



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

LE GENRE D'I.D.E.(E)

Formateur référent : MASSON Erwan

PHÉLIPPE Jean-Baptiste

Formation infirmière

Promotion 2019-2022

2 Mai 2022



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 : LE GENRE D'I.D.E.(E)

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 Infirmier 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 02 mai 2022

Identité et signature de l'étudiant : PHELIPPE Jean-Baptiste

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^{er} : 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.

Je souhaite remercier mon référent de mémoire, M. Erwan MASSON, pour son accompagnement, son aide et ses conseils qui m'ont guidé lors de la rédaction de ce travail de recherche.

Je remercie les deux professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions pour ce mémoire.

Je souhaite aussi remercier ma formatrice référente Mme DAUCE et l'ensemble des formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Pontchaillou pour leur encadrement et leur accompagnement durant ces trois années de formation, que ce soit à l'école ou bien pendant les stages.

Enfin, je remercie mes proches, mes amis et mes camarades de promotion pour leur soutien moral au cours de ces trois années d'études.

Table des matières.

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Le cheminement vers la question de départ.	2
1.1.1. Situation d'appel numéro 1.....	2
1.1.2. Situation d'appel numéro 2.....	4
1.2. La problématisation du sujet.....	5
2. CADRE THEORIQUE	6
2.1. Profession IDE, profession genrée ?.....	6
2.1.1. De la naissance de la pratique soignante.....	6
2.2.2. ... à une profession assumée et largement féminine.	7
2.2. Les représentations sociales du patient sur le soignant, entre mythes et réalités.....	8
2.2.1. Définition de la notion de représentation sociale.....	8
2.2.2. Les représentations sociales du patient sur le soignant.	9
2.3. La relation soignant-soigné impactée par ces représentations ?	12
2.3.1. Définition de la notion de relation soignant-soigné.....	12
2.3.2. La matérialisation des représentation sociales des patients sur les soignants : l'exemple des mécanismes transférentiels.....	13
3. EXPLOITATION EMPIRIQUE.....	15
3.1. Le dispositif méthodologique du recueil de données.....	15
3.1.1. Les objectifs du guide d'entretien.....	15
3.1.2. Les professionnels interrogés.....	15
3.1.3. Caractéristiques de la mise en place des entretiens.	16
4. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS	17
4.1. Représentation des professionnels interrogés.	17
4.1.2. Représentations sur la profession d'IDE.	17
4.1.3. Représentations sur les IDE en général.	17
4.1.4. Représentations sur les infirmiers diplômés d'Etat.	18
4.2. Représentations des patients selon les professionnels.....	18
4.2.1. Représentations sur la profession.....	18
4.2.2. Représentations sur les IDE en général.	18
4.2.3. Représentations sur les femmes dans un service de soin.....	19
4.2.4. Représentations sur les hommes dans un service de soin.....	19
4.2.5. Evolution de ces représentations.....	20

4.3. Vécu des professionnels selon le genre du soignant.....	20
4.3.1. Concernant la relation soignant-soigné en général.....	20
4.3.2. Concernant la relation soignant-soigné pour un IDE.....	21
4.3.3. Concernant la relation soignant-soigné pour une IDE.....	21
4.3.4. Concernant la pratique professionnelle en général	22
4.3.5. Sur la pratique professionnelle pour un IDE.....	22
4.3.6. Concernant la pratique professionnelle pour une IDE	23
4.3.7. Concernant la vie en équipe pour un IDE.	23
5. DISCUSSION	24
5.1. Les représentations sociales au cœur du processus d’appréciation du soignant par le patient.	24
5.2. Le poids de l’histoire de cette profession.....	25
5.3. L’influence des stéréotypes de genre et de la société patriarcale.....	27
5.4. Une relation de soin impactée par ces représentations.	28
6. CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	

1. INTRODUCTION

Si l'on m'avait demandé de décrire un professionnel de santé exerçant le métier d'infirmier / infirmière diplômé(e) d'état (IDE¹) avant mon entrée en Institut en Soins Infirmiers, j'aurais très certainement imaginé une femme à ce poste. Dans les pensées collectives, cette profession est largement féminisée. L'idée que se fait la société sur ce métier est en grande partie influencée par les mythes, stéréotypes et valeurs qui gravitent autour de la fonction d'IDE.

Depuis mon entrée en formation, j'ai pu me rendre compte, sans réelles surprises, que mes camarades de promotion sont pour la grande majorité des étudiantes, elles représentent environ 90 % de la promotion. En stage, j'ai été la plupart du temps encadré par des professionnelles soignantes. Qu'en disent les chiffres ? Aujourd'hui, selon un dernier rapport de la *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques* datant du 1^{er} janvier 2021, 86% des IDE sont des femmes. Pour autant, depuis plusieurs années, le nombre d'infirmiers ne cesse de croître. En 2012, ils représentaient 12% des IDE. Même si cette profession attire particulièrement les femmes, il n'est pas anormal de voir un homme vêtu d'une blouse blanche dans un service de soins exercer le métier d'IDE.

Avant même le début de ma troisième année, j'étais en réflexion autour de mon mémoire d'initiation à la recherche infirmière. J'avais plusieurs idées de thèmes à étudier. Avec l'expérience de mes stages, l'avis de mes proches et ma prise de recul par rapport aux différents choix qui s'offraient à moi, je me suis finalement orienté vers un thème qui m'est apparu comme le plus personnel : la question du genre du soignant dans la profession d'IDE. Etant un individu de genre masculin souhaitant exercer ce métier, ce thème m'est apparu comme le plus intéressant à travailler.

Ce thème s'inscrit dans la sphère scientifique vaste et variée que sont les Sciences Humaines et Sociales. Elles englobent de nombreux champs d'études. Mon goût pour l'Histoire et la Sociologie m'a orienté vers ce sujet. D'un point de vue professionnel, je souhaite en apprendre davantage sur le métier d'IDE, son histoire et ses fondements qui peuvent expliquer aujourd'hui la composition de ce corps de métier et les représentations sociales de cette profession. De plus, j'ai envie de comprendre le regard des patients sur notre métier, et plus particulièrement lorsqu'il est exercé par un homme.

¹ Lire « infirmier / infirmière diplômé(e) d'état ».

1.1. Le cheminement vers la question de départ.

1.1.1. Situation d'appel numéro 1.

Ma troisième année de formation a débuté par un stage en médecine cardiologique. J'étais enthousiaste à l'idée de rejoindre une équipe dans ce domaine car c'était une envie de ma part de découvrir le soin autour de l'appareil cardio vasculaire. Comme pour la plupart de mes stages précédents, le personnel était principalement composé de femmes (ASH², AS³ et IDE). Pour autant, il y avait un ASH, un AS et un IDE, ce qui représente une proportion importante d'hommes si l'on compare à d'autres services hospitaliers. Par rapport au service voisin, celui-ci ne compte aucun personnel soignant de genre masculin. A côté de cela, le personnel médical est mixte. Les deux internes sont des hommes mais les externes sont autant d'hommes que de femmes. Cette notion me semble importante à souligner dans le contexte de la situation que je vais décrire.

Lors de ma deuxième semaine de stage, je travaillais sur des horaires de matin. Ce sont mes premières matinées, j'accompagne les AS pour valider la compétence 3 du référentiel "accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens". Mes collègues me confient le soin d'une patiente, Mme A. Mme A est une patiente d'origine roumaine âgée d'une cinquantaine d'années, hospitalisée pour décompensation cardiaque avec ascite depuis plusieurs jours. C'est une patiente avec un cadre et un confort de vie très compliqué voire insalubre, avec une longue liste d'antécédents (multiples décompensations cardiaques liée à des insuffisances hépatiques et rénales, patiente récusée de transplantation liée à sa non observance thérapeutique...). La communication verbale avec Mme A est difficile, elle ne parle que très peu français, mais l'équipe soignante arrive en partie à la comprendre. Au vu de la situation thérapeutique actuelle et de ses antécédents, la patiente vit très certainement ses derniers jours dans notre service. Il a été statué, d'un commun accord, que cette patiente serait désormais en situation de LATA⁴. La patiente est très asthénique. Néanmoins, elle est encore autonome et nécessite d'une aide seulement pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Je connais déjà cette patiente, je lui ai déjà prodigué plusieurs soins infirmiers lors de ma première semaine de stage lorsque je travaillais sur des horaires d'après-midi. C'est dans ce contexte que je m'apprête à entrer dans sa chambre pour lui proposer une aide à la toilette ou à la douche.

Avec tout le matériel nécessaire pour réaliser un soin d'hygiène, j'entre dans la chambre de la patiente. Celle-ci est assise au bord du lit et se met debout. Elle se tient à son pied à perfusion et s'avance vers moi de façon hésitante, je la sens embarrassée. Je lui demande donc s'il y a un souci,

² Agent / Agente de service hospitalier

³ Aide-soignant(e)

⁴ Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques actives

mais comme la communication verbale est limitée avec cette patiente, je peux seulement me baser sur ses gestes et expressions du visage pour essayer de la comprendre. Très vite, au vu de la gêne dessinée par ses rictus, je devine que le problème vient de moi, ou plutôt du fait que je sois un homme. Elle ne s'attendait pas à la présence d'un soignant pour réaliser ce soin. Je lui ai demandé si le fait que je sois un homme la dérangeait pour ce soin, ce qu'elle a acquiescé. De ce fait, je lui propose d'aller demander à une collègue de me remplacer, ce qu'elle accepte volontiers. En sortant de la chambre et en transmettant ces informations à ma collègue AS, celle-ci me répond que le refus d'aide à la toilette d'une femme envers un soignant homme peut survenir et qu'elle va me remplacer. Pour autant, c'était la première fois dans mon début carrière que je faisais face à un refus d'une patiente pour un soin mettant en jeu l'intimité physique de celle-ci.

J'avais conscience de la particularité de ces soins et de la probabilité importante de refus de soin, ce qui me poussait et me pousse encore aujourd'hui à demander à la patiente si celle-ci est gênée par ma présence et si elle préfère que le soin soit fait par une femme. Les jours suivants cette situation, j'ai pu réaliser des soins infirmiers pour cette patiente : prise de sang, pose de voie veineuse périphérique, injections intra-veineuses, distribution de thérapeutique, etc. Ces soins n'exposent pas l'intimité physique de la patiente, elle n'a donc pas refusé que je lui les prodigue. La relation soignant-soigné que j'avais commencé à nouer avec cette patiente lors de ma première semaine n'a pas été impactée par cet événement. Je pouvais réaliser des soins infirmiers auprès de Mme A sans qu'il n'y ait de gêne. Je ne prends pas ce refus personnellement, mais cette situation m'a questionné sur ma pratique professionnelle en tant que futur infirmier.

Les premières questions qui me viennent en tête sont évidemment le pourquoi du refus, quelles en sont les raisons ? Est-ce lié au fait que je sois un homme ? Aurait-elle refusé le soin si une femme s'était présentée à ma place ? Est-ce lié au fait qu'elle soit de nationalité et d'origine différente ? et de culture pouvant être différente ? Est-ce lié au fait que je sois seulement étudiant ? (Ce qu'elle avait compris lorsque j'étais encadré lors des soins IDE). A-t-elle eu peur de mon manque d'expérience ? A-t-elle subi une agression physique et/ou psychologique de la part d'un homme ? Je me suis ensuite demandé si mon collègue AS avait déjà eu l'occasion d'aider Mme A pour un soin d'hygiène, et s'il avait déjà essuyé un refus de sa part. Il m'a répondu qu'il n'avait jamais accompagné Mme A. De plus, pour quelles raisons n'a-t-elle pas refusé que je lui prodigue les autres soins ? Pourquoi n'était-elle pas gênée qu'un homme réalise les soins infirmiers et les soins médicaux ? Du côté relationnel, la relation soignant-soigné n'a pas été impactée. Pour quelles raisons ?

Après avoir décrit, analysé et questionné les faits concernant la situation de Mme A, une seconde situation a resurgi de mes souvenirs. Il était important pour moi de la présenter car elle s'inscrit dans le thème de ce mémoire et reste ma première expérience dans le milieu hospitalier.

1.1.2. Situation d'appel numéro 2.

Avant d'entrer en IFSI, j'étais inscrit en école préparatoire aux études de santé. J'avais trois jours de cours par semaine, ce qui me laissait le temps de travailler à côté. J'ai effectué des remplacements en tant qu'agent de service hospitalier dans un EHPAD⁵ à côté de mon domicile. Ce même établissement m'avait accueilli pour réaliser un stage d'observation en service de SSR⁶ et de réadaptation au début de mon école préparatoire. C'était donc ma seconde expérience professionnelle en milieu hospitalier.

149 résidents vivent dans cet EHPAD, réparti en six allées. Le personnel composant l'équipe paramédicale est composé principalement de femmes. Il y avait seulement un IDE. J'étais donc le seul homme employé comme ASH et AS. Lors de mon premier jour de travail, dans une allée où aucun homme ne travaillait d'habitude, je suis arrivé à 8h. Dès mon arrivée, j'ai été marqué par les regards curieux des résidents. Ils se demandaient ce qu'un homme faisait à cette heure-ci dans les locaux de l'EHPAD. De plus, j'étais habillé en tenue de travail pour femme. En effet, même les soignantes de l'EHPAD n'étaient pas habituées à voir un homme travailler avec elles, et ne savaient pas s'il y avait des tenues de travail pour homme. Heureusement pour moi, une soignante plus expérimentée m'a amené une tenue pour homme. J'ai pu démarrer ma journée de travail dans de bonnes conditions.

