionne, mais quand on avait nos entretiens ou quand on...au fur et à mesure de notre formation, on nous a...on reste quand même pas formatés, mais on sait nous dire qu'on a des valeurs qu'on doit véhiculer comme l'empathie, la compassion, ces valeurs là si une infirmière ou une aide soignante ne les ont pas ça devient un petit peu délicat, hein, face à la relation soignant-soigné donc euh... Je pense

que ça fait...à l'origine c'est intérieur à nous, c'est pas dit sous des concepts de type empathie etc, mais ça fait partie de notre façon d'être, de nos qualités propres hein, clairement, oui bien sûr.

**Eloïse** : Hum. Et par rapport du coup...moi ce que je cherchais plus à axer c'était sur les stéréotypes de genre en fait, le fait qu'on attribue des qualités à une petite fille, qui ne seront pas forcément les mêmes qu'un petit garçon, et que du coup en grandissant peut être que ça se transpose euh...dans les soins, des choses comme ça, c'était un peu cette question là que je me posais.

**IDE** : Moi c'est vrai que mes garçons à la maison ils ont toujours eu une poussette et une cuisine, et ma fille a joué aux petites voitures, donc oui effectivement, et euh... Tous mes garçons, je leur ai toujours dit d'être bienveillant avec les autres, on leur parle bien, on est poli, voilà, et ma fille je lui ai toujours dit "faut pas non plus que tu te fasses malmener dans la cours par les garçons, parce que tu as autant ta place qu'un garçon". Voilà euh...

**Eloïse** : Ca tend à évoluer, c'est sûr.

**IDE** : Mais voilà, c'est... Mais effectivement, je pense que dans l'idéal collectif, la femme reste quand même plutôt maternante et l'homme plutôt dans...dans l'action, la réflexion. Mais c'est vrai qu'à un moment donné, on est une femme, on est un homme..euh.. c'est ainsi, et donc dans les soins ça peut créer une différence, corporellement on sera toujours différents.

**Eloïse** : D'accord. Et bien merci beaucoup pour cet entretien !

**IDE** : Je vous en prie !

## **Annexe V - Retranscription entretien du 13/03/2020**

Entretien avec Louise (prénom modifié pour préserver l'anonymat), IDE en soins palliatifs.

**Eloïse** : Alors du coup, merci d'être venue déjà. La première question c'est...euh...du coup le sujet c'est sur les différences hommes/femmes dans les soins intimes, comme je l'avais indiqué. Du coup la première question c'est : pensez-vous que les femmes soignantes et hommes soignants ont chacun des qualités propres du fait de leur genre ? Donc du fait que ce soit une femme ou un homme.

**IDE** : Hum..des qualités propres, je pense que ça se différencie selon chaque personne... Mais je pense que si on est un homme, forcément, on connaît mieux le corps d'un homme et si on est une femme on connaît mieux le corps d'une femme. Et peut être qu'au début de la profession ou de la formation ça peut être compliqué soit pour les hommes d'aller faire la toilette d'une femme si le corps..euh...enfin comme le corps est différent. Et vice versa, pareil pour les femmes. Après je pense que qualités différentes...euh...ça dépend vraiment de la personne. Je ne pense pas qu'il y ait...euh...que ce soit une femme ce soit plus doux qu'un homme, ou au contraire peut être que des fois les hommes...enfin euh... vont parfois faire plus attention, ça dépend bien sûr de tout le monde mais je pense que ça se différencie de chaque personne, pas de chaque genre.

**Eloïse** : Oui c'est ça. Ce serait plutôt la personne mais pas le genre. Ok, donc hum... Comment vous définiriez l'intimité ? C'est un grand concept, c'est un grand mot.

**IDE** : Hum...l'intimité, je trouve un peu que ça se rapproche de la pudeur. Mais c'est différent quand même... L'intimité pour moi ce serait plus...hum..la...hum...alors comment dire... La vie, euh...pas la vie euh... Mais le corps de la personne, enfin propre à la personne..euh...alors comment je pourrais dire ça... C'est pas facile.

**Eloïse** : Non ce n'est pas facile.

**IDE** : Euh...ce serait..hum...comment je pourrais dire ? Pas la vie personnelle mais...

**Eloïse** : C'est propre à chacun ?

**IDE** : L'intimité, oui, c'est propre à chacun, mais j'aurai plus dit que la pudeur c'est propre à chacun et l'intimité c'est vraiment le côté personnel de la personne au niveau de son corps, au niveau de sa vie, de ses sentiments, tout ça, quelque chose qui se rapproche de la vie personnelle.

