

PRAT Maxime.

Promotion 2008 / 2011.

Relation S♂ignant / S♀ignée .

Travail de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier.

Institut de Formation en Soins Infirmiers

3 bis, rue Kléber

30000 NIMES.

Remerciements

Mes parents :

Depuis la première minute à laquelle je suis venu au monde, deux personnes ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Présence, confiance, complicité, aide voire dévouement, soutien, conseils, amour... Je tiens à travers ces quelques lignes à leur dire à quel point je suis fier d'avoir des parents comme eux. Je vous aime.

Ma sœur :

Je remercie ma petite sœur qui a toujours été soucieuse de mon parcours et à qui je souhaite tout le bonheur du monde tant sur le plan personnel que professionnel.
Tu pourras toujours compter sur ton frère soeurette, je t'aime.

Louch :

J'ai, au cours de ce mémoire, beaucoup évoqué la relation homme/femme. Si je transfère ceci à ma vie personnelle la première personne à qui je pense est celle qui partage ma vie depuis plus de 5ans, ma fiancée, Lucie alias « Mou »... Je t'aime.

Les membres de ma famille : Papi Louis, Mamé Jo, Mami Rosie, Mes Oncles et tantes, cousins et cousines.

Une pensée à Papi Robert...

La famille BOUYER au complet notamment Didier et Corine grâce à qui une partie de ce mémoire a été écrite à 11582m d'altitude en direction de New York.

Mme Vrignon, ma guidante, pour ses conseils et son aide.

Mes amis et camarades : Loulou, loulette, Max, Jérôme et tous les autres membres de « la famille ».

Relation

S♂ignant /

S♀ignée .

Sommaire

- Introduction : *p.1*

- Situation d'appel et questionnement : *p.2-3*

- Analyse conceptuelle : *p.4-17*
 - I. Représentations sociales : *p.4-6*
 - I.1 .Représentation sociale de l'infirmière : *p.5*
 - I.2 .Représentation sociale de l'homme : *p.5-6*
 - I.3 .Conclusion : *p.6*

 - II. Relation soignant / soigné : *p.7-10*
 - II.1 .Différents types de relation : *p.8-9*
 - II.2 .Asymétrie : *p.10*
 - II.3 .Conclusion : *p.10*

 - III. Intimité et émotions : *p.11-15*
 - III.1 .Soins intimes : *p.11*
 - III.2 .Différentes composantes de l'intimité : *p.12-13*
 - III.3 .Honte et soins intimes : *p.13-15*
 - III.4 .Conclusion : *p.15*

- Pré-enquête : *p.16-19*
 - Stratégie d'enquête : *p.16*
 - Analyse : *p.17-19*

- Conclusion : *p.20*

- Annexes : *p.21-41*
 - Annexe n°1 : Evolution historique de la profession : *p.21-22*
 - Annexe n°2 : Facteurs d'influence sur la relation soignant / soigné : *p.23-24*
 - Annexe n°3 : Différents types de relation : *p.25*
 - Annexe n°4 : Guide d'entretien : *p.26-28*
 - Annexe n°5 : Retranscription des entretiens : *p.29-35*
 - Annexe n°6 : Tableau de dépouillement : *p.36-41*

Introduction

La fonction publique est composée à 59,8% de femmes et 40,2% d'hommes (1). La fonction publique hospitalière est féminine à 76,7% (1). Les effectifs infirmiers sont eux composés à 87,4% de femmes soit 450673 infirmières sur 515754 personnes exerçant la profession infirmière (2).

J'observe, au travers de mes recherches, que les hommes sont davantage représentés dans certains services spécifiques ainsi que dans des postes à responsabilités. Ainsi, la gence masculine représente 46% des cadres en psychiatrie, 43% des Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (2) et s'oriente de préférence vers des services de soins comme les urgences ou les soins intensifs (3).

Force est donc de constater que les hommes ne représentent qu'une minorité dans les soins infirmiers (12,6%). En tant que futur professionnel appartenant à cette minorité, je m'interroge, à travers ce travail, sur ce phénomène afin de comprendre quelle est la place occupée par l'homme infirmier et d'en étudier les répercussions sur la relation soignant / soigné avec une personne de sexe opposé.

.....
(1) : « *Les femmes, majoritaires parmi les fonctionnaires, mais...* », publié le 08/03/2011, mis à jour le 21/03/2011, consulté le 15/06/2011 à 13h, disponible sur Internet :

<http://infos.emploipublic.fr/2011/03/08/les-femmes-majoritaires-parmi-les-fonctionnaires-mais/>.

(2) : « *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010* » par Daniel Sicart, Document de travail DREES n°144, p.36-38, mai 2010, disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriostat144.pdf>.

(3) : « *Le profil infirmier en Europe* », Programme Leonardo Da Vinci, 2002, disponible sur Internet : http://www.henac.be/departements/paramedical/international/pr_inf03.pdf.

Situation d'appel

Dans le cadre de ma deuxième année de formation en soins infirmiers, j'ai effectué un stage de chirurgie dans un service de Gynécologie. La totalité des personnes prises en charge dans cette unité était des femmes et j'étais le seul homme dans le service (mis à part les médecins).

Alors que j'étais de garde un matin, un évènement attira mon attention... En effet en entrant dans une chambre accompagné d'une aide-soignante, nous avons informé une patiente, que nous appellerons Mme X., que nous allions l'aider pour sa toilette. Mme X. s'est alors adressée à ma collègue en demandant : « C'est obligé que le jeune homme le fasse? Je préfère pas... ». J'ai tout à fait compris la gêne que ma présence pouvait occasionner et je suis allé chercher une collègue pour me remplacer.

Dans ce service, les femmes prises en charges étaient de tous âges et les soins leur étant adressés étaient particulièrement intimes (toilette vulvaire, pansement de mammectomie, ablation de mèches vaginales...). De plus, les interventions subies par les patientes (mammectomie, hystérectomie, IVG...) avaient un impact direct sur la féminité, l'image et l'estime de soi. Ma place en tant qu'homme était donc assez délicate, ma présence et mon regard pouvant être dérangeants. Il a donc été nécessaire que je mette en place diverses méthodes relationnelles ce qui a permis, dans la quasi-totalité des cas, un bon déroulement des soins.

D'autre part, j'ai pu remarquer que mon regard d'homme pouvait aussi devenir important aux yeux de certaines patientes. Effectivement, au cours du pansement de mammectomie d'une patiente que nous appellerons Mme Y., j'ai remarqué que celle-ci observait ma réaction au moment de l'ouverture du pansement et me cherchait du regard durant le soin. Cependant Mme Y. n'a pas verbalisé et ne m'a pas interpellé, cette situation n'ayant donc valeur que de ressenti personnel.

Il me semble nécessaire d'effectuer une analyse des deux situations précédentes :

Dans le premier cas, Mme X exprime le souhait que je ne réalise pas ce soin. J'explique ci-dessus ma compréhension en lien avec cette demande. Cependant, face à ce refus, une remise en question sur ma position en tant qu'homme dans cette profession s'impose à moi sous la forme de plusieurs questions :

- Suis-je à ma place dans ce milieu majoritairement composé de femmes?
- Quelle légitimité confère t-on à un homme infirmier?

De plus, la patiente s'est opposée à ma présence lors de la toilette, soin particulièrement intime au cours duquel dévoiler son corps dans son intégralité au regard d'autrui peut faire naître des émotions comme la gêne voire la honte, ce qui semble être majoré par le regard d'une personne de sexe opposé. Cette donnée supplémentaire me permet de me poser d'autres questions :

- En quoi la relation homme soignant / femme soignée est elle différente de la relation femme soignante / homme soigné?
- Le rapport au sexe opposé influe t-il sur la relation soignant / soigné?
- Existe-t-il des spécificités homme / femme selon le type de soin?

Dans la deuxième situation, Mme Y ne s'oppose pas à ma présence durant le soin, pourtant intime, et semble même accorder de l'importance à mon regard d'homme sur l'atteinte à sa féminité qu'est la mastectomie. Etre un homme soignant n'est donc pas forcément un frein à la relation avec une femme soignée mais présente indiscutablement des spécificités.

Je peux donc, à partir de ces situations et de leur analyse, m'interroger sur la relation homme soignant / femme soignée dans les soins infirmiers et plus particulièrement au cours d'un soin intime via le questionnaire suivant :

En quoi la relation homme soignant / femme soignée présente t-elle des spécificités dans les soins infirmiers, et plus particulièrement en situation de soins intimes?

I . Représentations sociales :

La relation spécifique qu'est la relation soignant / soigné se met en place dans un cadre professionnel. Elle s'appuie donc sur des représentations et confère des rôles socialement marqués aux différents protagonistes. Cette notion de représentation au sein de la société m'amène à poser la question suivante :

- En quoi les représentations sociales influent elles sur la relation soignant / soigné?