Dans cet EHPAD, plusieurs choses m'ont marqué. Lorsque je me présentai auprès des patients, ils ne comprenaient pas toujours ce que je faisais ici. Plusieurs fois, quand je rentrais dans leur chambre, ils disaient : « *ah, voilà le médecin* ». Ceci était principalement vrai lorsque j'ai réalisé mon stage d'observation en SSR. Tous les professionnels de santé : ASH, AS et IDE étaient habillés avec la même tenue blanche, contrairement aux tenues de l'EHPAD, qui faisaient une distinction homme / femme. De plus, lorsque j'expliquais aux résidents que je faisais des études pour devenir IDE, ils étaient surpris et me demandaient pourquoi je ne faisais pas d'études pour devenir médecin.

De même auprès du personnel soignant, quand j'exposais mon choix de carrière, j'entendais souvent la même chose : « ce n'est pas commun de voir un homme se lancer dans des études d'infirmière » ou encore « il n'y a pas beaucoup d'hommes infirmiers ».

Après avoir tenté de retranscrire au mieux ces événements, j'ai cherché à me questionner sur mon expérience dans cet EHPAD et à savoir ce que je pouvais en obtenir dans le cadre de mon mémoire : Pour quelles raisons les patients n'arrivaient-ils pas à m'identifier comme personnel soignant paramédical ? Pourquoi m'avoir assimilé à la fonction de médecin ? Pourquoi existe-t-il des tenues professionnelles différentes selon le genre dans cet établissement ?

⁵ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁶ Soins de suite et de réadaptation

1.2. La problématisation du sujet.

Ces deux situations m'ont permis de fonder le questionnement de ce mémoire. J'ai partagé mes interrogations selon plusieurs notions mises en avant dans mes deux situations et pouvant être utiles à traiter dans le cadre de mon mémoire.

Au niveau de la représentation du métier d'IDE, quelles idées les patients ont-ils de cette profession ? Quelles sont leurs représentations sociales sur ce métier ? Quels sont les fondements de ces représentations ? Sont-elles les mêmes pour l'ensemble de la société, âge et genre confondus ? Ensuite, concernant la mixité dans la profession, pour quelles raisons les femmes sont-elles plus nombreuses dans le métier d'IDE ? A l'inverse, que pousse un homme à choisir ce métier largement féminisé ? Pourquoi, dans un service donné, un homme est-il directement associé à la fonction de médecin et une femme à celle d'IDE ? De ce fait, le genre peut-il avoir une influence sur nos pratiques ? La relation avec le patient ou avec l'équipe soignante peut-elle être influencée par le genre du soignant ? Ces différentes questions m'ont permis de dégager une question de départ :

En quoi les représentations sociales des patients sur le genre du soignant influencent-elles la relation soignant-soigné ?

Tout d'abord, nous étudierons l'évolution historique de notre profession, les notions de représentations sociales et de relation soignant-soigné dans le cadre théorique. Ensuite, nous questionnerons des professionnels sur la thématique du genre dans les soins et des représentations des patients sur le genre du soignant. Enfin, dans la dernière partie de ce mémoire, nous tenterons de répondre à notre question de départ en nous appuyant sur des notions approfondies dans le cadre conceptuel et des informations données par les professionnels, le tout en donnant un avis personnel.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. Profession IDE, profession genrée ?

2.1.1. De la naissance de la pratique soignante...

Pour retracer l'histoire de notre profession, j'ai étudié l'ouvrage de Bernadette Stinglhamber-Vander Borghnt intitulé « Infirmière, Genèse et réalité d'une profession » et le cours « Histoire de la profession infirmière » vu au premier semestre en IFSI.

D'un point de vue étymologique, le mot « infirmier » est issu de l'ancien français « enfermier », datant du XIII^e siècle et provenant lui-même du latin « infirmus », signifiant qui n'est pas fermé, au moral comme au physique. Pour autant, la pratique soignante demeure depuis la Préhistoire. Marie-Françoise Collière, ancienne historienne française et enseignante des soins infirmiers, indiquait que « le rôle est l'expression des pratiques soignantes élaborées à partir de la fécondité et façonnées par l'héritage culturel de « la femme qui aide » (1982, p.16). Naturellement, le concept du prendre soin est rattaché à la femme donnant naissance à son enfant : elle assure la pérennité de son espèce par la procréation et le développement de son nouveau-né en répondant à ses besoins. Contrairement aux idées reçues, l'homme a également participé aux soins prodigués auprès de ses semblables. Les blessures liées aux activités de chasse, pêche ou lors de batailles sont soignées par l'homme. Cette part du soin a permis d'explorer le fonctionnement et la composition du corps humain avec des techniques de soins différentes. C'est à partir de ces faits que vont naître la notion de « care » associée au prendre soin et à la femme, et la notion de « cure » associée à la réparation du corps humain, à la médecine et à l'homme. Durant l'Antiquité, un peu partout dans le monde, les soins de santé et de médecine vont se développer dans toutes les communautés, selon les croyances et habitudes de vie. Néanmoins, le fait de soigner un semblable sera perçu comme irrationnel, allant contre la volonté des Dieux.

Avec la christianisation européenne à partir de la fin d'Antiquité, le soin prend une nouvelle dimension avec l'amélioration de la considération de l'autre, le soin à l'autre se popularise. Une institutionnalisation du soin s'opère et des premiers établissements « hospitaliers » vont naître. Aux IV^e et V^e siècles, les Hôtels Dieux vont s'édifier, accueillant les pèlerins mais aussi les plus démunis. Par le refuge de ces malades, l'Eglise a besoin d'une « main d'œuvre » pour pratiquer les soins, comme les Sœurs Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris l'illustrent. Elles assurent les soins d'entretien de la vie et de confort dans ce qui s'apparente aux hôpitaux de l'époque. Avec l'apparition du mot « enfermier » en 1398, un semblant de reconnaissance sociale de ces actions s'opère, conjointement à l'avancée de la médecine. Vincent de Paul, prêtre du XIV^e et XV^e siècle, fonde la Confrérie de la Charité en lien

avec son mécontentement du fonctionnement des établissements hospitaliers de l'époque. Il engage des jeunes femmes de moins de 28 ans, dites de santé robuste et de famille respectable, pour assurer des soins physiques aux malades à leur domicile. Les membres de cette confrérie seront surnommés les « Cornettes », à l'image des grandes coiffes que portaient ces religieuses.

2.2.2. ... à une profession assumée et largement féminine.

A partir du XIXe siècle, en France comme ailleurs, une avancée de la pratique infirmière s'opère, toujours en lien avec la progression des découvertes médicales. C'est à partir de ce moment que l'art infirmier est réellement établi, surtout en Outre-Manche, sous l'impulsion de grandes figures comme Florence Nightingale. Par l'intermédiaire de ses actes, lors de la Guerre de Crimée de 1854 notamment, la « Dame à la lampe » a œuvré pour que les soins infirmiers deviennent une profession à part entière et reconnue dans la sphère sociale. Comme d'autres femmes pionnières de notre profession, telles que Elizabeth Fry ou Valérie de Gasparin, F. Nightingale plaide la nécessité d'une formation pour exercer cette profession qui mêle savoir, savoir être et savoir-faire. Elle crée une formation au sein de l'hôpital Saint-Thomas à Londres à partir des années 1860. En France, en parallèle des sœurs qui prodiguent des soins, des soignantes laïques vont voir le jour, en lien avec le contexte politique de l'époque. Dans le milieu du soin, cette vision permet d'avoir des soignantes sous la responsabilité de l'Etat. A partir de 1878, des cours de médecine sont enseignés, par le docteur de Bourneville notamment et des formations sont organisées comme celles de la Croix Rouge. Néanmoins, cela n'améliore pas la qualification des infirmières en place : elles sont illettrées et leur servitude prédomine sur leurs compétences. Qu'elles soient servantes ou religieuses, ces infirmières présentent les mêmes caractéristiques : subordination, dévouement et soumission auprès de leur supérieurs.

C'est pourquoi, en 1901, la docteure française Anna Hamilton bâtit une école d'infirmière influencée par le modèle anglais de F. Nightingale. Les jeunes femmes recrutées sont issues de bonne famille avec un solide apprentissage scolaire. Cela va permettre une amélioration des connaissances des infirmières.

Avec la Première Guerre mondiale, les infirmières ont un rôle primordial auprès des soldats blessés. Au front, ou à l'arrière, leurs actions sont essentielles. Par la suite, le XXe siècle est véritablement la période d'éclosion et d'affirmation de la profession infirmière. En 1922, les formations sont uniformisées et un premier diplôme d'Etat est créé. Après 1945, grâce à l'avancée de la formation infirmière, des textes législatifs sont rédigés pour structurer la profession et créer de nouveaux modes d'exercices. Les IDE obtiennent une reconnaissance sociale puis légale. Néanmoins,

avec la grève de 1988, les IDE continuent d'œuvrer pour une reconnaissance adéquate de leur métier par la demande d'une revalorisation salariale notamment. Par ailleurs, le slogan « Ni bonnes, ni connes, ni nonnes » tire son origine de ce mouvement social. Ce cri de ralliement illustre bien la prise de conscience interne de la professionnalisation du métier par rapport aux siècles derniers.

De nos jours, la composition de cette profession est largement féminine, l'Histoire de celle-ci en est la cause. A l'inverse, l'homme n'a que très peu pris place dans l'évolution des soins infirmiers. Les hommes sont exclus des écoles d'infirmières dès le début du XXe siècle (Catherine Faye, 2010), notamment sous l'impulsion de Florence Nightingale, qui associe qualité et compétences féminines (douceur, empathie, tendresse) aux soins infirmiers (Schweitzer, 2009). En somme, d'après Maillat-Contoz (2018), « elle fait de la profession infirmière un instrument d'émancipation et de garantie d'un métier qualifié pour les femmes. » (p.36). A partir de 1961, les hommes sont de nouveaux admis dans les écoles de formation d'IDE. Pour autant, la proportion d'hommes en formation et sur le terrain demeure inférieure par rapport à celle des femmes.

Historiquement, nous avons pu analyser que le prendre soin est étroitement lié à la femme. D'abord religieuse puis servante, toujours sous l'autorité d'un médecin ou d'un religieux, l'IDE est ensuite parvenue à élever sa voix dans un objectif de reconnaissance professionnelle, notamment dans la sphère sociale.

2.2. Les représentations sociales du patient sur le soignant, entre mythes et réalités.

2.2.1. Définition de la notion de représentation sociale.

Une représentation sociale n'est rien sans un groupe social. Selon Bonardi et Roussiau (2014), Emile Durkheim caractérise le groupe social comme unité de base sociologique. Le groupe est déterminé par une conscience collective acquise chez chacun de ses membres. Ils s'unissent sous les mêmes croyances, connaissances et sentiments. Au sein d'un groupe, le partage d'idées communes amène ainsi à avoir des représentations collectives.

La notion de représentation sociale est travaillée pour la première fois par d'Emile Durkheim, fondateur de la sociologie moderne, en 1898 (Gaymard, 2021). En effet, le sociologue français distingue les représentations collectives des représentations individuelles. Les représentations collectives sont présentées comme « l'étude des religions et des mythes propres à une communauté et partagés par les membres de cette communauté. » (Gaymard, 2021, p.15). En plus de leur caractère universel, les représentations collectives sont aussi continuelles et immuables car ancrées dans les

pensées d'un ensemble d'individus. La durabilité de ces représentations est possible grâce à la transmission des croyances, connaissances et sentiments entre les différents individus et la reproduction des comportements au sein d'un même groupe. Bonardi & Roussiau (2014) affirment que :

Comme la conscience collective, les représentations sont durables, au-delà même des générations. Mais on dira d'elles qu'elles sont plus une forme de vrai, certitude sociale, qu'une vérité en soi : qu'elles soient justes ou fausses dans l'absolu importe peu, du moment que la société qui les véhicule les considère comme telles (p. 11 et 12).

Au cours du XXe siècle, de nombreux sociologues et psychologues comme Moscovici, Codol ou encore Abric s'intéressent de près aux travaux de Durkheim pour définir la notion de représentations sociales. La définition que nous retiendrons et celle qui nous paraît comme la plus parlante émane de Denise Jodelet (1991) :

[La représentation sociale est une] Forme de connaissance courante, dite « de sens commun », caractérisée par les propriétés suivantes : 1. Elle est socialement élaborée et partagée ; 2. Elle a une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement (matériel, social, idéal) et d'orientation des conduites et communications ; 3. Elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné (Grand dictionnaire de la psychologie, p. 668).

Ainsi, une représentation sociale peut être définie comme des croyances, connaissances et sentiments partagés par plusieurs individus d'un même groupe. Elles sont perçues comme objectives, vraies et acceptables, ou reflétant la réalité car ressenties par la majorité des individus composant un groupe social. Ces représentations naissent dès l'enfance lors du processus de socialisation (Maillet-Cantoz, 2018), et sont ainsi ancrées dans les mémoires collectives.