**Eloïse** : Oui...je vois. Ca me semble adapté. Et du coup en tant que soignante, donc femme du coup, si un patient homme a des questionnements à propos de sexualité, est-ce que vous vous sentiriez à l'aise et suffisamment formée pour y répondre ?



**IDE** : Si un patient homme a des questions sur sa sexualité ?

**Eloïse** : Sur sa sexualité, ou des questionnements...

**IDE** : Ca dépend du contexte je pense.

**Eloïse** : Oui...disons par rapport à sa pathologie ou...

**IDE** : Par rapport à sa pathologie je pense que bah...c'est normal d'y répondre parce que c'est un côté important pour chaque personne je pense, et une infirmière doit répondre à tous les côtés que peuvent...enfin...les mauvais côtés comme les bons côtés que peuvent engendrer la maladie. Après si on se sent mal à l'aise je pense que si la personne aborde bien la question sans arrière pensée ou quoi que ce soit c'est totalement normal d'y répondre. Après bien sûr il y a des fois je pense que...il y a des personnes qui sont plus ou moins mal intentionnées, et là pour le coup on peut leur mettre des barrières. Mais si au contraire c'est important pour sa vie future je ne pense pas que j'aurais de problèmes à y répondre, si j'ai les réponses bien sûr.

**Eloïse** : Oui c'est ça, c'était la question aussi, est-ce que vous vous sentez suffisamment formée pour y répondre ?

**IDE** : Je pense qu'après il y a plusieurs moyens d'y répondre. Par exemple demander au médecin ce que ça peut engendrer et je pense que dans chaque service par rapport hum...enfin dans chaque service on connaît les différentes pathologies qu'il peut y avoir, donc on connaît ce que peut engendrer la maladie par la suite je pense.

**Eloïse** : Ok très bien...et du coup, est-ce que vous pourriez raconter une situation de relation de soin qui touche à l'intimité corporelle d'un homme et qui a été gênante pour vous ? Est-ce qu'il y a une situation comme ça déjà ?

**IDE** : Oui il y en a une qui est bizarre...qui m'est arrivée. C'était quand j'étais en stage, j'avais un positionnement de stagiaire plutôt, à l'HAD et on était chez des personnes avec une culture...enfin...qui peut varier, une euh..culture spécifique à eux, qui montre que l'homme est le patriarce de la famille, et hum..et en fait ils n'avaient qu'une seule pièce dans leur maison, donc forcément il y avait toujours la femme et souvent beaucoup de famille aussi, la fille, les petits enfants tout ça... Et en fait un jour on devait changer de caleçon ou quoi que ce soit et euh...l'homme bah forcément était mal à l'aise par rapport à ça, et c'est vrai que là à ce moment là ma collègue infirmière fait une petite blague en disant "vous inquiétez pas j'en ai déjà vu d'autres" et en fait je trouve que ça peut mettre à l'aise mais là pour le coup c'était peut être pas très très bien choisi...enfin...je trouve que c'est super important de respecter l'intimité, donc déjà de demander à la famille de sortir...enfin...chaque personne a sa pudeur aussi, et a le droit de ne pas vouloir montrer certaines partie du corps ou quoi que ce soit, donc je pense que c'est super important de respecter ça et c'est vrai

que pour le coup j'étais moi même mal à l'aise. Donc je pense que c'est important d'être en accord, le patient et nous, pour que ça ne crée pas cette situation de malaise ou de...du coup...qui peut perdre...enfin...la relation de confiance qu'on peut avoir, tout ça.

**Eloïse** : Parce que du coup il y avait aussi la famille...

**IDE** : Oui du coup forcément on fait en sorte de cacher ou quoi que ce soit, et la famille se retourne mais c'est vrai que c'est pas...oui pour le coup je trouve que c'était pas très très bien choisi.

**Eloïse** : Et vous pensez que la gêne du patient s'est transposée sur vous, soignantes, en fait ?

**IDE** : Bah...euh...sur moi en tout cas à ce moment là, oui. Sur ma collègue je ne sais pas, mais après en tant qu'infirmière euh...j'ai peut être eu plus de situations avec des femmes qui étaient gênées par leur corps que des hommes.

**Eloïse** : Du coup...vous parliez de la relation de soin, bah là justement on en vient à ce concept là. Pour vous, quels sont les éléments principaux pour entretenir une relation soignant-soigné de qualité, en général ?