D'après Denise Jodelet (1) : « Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissances spécifiques, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. ».

Selon Abric (2) : « La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. ».

Pour Jovic (3) : « Les fonctions des représentations sociales visent à l'orientation et à la justification des conduites et des rapports sociaux [...], à la constitution et à la préservation d'une identité psycho-sociale. ».

Les représentations sociales vont donc influencer sur la relation homme soignant / femme soignée au travers des idées communes qu'elles véhiculent sur l'infirmière mais aussi sur l'homme.

.....
(1) : « *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie.* » de D. Jodelet, Edition Presses universitaires de France, Collection Sociologie d'aujourd'hui, p.357-378, 1984.

(2) : « *Pratiques sociales et représentations* » de Abric, Edition Presses universitaires de France, Collection Psychologie sociale, , p.13, 1994.

(3) : « *Les concepts en science infirmière* » de Monique Formarier et Ljiliana Jovic, Edition Mallet Conseil, Collection ARSI, p.236, 2009.

I.1 . Représentation sociale de l’infirmière :

Dans un premier temps je vais développer la représentation sociale de l’infirmière, pour cela je vais me baser sur l’évolution historique de la profession (*voir l’annexe n°1*) afin de répondre aux questions suivantes :

- **Quelles qualités sont socialement associées à l’infirmière?**
- **Comment expliquer la forte proportion de femmes dans la profession?**

Au cours du temps, la discipline infirmière s’est construite autour de la religion et de certains événements majeurs de l’histoire comme les guerres. La représentation de la profession infirmière dans la société a évolué au fil du temps. L’infirmière est d’abord vue comme une religieuse, celle-ci ayant un rapport neutre avec la sexualité. Les principales qualités de cette soignante sont alors le dévouement et l’obéissance. Puis elle devient une technicienne avant d’obtenir plus d’autonomie et de se libérer pour devenir une professionnelle de santé dont les principales qualités sont la patience ou encore la disponibilité.

Le soin infirmier est donc socialement représenté historiquement par la femme et plus particulièrement une femme qui présente des qualités humaines perçues comme féminines voire maternelles. Ceci est marqué par la présence féminine à 87,4% dans la profession (1).

I.2 . Représentation sociale de l’homme :

Afin d’apporter un élément de réponse supplémentaire, il me paraît essentiel, après avoir étudié la représentation sociale de l’infirmière, d’explorer celle de l’homme dans notre société. Cette analyse va me permettre de répondre à la question suivante :

- **Quelles sont les qualités spécifiques socialement rattachées à l’homme?**

On observe ces dernières années une réelle mutation anthropologique quant à la place de l’homme dans la société (directement en lien de causalité avec l’évolution de la place de la femme et du mouvement féministe).

.....
(1) : « *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010* », DREES n°144, p.37, mai 2010.

En effet, le stéréotype de l'homme dominant (1), macho et frimeur laisse place à un homme soucieux de lui qui se sépare, petit à petit, des rôles traditionnels lui étant rattachés et qui peut « s'approprier des comportements autrefois codés comme féminins » (2).

Certaines capacités décrites comme spécifiques à l'homme comme l'autorité, la force, la virilité ou encore le courage (2) restent cependant ancrées dans les représentations sociales.

« L'homme est celui qui protège, rassure, gravit l'échelle sociale [...], décide, représente et gouverne, maîtrise la technique, sait prendre des risques et des initiatives, garde son sang-froid... » (2).

La représentation de l'homme, même en pleine mutation, a du mal à se dégager de certains stéréotypes et semble être en désaccord avec la représentation du prendre soin et du rôle infirmier.

I.3 . Conclusion :

Les représentations sociales influent sur la relation homme soignant / femme soignée par les idées communes, les préjugés et les stéréotypes qu'elles véhiculent.

La profession d'infirmière semble socialement sexuée, la représentation sociale de celle-ci étant indissociable de la femme.

La représentation sociale de l'homme semble être en partie en désaccord avec celle de l'infirmière ce qui s'explique par les stéréotypes masculins qui perdurent malgré la transformation actuelle de l'homme sociétal.

Ces mêmes stéréotypes sont perçus comme qualités responsables de la présence d'hommes infirmiers dans certains services, les capacités spécifiques peuvent alors représenter un avantage.

.....
(1) : « *Les représentations intergroupes hommes-femmes* » de P.Molinier, E.Vinet et M.Suquet, *Laboratoire de psychologie sociale*, 2004, disponible sur Internet : <http://www.prejuges-stereotypes.net/espaceDocumentaire/Moliner.pdf>

(2) : « *L'identité masculine* » de F. Rault, *La documentation française, Problèmes politiques et sociaux n°894*, 2003, p.6-9.

II . Relation Soignant / Soigné :

Je vais ici aborder une réflexion sur la relation soignant / soigné. En effet, le métier de soignant (et plus particulièrement celui d'infirmier), outre les capacités techniques, ne peut pas être envisagé sans prendre en considération sa composante relationnelle.

Certains éléments peuvent avoir des répercussions directes sur la relation soignant / soigné. Cette notion de facteurs d'influence suscite le questionnement suivant :

- Quels sont les facteurs pouvant influencer sur la relation homme soignant / femme soignée?

Trois types de facteurs d'influence semblent intervenir dans la relation soignant / soigné (1): les facteurs physiques, psychiques et sociaux (*cf. Note*). Je vais ici uniquement développer une analyse sur le facteur physique qui me semble être le principal facteur à influencer dans la relation homme soignant / femme soignée : le sexe. Le sexe du patient comme celui du soignant peuvent influencer sur la relation entre ces 2 protagonistes. Je traiterai uniquement les relations entre soignants et soignés de sexes opposés à partir du questionnement suivant :

- En quoi la relation homme soignant / femme soignée est elle différente de la relation femme soignante / homme soigné?

Le rapport de sexe semble avoir un effet moins important dans la relation femme soignante / homme soigné (2) ce qui peut s'expliquer par deux choses. Premièrement, les femmes représentent une forte majorité de la profession (87,4%). Deuxièmement, les soins infirmiers ont historiquement toujours été associés à la femme pour ses capacités naturelles.

.....
Note : Une analyse sur les représentations sociales (I) ainsi qu'une analyse sur les sentiments et les émotions (III) sont développées dans ce travail. Une analyse succincte des autres facteurs d'influence se trouve en annexe n°2.

(1) : « *La relation soignant - soigné* » de Alexandre Manoukian, Editions Lamarre, p.9, 2008.

(2) : « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* » de Catherine Mercadier, Edition Seli Arslan, p.54-55, 2008.

En effet, selon Marie-Françoise Collière (1), de la maternité et des soins à l'enfant découlaient des compétences telles que la toilette, le toucher, la préparation d'une alimentation adéquate... dans un but de maintien et de continuité de la vie.

La relation homme soignant / femme soignée semble d'avantage influencée par le rapport au sexe. En effet, la patiente peut, en lien avec cette rareté de présence masculine dans les soins infirmiers (12,6 %), dans un premier temps être surprise par cet homme soignant. Puis, selon la nature des soins (particulièrement les soins intimes), elle peut éprouver différentes émotions en lien avec l'atteinte à l'intimité.

Une étude de Monique Formarier sur la relation de soin définit les différents types de relation soignant / soigné (2). Ceci m'amène à me demander :

- Les différentes composantes de la relation de soin présentent elles des spécificités dans le rapport homme / femme?

Pour cela je vais développer uniquement les types de relation qui, à mon sens, sont modifiés par le rapport homme / femme. Une analyse brève des autres types de relation se trouve en annexe (annexe n°3).

II.1 . Différents types de relation :

- Relation d'empathie :

Selon Rogers : Relation utilisée par le soignant pour : « essayer de saisir, avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'ont était cette autre personne, sans jamais perdre de vue la qualité de comme si. » (3)

La relation d'empathie est une relation consciente qui implique une écoute active et l'absence de jugement de valeur afin d'aider le patient à gérer ses émotions et de mettre en place des actions adaptées comme le réconfort.

.....
(1) : « *Promouvoir la vie* » de M.F Collière, Editions Masson, p.40, 1982.

(2) : « *La relation de soin* » de Monique Formarier, RSI n°89, 2007.

(3) : « *La relation soignant - soigné* » document distribué en 3^{ème} année.

Dans la définition de Rogers, celui-ci insiste sur la notion de « comme si ». La relation homme soignant / femme soignée semble marquée, elle aussi, par le « comme si ».

En effet, le rapport au sexe opposé induit une différence ce qui rend davantage difficile pour l'homme soignant de comprendre la patiente et de « saisir avec autant d'exactitude que possible, les références internes ».

- Relation d'aide :

Selon Rogers : « La relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toute contrainte, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes. » (1). Relation qui a pour but d'aider un patient à « gérer une situation qu'il juge dramatique » (2) comme l'annonce d'une maladie grave, un deuil ou encore une modification violente de l'image corporelle.