2.2.2. Les représentations sociales du patient sur le soignant.

Avant toute chose, il est important d'indiquer que nous traiterons seulement des genres masculins et féminins dans ce travail afin de limiter les recherches. L'étude du genre étant considérable et continue, cela nécessiterait le travail d'un mémoire à part entière pour traiter le sujet, en prenant compte de tous les genres. Pour étudier les représentations sociales du soignant et celles selon son genre, il est intéressant de définir les notions de sexe, de genre et de représentation professionnelle avant d'étudier le sujet des représentations genrées des patients sur le soignant.

Le sexe d'un individu désigne « le sexe biologique d'une personne ou d'un groupe. » (Rapport d'analyse prospective, Haute Autorité de Santé, 2020, p.4.). Il est différencié du genre, qui peut être défini comme « les attributs psychologiques, les activités, les rôles et statuts sociaux culturellement assignés à chacune des catégories de sexe et qui constituent un système de croyance. » (Hurtig et al, 2002). Les représentations des individus sur ce que devrait être ou ne pas être un homme ou une femme en fonction de ses caractéristiques physiques, psychologiques et comportementales constituent une norme des rôles dits masculins et féminins. Ces représentations commencent pendant la période de socialisation précoce de l'individu : « La période de socialisation précoce (0 à 6 ans) contribue de manière déterminante à l'intériorisation des stéréotypes, par une manière sexuée de « catégoriser » le monde » (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2015, p.6). Les stéréotypes liés au genre masculin et au genre féminin prennent ici tout leur sens, car ils alimentent nos représentations. Les stéréotypes liés aux genres peuvent être définis comme « des représentations schématiques et globalisantes sur ce que sont et ne sont pas les filles et les garçons, les femmes et les hommes. » (Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2014).

Pour analyser les représentations du métier d'IDE, il paraît intéressant de définir la notion de représentations professionnelles. Ce sont « un ensemble d'idées que partagent des individus sur un métier donné... Il s'agit donc bien d'une représentation sociale d'un objet métier construite par n'importe quel individu qui n'est pas impliqué dans les rapports de travail. » (Blin, 1997, p.79). Les représentations sociales du métier d'IDE sont ainsi pensées par les individus de la société n'exerçant pas ce métier. A l'image des représentations des individus de la société sur le genre masculin et féminin, les patients ont-ils des représentations sur le genre de l'IDE ? Sont-elles réelles ?

Les stéréotypes de genre présents au sein de la société se retrouvent dans la représentation des patients sur la profession d'IDE. Selon une enquête de conjoncture auprès des ménages de l'INSEE⁷ sur la place des hommes et des femmes en société datant de 2014 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2015, p.5), près de la moitié des 2000 foyers interrogés estiment que les femmes savent mieux s'occuper de leurs parents âgés par rapport aux hommes. 49% d'entre eux sont plutôt d'accord sur le fait que les mères savent mieux répondre aux besoins et aux attentes des enfants que les pères. Ces représentations du rôle de la femme peuvent être liées aux stéréotypes féminins et aux attributs dits innés des femmes : patience, douceur, affection, émotion (Williams et Best, 1977, p. 105). Nous retrouvons ces qualités dans les descriptions du métier d'IDE et de la notion du « care ». De plus, environ un tiers des deux mille foyers interrogés estiment que les femmes font de meilleures infirmières que les hommes. De cette étude ressortent un aspect des

⁷ Institut national de la statistique et des études économiques

représentations de la population sur la profession d'IDE. En effet, les individus estiment que les métiers liés aux soins ne sont pas forcément réservés aux femmes mais qu'ils conviennent mieux à celles-ci. Cette vision du métier peut s'expliquer par les caractéristiques attribuées socialement au rôle féminin, qui sont directement associées aux qualités types de l'IDE. L'historique de cette profession, vu en amont, joue aussi un rôle dans ces perceptions.

A l'inverse, même si cette étude nous montre que les ménages interrogés ne sont pas surpris à l'idée de rencontrer un homme pratiquer la profession d'IDE, celui-ci est souvent apparenté à un médecin dans les services de soins. Un questionnaire auprès de 3000 étudiants en médecine indique que les patients associent de façon presque automatique un homme en blouse blanche à la fonction médicale « Dans 7 cas sur 10, les malades confondent la femme interne entrant dans leur chambre avec une IDE, associant le savoir médical aux hommes » (Le Parisien, 2017). Encore une fois, cette vision masculine du médecin est fortement influencée par les représentations sociales de la fonction de médecin et d'IDE. A l'inverse de la profession d'IDE, la pratique médicale est historiquement liée aux hommes et à la notion de « cure ».

Au-delà de la vision stéréotypée de la femme infirmière et de l'homme médecin, d'autres représentations liées au genre du soignant peuvent émerger de la part des patients. En effet, les patients peuvent transférer l'image du schéma parental au niveau des soignants lors d'une hospitalisation. L'infirmière peut être assimilée à une figure maternelle « les aptitudes de l'infirmier(e), ses qualités relationnelles d'écoute et d'accueil renvoient ... à la figure de la mère » (Courtois et al, 2005, p.45). Cela fait encore référence au rôle dit naturel de la femme, celle de la mère, et à la notion de care vu précédemment. A l'inverse, l'homme est perçu comme une figure paternelle lors des moments de crises (Clavagner, 2013). C'est notamment le cas dans les situations d'urgence ou en psychiatrie, dans laquelle l'homme reflète l'autorité auprès des patients.

Enfin, d'autres représentations populaires de la profession d'IDE existent dans la société. En effet, l'infirmière peut être perçue comme un idéal féminin objet de fantasme. « Dans les représentations collectives, quand le professionnel est une femme, ici l'infirmière, celle-ci doit être jeune et jolie [...] source de désir et de sexualité » (Courtois et al, 2005, p.45). La connotation de l'infirmière « séduisante » est largement véhiculée au sein de la société, il suffit simplement de rechercher sur internet « costume infirmière » ou encore « soirée infirmière » pour en être témoin. A l'inverse, si la même recherche est effectuée pour le genre masculin, nous retrouvons une représentation plus réaliste de l'habit du soignant. Cette dimension peut notamment s'expliquer par la proximité et l'utilisation importante du toucher lors des soins qui peuvent être mal interprétés, notamment lorsqu'ils sont prodigués par des femmes auprès de patients de genre masculin. A l'inverse, l'utilisation du toucher par l'infirmier peut être mal perçue. C'est le cas dans les services de

gynécologie ou encore de pédiatrie (Hunsinger, 2019) ; les hommes peuvent aussi se voir refuser un soin par une patiente dans d'autres services. Cela fait référence au rôle du toucher et du prendre soin de l'homme sur la femme ou sur l'enfant, qui est mal connoté d'un point de vue sociétal. Dans les mœurs, le prendre soin n'est pas attribué aux capacités de l'homme.

Les différentes représentations de la profession d'IDE par les patients reposent en grande partie sur les représentations sociales de ce métier, ancrées dans les mémoires collectives depuis plusieurs années. Elles sont étroitement liées à l'histoire de la profession et aux idées reçues sur le genre, le rôle féminin et le rôle masculin.

2.3. La relation soignant-soigné impactée par ces représentations ?

2.3.1. Définition de la notion de relation soignant-soigné.

Pour expliquer la notion de relation soignant–soigné, nous allons définir chaque terme de cette notion : relation, soignant, et soigné.

La relation peut être définie comme un « rapport qui lie des personnes entre elles [qui entraîne un] lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012). A cela, nous pouvons ajouter que les relations sont « une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques » (Formarier, 2007, p. 34). Une relation est ainsi établie à partir de deux individus qui interagissent entre eux, de façon verbale ou non verbale. Elle peut entraîner des différences de statut entre ces individus (supériorité, infériorité) de par leur nature (caractéristiques physiques, psychologiques), leur fonction ou encore leurs émotions. La relation est aussi influencée par les représentations des individus entre eux.

Le mot « soignant » est issu du latin « soniare », signifiant « s'occuper de » et peut être défini comme une personne « qui donne des soins, qui soigne une personne » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012). Le soignant prodigue des soins curatifs, préventifs ou palliatifs au soigné. La personne soignée est donc un individu que le soignant « soigne moralement et physiquement, [c'est une personne] à qui l'on apporte des soins » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Pour définir la relation soignante soigné, nous pouvons nous appuyer sur la vision de Formarier (2007), qui indique que :

Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non initiées (les patients et les familles)

qui arrivent dans une micro culture, une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas (p.35).

La relation soignant–soigné s'installe lorsque le soignant et le patient se rencontrent. Néanmoins, le contexte de cette relation implique une asymétrie entre le patient et le soignant. De par sa fonction, ses connaissances, sa tenue ou encore l'environnement des soins, le soignant se retrouve en position « haute » par rapport au patient. D'un autre côté, le patient nécessite un soin, que le soignant peut lui prodiguer, ce qui le rend dépendant du soignant et accentue davantage cette asymétrie. Les interactions verbales et non verbales entre les deux nourrissent cette relation et enrichissent le lien de confiance entre les deux parties, ce qui permet au patient de se sentir en sécurité, d'accepter en quelque sorte le côté asymétrique de la relation et de concourir vers une alliance thérapeutique. La relation soignant–soigné peut-elle être influencée par les représentations sociales des patients sur les soignants ?

2.3.2. La matérialisation des représentation sociales des patients sur les soignants : l'exemple des mécanismes transférentiels

Dans un contexte de soin, les représentations des patients sur le genre du soignant peuvent influencer la relation soignant–soigné. Dans cette dernière sous-partie, nous allons nous intéresser à la notion de transfert, qui peut être perçue comme une conséquence liée aux représentations des patients sur le soignant.

Dans le domaine de la psychanalyse, le transfert peut être défini comme un « Mécanisme par lequel un sujet, au cours de la cure, reporte sur le psychanalyste les sentiments d'affection [positif] ou d'hostilité [négatif] qu'il éprouvait primitivement, surtout dans l'enfance, pour ses parents ou ses proches » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012). Ce processus psychologique repose sur les émotions, désirs, provenant le plus souvent de l'enfance et de nos représentations ressenties par le sujet sur le psychanalyste au cours d'une cure.

Dans un contexte de soins entre soignant et soigné, dans lequel l'IDE prend la place du psychanalyste, le transfert réalisé par le patient peut influencer la relation entre les deux individus. En effet, par l'intermédiaire des soins réalisés, de la réponse aux besoins des patients, de son rôle de « garant » dans la prise en charge du patient et de ses qualités humaines, l'IDE peut être identifié comme figure maternelle ou paternelle. Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique parle même de « good enough mother » traduit en « mère suffisamment bonne », ou en termes plus corrects de « mère ordinairement dévouée » pour décrire ce phénomène. Ici, de manière inconsciente, le patient transfère des expériences datant de son enfance, lorsqu'un de sa famille proche prenait soin de lui. De ce fait,

un rapport enfant–parent peut s’opérer entre le patient et le soignant, ce qui accentue l’asymétrie dans la relation soignant–soigné. L’IDE revêt un rôle de protecteur qui lui confère une supériorité auprès du patient, comme pouvaient l’être ses proches pendant son enfance. Cette asymétrie est également accentuée par le port d’une tenue professionnelle, l’environnement hospitalier dans lequel le patient est étranger mais aussi par l’état pathologique du patient qui le rend vulnérable et dépendant. Ces mécanismes transférentiels peuvent par la suite amener la relation soignant–soigné vers des relations de dépendance et de maternage, dans lesquelles le patient n’est plus du tout acteur de son soin et qu’il ne peut plus combler ses besoins sans l’aide du soignant.

La relation de dépendance peut être définie comme le « fait pour une personne ou un groupe de personnes de dépendre de quelqu’un d’autre » (9ème édition du Dictionnaire de l’Académie française). En situation de soin, la relation de dépendance apparaît lorsque le patient ne peut combler ses besoins sans l’aide du soignant. Il ne peut réaliser les actes de la vie quotidienne de manière autonome, et l’IDE est là pour l’aider. Cela renforce la figure paternelle ou maternelle du soignant imaginée par le transfert du soignant. En conséquence, du côté du soignant, la relation peut tendre vers une relation de maternage en réponse à ce mécanisme transférentiel. La relation de maternage peut se définir comme un « Ensemble de soins corporels données à une personne dans un climat protecteur et affectif, évoquant le comportement d’une mère à l’égard de son enfant » (La relation soignant/soigné et ses aspects, n.d.). L’IDE endosse ainsi le rôle de la mère dans les soins, le professionnel s’attache au patient comme une mère s’attacherait à son enfant.

Ainsi, la relation soignant–soigné peut être influencée par les représentations des patients sur les soignants. Dans cet exemple, le mécanisme transférentiel s’applique davantage au professionnel de genre féminin, puisqu’il renvoie à l’image de la mère. Néanmoins, cela démontre que la relation soignant–soigné peut être influencée par les représentations des patients sur les soignants. Par l’identification du soignant à l’image de la mère, le patient peut se placer dans une situation de relation de dépendance avec l’IDE, ce qui peut altérer la relation soignant–soigné.