**IDE** : Bah euh... Les éléments principaux déjà...euh...je pense qu'il y a certaines valeurs qu'il faut toujours respecter comme le respect, le respect de la pudeur, le respect de l'intimité..hum...le non-jugement, ce qui est super important surtout quand on se retrouve face à des personnes qui sont malades, qui ont eu un changement complet sur leur vie, sur leur personnalité, sur leur corps peut être aussi, quand il y a des changements aussi...qui...enfin...qui viennent aussi sur le corps, ça peut être complètement différent aussi euh...pour aborder le sujet de la toilette, tout ça, et hum...je pense que c'est important de créer au fur et à mesure du temps une relation de confiance qui s'installe avec toutes ces valeurs, qu'on peut mettre en place avec..euh...bah...des discussions pendant les soins, le respect de l'intimité, voilà.

**Eloïse** : D'accord, c'était complet. Euh...on sait plus ou moins qu'il y a une dissymétrie entre le patient et le soignant, dans le sens où le patient ne connaît pas toujours sa pathologie et le soignant va lui apporter les informations. Et du coup comment vous pensez qu'un ou une IDE doit se positionner pour éviter cette dissymétrie dans la relation soignant-soigné ?

**IDE** : Bah...il y a plusieurs choses je pense à faire pour pas que le patient se sente, on va dire entre guillemets "inférieur" au soignant. Déjà ça va être dans le discours qu'on va lui apporter, donc choisir des mots qu'il peut comprendre. Ne pas tout de suite attaquer avec des mots professionnels qu'on peut avoir donc euh...expliquer avec des mots simples, de base, que la personne peut comprendre, et après bah...lui dire que par exemple ce thème là ça s'appelle par ce mot là dans notre formation et euh...bah le positionnement on va dire euh...du discours, et le positionnement corporel si je puis dire donc ne pas rester tout le temps au dessus de la personne, se mettre à la même hauteur, je pense que c'est super

important aussi. Et puis savoir se poser à côté du patient et ne pas toujours courir partout, faire en sorte euh...de prendre le temps à chaque fois qu'on va voir un patient et de ne pas lui montrer même si on a pas forcément le temps...bah euh...qu'on a pas le temps ! Et vraiment prendre le temps pour montrer que la personne est importante, que si elle est là on va s'occuper d'elle et qu'on va lui expliquer facilement pour qu'elle comprenne en gros ce qui lui arrive.

**Eloïse** : Se mettre à son niveau en fait ?

**IDE** : Oui c'est ça. Et pas non plus parler comme à un enfant par contre.

**Eloïse** : Oui, ok, ne pas être trop infantilisant, mais en sachant se mettre à son niveau quand même.

**IDE** : Oui voilà c'est ça. Ca va être tout un...enfin...je pense que...on analyse toute la personne au début, enfin tout ce qui est socio-culturel pour la personne, adapter son langage, enfin...adapter sa façon de parler. Je pense qu'on analyse en premier. Je pense que quand on arrive dans une chambre quand on est infirmière au final on analyse tous les domaines, toutes les...comment je pourrais appeler ça... - silence.

**Eloïse** : L'environnement ?

**IDE** : Tout l'environnement voilà, de la personne, et puis après on adapte son discours un peu plus facilement. Peut être qu'on ne s'en rend pas compte au début mais ça vient au fur et à mesure je pense.

**Eloïse** : Oui d'accord. Et peut être aussi par rapport à sa profession aussi etc. Si vous avez des informations en fonction du niveau d'études, des choses comme ça...

**IDE** : Oui, carrément. Si c'est une infirmière on va pas lui parler comme...enfin...on va lui parler avec des mots professionnels directement, sans non plus la mettre mal à l'aise parce que...en étant infirmière on ne connaît pas forcément tout non plus. Ca dépend dans quel service on travaille aussi donc c'est important de ne pas croire non plus qu'elle connaît tous les mots qui peuvent être compliqués dans la profession. Il faut faire en sorte qu'il ou elle comprenne bien, et avoir un petit feedback en retour pour dire qu'elle a bien compris.

**Eloïse** : Oui c'est ça. En fait c'est un peu en quelque sorte, pour gérer cette dissymétrie, s'adapter à chacun.

**IDE** : Exactement !

**Eloïse** : Ok, du coup là j'ai une question où je fais quatre propositions différentes et il faudra me dire laquelle ou lesquelles vous trouvez juste(s) et pour quelles raisons. Donc du coup, toutes les phrases commencent par "lors de soins touchant à l'intimité corporelle" et ensuite c'est : la relation soignant-soigné est facilitée de femme soignante à patiente, donc de femme à femme. Lors de soins

touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée d'homme infirmier à patient homme du coup. Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle/plus difficile de femme infirmière à patient masculin. Et lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est moins naturelle, plus difficile d'homme IDE à patiente de sexe féminin. Je peux vous les montrer si c'est plus clair !