Dans la définition de Rogers, un terme attire mon attention : l' « acceptation ». C'est dans cette mesure que le rapport homme / femme me paraît influencer sur la relation d'aide.

Effectivement, la notion d' « acceptation » semble avoir un double intérêt.

Premièrement, l'homme soignant se doit d'accepter ce qu'est la patiente en tant que personne.

Deuxièmement, la patiente doit accepter cet homme soignant avec sa représentation sociale en décalage avec le prendre soin, sa présence pouvant être une atteinte à l'intimité.

Une notion évoquée dans cette étude me semble intéressante à développer, celle d' « asymétrie ». Pour ce faire, je peux me poser la question suivante :

- N'existe-t-il pas une double asymétrie dans la relation homme soignant / femme soignée?

.....

(1) : « La relation soignant - soigné » document distribué en 3^{ème} année.

(2) : « La relation de soin » de Monique Formarier, RSI n°89 de juin 2007.

II.2 . Asymétrie :

En effet, la position du soignant par rapport au patient confère au premier un certain pouvoir. Ceci s'explique par le fait, en milieu hospitalier, que la relation se met en place sur le « territoire » du soignant dans un cadre qui lui est familier alors que ce même cadre, synonyme de maladie, représente pour le patient une source d'inquiétude voire de peur. D'autres facteurs confortent cette « supériorité » comme le niveau de connaissances ou encore la tenue.

La différence de sexe représente elle aussi une forme d'asymétrie, non seulement physique au travers des différences anatomiques (« La détention d'un chromosome Y ou d'organes sexuels masculins ne suffit pas à circonscrire le mâle humain » (1).) mais aussi chargée de représentations sociales (Cf. *développement sur les représentations sociales p.4-6*).

II.3 . Conclusion :

Le rapport au sexe opposé modifie la relation de soin en fonction du type de relation ce qui s'explique par la différence à la base, qu'est le sexe, entre les deux protagonistes.

La relation homme soignant / femme soignée est confrontée à une double asymétrie qui accentue cette différence.

Toutefois, mon vécu d'étudiant infirmier me permet d'avancer l'idée qu'à sa manière et au travers de sa différence, l'homme infirmier est en capacité d'établir une relation adaptée.

Cette double asymétrie peut être responsable de l'apparition de différentes émotions en lien avec l'intimité.

.....

(1) : « *L'identité masculine* » de Françoise Rault, *Problèmes politiques et sociaux n°894*, p.13, 2003

III . Intimité et émotions :

« Les femmes hospitalisées sont plus gênées lorsque c'est un homme qui effectue les soins *intimes* » (1). Les soins intimes semblent être le type de soins le plus marqué par la différence homme / femme. Je peux donc me demander :

- Qu'est-ce qui se joue dans la relation homme soignant / femme soignée dans les soins intimes?

III.1 . Soins intimes :

Avant toute chose il me semble nécessaire de répondre à la question suivante :

- Qu'appelle t-on soins intimes?

Edward T. Hall, au travers du concept de proxémie ou proxémique, définit 4 distances dans la relation : la distance publique (plus de 3,5m), la distance sociale (de 1,2m à 3,5m), la distance personnelle (45cm à 1,2m) et la distance intime (entre 15cm et 45cm). (2)

Je peux donc considérer tout soin comme intime, lorsque la distance entre le soignant et le patient peut être considérée comme étroite par la « proximité » mais aussi par la dimension du « privé ».

En situation de soin, le soignant pénètre dans la sphère intime du patient. Il me paraît nécessaire, à partir de définitions, de mettre en évidence les différentes composantes de l'intimité et d'étudier les répercussions qu'a le rapport au sexe opposé sur ces dernières. Pour cela je peux me poser la question suivante :

- Quelles sont les différentes composantes de l'intimité?

- En quoi le rapport au sexe opposé influe t-il sur ces différentes composantes?

.....
(1) : « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* » de Catherine Mercadier, Edition Seli Arslan, p.54, 2008.

(2) : « *Le Langage silencieux* » de Edward T. Hall, Editions Seuil, 2007.

« Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes [...] à tout moment de son séjour ». (1)

« L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille ». (2)

III.2 . Différentes composantes de l'intimité :

« La sphère du privé [...] ne peut se limiter au « corps visible » mais s'étend, par lui, à la vie intérieure (pensées « intimes », opinions « personnelles »...) ainsi qu'à la « privatisation » (caractère privilégié et personnel) des relations... » (3).

Cette définition fait apparaître le caractère intérieur de l'intimité ainsi que le caractère exclusif. Le rapport au sexe opposé ne semble pas intervenir de façon évidente dans la notion d'intériorité, celle-ci faisant référence aux pensées, idées, opinions, convictions... propres à chacun.

Parneix reprend ces deux composantes de l'intimité dans sa définition : « L'intimité c'est en effet, une part de la liberté individuelle de l'homme. C'est ce qui lui appartient au plus profond de lui-même et qu'il pense ne pas devoir ou ne pas pouvoir divulguer à n'importe qui. » (4).

Dans les définitions précédentes la notion d'exclusivité, de privilège et de « privatisation » semble faire référence au choix de la personne à qui on peut, ou non, dévoiler son intimité. Ce choix introduit une nouvelle composante de façon implicite : la confiance.

.....
(1) : « Charte du patient hospitalisé », Chapitre VII, 1995.

(2) : « Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières », Chapitre Ier, Article 2.

(3) : « L'intimité - Le corps - L'espace privé », Groupe d'éthique de l'APF, 2008.

(4) : « L'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé » de Marie-Christine Parneix, RSI n°21, 1987.

Accorder sa confiance et choisir un soignant comme personne privilégiée ne semble pas être influencé par le rapport au sexe opposé cependant j'émetts l'hypothèse suivante : dévoiler son corps me parait plus facile lorsque le soignant possède « le même » ce qui peut influencer le choix d'exclusivité.

Selon Jean Baudrillard : « L'intimité semble tracer une sphère enchantée, qui serait celle du sujet avec ses affects, ses pensées, son discours intérieur mais en réalité c'est un jeu de miroirs, de dédoublement et de complexité avec soi-même ».

La notion d' « affects » introduit la composante émotionnelle de l'intimité. En effet, en situation de soins intimes, la proximité entre le soignant et le patient ainsi que la nudité et notamment celle des parties du corps connotées sexuellement peuvent faire naître différentes émotions telles que la honte, la peur, le dégoût... Je vais uniquement développer celle qui me semble être la principale : la honte. Je peux ici me demander :

- **Quels sont les facteurs qui provoquent la honte?**
- **En quoi le rapport au sexe opposé influe t-il sur cette émotion en situation de soins intimes?**

III. 3. Honte et soins intimes :

La honte peut être définie comme « un sentiment pénible de son infériorité, de son indignité, ou de son abaissement dans l'opinion des autres » (1) qui se manifeste par des rougissements, un abaissement du regard et une inclinaison de la tête ainsi que l'action de se couvrir les yeux de la main, de se masquer le visage (2).

.....
(1) : « *La force des émotions* » de François Lelord et Christophe André, Edition Odile Jacob poche, 2001, p. 188

(2) : « *La force des émotions* » de François Lelord et Christophe André, Edition Odile Jacob poche, 2001, p. 196

« La honte survient quand [...] nous ne parvenons pas à atteindre les normes du groupe » et ce dans différents domaines notamment la « conformité », la « sexualité » et le « statut ». (1).

Cette émotion peut donc être « liée au manque de conformité » c'est-à-dire le « sentiment de ne pas être comme les autres » ce qui peut être lié « à l'apparence physique, à l'appartenance ethnique, [...] ou à la présence d'un handicap » (2).

La notion d' « apparence physique » attire mon attention et me permet de faire le lien avec le rapport au sexe opposé. En effet, le corps, objet de séduction voire de désir dans la vie courante vis-à-vis des personnes du sexe opposé (dans la majorité des cas), est exposé lors d'un soin intime, au soignant dont le regard voire les gestes peuvent entraîner de la honte. Toutefois la différence physique entre deux personnes de même sexe peut aussi être source de honte par l'instauration d'un rapport concurrentiel et la projection, une femme pourra alors préférer qu'un homme réalise ce type de soins.

« Maladies et handicaps peuvent être source de honte en atteignant nos idéaux d'autonomie ou de statut » (3). La maladie et l'hospitalisation, par la dépendance à un tiers qu'elles entraînent, peuvent porter atteinte à l'intimité et engendrer de la honte. Ceci peut être amplifié par le fait que ce tiers soit de sexe opposé, certaines situations (comme le choix des sous vêtements par exemple) semblent alors plus délicates...

L'origine de la honte peut être à « caractère sexuel, thème particulièrement fécond en hontes diverses chez les deux sexes : performances érotiques, taille et forme de ses attributs sexuels... » (1).

