

L'HOMME DANS LES SOINS : SA RELATION AVEC LES PATIENTS FEMININS

Travail de Bachelor

**Zena Walker n° 10644847
Damien Delétraz n°10644730**

Directrice : Claudine Badoux - Chargée d'enseignement HES

Membre du jury externe : Pierre Dunand – Infirmier du département de l'enfant et de l'adolescent, médecine B2, HUG

Genève, 16 juillet 2014

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 16 juillet 2014

Zena Walker
Damien Delétraz

RÉSUMÉ

Le genre est un aspect omniprésent dans toute relation interpersonnelle, mais les enjeux y relatifs sont d'autant plus importants dans l'univers des soins et à fortiori dans la profession infirmière. En effet, du fait de l'intimité que les soins peuvent présenter, le sexe autant du soignant que du patient peut donner lieu à des aspects relationnels positifs et négatifs.

Cette recherche a pour but de mettre en évidence ces différents aspects en traitant plusieurs thématiques comme la communication, le toucher ou encore l'impact de l'identité sexuée. Nous avons choisi de traiter cette problématique en nous intéressant au point de vue des hommes dans les soins ainsi que du ressenti des patients de sexe féminin.

A la lumière de différents textes de recherches analysés et au terme de discussions s'y référant, il en ressort que le toucher peut être mal interprété et devenir problématique pour les soignants, que plusieurs arguments peuvent être avancés par des femmes pour expliquer leur refus de se faire soigner par un homme et leur pertinence vis-à-vis de la loi ; de plus, le style de communication d'un homme sera perçu comme étant plus rassurant mais moins empathique, que la sexualité et l'érotisme peuvent avoir des aspects positifs et négatifs dans une relation entre personnes de sexe différent et que l'identité sexuée influence clairement le comportement d'un soignant vis-à-vis des patients.

MOTS-CLÉS :

Genre, infirmier(ère), soignants, différence, sexe, soins/prise en soin

KEYWORDS :

Gender, nurse, caregivers, difference, sex, care

TABLE DES MATIÈRES

I. MOTIVATIONS.....	5
I.I. Motivations personnelles.....	5
Zena	5
Damien	5
I.II. Motivations communes	6
Motivations professionnelles	6
Motivations disciplinaires.....	6
Motivations interdisciplinaires.....	7
Motivations sociopolitiques.....	7
II. PROBLÉMATIQUE	8
III. DÉFINITION DU GENRE	8
IV. RELATIONS INTERPERSONNELLES EN SOINS INFIRMIERS SELON H. PEPLAU	8
V. MÉTHODE	10
VI. TOUCHER EST ESSENTIEL MAIS TOUCHER PEUT ÊTRE MAL PERÇU	14
VII. LES ENJEUX POUR UN INFIRMIER LORS DE SOINS À UNE NOUVELLE MÈRE	19
VIII. A-T-ON LE DROIT DE REFUSER UN SOIGNANT HOMME? CE QU'EN DIT LA LOI.	24
IX. INFIRMIER, INFIRMIÈRE, ON NE COMMUNIQUE PAS DE LA MÊME MANIÈRE	26
X. L'HUMOUR LUI AUSSI, N'ÉCHAPPE PAS AUX DIFFÉRENCES GENRÉES	29
XI. L'INFLUENCE DE LA SEXUALITÉ ET DE L'ÉROTISME DANS LES SOINS	32
XII. L'IMPACT DE L'IDENTITÉ SEXUÉE SUR LES SOINS.....	36
XIII. CONCLUSION	40
XIV. LISTE BIBLIOGRAPHIQUE	43

I. MOTIVATIONS

I.1. Motivations personnelles

Zena

L'idée de traiter cette thématique m'est venue assez naturellement dès le début de notre formation. Premièrement, même si je m'y attendais un peu, j'ai été tout de même étonné de voir la faible proportion d'hommes dans notre volée d'étudiants. Cette faible proportion couplée à l'utilisation presque systématique de la forme féminine quand les professeurs s'adressent à l'auditoire qui est, certes, essentiellement composé de femmes mais dans lequel se trouve une (petite) partie d'hommes, m'ont fait me demander si nous étions vraiment acceptés dans cette formation. En d'autres termes, est-ce que cette faute de français était voulue de la part des professeurs de manière consciente ou non, ou n'est-ce qu'une question d'habitude, certains professeurs n'étant pas encore habitués à la présence toujours grandissante d'hommes dans leurs auditoriums de formation en soins infirmiers ?

J'ai assez rapidement eu une sorte d'impression qu'on ne s'adressait pas réellement à moi et à mes pairs de sexe masculin, sentiment potentialisé par un constat que j'ai fait ensuite : les textes de théories infirmières sont à très grande majorité écrits uniquement au féminin.

Il est clair qu'en remarquant cela, j'ai tenté de remettre les textes théoriques en question dans leur contexte, notamment chronologique et ai assez vite distingué que certains textes clefs de la théorie balisant notre métier ont été écrits à des périodes où les hommes étaient encore absents dans la profession et des périodes lors desquelles une déssexualisation des métiers n'était pas encore amorcée ou venait juste de l'être. Cependant, dans cette majorité de textes écrits pré-68, il en existe certains qui nous sont bien plus contemporains mais dans lesquels il y a toujours une absence relative de considération pour la gent masculine qui pratiquerait le métier.