**IDE** : Hum...Ah c'est compliqué. Je pense que ça dépend de chaque situation aussi et de chaque personne. Après hum...il faut que je n'en choisisse qu'une ?

**Eloïse** : Ca peut être plusieurs.

**IDE** : Je pense que... "Lors de soins touchant à l'intimité corporelle, la relation soignant-soigné est facilitée de femme IDE à patiente", ça peut être en partie vrai parce qu'on connaît plus le corps et du coup la femme serait plus confiante peut être de montrer son corps à une femme. Mais il y a des femmes aussi qui sont..enfin...très réticentes à montrer leur corps aussi, ce qui est normal, encore plus au début de la maladie quand on doit se mettre à nu devant quelqu'un ce n'est jamais facile et je pense que c'est important aussi de ne jamais banaliser le fait qu'une personne doive se mettre à nu, parce que nous au bout d'un moment on a l'habitude de voir des corps, mais les personnes n'ont pas forcément l'habitude de se mettre à nu devant d'autres personnes. Donc je pense que ça c'est quand même important. Après hum...c'est peut être facilité dans le sens où femme à femme...il y aura peut être...euh...enfin comme on est toutes les deux des femmes on sait comment sont faites les personnes. Pareil pour les hommes, comme c'est tous les deux des hommes ça sera peut être plus facile mais hum...bah ça dépend de chaque personne c'est pareil. C'est vrai que je n'ai jamais eu de difficultés pour l'instant pour euh...enfin...pour établir une relation de confiance avec un homme lors de soins touchant à l'intimité corporelle. Mais euh...des fois il y a peut être des situations qui mettent mal à l'aise, du coup qui ne sont pas très respectueuses par l'homme.

**Eloïse** : Envers la soignante ?

**IDE** : Oui, envers la soignante. Et c'est ce qui fait que là par contre oui ça peut mettre en péril. Mais pour nous la relation soignant-soigné...il faut je pense mettre euh...recadrer directement et garder vraiment son rôle de soignante même si c'est difficile parfois.

**Eloïse** : Et vous pensez qu'il y a des facteurs qui sont liés justement au fait que les hommes franchissent certaines limites ?

**IDE** : Hum...je pense que ça peut dépendre de plein de choses, il y a peut être des facteurs sociaux mais ça dépend de chaque situation parce que je pense que c'est surtout le caractère de la personne et ça peut être différent à chaque fois. Il y a des personnes qui peuvent être très haut placé et forcément être complètement aussi...euh...irrespectueux. Après je n'ai jamais entendu parler qu'une femme soit

pareille vis à vis d'un homme soignant. Peut être que c'est déjà arrivé, sûrement, mais pour le coup on en entend moins parler.

**Eloïse** : Oui ! Et du coup j'ai une dernière question et euh...du coup on en vient aux stéréotypes. Est-ce que vous pensez que les stéréotypes de genre admis en société, donc euh...ça peut être très vaste, déjà à quels stéréotypes on pense euh... Mais pensez vous que les stéréotypes de genre admis en société se reproduisent dans la relation soignant-soigné, donc par rapport à ce qu'on vient de dire juste avant ?

**IDE** : Par rapport au fait que des femmes soient plus confiantes avec des femmes ?

**Eloïse** : Oui, quelque chose comme ça, ou que..bah justement euh...ce que vous disiez au début, que vous ne pensez pas que les femmes soient forcément plus douces que les hommes, mais au final est-ce qu'il n'y a pas des stéréotypes qui font que c'est ce qui est admis en société globalement, par rapport aux femmes, sans forcément qu'on veuille que ce soit le cas mais le regard que l'autre porte sur nous peut être remplis de stéréotypes. Est-ce que vous pensez que ces choses là peuvent impacter la relation de soin par rapport à, justement, ces relations gênantes de soin...euh...par rapport au positionnement que le patient peut avoir par rapport à vous en tant que soignante...

**IDE** : Bah je sais que j'ai une remarque qui m'avait un peu...euh...qui m'était restée dans le coin de la tête. C'était dans un EHPAD, où une femme me disait "oh hier j'étais avec un homme, j'ai eu peur parce que je me suis demandé comment il va faire ma toilette et en fait ça s'est super bien passé, c'était super doux" et en fait je pense que ça peut impacter au début...enfin...peut être que ça peut créer une gêne, de la peur même, comme elle me disait, et en fait en fonction de comment ça se passe par la suite bah ça peut complètement changer...hum...les idées que peut se faire une personne. Et je pense que c'est important aussi du coup pour le soignant de s'adapter...euh...au fur et à mesure à la personne et de faire en sorte que...de s'adapter du coup à ses besoins et de voir s'il y a un petit peu de peur, essayer de mettre en place des choses pour qu'elle n'ait pas peur, de lui dire des choses pour qu'elle n'ait pas peur donc instaurer cette relation de confiance au fur et à mesure. Après hum...qu'est-ce qu'on a dit déjà ?