.....
(1) : « La force des émotions » de François Lelord et Christophe André, Edition Odile Jacob poche, 2001, p. 193

(2) : « La force des émotions » de François Lelord et Christophe André, Edition Odile Jacob poche, 2001, p. 191

(3) : « La force des émotions » de François Lelord et Christophe André, Edition Odile Jacob poche, 2001, p. 212

En situation de soins intimes, la nudité et le dévoilement du corps (et par conséquent des « attributs sexuels ») peuvent entraîner la honte. Le rapport au sexe opposé peut accentuer cette émotion ce qui s'explique par la confrontation au regard d'une personne physiquement différente.

Le soignant aussi peut ressentir de la honte lors de soins intimes. En effet, la honte peut être liée au « statut » ce qui me paraît toucher davantage le soignant. Ainsi, Goffman repris par Rispaïl, développe l'idée que : « plus l'individu est totalement défini par le rôle qu'il assume, plus ce rôle est normal, et moins il y a de risques de ressentir de la gêne » (2).

J'émet l'hypothèse que le statut de soignant ainsi que « l'habitude » à effectuer ce type de soins entraîne un ressenti de la honte à dose modérée : l'embarras.

« L'embarras se distingue d'abord de la honte par une intensité émotionnelle plus faible » (1).

Cette gêne me paraît intensifiée par le rapport au sexe opposé ce qui s'explique encore par la différence physique, la proximité et la connotation sexuelle.

III.4 . Conclusion :

La composante émotionnelle de l'intimité semble être influencés par le rapport homme soignant / femme soignée lors de soins intimes. L'étude de cette dernière montre que la distance étroite entre les 2 protagonistes peut être source de honte, de gêne et d'embarras.

Le soignant aussi peut ressentir de la gêne en situation de soins intimes ce qui peut s'expliquer par un statut qui n'est pas totalement assumé mais aussi par le constat suivant : l'embarras de l'un entraîne l'embarras de l'autre...

Cette émotion semble majorée par le rapport au sexe opposé ce qui s'explique, en fonction de l'origine de la honte, par la différence physique, la nudité et le dévoilement du corps, l'atteinte de l'autonomie et la dépendance qu'elle entraîne ainsi que le regard et les gestes d'une personne de sexe opposé.

.....
(1) : « La force des émotions » de François Lelord et Christophe André, Edition Odile Jacob poche, 2001, p. 205

(2) : « Mieux se connaître pour mieux soigner » de D. Rispaïl, Edition Masson, p.10, 2002.

Pré-enquête

Stratégie d'enquête :

- **Enquêteur :**

PRAT Maxime.

Etudiant en Soins Infirmiers en 3eme année.

Enquête réalisée dans le cadre du Travail de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier.

- **Population ciblée :**

Infirmiers diplômés d'état de sexe masculin, d'âges variables et exerçant dans divers services de soins.

- **Objectif global :**

Appréhender la perception d'hommes infirmiers sur la spécificité de la relation de soin avec une femme soignée.

- **Hypothèses freins :**

- Peu d'hommes infirmiers.
- Rareté d'hommes dans les services car beaucoup se spécialisent.
- Mise en place d'une relation soignant / soigné difficile dans certains services.

- **Hypothèses aides :**

- Contact avec un homme plus facile étant donné que je suis un homme.
- Chaque homme infirmier vit sa caractéristique masculine comme une spécificité.

Analyse :

Afin de confronter mon analyse conceptuelle à la réalité du terrain, je vais analyser les résultats de quatre entretiens menés auprès d'hommes infirmiers :

- Mr B., infirmier depuis 2005, infirmier en Réanimation depuis 5 ans.
- Mr L., infirmier depuis 2002, infirmier en Neurologie depuis 3 ans.
- Mr D., infirmier depuis 1995, cadre de santé depuis 2001, cadre en Rééducation.
- Mr A., infirmier depuis 2010, infirmier en Gériatrie depuis 1 an.

Le guide d'entretien se trouve en annexe n°4, la retranscription des entretiens se trouve en annexe n°5 et le tableau de dépouillement faisant ressortir les idées principales de ces entretiens se trouve en annexe n°6.

Avant d'analyser les similitudes et les différences entre les réponses données par les infirmiers, un élément me semble intéressant à relever : Chaque enquêté, au cours de l'entretien, m'a cité une anecdote dans laquelle le fait d'être un homme infirmier avait entraîné chez une patiente soit la demande que cet homme soit remplacé par une collègue, soit un refus qu'il réalise le soin. Ces anecdotes me renvoient directement à ma situation d'appel et me permettent d'avancer l'idée que pour chaque homme infirmier, la relation homme soignant / femme soignée est vectrice de spécificités.

Les réponses obtenues lors des entretiens vont me permettre d'affirmer ou de réajuster les éléments et les hypothèses avancés dans mon analyse conceptuelle.

Un certain nombre de questions ont été posées aux enquêtés afin de répondre à l'objectif suivant : Perçoivent-ils une différence dans la relation soignant / soigné en rapport avec le sexe des deux protagonistes?

Le rapport au sexe opposé est cité par les quatre infirmiers comme étant source d'une différence plus marquée. Cette différence est vécue comme un avantage ce qui s'explique, selon eux, par le fait d'être plus écoutés voire plus reconnus, l'homme dans le milieu hospitalier étant perçu comme le médecin.

Elle peut aussi être vécue comme un inconvéient par le malaise et la gêne que le rapport au sexe opposé peut engendrer notamment lors des toilettes.

La notion de « toilettes » me permet de faire le lien avec l'étude des réponses suivantes ayant pour but de répondre au questionnement : Les enquêtés identifient-ils certains soins comme étant plus marqués que d'autres par le rapport au sexe opposé?

Les soins intimes sont, pour les enquêtés, le type de soins le plus modifié par le rapport au sexe opposé. Ils argumentent la notion d' « intimes » par la notion de nudité et par tout ce qui touche aux parties sexuelles (sondages urinaires et toilettes sont cités par deux des enquêtés), aux parties intimes ou encore à la sphère génitale. L'hypothèse avancée dans mon analyse conceptuelle que les soins intimes semblent être le type de soins le plus marqué par le rapport homme soignant / femme soignée est confirmée par l'analyse de ces réponses et semble être en accord avec la réalité du terrain.

Le rapport homme soignant / femme soignée, en situation de soins intimes, va être responsable de certaines émotions. J'ai tenté, par un groupement de questions, de répondre à l'objectif suivant : L'enquêté identifie les émotions, en situation de rapport au sexe opposé, mises en jeu lors des soins intimes.

Pour cela j'ai divisé mon analyse en deux parties : les émotions du soignant et les émotions de la patiente. Cette dernière, d'après les infirmiers, peut ressentir différentes émotions.

Premièrement, la gêne liée au rapport à l'autre, au fait de s'exposer aux yeux mais aussi aux mains d'un homme. Deuxièmement, la peur liée au fait d'être touchée par un homme. Puis, le dégoût et ce qui est décrit par un des enquêtés comme une rougeur excessive et un repli sur soi... Ce dernier élément semble définir la honte, toutefois, le terme de « honte » n'est pas cité de façon explicite par les infirmiers alors que j'ai identifié, dans mon analyse conceptuelle, cette émotion comme étant la principale lors d'un soin intime. Plusieurs hypothèses sont alors envisageables :

- Les hommes soignants, moi y compris, ne perçoivent pas avec exactitude les émotions des femmes soignées. Il serait alors intéressant de réaliser une nouvelle enquête auprès de la population concernée.

- Un manque de connaissances sur les émotions entraîne une identification faussée de celles-ci. La honte pourrait alors être confondue avec la gêne par exemple. Il aurait peut être été judicieux de définir les différentes émotions avant de poser les questions.

Ces émotions sont identifiées comme un frein à la relation car la gêne de la patiente va entraîner de la gêne chez le soignant et, de ce fait rajouter une certaine forme de stress. Ceci est surmontable par différents moyens.

En ce qui concerne le soignant, les émotions ressenties ne sont pas plus importantes qu'avec un homme. Cependant plus loin dans les entretiens certains disent avoir été gênés les premiers temps.

La notion de « premiers temps » me permet de faire apparaître le questionnement suivant : Les enquêtés perçoivent-ils une différence liée à leur expérience?

En effet, certains expriment le fait d'avoir été gênés lorsqu'ils étaient plus jeunes. Selon eux, l'expérience apprend à avoir du recul, à être plus professionnel, à être plus confiant, à acquérir une certaine maturité. L'ancienneté entraîne, toujours selon leurs dires, une modification de la vision des soins, un changement dans la façon d'aborder sa profession, l'exercice de cette dernière devient alors quelque chose de moins habituel. Ceci me renvoie à l'hypothèse avancée dans mon analyse conceptuelle : l'habitude à effectuer ce type de soins entraîne un ressenti émotionnel à dose modérée. La notion de « façon d'aborder sa profession » valide un autre élément exposé dans mon développement : plus le rôle est assumé, moins il y a de risques de ressentir de la gêne.