3. EXPLOITATION EMPIRIQUE

3.1. Le dispositif méthodologique du recueil de données.

3.1.1. Les objectifs du guide d'entretien.

Pour confronter les éléments avancés dans le cadre conceptuel sur les représentations des patients sur le genre du soignant, nous allons nous intéresser à la réalité du terrain en interrogeant des professionnels sur ce même sujet. Par le biais d'entretiens, nous utiliserons une méthode d'analyse qualitative pour comprendre les phénomènes sociaux de la thématique de ce mémoire. L'entretien est construit par différents objectifs. Ces objectifs nous permettent de développer des questions que nous poserons lors des entretiens. Nous obtiendrons ainsi des éléments factuels pouvant nous aider à comprendre le phénomène des représentations sociales des patients sur le genre de l'IDE d'un point de vue soignant.

Ainsi, ces entretiens nous permettront d'interroger les professionnels sur leurs représentations de la profession d'IDE, de connaître leur(s) avis sur l'existence ou non de différences entre des professionnels masculins ou féminins. Ensuite, nous essaierons de connaître leur avis, en lien avec leurs expériences, sur ce que pensent les patients de la profession et des professionnels. Enfin, nous questionnerons leur(s) point(s) de vue sur l'influence de leur genre sur leur pratique professionnelle et sur l'influence du genre du soignant sur la relation soignante-soigné.

3.1.2. Les professionnels interrogés.

Pour traiter au mieux la question du genre, deux professionnels de genre différents ont été interrogés. Le respect de la parité nous permet de légitimer l'analyse des entretiens et de traiter le sujet dans son ensemble en analysant deux points de vue différents.

Les professionnels ont été choisis de par leur accessibilité. La réalisation de deux entretiens occasionne un travail de fond et d'analyse assez important, c'est pourquoi ceux-ci se sont réalisés avec des professionnels issus de mon entourage. L'infirmière est une connaissance et l'infirmier est un professionnel rencontré lors d'un stage en deuxième année.

Les professionnels interrogés ont des profils plutôt différents. L'infirmière est en fin de carrière, plus expérimentée avec plusieurs dizaines d'années de pratique. L'infirmier est quant à lui en début de carrière. L'infirmier interrogé exerce aujourd'hui à domicile mais a déjà travaillé en structure au cours de sa carrière. L'infirmière interrogée travaille dans un service de médecine et soins de suite et de réadaptation. Pour faciliter la rédaction de l'analyse des entretiens, nous appellerons l'infirmière Véronique et l'infirmier François.

3.1.3. Caractéristiques de la mise en place des entretiens.

Le premier entretien s'est déroulé dans un endroit neutre à l'inverse du second entretien pour lequel je me suis rendu au lieu de travail de l'infirmier interrogé. Le lieu des entretiens a été convenu d'un commun accord en répondant à nos contraintes de part et d'autre. La durée des deux entretiens a été similaire, avec environ une trentaine de minutes de conversation chacun. Il n'y a pas eu de problème lors du déroulement des entretiens. Les deux conversations ont été enregistrées avec mon smartphone avec l'aide d'un dictaphone.

Plusieurs points positifs ressortent à la suite de ces entretiens. Tout d'abord, la réalisation de deux entretiens auprès de deux professionnels permet d'avoir deux visions et points de vue différents par rapport au sujet de ce mémoire. De plus, l'accessibilité des professionnels pour réaliser et mettre en place l'entretien n'a pas été un obstacle.

A l'inverse, la réalisation de deux entretiens a doublé mon travail de préparation, de mise en place et d'analyse d'entretien.

4. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS

L'analyse de ces deux entretiens va nous permettre de confronter les notions abordées dans le cadre conceptuel à la réalité du terrain en interrogeant deux infirmiers de genre différents. La première partie d'analyse repose sur les représentations des professionnels interrogés. La deuxième partie a pour objet les ressentis des infirmiers sur les représentations des patients sur notre profession. La troisième partie aborde le sujet du vécu des professionnels selon le genre du soignant.

4.1. Représentation des professionnels interrogés.

4.1.2. Représentations sur la profession d'IDE.

Les deux professionnels s'accordent pour décrire la profession infirmière comme un métier compliqué mais très instructif « *C'est un métier hyper intéressant mais hyper bouffant.* », « *[cela] demande des connaissances, de la responsabilité* », « *c'est un métier pas reconnu* », « *c'est passionnant et épuisant à la fois* » selon Véronique. Pareillement « *C'est un métier assez complexe* » pour François. L'infirmier interrogé attribue une grande place à la tolérance et au soin dans sa vision de la profession, « *Je vois ce métier comme quelque chose qui fait beaucoup partie de l'humain* », « *C'est un accompagnement adapté à chaque personne et qui est dans le non-jugement* », « *mais je pense que travailler en tant qu'infirmier c'est travailler dans le soin* ».

4.1.3. Représentations sur les IDE en général.

Lorsque la question « Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la profession infirmière ? » a été posée, les interrogés ont d'abord décrit un professionnel de manière générale sans aborder la question du genre « Un professionnel doit avoir de l'empathie, doit être rigoureux et avoir une bonne forme physique et psychologique. » selon l'infirmière.

Pour François, les professionnels sont issus de la même formation et ont tous les mêmes compétences et valeurs « Dans les faits on a la même formation et je pense qu'on est capable de produire le même soin, la même efficacité et mobiliser les mêmes connaissances. », « Je pense qu'à partir du moment où on veut être infirmier, c'est qu'on partage des valeurs et c'est qu'il y a des choses communes. ». Il appuie également sur l'intérêt de l'identité professionnelle dans la profession infirmière : « Après, travailler en tant qu'infirmier, c'est aussi avoir de la personnalité dans les soins, avoir une identité professionnelle qui est indépendante. ».

4.1.4. Représentations sur les infirmiers diplômés d'Etat.

Par la suite, il leur a été posé une question concernant leur avis sur l'existence ou non de différence entre un ou une infirmière. Pour François, « Forcément il y a des différences », « il ne devrait pas y en avoir mais il y en a ».

Au niveau des représentations sur les professionnels, les interrogés ont davantage de représentations sur les infirmiers. « Lorsqu'il y a un homme dans les équipes, notamment les médecins, ils restent entre eux », « les hommes sont mieux perçus dans les services par rapport à nous [IDE]. » estime Véronique.

Les deux professionnels abordent ensuite le sujet des caractéristiques liées au genre, « Là ou peut être si je n'avais pas fait ce métier j'aurais été plus viril. » pense François, alors que Véronique transmet que « Dans les équipes, on est bien content d'avoir des mecs pour calmer le jeu ». Dans ces entretiens, les deux soignants interrogés n'exposent pas leurs représentations sur les infirmières.

4.2. Représentations des patients selon les professionnels.

4.2.1. Représentations sur la profession.

Selon les professionnels, les patients ont une vision bienveillante de la profession et sont compréhensifs des conditions de travail. « *Les gens se sont rendus compte de la difficulté de la profession, du manque de moyens, du manque de finance* », « *Les patients ont une bonne perception* » pense Véronique. François ajoute « *Je sais quand même que lorsque je suis avec un patient, il voit qu'on a un rythme de travail assez intense, qu'on peut être souvent en retard, pressés par le temps et souvent ils compatissent.* ». Celui-ci estime que certains patients « *sont très concernés lorsqu'ils ont de la famille soignante et se rendent beaucoup plus compte des complexités des métiers* ».

4.2.2. Représentations sur les IDE en général.

D'un prime abord, François pense que les patients ont des représentations plurielles du professionnel IDE « *Les images que peuvent avoir les gens des infirmiers varient beaucoup* », « *je pense qu'ils ont tous une vision différente* ».

Les deux interrogés considèrent que l'organisation de la société actuelle influe sur les représentations des patients, « *Je travaille avec une population âgée, ils ont encore la représentation d'une société patriarcale* » admet l'infirmière, alors que François exprime le fait qu'il existe « *des pressions sociales qui sont exercées sur les femmes qui vont influencer leurs décisions et c'est la société qui est comme ça* ».

Lorsque nous avons discuté des différences entre un infirmier et une infirmière, François indique que « *pour les patients, les représentations prennent une place importante* », à l'inverse des professionnels.

De plus, celui-ci avoue qu'à travers ces représentations, les patients peuvent avoir des pressenties en lien avec l'apparence du soignant. Néanmoins, ces appréhensions s'éteignent au fil de la prise en soin « *lorsqu'on prend en soin la personne, qu'on montre qu'on a des connaissances, ça se passe bien et ça rassure les gens, et du coup l'appréhension qu'il peut y avoir vis-à-vis d'une apparence disparaît assez vite* ».

4.2.3. Représentations sur les femmes dans un service de soin.

Concernant les représentations des femmes dans les services de soin, François pense que les patients associent une femme en tenue blanche à des professions de soins socialement assignées aux femmes, « *les femmes sont directement associées aux infirmières* », « *Une femme va limite être considérée en aide-soignante ou aide à domicile mais c'est juste de la considération* ». Ces représentations pourraient s'expliquer par l'habitude de voir une femme exercer ces professions exprime Véronique « *Les patients ont tellement eu l'habitude de faire face à des infirmières* ».

Ces représentations des professions de soin à l'identité féminine peuvent encore être plus spécifiques, dans la mesure où certains patients peuvent avoir des images populaires des *soignantes* « *Mais des fois, il y a encore l'image de la bonne sœur* » admet l'infirmière.

4.2.4. Représentations sur les hommes dans un service de soin.

Selon Véronique et François, les patients associent principalement les hommes en tenue blanche à la fonction de médecin, « *les patients vont les appeler « docteur »* » indique l'infirmière. François renseigne que « *Typiquement, dans les représentations, un homme va être perçu comme médecin* ».

Conjointement à ces représentations, les patients vont aussi hiérarchiser subjectivement la place des hommes et des femmes dans un service, ce qui fait écho à l'organisation de la société vu en 4.2.2, « *Les hommes sont plus facilement associés comme supérieurs* », « *Tout de suite, ils sont au-dessus* » pense Véronique, « *il va être perçu comme plus qualifié* » ajoute François, en lien avec son propos cité plus haut.

A côté de ces représentations qui amalgament l'homme en tenue blanche à la fonction de médecins, d'autres images peuvent émerger des pensées des patients. En effet, selon l'infirmier, les patients peuvent appréhender un soin prodigué par un homme « *Il peut y avoir une certaine appréhension lors des premiers soins* ». Pour François, cette inquiétude peut s'expliquer par l'association entre les stéréotypes lié au genre masculin et les soins « *Souvent, les gens croient que je vais être brutal dans les soins* ».

4.2.5. Evolution de ces représentations.

Plusieurs fois au cours de l'entretien, Véronique évoque l'évolution des représentations des patients sur la profession. Lorsqu'elle fait référence à son passé et son expérience professionnelle, l'infirmière pense que les patients ont une meilleure image de la profession notamment depuis la crise sanitaire liée à la Covid 19 « *Après le travail est bien mieux reconnu depuis le Covid* », « *Les choses ont évolués* », « *Les gens se sont rendus compte de la difficulté de la profession, du manque de moyens, du manque de finances* ». Pour autant, l'infirmière estime que lorsqu'elle a commencé à travailler, dans les années 1990, « *les remerciements en fin d'hospitalisations étaient plus réguliers* ».

4.3. Vécu des professionnels selon le genre du soignant.

4.3.1. Concernant la relation soignant-soigné en général.

Selon les interrogés, la relation soignant–soigné peut être modifiée selon le genre du soignant. Pour Véronique, suivant le soin à réaliser, « *tu n'as pas la même relation avec le patient* ». De plus, en fonction du soignant, les patients peuvent « *être dans la séduction avec les soignants* ».

De son côté, François pense « *qu'il y a des personnes qui d'office ne vont pas avoir la même attitude avec un homme ou une femme et du coup qui vont avoir plus de facilité à parler* ».

Par ailleurs, l'infirmier pense que suivant l'âge du patient, la relation peut être transformée « *Déjà, entre des patients qui vont être plus âgés ou plus jeunes on ne va pas avoir les mêmes rapports non plus* ».

4.3.2. Concernant la relation soignant–soigné pour un IDE

Concernant les IDE, les interrogés s'accordent sur le fait que la relation soignant–soigné n'est pas la même lorsque la patiente est une femme. Tout d'abord, les deux professionnels abordent le sujet du refus de soin lié au sexe et au genre du soignant « *La patiente refusait car le soignant était un homme* » témoigne Véronique. « *Je me souviens qu'en tant qu'étudiant, il y avait souvent des femmes qui refusaient que je les prenne en soin* », « *En tant qu'étudiant, on m'a déjà refusé des soins parce que j'étais un homme* » affirme François. Pour autant, il avoue totalement comprendre ces refus « *ce n'est pas traumatisant et c'est compréhensible par rapport à la pudeur* » des patientes.

De plus, l'infirmier assure qu'il existe « *des sujets qu'on n'aborderait pas avec moi parce que je suis un homme* ». D'un autre côté, Véronique pense que « *Les patients ont tellement eu l'habitude de faire face à des infirmières qu'ils n'agissent pas pareil avec les hommes* ». Cela pourrait expliquer le phénomène avancé par François.

L'infirmière explique aussi que les soignants sont plus à même à se faire séduire par les patients que les femmes, « *ça fonctionne plus avec les soignants hommes* ».