**Eloïse** : Les stéréotypes de genre...la douceur...enfin les caractéristiques qu'on attribue aux femmes plus facilement qu'aux hommes.

**IDE** : Donc je pense qu'à ce niveau là ça va vraiment être à l'infirmier de mettre en place des choses pour que ce ne soit pas... - silence.

**Eloïse** : Mal vécu ou gênant ?

**IDE** : Oui, que ce ne soit pas mal vécu ou gênant. Mais oui de...euh...de s'adapter à la personne un maximum.

**Eloïse** : Oui en fait, ce qu'il en ressort, c'est qu'au début...en fait...stéréotype se rapproche un peu de préjugé, dans le sens où au début, on va penser que comme c'est un homme ou comme c'est une femme, il va avoir ces qualités là mais peut être que c'est indépendant de nous, et au final on va se rendre compte petit à petit que ce n'est pas du tout le cas. C'était un peu ça l'idée de ce que vous disiez ?

**IDE** : Oui je pense, exactement. Je pense que chaque personne a ses stéréotypes au début d'une relation, et puis au fur et à mesure avec le temps de ce qui se passe, bien ou mal, et bah euh...on fait notre petit bout de chemin et on se fait notre idée sur la personne du coup. Ca se passe plus ou moins bien en fonction de euh...ce qu'il se passe.

**Eloïse** : Très bien. Bah je pense que du coup on a fait le tour, j'avais huit questions. Merci d'avoir répondu du coup !

**IDE** : J'espère que j'ai bien répondu. Merci à vous !

## Annexe VI - Tableaux d'analyse des entretiens

Question 1 :

Hommes et femmes ont des qualités <b>propres</b> à leur genre			Hommes et femmes ont des qualités <b>non propres</b> à leur genre	
Hommes et femmes	Qualités des femmes	Qualités des hommes	Egalité des qualités	Propre à la personne
hommes et femmes ont des qualités propres  qualités qui peuvent être complémentaires	plus maternantes  plus dans le cocooning  si on est une femme on connaît mieux le corps d'une femme	un peu plus dans l'action  les premiers levers, ça passe toujours plus facilement avec un homme  si on est un homme on connaît mieux le corps d'un homme  des fois les hommes vont parfois faire plus attention	qualités qui peuvent être égales  une femme n'est pas plus douce qu'un homme	en fonction de la personne qu'on reçoit  ça se différencie selon chaque personne  ça dépend vraiment de la personne  ça se différencie de chaque personne  ça dépend bien sûr de tout le monde, pas de chaque genre
2	3	4	2	5
<b>9</b>			<b>7</b>	

Question 2 :

L'intimité est <b>non corporelle</b>	L'intimité est <b>corporelle</b>	L'intimité <b>se distingue de la pudeur</b>
--------------------------------------	----------------------------------	---

Ce qui touche aux <b>soins de la vie quotidienne</b>	Ce qui touche à l' <b>habitat</b>	Ce qui touche aux <b>réflexions personnelles</b>	Ce qui touche aux <b>soins corporels</b>	
en lien avec certains soins de repas	l'intimité c'est la personne dans sa chambre  quelle que soit ce qu'elle fait dans sa chambre  la chambre du patient, c'est "sa maison"  quand on entre dans sa chambre, on entre chez le patient  soin intime c'est être assis sur le lit du patient  si on est assis sur le lit peut être que ça peut mettre mal à l'aise	au niveau de sa vie  de ses sentiments  c'est le côté personnel de la personne  quelque chose qui se rapproche de la vie personnelle	l'intimité en lien avec la toilette  l'intimité c'est le corps de la personne  au niveau de son corps  je ne sais pas si le soin intime c'est que relié à la sphère sexuelle	l'intimité ça se rapproche de la pudeur  c'est différent de la pudeur  la pudeur c'est propre à chacun
1	6	4	4	3
<b>11</b>			<b>7</b>	

Question 3 :