Les éléments obtenus par les questions suivantes ont pour but de répondre à l'objectif : Les enquêtés perçoivent-ils une différence liée à leur posture?

La posture peut faire oublier le caractère sexué de la relation. En effet, la posture d'une personne sûre d'elle et à l'aise aura des répercussions positives sur la patiente. A l'inverse, montrer de la gêne provoquerait le même sentiment chez la patiente.

A la question : D'autres facteurs vous paraissent-ils susceptibles d'influer sur la relation soignant/soigné? Les enquêtés répondent principalement l'âge et les cultures.

Conclusion :

L'analyse des entretiens menés auprès de professionnels ainsi que l'analyse conceptuelle réalisée me permettent d'affirmer que la relation homme soignant / femme soignée présente des spécificités. Celles-ci s'expliquent par la représentation sociale des soins infirmiers et de l'homme qui semblent être en décalage ainsi qu'à une double asymétrie homme soignant / femme soignée.

Le sexe apparaît donc comme un facteur d'influence important sur la relation de soin ce qui paraît amplifié lorsque le soignant est un homme. D'autres facteurs comme l'âge ou encore les cultures peuvent accentuer cette différence liée au sexe.

Le rapport au sexe opposé est vécu par les hommes infirmiers comme un avantage, ceux-ci se sentant plus écoutés voire plus reconnus, ce qui s'explique en partie par l'image de médecin rattachée aux hommes soignants. Cependant le rapport homme / femme peut aussi être source de difficultés notamment en situation de soins intimes.

Les soins intimes, c'est-à-dire qui dénudent et touchent aux parties sexuelles, semblent être le type de soins le plus modifié par le rapport au sexe opposé notamment d'un point de vue émotionnel. En effet, la proximité entre les deux personnes, le regard et les gestes d'un homme ainsi que la connotation sexuelle entraînent la survenue d'émotions telles que la gêne ou encore la peur. Celles-ci peuvent être un frein à la relation, cependant il apparaît qu'en fonction de l'expérience et de la posture du soignant, les difficultés liées au sexe puissent être surmontées.

D'un point de vue personnel, l'élaboration de ce travail m'a permis d'appréhender différemment ma place d'homme dans la profession et d'en comprendre les répercussions sur la relation homme soignant / femme soignée, notamment lors de soins intimes.

Enfin, je peux me demander :

En quoi l'expérience et la posture sont-elles capables de palier à un facteur frein à la relation soignant / soigné?

Annexe n°1 : Evolution historique de la profession infirmière :

Au cours du temps, la discipline infirmière s'est construite autour de la religion et de certains événements majeurs de l'histoire comme les guerres. En effet, du Moyen-âge au XIXème siècle, le soin était associé aux religieuses et organisé autour des ordres religieux. Les qualités de ces femmes soignantes étaient alors le dévouement, la disponibilité, la douceur et l'obéissance. Cependant certains soins ne pouvaient pas être effectués par les religieuses (soins aux hommes) en lien avec leur rapport particulier à la sexualité (1).

Les religieuses vont, petit à petit, délaissé les soins du corps pour se consacrer aux soins spirituels. Les soins comme la toilette sont alors confiés à des femmes illettrées, issues de milieux sociaux défavorisés comme le décrit un extrait de « La dame à la lampe » de Gilbert Sinoué, œuvre retraçant la vie de Florence Nightingale : « Qu'était une infirmière avant Miss Florence? Rien. Ou si peu. La lie de la société, des ivrognes qui avaient la réputation d'empester le gin à trois pas, des êtres issus des milieux les plus défavorisés [...] Etre infirmière n'était ni une carrière ni une profession [...] Ce n'était pas une occupation digne d'une jeune fille bien. »(2).

Jusqu'à la fin du XIX siècle, l'accès aux études secondaires n'était accessible qu'aux hommes. Ce n'est qu'en 1868 que les femmes obtiennent la possibilité d'étudier. (3)

.....
(1) : Cours de 3eme année de Mme Grasset et Mme Decoeur, formatrices à l'IFSI Kléber à Nîmes, 2011.

(2) : « La dame à la lampe, une vie de Florence Nightingale » de Gilbert Sinoué, Edition Gallimard, Collection Folio, p.25, 2008.

(3) : « Médecine et journée de la femme » article publié le 08/03/2011, consulté le 29/04/2011 à 23h40, disponible sur Internet :

<http://www.larepubliquedespyrenees.fr/2011/03/08/medecine-la-parite-en-2030,183498.php>

Les progrès scientifiques (notamment les découvertes de Claude Bernard et de Louis Pasteur) entraînent l'utilisation de techniques de plus en plus pointues, les médecins délèguent alors certains soins et le « prendre soin » laisse progressivement place à la technicité. (1)

La société française se laïcise au début des années 1900. La séparation de l'état et de l'église entraîne une pénurie de personnel religieux (2). Face à la nécessité d'auxiliaires médicaux, les premières écoles d'infirmières ouvrent leurs portes. Les guerres vont, elles aussi, modifier l'image de l'infirmière, celle-ci devient courageuse voire héroïque.

Ce processus de professionnalisation aboutit, en 1922, à la création du Diplôme d'Etat Infirmier.

Après 1968, en lien avec le développement du mouvement féministe, la profession se libère et revendique son autonomie. La position de l'infirmière dans la société évolue, tant sur le plan professionnel que personnel. L'ensemble de ces transformations aboutira à la reconnaissance du rôle propre ainsi que la publication d'un décret de compétences. (1)

(1) : « *Les infirmières : image d'une profession* » de Fabienne Midy, 2002, disponible sur Internet :

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf>

(2) : *Cours de 3eme année de Mme Grasset et Mme Decoeur, formatrices à l'IFSI Kléber à Nîmes, 2011.*

Annexe n°2 : Facteurs d'influence sur la relation soignant / soigné :

Dans cette partie, je vais étudier les facteurs qui peuvent influencer sur cette relation. Pour cela je vais diviser cette étude en 3 axes : les facteurs **physiques**, **psychiques** et **sociaux** (1).

2.1 . Les facteurs physiques :

Certains facteurs physiques peuvent avoir des répercussion sur la relation soignant / soigné.

Deux facteurs principaux attirent cependant mon attention : l'âge et le sexe.

2.1 .1. L'âge :

Effectivement, la façon de parler et d'entrer en relation avec une personne, les mots employés, les gestes et bien d'autres choses varient si l'on s'adresse à un enfant, un adulte ou encore une personne âgée. L'âge du patient mais aussi celui du soignant sont donc des facteurs à prendre en considération. Ainsi, ce n'est pas l'âge de l'un ou de l'autre qui va intervenir mais c'est le lien entre les deux ce que je peux illustrer par une remarques comme : « vous pourriez être mon petit fils »...

2.1 .2. **Le sexe** : Cf p.7-8

2.2 : Les facteurs psychiques :

Les facteurs psychiques sont aussi à prendre en compte comme éléments pouvant influencer sur la relation soignant / soigné. Ainsi les valeurs encreées en chacun de nous, notre histoire personnelle ou encore nos émotions vont entraîner des modifications relationnelles.

Ainsi, en lien avec la réussite ou l'échec d'une thérapeutique par exemple, le soignant peut ressentir des sentiments comme la supériorité, la satisfaction, l'impuissance et faire naître des émotions telles que la peur, la tristesse, la fierté. La personne soignée va, elle aussi, ressentir des sentiments comme par exemple la fragilité ou la soumission ce qui va entraîner la survenue d'émotions telles que la honte ou la colère.

.....
(1) : « *La relation soignant - soigné* » de A. Manoukian, Editions Lamarre, p.9, 2008.

2.3 : Les facteurs sociaux :

J'ai décidé de développer deux facteurs sociaux qui, pour moi, sont les plus susceptibles d'influer sur la relation soignant / soigné : les représentations sociales et les cultures...

2.3.1 : Les représentations sociales : *Cf. p.4-6*

2.3.2. Les cultures :

La dimension culturelle est aussi à prendre en compte dans les facteurs sociaux pouvant intervenir dans la relation soignant / soigné.

les principaux peuples migrants en France sont les arabes et les noirs africains. En effet, selon les cultures on observe une modification de la représentation de la maladie, de la santé, du soin ou encore de la mort. De plus, le rapport au corps et à l'intimité varie selon la culture et la religion.

Annexe n°3 : Différents types de relation :

- Relation de civilité :

« Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse... » (1)

C'est une interaction se situant en dehors du soin et répondant à un code culturel.

Le rapport au sexe opposé ne semble pas interférer dans ce type de relation.

- Relation de soins :

Support d'échanges avec le patient utilisé au cours des soins techniques, centrée sur le présent, elle est essentiellement de type informatif. Les conséquences du rapport au sexe opposé paraissent minimales.