Enfin, selon François, le fait d'être un IDE peut protéger de certaines remarques sexistes dans la relation avec le patient « *c'est vrai que lorsque tu es un homme, tu appréhendes beaucoup moins une violence sexuelle ou du harcèlement que si tu es une femme* ».

4.3.3. Concernant la relation soignant-soigné pour une IDE

En lien avec le dernier item de la partie précédente et à l'inverse des infirmiers, les soignantes peuvent être victimes des paroles et des actes irrespectueux. Véronique évoque les patients violents, « *Après lorsque tu as des personnes violentes, en tant que femme, ça peut être compliqué* ». De plus, l'infirmière témoigne que « *des patients hommes qui peuvent avoir des gestes ou des discours déplacés auprès des infirmières* ». François rappelle que « *les femmes subissent plus de sexisme que les hommes* » et que « *Les comportements machistes sont aussi plus récurrents* », notamment en lien avec les représentations des patients. Pour autant, celui-ci pense que « *même chez les femmes [certaines] peuvent être critiques par rapport à une autre femme* ».

En outre, François témoigne d'une situation survenue entre ses collègues infirmières et un patient au cours de soin impliquant l'intimité du patient, dans laquelle ses collègues ont été agressées : « on a eu un patient qui était difficile avec les deux sexes, le problème c'était que c'était un patient qu'on prenait en soin pour une plaie à côté du pénis et lorsqu'on faisait les pansements il était en érection et du coup c'était assez traumatisant pour mes collègues ». La relation avec ce patient était insoutenable pour ses collègues, « le patient laissait des sous-entendus ou en tout cas abandonnait totalement sa pudeur », « j'avais des collègues qui revenaient de là-bas traumatisées », mais aussi pour lui « même moi il a réussi à me mettre mal à l'aise ».

4.3.4. Concernant la pratique professionnelle en général

Lorsque la question « pensez-vous que le genre du soignant peut influencer sa pratique professionnelle ? » a été posée aux professionnels, les deux interrogés ont eu des avis différents.

D'un côté, Véronique pense que la pratique professionnelle peut changer selon le soin à réaliser, « C'est plus quand tu touches à l'intimité des personnes que la pratique professionnelle peut changer ».

D'un autre côté, François ne pense pas directement à son genre lorsqu'il soigne des personnes « Je ne me pose pas forcément de question par rapport au genre parce que je suis cisgenre et je trouve que cela va de soi », « je pense que travailler en tant qu'infirmier c'est travailler dans le soin ».

4.3.5. Sur la pratique professionnelle pour un IDE

Dans la partie précédente, Véronique nous transmettait que les soins touchant l'intimité du patient influencent la pratique professionnelle et impactent la relation de soin. L'infirmière précise ses paroles en prenant l'exemple des soins réalisés par des soignants envers des femmes. « [Pour] Les hommes [soignants], par exemple, les petites toilettes chez une femme peut être particulier et peut changer ».

De plus, l'infirmière témoigne d'un épisode vécu au cours de sa carrière, « Lorsque je travaillais avec un collègue de nuit, c'est arrivé qu'une femme lui refuse un change en nuit, par rapport à l'intimité », « on s'était mis d'accord, j'y allais à sa place ». En ce qui concerne le refus de soin lié au soignant, François nous avoue que lorsqu'il était étudiant, il s'effaçait « pour laisser place à ses collègues féminines ». Néanmoins, depuis qu'il est diplômé, l'infirmier constate qu'il aurait « plus tendance à m'imposer sans porter atteinte à la pudeur ».

En travaillant en tant qu'IDE, celui-ci avoue accorder de la place à ses émotions ou aux comportements qui serait identifiés comme féminins, « *le soin c'est quelque chose qui serait plus facilement attribué à la femme ou l'identité féminine [...] peut être qu'en travaillant en tant qu'infirmier j'accepte plus aussi ce côté indulgence ou bienveillance, de l'empathie, des choses comme ça, même des actions ou des émotions comme pleurer je pense que d'une certaine manière on accepte plus cette part de nous.* ».

Enfin, l'infirmier nous transmet que « *A part ça, est-ce que le fait d'être un homme influe sur la façon dont je soigne les gens, je ne pense pas* ».

4.3.6. Concernant la pratique professionnelle pour une IDE

Les soins impliquant l'intimité des patients dits masculins peuvent aussi modifier la pratique professionnelle des infirmières, pensent les interrogés. Comme énoncé dans la partie précédente avec les soins prodigués par des hommes impliquant l'intimité des patientes, Véronique pense que « *nous [les infirmières], si on a une sonde urinaire chez un homme, c'est particulier* ». De plus, en lien avec la situation énoncée par François, les soins étaient compliqués et les infirmières ne pouvaient réaliser le pansement dans de bonnes conditions, « *Elles étaient tout le temps mal à l'aise* », « *les soins se passaient mal* ».

Tout comme François, Véronique nous transmet que son genre n'influence pas sa pratique professionnelle, « *Par rapport aux patients, non je ne pense pas que ça aurait changé quelque chose* ».

4.3.7. Concernant la vie en équipe pour un IDE.

Pour Véronique, le fait d'avoir un homme dans les équipes de soins est un avantage, « *Dans les équipes, on est bien content d'avoir des mecs pour calmer le jeu* », « *on s'est déjà retrouvé en difficulté à cause d'un manque d'homme dans les équipes* ». De plus, l'infirmière indique qu'elle a « *un collègue infirmier de nuit et un de jour, c'est bien vécu pour eux de faire équipe avec une majorité de femmes.* ».

Toujours en lien avec la situation énoncée par François, celui-ci indique que « *Vis-à-vis de cette situation, je me suis proposé d'aller prendre en soin ce patient* » pour soulager ses collègues, car il se sentait moins gêné par le soin.

5. DISCUSSION

L'objectif de cette dernière partie est de mettre en lien les éléments introduit dans le cadre conceptuel, le discours des professionnels interrogés et de faire part de mon point de vue tout en tentant d'apporter une réponse à notre question de départ. Pour rappel, la question de recherche de ce mémoire est la suivante :

En quoi les représentations sociales des patients sur le genre du soignant influencent-elles la relation soignant–soigné ?

D'une autre manière, nous cherchons à démontrer comment et pourquoi les représentations des patients influencent la relation soignant–soigné.

5.1. Les représentations sociales au cœur du processus d'appréciation du soignant par le patient.

Dans un premier temps, nous allons étudier de nouveau la notion de représentation. Élément majeur de notre question de départ, les représentations sociales influencent les perceptions des patients sur les soignants, notamment lors des premiers soins. Pourquoi ?

D'un point de vue lexical, cette notion est définie comme étant des croyances, connaissances et sentiments partagés par plusieurs individus issus d'un même groupe social. Denise Jodelet évoque une « Forme de connaissance courante, dite « de sens commun » » (1991, p.668) pour caractériser les représentations sociales. D'un autre côté, il semble aussi pertinent de revenir sur la notion de représentations professionnelles. Celles-ci peuvent être définies comme « un ensemble d'idées que partagent des individus sur un métier donné... Il s'agit donc bien d'une représentation sociale d'un objet métier construite par n'importe quel individu qui n'est pas impliqué dans les rapports de travail. » (Blin, 1997, p.79). Ces différentes définitions nous permettent de comprendre les notions de représentations et représentations du travail d'un point de vue idéologique. Si nous croisons ces définitions à la réalité du terrain, nous obtenons des données intéressantes.

En effet, par le biais des professionnels interrogés, nous comprenons que ces représentations sont prépondérantes dans la relation de soin « *pour les patients, les représentations prennent une place importante* ». Lors des premiers soins avec un soignant inconnu, les représentations prennent aussi une place importante. L'infirmier interrogé nous transmet que « *Il peut y avoir une certaine*

appréhension lors des premiers soins ». De ce fait, un patient donné aurait un pressenti sur le soignant qui s'apprête à le prendre du fait de ses représentations.

Pour ma part, les représentations sociales prennent une place importante dans l'inconscient de n'importe quel individu. Elles se construisent depuis l'enfance et s'alimentent au fil de notre existence de par nos interactions avec d'autres individus. Ces représentations sont fortement ancrées dans nos habitudes, ce qui leur accorde un caractère véridique. Pour autant, je pense qu'elles ont une part de vrai et de faux. Dans les représentations professionnelles, sans connaître la réalité d'un métier et dans un contexte inconnu, il est naturel de se repérer en s'appuyant sur nos représentations pour essayer de déterminer une profession. C'est notamment le cas lors des premiers moments de partage avec un patient : les représentations surgissent de l'inconscient du patient pour que celui-ci puisse se repérer dans un environnement méconnu. Pour autant, je pense que ces réflexes représentatifs sont communs à chaque individu et applicables à n'importe quels moments de vie lorsqu'un individu se retrouve en contact avec un inconnu. Dans un contexte de soins, je pense que les représentations sur la profession d'IDE ont une part de vrai car elles sont fondées sur la réalité. Néanmoins, celles-ci sont encore faussées par des idées reçues. Par exemple, dans la société, la profession est directement associée à l'identité féminine. Même si dans la pratique la profession est largement composée de femmes, cette représentation n'est pas vraie dans son absolu. Si les représentations impactent la vision du patient sur le soignant, il est intéressant de se questionner sur l'origine et la nature de celles-ci.

5.2. Le poids de l'histoire de cette profession.

Dans la première partie du cadre conceptuel, nous avons retracé l'histoire de la profession en étudiant l'ouvrage « Infirmière, Genèse et réalité d'une profession » de Bernadette Stinglhamber-Vander Borght.

Depuis l'apparition des premiers êtres humains, le prendre soin de l'autre est principalement attribuée à la femme et à l'identité féminine. De par le prendre soin de son enfant, la mère assure le maintien de la vie de son espèce. Durant l'Antiquité tardive, une christianisation s'opère en Europe occidentale. Dès lors, la profession d'IDE est liée à la religion et au christianisme. Le soin à l'autre se développe avec la création d'hospice et le recrutement de personnel, comme les « Cornettes » pour prendre soin des malades et des plus démunis. A partir du XIXe siècle, la profession de soignant de soignant va s'institutionnaliser, sans pour autant être reconnue dans la sphère sociale. Florence Nightingale plaide pour la création d'une formation afin de professionnaliser la fonction d'infirmière. En France, au début du XXe siècle, plusieurs écoles sont créées selon le modèle de l'infirmière britannique, et ce plusieurs années après l'ascension des pensées de Florence Nightingale. De plus,

plusieurs textes législatifs viennent définir et encadrer la profession, ce qui concourt à la professionnalisation de ce corps de métier. A la fin du XXe siècle, plusieurs manifestations ont lieu pour demander une revalorisation salariale et appeler la société à une meilleure reconnaissance de la profession, avec en tête d'affiche le slogan « Ni bonnes, ni connes, ni nonnes ».

En interrogeant les professionnels sur la thématique des représentations des patients sur le soignant, nous retrouvons plusieurs éléments en lien avec l'histoire de la profession. En effet, Véronique, l'infirmière interrogée, nous transmet que les patients établissent encore des liens entre profession infirmière et religion chrétienne « *Des fois, il y a encore l'image de la bonne sœur* ». De plus, les deux interrogés ajoutent que l'identité féminine représente le plus la profession « *les femmes sont directement associées aux infirmières* », « *les patients ont tellement eu l'habitude de faire face à des infirmières* ». De ce fait, la vision des patients sur les caractéristiques du professionnel pourrait dépendre en grande partie de son histoire, nous montrant que le métier est presque exclusivement lié aux femmes.

Pour ma part, avancer que la profession d'IDE et le prendre soin n'est pas historiquement lié à l'identité féminine serait irrationnel. Néanmoins, je pense que les représentations des patients sur les professionnels ne proviennent pas seulement de l'historique des IDE. Il est vrai qu'il existe des images en lien avec les statuts historiques des soignantes pour caractériser les professionnels d'aujourd'hui, comme celles de « bonne sœur », mais je pense que ces représentations sont assez anciennes et proviennent de patients plutôt âgés. Les propos de l'infirmière sur ce sujet illustrent bien ce phénomène, puisqu'elle travaille avec des patients d'un certain âge. De plus, l'infirmier interrogé ne m'a pas fait part de ce genre de représentation, tout comme je n'ai jamais eu l'occasion de constater ce genre de comparaison au cours de mon début de carrière. Pour autant, je pense que l'identification des patients du professionnel à l'identité féminine pourrait s'expliquer par l'histoire de la profession. Naturellement, le lien fait entre la mère qui prend soin de son enfant se répercute dans le prendre soin entre le soignant et le patient. Cela pourrait expliquer la composition presque exclusivement féminine des professions soignantes tout au long de l'histoire. Je pense que cette vision est vraie aujourd'hui et influence l'image de la société sur les professionnels paramédicaux. Ainsi, les patients vont directement associer la profession à la population féminine.

5.3. L'influence des stéréotypes de genre et de la société patriarcale.

Dans une relation de soin, d'autres phénomènes en lien avec le genre du soignant peuvent influencer les représentations des patients.