<b>A l'aise pour y répondre</b>			<b>C'est normal d'y répondre</b>			<b>Pas à l'aise pour y répondre</b>
La manière d'aborder la questions	L'expérience	L'âge	La pathologie	Le rôle IDE	Intentionnalité du patient	personnes qui sont plus ou moins mal intentionnées
si la personne aborde bien la question	du fait que je sois en urologie  l'expérience  j'ai vingt-cinq	j'ai pas vingt ans  du fait de mon âge probablement	par rapport à sa pathologie c'est normal d'y répondre  si c'est important pour sa vie future  une infirmière doit répondre à tous les	en mesure de rassurer le patient  plusieurs moyens d'y répondre	sans arrière pensée c'est totalement normal	on peut leur mettre des barrières



	ans d'hôpital  du fait de mon expérience de vie	maintenant je me sens à l'aise	côtés, les mauvais côtés, les bons côtés, que peuvent engendrer la maladie	demandeur au médecin ce que ça peut engendrer  dans chaque service on connaît les différentes pathologies  on connaît ce que peut engendrer la maladie par la suite  lui donner des conseils  si j'ai les réponses bien sûr	d'y répondre	ça dépend quel type de sexualité
1	4	3	3	7	1	3
<b>8</b>			<b>11</b>			<b>3</b>

Question 4 :

Soin	Contexte	IDE				Patient	
		Expérience	Age	Ressenti	Actions IDE	Caractéristiques du patient	Réactions du patient
toilette  on devait changer de caleçon	à l'HAD  chez des personnes avec une culture qui leur est propre	quand j'ai commencé dans ma formation  positionnement de stagiaire	années 1990	Ce qui m'a gêné, c'était la gêne du patient	faire tous les petits soins de pudeur	une personne âgée  l'homme est le patriarcale de la famille	s'est trouvée très mal à l'aise du fait d'être face à une étudiante très jeune
	une seule pièce dans leur maison  il y avait toujours la femme  souvent beaucoup de famille  la fille			sentir cette pression qu'il y avait dans la chambre  c'était un peu corporel  c'était peut-être pas très très bien choisi  j'étais moi-même mal à l'aise	mettre la serviette  demander si la personne ça va  collègue infirmière fait une petite blague  "vous inquiétez pas j'en ai déjà vu d'autres"		il fermait les yeux  il regardait ailleurs  il regardait le plafond  il y avait comme des

	les petits enfants			<p>situation de malaise qui peut faire perdre la relation de confiance qu'on peut avoir</p> <p>gêne du patient s'est retransposée sur moi</p> <p>ça peut mettre à l'aise</p> <p>c'était pas très très bien choisi</p> <p>chaque personne a sa pudeur</p> <p>a le droit de ne pas vouloir montrer certaines partie du corps</p> <p>super important de respecter ça</p>	<p>demander à la famille de sortir</p> <p>important d'être en accord le patient et nous</p> <p>on fait en sorte de cacher</p> <p>la famille se retourne</p>		<p>gestes d'évitement</p> <p>l'homme était mal à l'aise</p> <p>mal être du patient</p>
--	--------------------	--	--	---	---	--	--

Question 5 :

Patient	IDE					
	Actions IDE		Relation de confiance	Valeurs soignantes		
	Accueil	Pendant le soin		Authenticité	Respect	Autres
<p>amené à changer tous les jours de soignant</p> <p>obligé de reconjuger avec à chaque fois un nouveau soignant</p>	<p>l'accueil</p> <p>l'indispensable c'est déjà l'accueil</p> <p>se présenter</p>	<p>Expliquer le soin qu'on va faire</p> <p>il faut expliquer ce qu'on fait</p> <p>Je montre</p> <p>j'explique</p>	<p>le rassurer</p> <p>je dis "je vais me renseigner"</p> <p>mettre les moyens pour trouver l'information</p> <p>on s'engage à aller chercher l'information</p>	<p>être authentique</p> <p>savoir dire "Je ne sais pas"</p> <p>On a le droit de ne pas tout savoir</p>	<p>certaines valeurs qu'il faut toujours respecter</p> <p>le respect</p> <p>le respect de la pudeur</p>	<p>avoir son consentement</p> <p>le non-jugement</p>

		<p>j'explique l'ensemble du soin</p> <p>discussions pendant les soins</p>	<p>on va chercher l'information</p> <p>on va la redélivrer, c'est obligatoire</p> <p>que s'il y a de la confiance</p> <p>créer au fur et à mesure du temps</p> <p>une relation de confiance</p> <p>qui s'installe avec toutes ses valeurs</p>		<p>le respect de l'intimité</p> <p>le respect de l'intimité</p>	
2	3	6	10	3	5	2
2	9		10	10		
2	29					

Question 6 :