- Relation d'empathie : Cf. p.8-9

- Relation d'aide : Cf. p.9

- Relation thérapeutique :

Ce type de relation nécessite que les soignants aient reçu une formation spéciale. De plus, la mise en place de cette relation demande au patient de faire confiance au soignant, ce dernier ne pouvant pas se désigner comme référent. Ce type de relation me paraît variable en fonction des patients, le rapport au sexe opposé ne semble pas interférer.

(1) : « La relation soignant - soigné » document distribué en 3^{ème} année.

Annexe n°4 : Guide d'entretien :

1) Identification de l'enquêté :

- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat?
- Dans quels services avez-vous travaillé au préalable ?
- Dans quel service exercez vous actuellement ?
- Depuis combien de temps ?

2) L'enquêté perçoit-il une différence dans la relation soignant/soigné en rapport avec le sexe :

- Il y a t-il, selon vous, une différence dans la relation soignant / soigné en fonction du sexe des 2 protagonistes?
- Si oui, laquelle ?
- Pourquoi ?
 - La rapport au sexe opposé est-il source de différences dans la relation?
 - Si oui, lesquelles?
 - Pourquoi?
- Est-ce-que cette différence engendre des difficultés ou des avantages?
- Lesquelles? Lesquels?
 - Pensez vous que la relation homme soignant / femme soignée soit confrontée à plus de difficultés que la relation femme soignante / homme soigné?
 - Si oui, pourquoi?
 - Pensez vous que la relation homme soignant / femme soignée soit source d'avantages par rapport à la relation femme soignante / homme soigné?
 - Si oui, pourquoi?

3) L'enquête identifie certains soins comme étant plus influencés par le rapport au sexe opposé :

- Selon vous, certains types de soins sont-ils modifiés par le rapport au sexe opposé ?
- Si oui, lesquels?
- Pourquoi?
 - Peut on parler de soins intimes?
 - Qu'entendez vous par « soins intimes »?
 - Peut on parler des soins qui dénudent?
- Etes vous d'avantage vigilant à vos gestes lors de ce type de soins sur une femme?
- Mettez vous vous en place certains moyens lors de ce type de soins?

4) L'enquête identifie les émotions mises en jeu lors des soins intimes :

- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour la patiente?
- Pourquoi ?

- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour vous ?
- Pourquoi ?

- Ces émotions peuvent elles être un frein à la relation ?

5) L'enquête perçoit-il une différence liée à son expérience :

- Pensez vous que votre expérience entraine un ressenti moins important des émotions citées ci-dessus?
- Si oui, Pourquoi?

6) L'enquêté perçoit-il une différence liée à sa posture :

- Votre posture peut-elle entraîner un ressenti différent de la patiente?

- La patiente va-t-elle ressentir les mêmes émotions en fonction de votre posture?

7) L'enquêté identifie d'autres facteurs étant susceptibles d'influer de façon plus importante sur la relation soignant / soigné :

- D'autres facteurs vous paraissent ils influencer la relation soignant / soigné?

- Si oui, lesquels?

- Certains facteurs sont-ils susceptibles d'influer d'avantage que le sexe sur la relation soignant / soigné?

- Si oui, lesquels?

Annexe n°5 : Retranscription des entretiens :

- Entretien n°1 :

1) Identification de l'enquêté :

- Quel âge avez-vous ?
- 30 ans.
- En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat?
- 2005.
- Dans quels services avez-vous travaillé au préalable ?
- En SI et en bloc opératoire.
- Dans quel service exercez vous actuellement ?
- Réanimation.
- Depuis combien de temps ?
- 5 ans.

2) L'enquêté perçoit-il une différence dans la relation soignant/soigné en rapport avec le sexe :

- Il y a t-il, selon vous, une différence dans la relation soignant / soigné en fonction du sexe des 2 personnes?
- Ca dépend si c'est du sexe féminin ou pas... En fait ça dépend de la religion et du sexe du patient. Moi il m'est arrivé de passer la main parce que la personne ne voulait pas que ce soit moi qui lui fasse soit une toilette soit un soins en particulier.
- Donc, pour vous la différence est plus marquée quand la patiente est une femme?
- Oui, oui, oui...
- Donc quand il y a un rapport au sexe opposé?
- Oui.
- Après on est plus indulgent avec la gente féminine parce que si c'est un homme qui demande uniquement des femmes ça peut porter à confusion.

- Pour vous, le rapport au sexe opposé est-il source de difficultés ou d'avantages?
- D'avantages, parce que en fait c'est juste le souhait de la patiente c'est pas un impératif.
- Pensez vous que la relation homme soignant / femme soignée soit confrontée à plus de difficultés que la relation femme soignante / homme soigné?
- Plus de difficultés non, plus de barrières c'est tout.
- Pensez vous que la relation homme soignant / femme soignée soit source d'avantages par rapport à la relation femme soignante / homme soigné?
- Oui.

3) L'enquête identifie certains soins comme plus influencés par le rapport au sexe opposé :

- Selon vous, certains types de soins sont-ils modifiés par le rapport au sexe opposé ?
- Non.
- Que ce soit pour une pose de perfusion ou une toilette, pour vous il n'y a pas de différence?
- Que ce soit la gente masculine ou féminine, chacun a des spécificités, moi je vais peut être être plus dans le technique que d'autres mais il y a des hommes qui vont être plus dans le relationnel que certaines femmes et vis et versa.
- Etes vous d'avantage vigilant à vos gestes lors de certains types de soins sur une femme?
- Non.

4) L'enquête identifie les émotions mises en jeu lors des soins intimes :

- On va parler de soins intimes : Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour la patiente lorsqu'un homme réalise le soin?
- Ca peut être perçu comme une intrusion, une agression...
- Et dans ce cas là, quelles émotions ça peut faire naître?
- Bonne question. Du dégoût peut être, de la peur... mais à contrario ça peut la rassurer aussi.
- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour vous ?
- Aucunes, pas de différences que ce soit un homme ou une femme.
- Ces émotions peuvent elles être un frein à la relation ?
- Oui, automatiquement un frein oui. Mais comme je disais tout à l'heure, si la patiente émet le souhait que ce ne soit pas un homme qui lui fasse la toilette intime, on passe la main.

5) L'enquêté perçoit-il une différence liée à son expérience :

- Pensez vous que votre expérience entraine un ressenti moins important des émotions? Vous dites que vous ne ressentez pas d'émotions particulières lors d'un soin intime à une femme, est-ce-que ça a toujours été comme ça ou c'est votre expérience qui fait que vous n'êtes plus gêné par exemple?
- J'en ai jamais trop eu.

6) L'enquêté perçoit-il une différence liée à sa posture :

- Votre posture peut-elle entrainer un ressenti différent de la patiente?
- Oui, c'est pareil que la question d'en haut, soit ça peut rassurer soit ça peut faire peur.

7) L'enquêté identifie d'autres facteurs étant susceptibles d'influer de façon plus importante sur la relation soignant / soigné :

- D'autres facteurs vous paraissent ils influer la relation homme soignant / femme soignée?
- Heu...
- Vous m'avez parlé de religion au début...
- Oui, la religion fait que c'est difficile pour un homme de faire la toilette intime notamment la religion musulmane. Il faut respecter.
- Certains facteurs sont-ils susceptibles d'influer d'avantage que le sexe sur la relation soignant / soigné?
- Non, à part la religion et le sexe... Moi je vois que ça.
- Merci.

- Entretien n°2 :

1) Identification de l'enquêté :

- Quel âge avez-vous ?
- 30 ans.
- En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat?
- 2002.
- Dans quels services avez-vous travaillé au préalable ?
- Cérébrolésés, 5 ans.
- Dans quel service exercez vous actuellement ?
- Neurologie.
- Depuis combien de temps ?
- 3 ans.

2) L'enquêté perçoit-il une différence dans la relation soignant/soigné en rapport avec le sexe :

- Il y a t-il, selon vous, une différence dans la relation soignant / soigné en fonction du sexe des 2 personnes?
- Il y a peut être une différence au niveau de l'approche relationnelle quand il y a une différence de sexe. Essentiellement parce que c'est dans ces moments là que des gens un peu pudiques, que ce soit le soignant qui soit pudique ou le soigné, révèlent une certaine pudeur.
- Donc, pour vous, le rapport au sexe opposé est source de différences dans la relation?
- Il peut accentuer une difficulté relationnelle. Il peut créer une gêne.
- Pourquoi?
- C'est une question de pudeur et de culture essentiellement. Que ce soit à l'hôpital ou ailleurs. J'ai des collègues qui bossent en libéral, 2 copines qui tiennent un cabinet, elles ont cherché des remplaçants, elles ont trouvé un homme et beaucoup de personnes dans leur clientèle se sont plaintes que ce soit un homme qui vienne chez elles pour la toilette. Donc c'est que ça existe réellement, c'est pas des lubies.
- C'est justement pour ça que j'en parle...