Dans la partie théorique, nous avons étudié plusieurs notions identifiées comme indispensables pour comprendre le sujet et tenter d'apporter une réponse à la problématique. Tout d'abord, nous avons différencié le sexe et le genre d'un individu. Le sexe d'un individu est défini comme « le sexe biologique d'une personne ou d'un groupe. » (Rapport d'analyse prospective, Haute Autorité de Santé, 2020, p.4.). Le genre est caractérisé par « les attributs psychologiques, les activités, les rôles et statuts sociaux culturellement assignés à chacune des catégories de sexe et qui constituent un système de croyance. » (Hurtig et al, 2002). Ces croyances définissent les normes des rôles dits masculins et féminins, socialement attribués à une des catégories de sexe en fonction des caractéristiques physiques, psychologiques et comportementales. Par la suite, nous nous sommes intéressés à la notion de stéréotypes de genre. Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes définit cette notion comme étant « des représentations schématiques et globalisantes sur ce que sont et ne sont pas les filles et les garçons, les femmes et les hommes. » (Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2014). L'intériorisation de ces représentations apparaissent pendant la période de socialisation primaire de l'enfant « La période de socialisation précoce (0 à 6 ans) contribue de manière déterminante à l'intériorisation des stéréotypes, par une manière sexuée de « catégoriser » le monde » (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2015, p.6). Par le biais d'une étude de l'INSEE sur la place des femmes et des hommes en société (cf. p.11) nous avons démontré que ces stéréotypes sont réellement présents dans la société.

Dans la partie précédente, nous avons établi le fait que la profession d'IDE est une profession genrée. En conséquence, les thématiques du genre et du sexe jouent un rôle important dans les représentations des patients sur les professionnels. De plus, des stéréotypes de genre peuvent être mis en relation avec ces représentations. Les caractéristiques socialement attribuées au rôle dit féminin coïncident avec les qualités du professionnel IDE et pourrait ainsi participer à l'identification de la profession à une profession féminine. Nous pouvons également analyser ce même schéma avec la profession médicale, en lien avec son histoire et les représentations des qualités d'un médecin et des caractéristiques du rôle dit masculin.

En outre, les représentations en lien avec l'organisation actuelle de la société, ou société patriarcale, impacte aussi les représentations des individus. La société patriarcale peut être définie comme une organisation dans laquelle l'autorité est détenue par les hommes cisgenres. De ce fait, ceux-ci bénéficient d'un statut de privilégié au détriment des femmes et du genre féminin. Cette vision

est encore d'actualité aujourd'hui, comme en témoignent les IDE interrogés « *Je travaille avec une population âgée, ils ont encore la représentation d'une société patriarcale* », « *il y a des pressions sociales qui sont exercées sur les femmes qui vont influencer leurs décisions car c'est la société qui est comme ça* ». Ce rapport asymétrique entre hommes, femmes, masculin et féminin se répercute dans la sphère professionnelle. Dans les métiers de soins, la profession médicale est socialement imaginée comme supérieure aux IDE. Dès lors, pour les patients, il est difficile d'imaginer autre chose qu'une femme en tenue blanche en IDE et qu'un homme en tenue blanche en médecin. Les propos des interrogés illustrent ce phénomène « *Typiquement, dans les représentations, un homme va être perçu comme médecin* », « *il va être perçu comme plus qualifié* », « *Les hommes sont plus facilement associés comme supérieurs* ».

Pour ma part, je trouve que cette vision archaïque des professions de soins liés au genre du soignant est toujours d'actualité. En service de soin, lorsque je suis en tenue de travail, je ne compte plus le nombre de fois où un patient, un membre d'une famille ou même un professionnel me sollicite en pensant que je suis étudiant en médecine ou médecin. De plus, je pense que le genre grammatical des noms « médecin » et « infirmière » influence les visions des patients sur ces professions. En effet, même s'il est possible de dire « une médecin », il n'existe pas de féminin à ce même nom pour désigner la fonction de médecin pour une femme. A l'inverse, même s'il existe le nom « infirmier » pour désigner la fonction d'infirmière pour un homme, le terme « infirmière » est couramment utilisé pour décrire les IDE de manière générale. Selon moi, cette classification lexicale pourrait constituer un plafond de verre dans l'imaginaire des patients dans l'identification d'une femme comme médecin. De ce point de vue, il paraît plus simple d'identifier une femme comme IDE et un homme comme médecin. En tant que futur professionnel, il est vrai qu'il paraît parfois difficile de s'identifier comme infirmier auprès des patients.

5.4. Une relation de soin impactée par ces représentations.

Dès la naissance de la rencontre entre l'IDE et le patient et tout au long de la prise en soin, les représentations des patients peuvent influencer la relation soignant-soigné, d'autant plus lorsqu'il est question de genre.

Dans la dernière partie du cadre conceptuel, nous nous sommes concentrés sur la notion de relation soignant-soigné. Cette notion peut être définie comme un lien de partage d'émotions, de sentiments, de croyances et de confiance entre deux individus aux statuts différents, le soignant et le soigné, dans une prise en soin. La relation soignant-soigné s'installe lorsque le soignant et le patient

se rencontrent et a pour objectif d'instaurer une alliance thérapeutique basée sur une confiance mutuelle.

Nous avons précédemment analysé que les différentes représentations des patients sur les IDE sont fortement liées à la thématique du genre. De ce fait, la relation soignant–soigné peut apparaître comme différenciée en fonction du genre du soignant car elle serait influencée par ces représentations. En effet, selon François, « *pour les patients, les représentations prennent une place beaucoup plus importante* », et peuvent jouer un rôle important dans le comportement du patient à l'égard du soignant. Plusieurs comportements peuvent illustrer ce phénomène.

En lien avec la notion de « care » et les stéréotypes de genre autour du rôle dit féminin, il est possible qu'une relation de soin entre une soignante et un patient tende vers une relation de maternage « inversée ». Cette situation pourrait entraîner une attitude passive de la part du patient lors des soins. Par l'intermédiaire de mécanismes de transferts, le patient peut calquer la relation mère-enfant avec la soignante lors des soins. Cette situation pourrait influencer la relation de soin. D'un côté, le lien noué pourrait augmenter la confiance du patient à l'égard de la soignante et créer un climat de sécurité. Mais, à terme, le patient pourrait perdre son autonomie. Pour autant, cette vision n'est pas partagée par les professionnels interrogés. De plus, les soignantes peuvent aussi être victimes de gestes ou discours déplacés, violents et discriminatoires de la part de patient de genre masculin en général. Les professionnels interrogés ont déjà été témoins de ce type d'évènements « *les femmes subissent plus de sexisme que les hommes.* », « *Après lorsque tu as des personnes violentes, en tant que femme ça peut être compliqué.* », « *Après il y a des patients hommes qui peuvent avoir des gestes ou des discours déplacés auprès des infirmières.* », « *Les comportements machistes sont aussi plus récurrents, même chez les femmes, qui peuvent être critiques par rapport à une autre femme* ». Ces expériences peuvent illustrer les représentations genrées liées à la société patriarcale. L'identité féminine est imaginée comme inférieure et victime de comportements discriminatoires. De ce fait, ces comportements pourraient impacter la relation avec le patient, mais plutôt du côté du soignant, comme en témoigne François après avoir raconté son récit « *j'avais des collègues qui revenaient de là-bas [le domicile du patient avec lequel les soins étaient compliqués] traumatisées* ».

D'un autre côté, la relation de soin entre un soignant et un patient peut être impactée de manière différente. Dans les représentations sociétales, l'autorité, la virilité et la force sont des caractéristiques liées aux rôles dits masculins que nous retrouvons aussi dans les attributs imaginés et présumés des soignants. Ces représentations peuvent créer une appréhension lors des soins manifestée par une peur du geste réalisé par le soignant, ce qui est indiqué par François « *Souvent, les gens croient que je vais être plus brutal dans les soins.* ». Tout comme les soignantes, une relation de maternage peut aussi survenir entre un soignant et un patient par le biais de la figure paternelle que

pourrait représenter le soignant. De plus, en lien avec les représentations patriarcales, le soignant peut être perçu comme plus qualifié, ce qui pourrait accroître la confiance et le sentiment de sécurité chez le patient. Enfin, le refus de soin des patients lors des soins peut impacter la relation soignant–soigné. Le fait de réaliser un geste qui pourrait affecter l’intimité du patient, d’autant plus lorsqu’il est réalisé par un IDE auprès d’une patiente, peut impacter la relation soignant–soigné. Les deux IDE abordent ce sujet « *La patiente refusait car le soignant était un homme* », « *En tant qu’étudiant, on m’a déjà refusé des soins parce que j’étais un homme* », « *C’est plus quand tu touches à l’intimité des personnes que la pratique professionnelle peut changer.* ». A l’inverse, cette situation pourrait altérer la relation soignant–soigné.

Pour ma part, mes expériences de stages me font penser que les comportements des patients induits par leurs représentations sur le genre du soignant impactent la relation de soin. Comme énoncé dans mes situations d’appels, des patientes m’ont déjà refusées des soins en raison de mon genre. Je pense que ces refus peuvent créer des cassures dans la relation de soin et impacter la pratique professionnelle soignante. En effet, le soignant peut se sentir dévalorisé et ce refus peut créer un malaise dans la communication entre le soignant et le patient. Cependant, ces réactions et comportements de la part des patientes sont compréhensibles avec tout ce qui se passe dans notre société, et ne dévalorisent pas pour autant notre métier d’IDE. De plus, certaines représentations de la profession, non liées aux genres, peuvent être profitables pour la relation de soin. En effet, les nombreux remerciements adressés par les patients lors des hospitalisations peuvent témoigner des représentations des patients sur le travail des soignants et sur les difficiles conditions d’exercices.

6. CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche infirmière nous a permis d'éclaircir la thématique du genre dans la profession IDE. Nous avons à cœur de comprendre les raisons qui expliquent la composition de ce corps de métier, les représentations des patients sur le sexe et le genre des professionnels de soin et les répercussions de ces représentations dans une relation de soin. Après avoir vécu des situations pendant des stages ou dans un contexte professionnel qui mettaient en cause mon genre en tant que soignant, différentes questions ont surgi pour essayer de comprendre ces événements. Cet enchaînement de questions a permis de développer une problématique pouvant être exploitée dans le cadre de ce mémoire : **En quoi les représentations sociales des patients sur le genre du soignant influencent-elles la relation soignant–soigné ?**

Dans un premier temps, nous avons étudié l'histoire de la profession. Les différents travaux de recherches nous ont permis de constater que ce métier est lié au prendre soin et à l'identité féminine. Par la suite, nous nous sommes intéressés à la notion de représentation sociale et aux différentes représentations professionnelles sur les IDE existantes au sein de la société. Partagées par un grand nombre d'individus depuis plusieurs d'années, la nature de ces représentations coïncident avec l'histoire de la profession et les caractéristiques liées au genre dit féminin. Enfin, nous avons défini le concept de relation soignant–soigné afin de comprendre ce qui peut amener celle-ci à être impactée par les représentations sur la profession.

En interrogeant les professionnels à ce sujet, il est ressorti que les représentations sur la profession et les IDE sont différentes selon le point de vue patient ou soignant. Les patients sont encore attachés aux images genrées de l'IDE, tandis que les soignants uniformisent les professionnels en individus compétents avec des capacités relationnelles de qualité. Nous avons ensuite discuté des matérialisations de ces représentations dans la relation avec le patient. Nous avons ainsi abordé les sujets de refus de soin lié à l'intimité, de la violence et des discours déplacés envers les IDE. Ces entretiens nous ont permis de comprendre qu'il existe des comportements et réactions pouvant être mis en relation avec les représentations des patients sur l'IDE.

Avec les différents points abordés dans la discussion, nous avons établi des liens entre les représentations des patients, les matérialisations de celles-ci et les conséquences sur la relation soignant–soigné. Les patients peuvent avoir des comportements qui matérialisent leurs représentations sur les IDE, ce qui peut influencer la relation de soin. A terme, la relation de soin peut être impactée de manière négative, ce qui nuit à la bonne prise en charge du patient.

Il est certain que les soignants ne peuvent pas intervenir sur les représentations. A côté de cela, les représentations des patients sont différentes de celles des soignants. En questionnant deux

IDE sur leurs représentations de la profession et des IDE, ceux-ci ont peint le portrait d'individus compétents, issus de la même formation et partageant des connaissances, valeurs et compétences communes. En s'affirmant en tant que professionnel qualifié dans une relation de soin, les représentations des patients sur la profession peuvent-elles se transformer ? Nous pouvons ainsi nous demander en quoi l'affirmation d'une identité professionnelle infirmière auprès du patient peut-elle influencer la relation soignant-soigné ?