Actions physiques	Actions verbales				Importance de l'analyse de la situation relationnelle par l'IDE
	Dépend du temps	Expliquer simplement	Ne pas infantiliser	Avoir un feed-back	
<p>je m'assois</p> <p>je me mets à genoux</p> <p>jamais en hauteur</p> <p>de hauteur à hauteur</p>	<p>dépend toujours un petit peu du temps qu'on a</p> <p>est-ce qu'on a le temps de se poser</p> <p>"Là je vais vous apporter dix minutes pour communiquer"</p> <p>parce que c'était convenu, on prend le temps, on s'installe</p>	<p>le discours qu'on va lui apporter</p> <p>choisir des mots qu'il peut comprendre</p> <p>Ne pas tout de suite attaquer avec des mots professionnels</p> <p>expliquer avec des mots simples, de base, que la</p>	<p>pas non plus parler comme à un enfant</p>	<p>avoir un petit feedback en retour pour dire qu'elle a bien compris</p>	<p>on analyse toute la personne au début</p> <p>tout ce qui est socio-culturel</p> <p>on analyse en premier</p>

<p>je me mets à leur hauteur</p> <p>on s'assoit</p> <p>le positionnement corporel</p> <p>ne pas rester tout le temps au dessus de la personne</p> <p>se mettre à la même hauteur</p> <p>savoir se poser à côté du patient</p>	<p>Si j'ai des choses à faire je prends peut être probablement moins le temps</p> <p>le temps a beaucoup d'importance</p> <p>même si on a pas trop le temps, on fait en sorte que cette dissymétrie soit diminuée</p> <p>ne pas toujours courir partout</p> <p>faire en sorte de prendre le temps à chaque fois</p> <p>ne pas lui montrer même si on a pas forcément le temps</p> <p>prendre le temps pour montrer que la personne est importante, que si elle est là on va s'occuper d'elle</p>	<p>personne peut comprendre</p> <p>lui dire que par exemple ce thème là ça s'appelle par ce mot là dans notre formation</p> <p>le positionnement du discours</p> <p>on va lui expliquer facilement pour qu'elle comprenne en gros ce qui lui arrive</p> <p>adapter son langage</p> <p>adapter sa façon de parler</p> <p>après on adapte son discours un peu plus facilement</p> <p>faire en sorte qu'il ou elle comprenne bien</p>			<p>on analyse tous les domaines</p> <p>tout l'environnement de la personne</p> <p>s'adapter à chacun</p> <p>ça dépend de l'intervention</p> <p>ça dépend de l'état d'esprit du patient</p> <p>ça dépend de l'état d'esprit du soignant</p> <p>ça dépend toujours aussi de la personne qu'on a en face</p> <p>s'il y a une famille en face</p>
10	11	11	1	1	11
<b>10</b>	<b>24</b>				<b>11</b>

Question 7 :

Proposition 1		Proposition 2		Proposition 3			Proposition 4
Vrai	Faux	Vrai	Ca dépend	Vrai	Faux	Contexte	Ca dépend
de femme à femme on connaît notre corps chacune	il y a des femmes aussi qui sont très réticentes à	patients qui demandent que ce soit	ça dépend de l'état d'esprit	j'étais pas du	jamais eu de difficultés pour	parce que cet homme là je le	selon la femme qu'on a

c'est peut être moins difficile	montrer leur corps aussi, ce qui est normal	qu'un homme qui fasse la petite toilette	du patient	à l'aise	établir une relation de confiance avec un homme lors de ces soins	connaissais	en face de nous
je ne peux pas dire que c'est facile			s'il est stressé	C'est pas si facile		je l'ai vouvoyé et je l'ai appelé par son nom de famille	ça dépend des convictions religieuses
c'est moins difficile	se mettre à nu devant quelqu'un ce n'est jamais facile	Pareil pour les hommes, comme c'est tous les deux	s'il sait pourquoi il vient	que ça que de faire des soins à des hommes			
Facilité		des hommes ça sera peut être plus facile	s'il est douloureux	des fois il y a peut être des situations qui mettent mal à l'aise, qui ne sont pas très respectueuses par l'homme			ça dépend de l'éducation de la personne
des femmes qui demandent que ce ne soit que des femmes qui fassent la petite toilette	ne jamais banaliser le fait qu'une personne doive se mettre à nu						
on connaît plus le corps et du coup la femme sera plus confiante peut être de montrer son corps à une femme	ça reste de toute façon pas évident						
c'est peut être facilité dans le sens où c'est de femme à femme	on ne connaît pas tout le parcours de la patiente						
comme on est toutes les deux des femmes on sait comment sont faites les personnes	la patiente ne connaît pas notre vécu non plus			garder vraiment son rôle de soignante même si c'est difficile parfois			
9	6	2	4	4	1	2	3
<b>15</b>		<b>6</b>		<b>7</b>		<b>3</b>	

Question 8 :