- Pour vous, le rapport au sexe opposé est-il source de difficultés ou d'avantages?
- Je peux pas faire une généralité. Dans certains cas ça pourra être un inconvénient parce que, je parle pour mon cas personnel, la personne soignée va être tellement mal à l'aise qu'elle va avoir un comportement faussé. Je ne pourrai pas avoir une observation clinique objective étant donné que ça sera faussé par cette pudeur par rapport à moi. Mais pour d'autres personnes ça sera un avantage parce que il y aura une complicité qui pourra peut être s'instaurer plus facilement qu'avec une personne du même sexe. Je vois notamment avec les « petites mamies », les personnes âgées femmes, parfois on arrive plus facilement, nous hommes, à avoir un rapport avec elles parce qu'on se rapproche de leurs petits enfants. Les femmes aussi mais il y a un côté plus affectif peut être avec la personne âgée femme... Par contre avec la jeune femme hospitalisée ce sera peut être plus un inconvénient.
- Pensez vous que la relation homme soignant / femme soignée soit confrontée à plus de difficultés que la relation femme soignante / homme soigné?
- Non, du tout. Des difficultés il y en a peu, et il y en a tout autant chez l'infirmière avec le patient homme. Je pense pas qu'il y en ai plus dans un sens que dans l'autre. Après nous peut être qu'on en parle plus parce qu'on est peu, on s'imagine peut être qu'on est plus en difficulté mais je pense que c'est pareil.

3) L'enquête identifie certains soins comme plus influencés par le rapport au sexe opposé :

- Selon vous, certains types de soins sont-ils plus marqués que d'autres par le rapport au sexe opposé ?
- Tout ce qui va se trouver autour de la sphère génitale et qui va avoir un impact direct sur la pudeur de la personne. Sondage urinaire et toilette essentiellement.
- Peut on alors parler de soins intimes?
- Oui tout à fait, tout ce qui touche à la sphère intime.
- Par « intime » vous pensez donc à tout ce qui touche aux parties sexuelles?
- Essentiellement. Parfois les jeunes adultes peuvent être très gênées par le fait d'exposer leur poitrine, par la nudité.
- Etes vous d'avantage vigilant à vos gestes en situation de soins intimes sur une femme?
- Non.

4) L'enquête identifie les émotions mises en jeu lors des soins intimes :

- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour vous?
- Pas plus qu'avec un homme.
- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour la patiente lorsqu'un homme réalise le soin?
- Ce qu'on peut observer c'est de la gêne, pas de la honte non mais de la gêne, de la pudeur.
- Pas de la honte?
- Non c'est pas vraiment de la honte, elles ont pas honte de leur corps, c'est la gêne de se retrouver exposée autant à un homme. Il y en a pour qui non, ça se passera très bien. Il y en a qui vont carrément le verbaliser en disant : « est-ce-que vous avez pas une collègue plutôt? ». Il y en a qui le verbalise très bien. Il y en a ça sera plus un comportement non verbal : une rougeur excessive, un repli sur soi... Mais après c'est à nous de nous adapter.
- Ca vous l'avez déjà observé.
- Oui complètement.
- Ce ressenti serait donc, pour vous, lié au fait de s'exposer?
- Oui, au fait de s'exposer aux yeux et aux mains d'un homme. Il y a de la pudeur visuelle et y a le fait d'être touchée par un homme. Selon les personnes, il y en a qui sont très mal à l'aise. Mais la majorité ça se passe bien.
- Ces émotions peuvent elles être un frein à la relation?
- Oui, plus la personne va être gênée et plus je vais me sentir mal à l'aise. Parce que ça te renvoie toujours à ta pratique. Si tu vois que la personne est gênée tu vas essayer de faire un peu plus attention mais plus elle va être gênée, plus ça va te mettre en difficulté. Ca te rajoute une certaine forme de stress.

5) L'enquête perçoit-il une différence liée à son expérience :

- Pensez vous que votre expérience entraîne un ressenti moins important des émotions?
- Oui. Les premiers temps j'étais gêné. C'est avec le temps que tu apprends à avoir du recul, dans tes gestes tu es plus professionnel, tu es plus confiant. Plus tu as un comportement professionnel, plus la personne se sent prise en charge. Tu deviens professionnel de soins, t'es plus un homme, t'es plus une femme, t'es un professionnel.

6) L'enquêté perçoit-il une différence liée à sa posture :

- Votre posture peut-elle entraîner un ressenti différent de la patiente?
- Complètement, parce que si tu rentres en montrant une certaine forme de gêne, ça va provoquer chez la personne en face le même sentiment. Si tu arrives avec de la confiance, un vocabulaire et une attitude professionnels, la personne va se sentir aux mains d'un professionnel et non plus face à un homme. Elle va oublier le caractère sexué de la relation. Dans mes relations professionnelles avec des femmes, c'est cette attitude là qui m'a permis de mettre en confiance et de pouvoir palier à toute sorte de malaise.

7) L'enquêté identifie d'autres facteurs étant susceptibles d'influer de façon plus importante sur la relation soignant / soigné :

- D'autres facteurs vous paraissent ils influencer la relation homme soignant / femme soignée?
- La manière de parler, l'expression verbale. Le fait d'être trop familier ou au contraire d'avoir un vocabulaire trop professionnel. Je pense que la communication verbale a toute son importance dans la relation avec la personne soignée. Il faut s'adapter. Ça a beau être un garçon ou une femme si tu sais parler, si tu adaptes ta communication tu peux affronter toutes sortes de difficultés, même celles liées au sexe.
- En voyez vous d'autres? Vous m'avez parlé de culture au début?
- Chaque culture étant différente, il y en a qui ont certaines croyances, certains tabous, ça peut avoir une place dans la relation oui.
- Vous fesiez la différence entre une femme âgée et une femme plus jeunes. L'âge peut il être un facteur d'influence sur la relation?
- Oui ça a une certaine influence. Ça fait parti de critères qui vont amener à avoir un comportement plutôt qu'un autre comme le sexe, l'âge ou encore la situation professionnelle... Mais je ne pense pas que ça génère des difficultés, juste un besoin de s'adapter.
- Merci.

- Entretien n°3 :

1) Identification de l'enquêté :

- Quel âge avez-vous ?
- 40 ans.
- En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat?
- 1995.
- Dans quels services avez-vous travaillé au préalable ?
- Chirurgie cardio-vasculaire, Réanimation cardio, Neurologie, Chirurgie orthopédique.
- Dans quel service exercez vous actuellement ?
- Rééducation fonctionnelle mais en tant que cadre de santé.
- Depuis combien de temps ?
- 10 ans.

2) L'enquêté perçoit-il une différence dans la relation soignant/soigné en rapport avec le sexe :

- Il y a t-il, selon vous, une différence dans la relation soignant / soigné en fonction du sexe des 2 personnes?
- Une différence, oui forcément.
- Est-ce-que pour vous, le rapport au sexe opposé est source de différences dans la relation?
- Oui.
- Cette différences est-elle source de difficultés ou d'avantages?
- Des avantages. Il peut y avoir les deux, mais globalement des avantages.
- Lesquels?
- Je pense qu'en tant qu'infirmier homme, pour beaucoup de patients on a une reconnaissance autre. Je pense qu'on est plus écoutés voire plus reconnus.
- Et en tant que cadre?
- Là la différence est moindre. Dans la gestion des conflits ça peut être un avantage dans la mesure où on a souvent des équipes plus féminines, le fait d'être un homme c'est plus simple pour prendre du recul et pour se positionner.

3) L'enquêté identifie certains soins comme plus influencés par le rapport au sexe opposé :

- Selon vous, certains types de soins sont-ils plus marqués que d'autres par le rapport au sexe opposé ?
- Il ya des soins qui vont poser plus souci que d'autres. Des soins qui sont plus intimes risquent de poser des soucis ce qui est lié au sexe du soignant mais à l'âge aussi.
- Par « intime » vous entendez quoi?
- Tout ce qui peut être lié à la pudeur.
- Peut on parler des soins qui dénudent?
- Oui.
- Etes vous d'avantage vigilant à vos gestes en situation de soins intimes sur une femme?
- Oui, certainement. Et là aussi je rajouterai l'âge. Je pense qu'on ne se comporte pas pareil non plus si on fait un soins à quelqu'un qui a 20ans de moins que vous, quelqu'un de votre âge, ou quelqu'un qui en a 20 de plus. Donc il y a la notion que ce soit un homme ou une femme et s'y rajoute l'âge du patient.

4) L'enquêté identifie les émotions mises en jeu lors des soins intimes :

- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour vous?
- Ce serait plus sur comment arriver à la mettre à l'aise et à la gêner le moins possible. J'ai pas le souvenir d'avoir été particulièrement gêné.
- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour la patiente lorsqu'un homme réalise le soin?
- Il va y avoir de la gêne.
- Pourquoi?
- Il y a la notion du rapport à l'autre, du regard de l'autre et en l'occurrence le regard d'un homme.
- Ces émotions peuvent elles être un frein à la relation?
- Oui, mais c'est surmontable.