D'un point de vue personnel, ce travail de recherche m'a permis de constater l'évolution de mes représentations sur les IDE par rapport à mon entrée en formation. Désormais, je partage le même avis que les professionnels interrogés concernant les caractéristiques des IDE. De plus, j'ai pu découvrir ou approfondir mes connaissances sur les notions de représentations sociales et plus particulièrement de genre. De plus, je me suis rendu compte de l'importance des stéréotypes de genre au sein de la société. Ils façonnent les genres dits « masculins » et « féminins » et exercent des pressions importantes sur les individus n'étant pas cisgenres. En parallèle, en interrogeant les IDE sur la question du genre, j'ai ouvert les yeux sur ce que pouvaient parfois endurer mes collègues féminines face à des patients incorrects et irrespectueux. En étant un homme cisgenre, je suis en quelque sorte « privilégié » dans le système sociétal actuel, j'ai très peu de chance de subir des discriminations, des violences ou encore des agressions, que ce soit pendant ou hors des temps de travail. Enfin, j'ai compris que sans avoir été hospitalisé ou sans être soignant, il est compliqué d'avoir des représentations réelles sur la profession d'IDE.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. L'Harmattan.
- Bonardi, C., & Roussiau, N. (2014). *Les représentations sociales*. Dunod.
- Burricand, C., & Grobon, S. (s. d.). *Quels stéréotypes sur le rôle des femmes et des hommes en 2014 ?* (Etudes et résultats n° 907, 03/2015). DREES.
- Gaymard, S. (2021). *Les fondements des représentations sociales : Sources, théories et pratiques*. Dunod.
- *Grand dictionnaire de la psychologie*. (1991). Larousse.
- Hurtig, M.-C., Kail, M., & Rouch, H. (2002). *Sexe et genre—De la hiérarchie entre les sexes*.
- Jodelet, D. (2003). *LES REPRESENTATIONS SOCIALES*. Presses Universitaires de France (PUF).
- Magnon, R. (2003). *LES INFIRMIERES : IDENTITE, SPECIFICITE ET SOINS INFIRMIERS - LE BILAN D'UN SIECLE*. Masson.
- Maner-Idrissi, G. L. (1997). *L'identité sexuée*. Dunod.
- Manoukian, A., & Masseur, A. (2008). *LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE* (3 éd.). Lamarre.
- Stinghamber-Vander borgh, B. (1994). *INFIRMIERE: GENESE ET REALITE D'UNE PROFESSION*. De Boeck.
- Unger, R. K. (1979). *Female and Male : Psychological Perspectives*. Harper & Row.

Articles :

- Arborio, A.-M. (2005). Hommes et Femmes aides-soignants : Deux métiers différents ? *Colloque « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ». Session « Du genre et des professions de santé », DREES-MIRE, Paris, 23-24 mai 2005, 10.*
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00005651>
- Clavagnier, I. (2013). Profession infirmière, la place des hommes. *Revue de l'infirmière, n° 194, 17-30.*
- Courtois, A.-C., Courtois, R., Cuminet, L., & Grandsire, A. (2005). Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ? Étude sur la représentation de l'infirmière et réflexion sur le soin [What is the image of nurses today?]. *Soins. Psychiatrie, 700, 41-46.*

- Faye, C. (2010). INFIRMIERE AU MASCULIN. *Infirmière magazine (L')*, 264, 26-29.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42.
- Grobon, S., & Burricand, C. (2015). Quels stéréotypes sur le rôle des femmes et des hommes en 2014 ? *Études et Résultats, Drees*.
- Hunsinger, V., & Vouillot, F. (2019). Hommes infirmiers : La force des préjugés. *Infirmière magazine (L')*, n° 400, 32-33.
- Maillet-Contoz, J. (2018). Profession infirmière : Genre et représentations. *Santé mentale, HS*, 36-37.
- Schweitzer, S. (2009). Du vent dans le ciel de plomb ? L'accès des femmes aux professions supérieures, xixe–xxe siècles. *Sociologie du Travail*, 51(2), 183-198.
<https://doi.org/10.1016/j.soctra.2009.03.003>
- Williams, J. E., & Best, D. L. (1977). Sex Stereotypes and Trait Favorability on the Adjective Check List. *Educational and Psychological Measurement*, 37(1), 101-110.
<https://doi.org/10.1177/001316447703700111>

Rapport :

- *Sexe, genre et santé—Rapport d'analyse prospective 2020*. (2020). HAS.

Pages web :

- *Cours : UE 3.1 Histoire de la profession infirmière*. (s. d.). Consulté 13 décembre 2021, à l'adresse <https://moodle.ifchureennes.fr/course/view.php?id=42>
- *Dictionnaire de l'Académie française*.
<http://www.dictionnaire-academie.fr/>
- G.Z. (2017, novembre 17). *Le sexisme à l'hôpital est une réalité quotidienne*. leparisien.fr.
<https://www.leparisien.fr/societe/le-sexisme-a-l-hopital-est-une-realite-quotidienne-17-11-2017-7398384.php>
- *HCDH | Stéréotypes liés au genre*. (s. d.).
<https://www.ohchr.org/FR/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx>

- *Profession infirmière : Genre et représentations*. (2018, août 23). Santé Mentale.
<https://www.santementale.fr/2018/08/profession-infirmiere-genre-et-representations/>
- *Quels stéréotypes sur le rôle des femmes et des hommes en 2014 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*. (s. d.).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quels-stereotypes-sur-le-role-des-femmes-et-des-hommes-en-2014>
- *Rapport relatif à la lutte contre les stéréotypes : « Pour l'égalité femmes-hommes et contre les stéréotypes de sexe, conditionner les financements publics »—Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes*. (s. d.).
<https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/stereotypes-et-roles-sociaux/travaux-du-hce/article/rapport-relatif-a-la-lutte-contre-935>
- *RELATION : Définition de RELATION*. (s. d.). Consulté 22 décembre 2021, à l'adresse
<https://www.cnrtl.fr/definition/relation>
- School, G. E. C. B. (s. d.). *Représentations individuelles et représentations collectives*. Les 4 Temps du Management - Réinventer le Management. Consulté 14 décembre 2021, à l'adresse
https://www.4tempsdumanagement.com/Representations-individuelles-et-representations-collectives_a1673.html
- *SOIGNANT : Définition de SOIGNANT*. (s. d.).
<https://www.cnrtl.fr/definition/soignant>
- *TRANSFERT : Définition de TRANSFERT*. (s. d.).
<https://www.cnrtl.fr/definition/transfert>

ANNEXES

Annexe I – Guide d’entretien

Pouvez-vous vous présenter ? (Service actuel, services passés, formation, année de diplôme)

Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la profession infirmière ?

Selon vous, quelles perceptions les patients ont-ils de la profession infirmière ?

Pensez-vous qu’il existe des différences entre un infirmier et une infirmière ?

Pensez-vous que le genre du soignant peut influencer sa pratique professionnelle ?

Pensez-vous que le fait d’être un homme change quelque chose dans votre pratique professionnelle ?

Pourriez-vous me décrire une situation dans laquelle le genre du soignant a été pris en compte par le patient ?

Pensez-vous que la relation avec le patient peut être influencée par le genre du soignant ?

Selon vous, les patients ont-ils des images de la profession différente selon le genre du soignant ?

Pensez-vous que ces représentations influencent la relation soignant-soigné ?

Annexe II – Tableaux d’analyse

Thèmes	Sous-Thèmes	Items
1) Représentations des professionnels interrogés.	a) Représentation sur la profession d’IDE.	<ul style="list-style-type: none"> - C’est un métier hyper intéressant mais hyper bouffant. - C’est un métier qui demande des connaissances, de la responsabilité - C’est un métier pas reconnu - C’est passionnant et épuisant à la fois - C’est un métier assez complexe - Je vois ce métier comme quelque chose qui fait beaucoup partie de l’humain - C’est un accompagnement adapté à chaque personne et qui est dans le non-jugement - Mais je pense que travailler en tant qu’infirmier c’est travailler dans le soin
	b) Représentations sur les IDE en général.	<ul style="list-style-type: none"> - Un professionnel doit avoir de l’empathie, doit être rigoureux et avoir une bonne forme physique et psychologique - Dans les faits on a la même formation et je pense qu’on est capable de produire le même soin, la même efficacité et mobiliser les mêmes connaissances. - Je pense qu’à partir du moment où on veut être infirmier, c’est qu’on partage des valeurs et c’est qu’il y a des choses communes. - Après travailler en tant qu’infirmier, c’est aussi avoir de la personnalité dans les soins, avoir une identité professionnelle qui est indépendante.
	c) Représentations sur les infirmiers diplômé d’Etat.	<ul style="list-style-type: none"> - Lorsqu’il y a un homme dans les équipes, notamment les médecins, ils restent entre eux. - Les hommes sont mieux perçus dans les services par rapport à nous. - Dans les équipes, on est bien content d’avoir des mecs pour calmer le jeu - Forcément il y a des différences

		<ul style="list-style-type: none"> - Il ne devrait pas y en avoir mais il y en a. [des différences entre un infirmier et une infirmière] - Là ou peut être si je n'avais pas fait ce métier j'aurai été plus viril.
2) Représentations des patients selon les professionnels.	<p>a) Représentations sur la profession.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les gens se sont rendus compte de la difficulté de la profession, du manque de moyens, du manque de finances. - Les patients ont une bonne perception. - Après le travail est bien mieux reconnu aujourd'hui depuis le covid. - Je sais quand même que lorsque je suis avec un patient il voit qu'on a un rythme de travail assez intense, qu'on peut être souvent en retard, pressés par le temps et souvent ils compatissent. - Certains sont très concernés lorsqu'ils ont de la famille soignante et se rendent beaucoup plus compte des complexités du métier
	<p>b) Représentations sur les IDE en général.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ils nous aiment bien quand même. - Je travaille avec une population âgée, ils ont encore la représentation d'une société patriarcale. - Les images que peuvent avoir les gens des infirmiers varient beaucoup, - Je pense qu'ils ont tous une vision différente - Il y a des pressions sociales qui sont exercées sur les femmes qui vont influencer leurs décisions car c'est la société qui est comme ça - Par contre pour les patients, les représentations prennent une place beaucoup plus importante - Lorsqu'on prend en soin la personne, qu'on montre qu'on a des connaissances ça se passe bien et ça rassure les gens, et du coup l'appréhension qu'il peut y avoir vis-à-vis d'une apparence disparaît assez vite
	<p>c) Représentations sur les femmes dans un service de soin</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients ont tellement eu l'habitude de faire face à des infirmières - Mais des fois, il y a encore l'image de la bonne sœur - Les femmes sont directement associées aux infirmières. - Une femme va limite être considérée en aide-soignante ou aide à domicile mais c'est juste de la considération.

	<p>d) Sur les hommes dans un service de soin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les patients vont les appeler « docteurs ». - Les hommes sont plus facilement associés comme supérieurs - Tout de suite, ils sont au-dessus - Typiquement, dans les représentations, un homme va être perçu comme médecin - Il va être perçu comme plus qualifié qu'une femme - Souvent, les gens croient que je vais être plus brutal dans les soins
	<p>e) Evolution de ces représentations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Après le travail est bien mieux reconnu aujourd'hui depuis le covid. - Les choses ont évolué. - Les gens se sont rendus compte de la difficulté de la profession, du manque de moyens, du manque de finances - Remerciements en fin d'hospitalisation étaient plus réguliers.
<p>3) Vécu des professionnels selon le genre du soignant.</p>	<p>a) Concernant la relation soignant-soigné en général.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déjà, tu n'as pas la même relation avec le patient. Suivant le soin que tu as à faire - Certains patients peuvent être dans la séduction avec les soignants - A côté de ça on a eu un patient qui était difficile avec les deux sexes - Je pense qu'il y a des personnes qui d'office ne vont pas avoir la même attitude avec un homme ou une femme et du coup qui vont avoir plus de facilité à parler. - Déjà, entre des patients qui vont être plus âgés ou plus jeunes on ne va pas avoir les mêmes rapports non plus
	<p>b) Concernant la relation soignant-soigné pour un IDE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La patiente refusait car le soignant était un homme - Les patients ont tellement eu l'habitude de faire face à des infirmières qu'ils n'agissent pas pareil avec les hommes - Et ça fonctionne plus avec les soignants hommes - Je me souviens qu'en tant qu'étudiant, il y avait souvent des femmes qui refusaient que je les prenne en soin,

		<ul style="list-style-type: none"> - En tant qu'étudiant, on m'a déjà refusé des soins parce que j'étais un homme - Ce n'est pas traumatisant et c'est compréhensible par rapport à la pudeur - Je sais qu'il y a des sujets qu'on n'aborderait pas avec moi parce que je suis un homme. - C'est vrai que lorsque tu es un homme tu appréhendes beaucoup moins une violence sexuelle ou du harcèlement que si tu es une femme
	<p>c) Concernant la relation soignant-soigné pour une IDE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Après lorsque tu as des personnes violentes, en tant que femme ça peut être compliqué.</i> - <i>Après il y a des patients hommes qui peuvent avoir des gestes ou des discours déplacés auprès des infirmières.</i> - Les femmes subissent plus de sexisme que les hommes. - Pour des personnes âgées, c'est plus ancré le fait que la femme doit se faire soigner par une femme, ils ont plus de pudeur par rapport à ça - Les comportements machistes sont aussi plus récurrents, même chez les femmes, qui peuvent être critiques par rapport à une autre femme - Le patient laissait des sous-entendus ou en tous cas abandonnait totalement sa pudeur - J'avais des collègues qui revenaient de là-bas traumatisées
	<p>d) Concernant la pratique professionnelle en général.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>C'est plus quand tu touches à l'intimité des personnes que la pratique professionnelle peut changer.</i> - Je ne me pose pas forcément de question par rapport au genre parce que je suis cisgenre et je trouve que cela va de soi. - Je pense que travailler en tant qu'infirmier c'est travailler dans le soin
	<p>e) Concernant la pratique professionnelle pour un infirmier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Et puis les hommes, par exemple, les petites toilettes chez une femme peut être particulier et peut changer</i> - <i>Lorsque je travaillais avec un collègue de nuit, c'est arrivé qu'une femme lui refuse un change en nuit, par rapport à l'intimité,</i> - <i>On s'était mis d'accord, j'y allait à sa place.</i> - Le soin c'est quelque chose qui serait plus facilement attribué à la femme ou l'identité féminine et du coup peut être qu'en travaillant en tant qu'infirmier j'accepte plus aussi ce côté indulgence ou bienveillance, de l'empathie,