Présence de stéréotypes sur le genre dans les soins			Aller contre les stéréotypes de genre hors soins		Aller contre les stéréotypes de genre dans le soin		
Stéréotypes de genre	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Fémini	Masculi	Actions IDE

liés à la société					n	n	
<p>on est tous un peu marqués dans nos stéréotypes</p> <p>société où le sexe on le voit quand même</p> <p>c'est tabou</p> <p>on le voit beaucoup dans les médias</p> <p>dans les soins ça peut créer une différence, corporellement on sera toujours différents</p> <p>ça peut créer une gêne</p> <p>de la peur même</p> <p>en fonction de comment ça se passe par la suite ça peut complètement changer</p> <p>ça peut impacter au début</p> <p>les idées que peut se faire une personne</p> <p>chaque personne a ses stéréotypes au début d'une relation</p>	<p>on déshabilite un peu une femme, peut être que la femme n'apprécie pas</p> <p>idéal collectif, la femme reste quand même plutôt maternelle</p> <p>à un moment donné, on est une femme</p>	<p>l'homme plutôt dans l'action</p> <p>la réflexion</p> <p>on est un homme, c'est ainsi</p> <p>une femme me disait "oh hier j'étais avec un homme, j'ai eu peur parce que je me suis demandé comment il va faire ma toilette.."</p>	<p>ma fille a joué aux petites voitures</p> <p>ma fille je lui ai toujours dit "faut pas non plus que tu te fasses malmener dans la cours par les garçons, parce que tu as autant ta place qu'un garçon"</p>	<p>garçons à la maison ils ont toujours eu une poussette et une cuisine</p> <p>garçons, je leur ai toujours dit d'être bienveillant avec les autres, on leur parle bien, on est poli</p>	<p>les femmes sont formées à ce qu'on ne soit plus que des mères</p> <p>On est plus des nonnes</p>	<p>et en fait ça s'est super bien passé, c'était super doux</p>	<p>important aussi du coup pour le soignant de s'adapter</p> <p>de faire en sorte de s'adapter à ses besoins</p> <p>voir s'il y a un petit peu de peur</p> <p>essayer de mettre en place des choses pour qu'elle n'ait pas peur</p> <p>lui dire des choses pour qu'elle n'ait pas peur</p> <p>instaurer cette relation de confiance au fur et à mesure</p> <p>ça va vraiment être à l'infirmier de mettre en place des choses</p> <p>que ce ne soit pas mal vécu ou gênant</p> <p>s'adapter à la personne un maximum</p>

Résumé : Un patient réticent à montrer sa cicatrice après sa vasectomie et le refus de soin d'un autre patient qu'une femme fasse son pansement au niveau de son kyste sacro-coccygien sont les deux situations de départ de ce mémoire. J'ai tout de suite pensé que les différences entre hommes et femmes avaient un rôle dans ces situations, ainsi ma question de départ est la suivante : en quoi les stéréotypes sociaux des différences hommes/femmes peuvent-ils impacter la relation soignant-soigné lors de soins intimes ? En effet, les stéréotypes sociaux de genre s'ancrent en nous dès le plus jeune âge, et nous impactent de manière indirecte. La plupart du temps, nous ne mesurons pas l'impact que ceux-ci peuvent avoir au sein de notre pratique professionnelle. En explorant ces divers stéréotypes au moyen de recherches théoriques, et grâce aux entretiens avec deux infirmières, de nombreux points de similitude entre théorie et factuel ont pu être mis en lumière. L'âge, la culture, mais aussi l'histoire de la profession infirmière et la vision de l'infirmière dans la culture populaire sont de nombreux facteurs qui ont permis d'éclairer certaines difficultés rencontrées dans les soins intimes lorsque la différence sexe est présente.

MOTS CLES : stéréotype social / différence homme-femme / genre / soin intime / relation soignant-soigné.

Abstract : A patient who doesn't want to show his vasectomy scar and an other one who refuses a woman to do his wound dressing for the coccyx are the two starting situations of this work. I immediately thought that differences between men and women had an impact in these situations. That's why my topic is : how social stereotypes of gender differences can impact the relationship when intimate care is provided ? Indeed, social gender stereotypes are deeply rooted in us from an early age, and thus impact us indirectly. Most of the time, we don't measure the impact that these can have on our professional practice. By exploring these various stereotypes through theoretical research, and through interviews with two women nurses, many points of similarity between theory and fact have been identified. The age, culture, but also the history of nursing and how nurses are seen in general are many factors that have helped shed light on some of the difficulties faced during intimate care when gender differences are present.

KEYWORDS : social stereotypes / differences between men and women / gender / intimate care / relationship between the professional and the patient