5) L'enquêté perçoit-il une différence liée à son expérience :

- Pensez vous que votre expérience entraine un ressenti moins important des émotions?
- Oui, l'expérience diminue. J'étais plus gêné sur mon premier stage à 22ans qu'à 35ans en travaillant. L'expérience aide.
- Pourquoi?
- L'expérience amène une certaine maturité pour le soignant. Aussi, le fait que ce soit quelque chose de moins nouveau, l'habitude.

6) L'enquêté perçoit-il une différence liée à sa posture :

- Votre posture peut-elle entrainer un ressenti différent de la patiente?
- Oui c'est sûr. Si avez la posture de quelqu'un sûr de lui, qui est à l'aise, je pense qu'il y aura une répercussion positive sur la patiente.

7) L'enquêté identifie d'autres facteurs étant susceptibles d'influer sur la relation soignant / soigné :

- D'autres facteurs vous paraissent ils influer la relation homme soignant / femme soignée?
- L'âge et l'ancienneté.
- Ces facteurs vous semblent-ils influer davantage que le facteur sexe sur la relation?
- Je pense que l'expérience modifie plus la relation que le sexe.
- En voyez vous d'autres?
- Peut être le fait que cette relation se pose de façon duelle ou si il y a une autre personne présente. La patiente sera peut être moins gênée si il y a une autre personne (femme) comme une étudiante ou une aide soignante.
- Merci.

- Entretien n°4 :

1) Identification de l'enquêté :

- Quel âge avez-vous ?
- 33 ans.
- En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat?
- 2010.
- Dans quel service exercez vous actuellement?
- Ruffi 1.
- Depuis combien de temps?
- Bientôt 1an .

2) L'enquêté perçoit-il une différence dans la relation soignant/soigné en rapport avec le sexe :

- Il y a t-il, selon vous, une différence dans la relation soignant / soigné en fonction du sexe des 2 personnes?
- Bien sûr. Moi je travaille exclusivement avec des personnes âgées et souvent les dames refusent les hommes au niveau des toilettes. Par pudeur et aussi parce que c'est une génération spéciale dans laquelle le rapport à l'homme était quelque chose de tabou. Avec les hommes ça se passe plutôt bien sauf dans des services de psychiatrie, où si il y a des ATCD de syndromes frontaux, un homme c'est pas forcément de bonne augure parce qu'ils peuvent y voir une rivalité.
- Le rapport au sexe opposé est-il source de différences dans la relation?
- Oui. Depuis 1996 je suis à l'hôpital et du moment que tu rentres dans une chambre tu es forcément un docteur. Donc déjà pour le sexe opposé, un homme dans ce métier correspond plus à une image de médecin. Et souvent nos paroles ont beaucoup plus de poids que si c'est une infirmière.
- Pour vous, le rapport au sexe opposé est-il source de difficultés ou d'avantages?
- Au niveau du soins, sur les pansements, la distribution des traitements, je pense que c'est un avantage parce que les patientes nous écoutent peut être plus. Des difficultés, si ce n'est pendant la toilette, j'en vois pas.

3) L'enquêté identifie certains soins comme plus influencés par le rapport au sexe opposé :

- Selon vous, certains types de soins sont-ils plus marqués que d'autres par le rapport au sexe opposé ?
- Pas modifiés mais je pense qu'il y a une prise de conscience de la pudeur qui est plus importante surtout pour la toilette.
- Peut on alors parler de soins intimes?
- Oui bien sûr.
- Par « intime » vous entendez quoi?
- Ca peut être une toilette vaginale, un sondage urinaire... Tout ce qui attire aux parties intimes.
- Etes vous d'avantage vigilant à vos gestes en situation de soins intimes sur une femme?
- Non. J'apporte exactement la même attention.

4) L'enquêté identifie les émotions mises en jeu lors des soins intimes :

- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour vous?
- Pas plus qu'avec un homme.
- Quelles peuvent être les émotions mises en jeu dans ce type de soins pour la patiente lorsqu'un homme réalise le soin?
- Je sais pas si on est vraiment dans l'émotion. C'est plus lié à leur histoire de vie et à la connotation sexuelle.
- Ces émotions peuvent elles être un frein à la relation?
- Je vais te donner une anecdote : Quand j'étais aide-soignant en chir ortho, un matin on était une équipe uniquement d'hommes. On avait une fille rentrée la veille pour un AVP, elle était très belle. On est allé lui demander pour savoir comment procéder pour la toilette. Elle a choisi et c'est tombé sur moi. J'ai fait la toilette avec un drap entièrement sur elle pour mettre une barrière visuelle et à sa demande, on s'est regardé dans les yeux tout le long de la toilette et ce en parlant de n'importe quel sujet. 26 ans, c'était la première fois qu'on lui faisait une toilette au lit, moi j'en avait 24... Donc là on peut parler de dysfonctionnement dans l'affect.
- Selon toi, quelles émotions a-t-elle pue ressentir pendant cette toilette?
- De la peur je pense. La peur de se faire toucher par un homme.

5) L'enquêté perçoit-il une différence liée à son expérience :

- Pensez vous que votre expérience entraine un ressenti moins important des émotions?
- Je pense que c'est plus la façon dont tu abordes ta profession et la vision que tu as du soins.

6) L'enquêté perçoit-il une différence liée à sa posture :

- Votre posture peut-elle entrainer un ressenti différent de la patiente?
- Non, ta posture doit être la même avec un homme ou une femme.

7) L'enquêté identifie d'autres facteurs étant susceptibles d'influer de façon plus importante sur la relation soignant / soigné :

- D'autres facteurs vous paraissent ils influer la relation homme soignant / femme soignée?
- On est peut-être, à leurs yeux, plus crédibles.
- Vous m'avez parlé de « dames d'un certain âge », l'âge peut-il être un facteur qui influe plus que le sexe?
- Oui mais c'est la projection que ça peut te renvoyer... En pédiatrie ça peut te renvoyer à ta fille, si c'est l'âge de ta femme ça te renvoie à ta femme, ça peut être le reflet de ta mère.
- Vous m'avez parlé de culture, ça peut être un facteur d'influence?
- Oui, on est pas toujours habitués aux rites des autres cultures. Chez des femmes musulmanes c'est un élément qui majore le facteur sexe.
- Merci.

Bibliographie :

Ouvrages :

- « *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie.* » de D. Jodelet, Edition Presses universitaires de France, Collection Sociologie d'aujourd'hui, 1984.
- « *Pratiques sociales et représentations* » de Abric, Edition Presses universitaires de France, Collection Psychologie sociale, 1994.
- « *Les concepts en science infirmière* » de Monique Formarier et Ljiliana Jovic, Edition Mallet Conseil, Collection ARSI, 2009.
- « *L'identité masculine* » de F. Rault, La documentation française, Problèmes politiques et sociaux n°894, 2003.
- « *La relation soignant - soigné* » de Alexandre Manoukian, Editions Lamarre, 2008.
- « *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* » de Catherine Mercadier, Edition Seli Arslan, 2008.
- « *Promouvoir la vie* » de M.F Collière, Editions Masson, 1982.
- « *Le Langage silencieux* » de Edward T. Hall, Editions Seuil, 2007.
- « *La force des émotions* » de François Lelord et Christophe André, Edition Odile Jacob poches, 2001.
- « *Mieux se connaître pour mieux soigner* » de D. Rispaïl, Edition Masson, 2002.

Revue :

- « *La relation de soin* » de Monique Formarier, RSI n°89, 2007.
- « *L'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé* » de Marie-Christine Parneix, RSI n°21, 1987.

Sources internet :

- « *Les femmes, majoritaires parmi les fonctionnaires, mais...* », publié le 08/03/2011, mis à jour le 21/03/2011, consulté le 15/06/2011 à 13h, disponible sur Internet :

<http://infos.emploipublic.fr/2011/03/08/les-femmes-majoritaires-parmi-les-fonctionnaires-mais/>.

- « *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2010* » par Daniel Sicart, Document de travail DREES n°144, p.36-38, mai 2010, disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat144.pdf>.

- « *Le profil infirmier en Europe* », Programme Leonardo Da Vinci, 2002, disponible sur Internet : http://www.henac.be/departements/paramedical/international/pr_inf03.pdf

- « *Les représentations intergroupes hommes-femmes* » de P.Molinier, E.Vinet et M.Suquet, Laboratoire de psychologie sociale, 2004, disponible sur Internet :

<http://www.prejuges-stereotypes.net/espaceDocumentaire/Moliner.pdf>

Autres :

- « *La relation soignant - soigné* » document distribué en 3^{ème} année.
- « *L'intimité - Le corps - L'espace privé* », Groupe d'éthique de l'APF, 2008.