		<p>des choses comme ça, même des actions ou des émotions comme pleurer je pense que d'une certaine manière on accepte plus cette part de nous.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jje m'effaçais pour laisser place à mes collègues féminines. - Depuis que je suis devenu professionnel, j'aurai plus tendance à m'imposer sans porter atteinte à la pudeur - Vis-à-vis de cette situation, je me suis proposé d'aller prendre en soin ce patient - A part ça, est ce que le fait d'être un homme influe sur la façon dont je soigne les gens, je ne pense pas
	<p>f) Concernant la pratique professionnelle pour une IDE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nous, si on a une sonde urinaire chez un homme c'est particulier.</i> - <i>Par rapport aux patients, non je ne pense pas que ça aurait changé quelque chose.</i> - Les soins se passaient mal - Elles étaient tout le temps mal à l'aise - Même moi il a réussi à me mettre mal à l'aise
	<p>g) Concernant la vie en équipe pour un IDE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dans les équipes, on est bien content d'avoir des mecs pour calmer le jeu</i> - <i>On s'est déjà retrouvés en difficulté à cause d'un manque d'homme dans les équipes.</i> - <i>Après j'ai un collègue infirmier de nuit et un de jour, c'est bien vécu pour eux de faire équipe avec une majorité de femmes.</i> - Vis-à-vis de cette situation, je me suis proposé d'aller prendre en soin ce patient

Annexe II – Retranscription entretien 1 (Véronique)

Pouvez-vous vous présenter ? (Service actuel, services passés, formation, année de diplôme)

« Je suis diplômée depuis novembre 1987. En sortie de diplôme j'ai travaillé deux mois en service de long séjour, après je suis allé travailler dans un EHPAD trois semaines. J'ai ensuite travaillé 14 ans en service de médecine de jour et depuis 20 ans je travaille de nuit dans ce même service. »

Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la profession infirmière ?

« Un professionnel doit avoir de l'empathie, doit être rigoureux et avoir une bonne forme physique et psychologique. C'est un métier hyper intéressant mais hyper bouffant. C'est un métier pas reconnu même s'il y a eu des remontées financières récemment. C'est passionnant et épuisant à la fois, mais s'il avait fallu que je fasse autre chose je ne saurais pas ce que j'aurai fait. »

Selon vous, quelles perceptions les patients ont-ils de la profession infirmière ?

« Les patients ont une bonne perception. Ils nous aiment bien quand même. Mais des fois, il y a encore l'image de la bonne sœur. Après le travail est bien mieux reconnu aujourd'hui depuis le covid. Les choses ont évolué. Les gens se sont rendus compte de la difficulté de la profession, du manque de moyens, du manque de finances. C'est un métier qui demande des connaissances, de la responsabilité. Après, lorsque j'ai commencé à travailler, les remerciements en fin d'hospitalisation étaient plus réguliers. »

Pensez-vous qu'il existe des différences entre un infirmier et une infirmière ?

« Oui. Lorsqu'il y a un homme dans les équipes, notamment les médecins, ils restent entre eux. Les hommes sont mieux perçus dans les services par rapport à nous. Les hommes sont aussi vu comme les médecins auprès des patients. Après j'ai un collègue infirmier de nuit et un de jour, c'est bien vécu pour eux de faire équipe avec une majorité de femme. »

Pensez-vous que le genre du soignant peut influencer sa pratique professionnelle ?

« Déjà, tu n'as pas la même relation avec le patient. Suivant le soin que tu as à faire, par exemple, nous, si on a une sonde urinaire chez un homme c'est particulier. Et puis les hommes, par exemple les petites toilettes chez une femme peut être particulier et peut changer. C'est plus quand tu touches à l'intimité des personnes que la pratique professionnelle peut changer. Après lorsque tu as des personnes violentes, en tant que femme ça peut être compliqué. Dans les équipes, on est bien content d'avoir des mecs pour calmer le jeu. On s'est déjà retrouvés en difficulté à cause d'un manque d'homme dans les équipes. »

Pensez-vous que le fait d'être une femme change quelque chose dans votre pratique professionnelle ?

« Je ne sais pas, je me serai peut-être moins laissée me faire marcher sur les pieds, j'aurai peut-être eu plus de répondeur, même si j'en ai un peu. Par rapport aux patients, non je ne pense pas que ça aurait changé quelque chose. »

Pourriez-vous me décrire une situation dans laquelle le genre du soignant a été pris en compte par le patient ?

« Lorsque je travaillais avec un collègue de nuit, c'est arrivé qu'une femme lui refuse un change en nuit, par rapport à l'intimité. On s'était mis d'accord, j'y allais à sa place. La patiente refusait car le soignant était un homme. Dans un autre cas, le mari d'une patiente de religion musulmane ne voulait pas qu'un homme prenne soin de sa femme. »

Pensez-vous que la relation avec le patient peut être influencée par le genre du soignant ?

« Oui, Certains patients peuvent être dans la séduction avec les soignants, et ça fonctionne plus avec les soignants hommes. Les patients ont tellement eu l'habitude de faire face à des infirmières qu'ils n'agissent pas pareil avec les hommes. Après il y a des patients hommes qui peuvent avoir des gestes ou des discours déplacés auprès des infirmières. »

**Selon vous, les patients ont-ils des images de la profession différente selon le genre du soignant ?
Pensez-vous que ces représentations influencent la relation soignant-soigné ?**

« Je travaille avec une population âgée, ils ont encore la représentation d'une société patriarcale. Les hommes sont plus facilement associés comme supérieurs, les patients vont les appeler « docteurs ». Tout de suite, ils sont au-dessus alors que les femmes sont directement associées aux infirmières. »

Annexe III - Entretien 2 (Français)

Pouvez-vous vous présenter ? (Service actuel, services passés, formation, année de diplôme)

« J'ai été diplômé en 2018. Pendant un an, je n'ai pas travaillé comme infirmier, je voulais poursuivre mes études. Comme on a une reconnaissance en grade licence, j'ai choisi de faire un master et comme dans nos études on apprend un peu l'éducation, j'ai postulé pour un master en sciences de l'éducation. En parallèle, je voulais quand même continuer à faire infirmier, donc j'ai travaillé en MAS pendant deux mois. J'ai ensuite postulé en centre de soins après avoir vu une annonce sur le journal. J'ai déjà eu des expériences en stage positives en soins à domicile et j'ai signé un CDI depuis 2 ans. ».

Selon vous, quelles sont les caractéristiques de la profession infirmière ?

« C'est un métier assez complexe, je vois ce métier comme quelque chose qui fait beaucoup partie de l'humain. En premier lieu il y a du soin, que l'on apporte à des personnes pour essayer de traiter un problème, donc en collaboration avec le médecin. Ensuite il y a toute une deuxième partie pour apporter du bien-être. C'est un accompagnement adapté à chaque personne et qui est dans le non-jugement. C'est de la démarche éthique, de la sociologie, de la psychologie. ».

Selon vous, quelles perceptions les patients ont-ils de la profession infirmière ?

« C'est compliqué d'être dans leurs têtes. Je pense qu'ils ont tous une vision différente. Je sais quand même que lorsque je suis avec un patient il voit qu'on a un rythme de travail assez intense, qu'on peut être souvent en retard, pressés par le temps et souvent ils compatissent. Les images que peuvent avoir les gens des infirmiers varient beaucoup, certains sont très concernés lorsqu'ils ont de la famille soignante et se rendent beaucoup plus compte des complexités du métier. » .

Pensez-vous qu'il existe des différences entre un infirmier et une infirmière ?

« C'est une bonne question. Pour moi, ils ne devraient pas y en avoir mais il y en a. Typiquement, dans les représentations, un homme va être perçu comme médecin et donc il va être perçu comme plus qualifié qu'une femme. Une femme va limite être considérée en aide-soignante ou aide à domicile mais c'est juste de la considération. Dans les faits on a la même formation et je pense qu'on est capable de produire le même soin, la même efficacité et mobiliser les mêmes connaissances. Mais tout ça dépend du parcours, de comment tu as été élevé. Forcément il y a des différences car il y a des pressions sociales qui sont exercées sur les femmes qui vont influencer leurs décisions car c'est la société qui est comme ça, mais d'un autre côté je pense qu'à partir du moment où on veut être infirmier, c'est qu'on partage des valeurs et c'est qu'il y a des choses communes. Par contre pour les

patients, les représentations prennent une place beaucoup plus importante et les femmes subissent plus de sexisme que les hommes. ».

Pensez-vous que le genre du soignant peut influencer sa pratique professionnelle ?

« Je ne me pose pas forcément de question par rapport au genre parce que je suis cisgenre et je trouve que cela va de soi. Mais je pense que travailler en tant qu'infirmier c'est travailler dans le soin, et le soin c'est quelque chose qui serait plus facilement attribué à la femme ou l'identité féminine et du coup peut être qu'en travaillant en tant qu'infirmier j'accepte plus aussi ce côté indulgence ou bienveillance, de l'empathie, des choses comme ça, même des actions ou des émotions comme pleurer je pense que d'une certaine manière on accepte plus cette part de nous. Là ou peut être si je n'avais pas fait ce métier j'aurais été plus viril. ».

Pensez-vous que le fait d'être un homme change quelque chose dans votre pratique professionnelle ?

« Je me souviens qu'en tant qu'étudiant, il y avait souvent des femmes qui refusaient que je les prenne en soin, parce qu'il pouvait y avoir de la pudeur, que je comprenais tout à fait et je m'effaçais pour laisser place à mes collègues féminines. Depuis que je suis devenu professionnel, j'aurais plus tendance à m'imposer sans porter atteinte à la pudeur, et sur certains profils comme des femmes plus jeunes je pose la question. A part ça, est ce que le fait d'être un homme influe sur la façon dont je soigne les gens, je ne pense pas. Souvent, les gens croient que je vais être plus brutal dans les soins. Il peut y avoir une certaine appréhension lors des premiers soins et très rapidement, lorsqu'on prend en soin la personne, qu'on montre qu'on a des connaissances ça se passe bien et ça rassure les gens, et du coup l'appréhension qu'il peut y avoir vis-à-vis d'une apparence disparaît assez vite. ».

Pourriez-vous me décrire une situation dans laquelle le genre du soignant a été pris en compte par le patient ?

« En tant qu'étudiant, on m'a déjà refusé des soins parce que j'étais un homme mais ça en soit, ce n'est pas traumatisant et c'est compréhensible par rapport à la pudeur. A côté de ça on a eu un patient qui était difficile avec les deux sexes, le problème c'était que c'était un patient qu'on prenait en soin pour une plaie à côté du pénis et lorsqu'on faisait les pansements il était en érection et du coup c'était assez traumatisant pour mes collègues. Elles étaient tout le temps mal à l'aise et les soins se passaient mal et en plus le patient laissait des sous-entendus ou en tous cas abandonnait totalement sa pudeur. Au début il se cachait un peu et au fur et à mesure il enlevait sa serviette, il ouvrait la porte du domicile à poil. Après c'était un peu lié au patient, mais même moi il a réussi à me mettre mal à l'aise. Vis-à-vis de cette situation, je me suis proposé d'aller prendre en soin ce patient car j'avais des collègues qui

revenaient de là-bas traumatisées et c'est vrai que lorsque tu es un homme tu appréhendes beaucoup moins une violence sexuelle ou du harcèlement que si tu es une femme. ».

Pensez-vous que la relation avec le patient peut être influencée par le genre du soignant ?

« Je pense qu'il y a des personnes qui d'office ne vont pas avoir la même attitude avec un homme ou une femme et du coup qui vont avoir plus de facilité à parler. Je sais qu'il y a des sujets qu'on n'aborderait pas avec moi parce que je suis un homme. ».

Selon vous, les patients ont-ils des images de la profession différente selon le genre du soignant ?

Pensez-vous que ces représentations influencent la relation soignant-soigné ?

« Je pense que oui. Déjà, entre des patients qui vont être plus âgés ou plus jeunes on ne va pas avoir les mêmes rapports non plus. Pour des personnes âgées, c'est plus ancré le fait que la femme doit se faire soigner par une femme, ils ont plus de pudeur par rapport à ça. Les comportements machistes sont aussi plus récurrents, même chez les femmes, qui peuvent être critiques par rapport à une autre femme. Je pense que c'est moins marqué dans les populations plus jeunes. Après travailler en tant qu'infirmier, c'est aussi avoir de la personnalité dans les soins, avoir une identité professionnelle qui est indépendante. Au final les représentations sociales c'est combler des trous, des connaissances qu'on n'a pas, on vient la combler avec une information qui a une certaine cohérence par rapport au reste. Après, du côté des patients, on ne peut pas vraiment lutter contre, c'est quelque chose qui peut être assez complexe. D'une certaine manière, il faut s'adapter. ».