A cela se sont ajoutées mes expériences professionnelles durant les stages qui m'ont permis d'être conscient de cette absence réelle d'hommes dans la profession mais également de ce qu'ils pouvaient apporter dans les soins en général et dans les équipes soignantes.

Toutes ces raisons m'ont poussé à me demander si nous étions vraiment voulus et acceptés dans la profession, de ce que nous, en tant qu'hommes, pouvons apporter aux soins et notamment quel est le ressenti des patientes lorsqu'elles sont soignées par des hommes, chose qui reste encore plutôt inhabituelle aujourd'hui.

Damien

Avant même de commencer ma formation d'infirmier, j'avais déjà bien conscience d'entrer dans un milieu majoritairement féminin et que cela allait être autant un avantage qu'un inconvénient d'être un homme.

Dès le début, le ton était donné : des cours dispensés au féminin et donc au premier abord pour un public d'infirmières et des théoriciens à grande majorité féminins balisant la science infirmière. Durant les multiples stages que nous avons eus, cette différence se fit tout autant sentir, la proportion de mes collègues femmes dépassant toujours le nombre d'hommes.

En fin de compte, cela m'a fait m'interroger sur la réelle place qu'a un homme dans cette profession à forte majorité féminine. Ou du moins si l'homme exerce ce métier d'une manière complètement différente de ses collègues du sexe opposé. En effet d'un point de vue historique et sociologique, la place de l'homme en tant qu'infirmier est quelque chose de relativement récent. Et même si les choses changent peu à peu et que la présence d'homme dans les soins se normalise de plus en plus il y a encore des domaines où la présence d'hommes est rare.

Néanmoins, je n'ai jamais ressenti de peine à m'adapter à cet univers et la collaboration entre collègues de genres différents se fit toujours facilement. Là où je remarquai une plus grande hétérogénéité, c'était dans la relation entre un patient et un soignant en fonction de son sexe. Je n'avais moi-même pas un comportement identique si je prenais en soin un homme ou une femme, souvent sans même m'en rendre compte, mes actions et paroles changeaient suivant le genre.

Même si je remarquai ces différences de comportement chez moi et chez mes collègues, il m'était difficile d'identifier clairement quels facteurs influençaient la prise en soin et au final quelles étaient ces différences directement auprès du patient homme ou femme.

I.II. Motivations communes

Motivations professionnelles

En ce qui concerne nos motivations professionnelles, nous sommes partis du constat qu'il y avait de plus en plus d'hommes dans la profession infirmière et que cette mixité du genre a une influence sur la qualité de la prise en soin de la clientèle. Au travers de notre pratique professionnelle (lors de stages et notre emploi d'aide-soignant auxiliaire en établissement médico-social), nous avons observé que le fait d'être un homme lors de soins auprès d'une femme est une problématique récurrente qui peut avoir des aspects autant positifs que négatifs. Nous avons voulu effectuer cette revue de la littérature pour nous rendre compte des enjeux que peuvent avoir cette différence de genre dans la prise en soins de patients de sexe féminin, enjeux qui peuvent être autant d'impact sur les patients que sur les soignants.

Motivations disciplinaires

La discipline infirmière est encore aujourd'hui majoritairement axée sur le sexe féminin. Après quatre ans passés dans cette école, nous avons remarqué que peu de théoriciens en soins infirmiers sont de sexe masculin. L'ancrage théorique sur lequel nous nous sommes basés, à savoir la théorie de relation interpersonnelle décrite par Hildegard Peplau (1952), est écrite au féminin. Vis-à-vis du contexte (c'est-à-dire l'émergence d'hommes dans les soins infirmiers à cette période) dans lequel sa théorie a été écrite, on peut considérer qu'elle est applicable autant aux soignants hommes que femmes. On pourrait donc en déduire qu'il n'y aurait pas de différence de prise en soins entre les soignants masculins ou féminins. La nuance est donc difficilement perceptible au travers de cette théorie. Ce travail a donc également pour but de mettre en évidence des nuances applicables à la théorie que nous avons observé lors de notre pratique professionnelle.

Motivations interdisciplinaires

Il nous a semblé intéressant de savoir si les différences de genre ont autant d'impact chez les infirmiers que dans d'autres professions de la santé. Plus précisément, nous trouvons pertinent de rechercher à savoir si ces différences sont propres aux soins infirmiers et si dans d'autres corps de métiers du domaine des soins, les professionnels masculins entretiennent des relations soignant-soignée différentes que leurs homologues féminins.

Motivations sociopolitiques

L'image de l'infirmière au sein de la société est celle d'une femme aux attributs maternels et de patience, d'empathie, d'altruisme et de douceur. Or, ces attributs ne sont pas considérés comme masculins et ce depuis la nuit des temps.

Historiquement, culturellement voire même économiquement, les hommes n'étaient pas destinés à cette profession. Or, aujourd'hui, de plus en plus d'hommes accèdent à la profession d'infirmier et cela amène de nouveaux enjeux, notamment au niveau relationnel.

Notre recherche a donc pour but, grâce aux écrits, de mettre en évidence des différences de pratique pour que nous puissions être conscients de ces dernières et pour que nous puissions éventuellement opérer des ajustements dans notre pratique quotidienne des soins infirmiers.

Nous avons, après avoir clairement identifié les motivations ainsi que la thématique à traiter, décidé d'effectuer notre recherche de sorte à mettre en évidence quels sont les ressentis des patients de sexe féminin lorsqu'ils sont soignés par des soignants de sexe masculin.

II. PROBLÉMATIQUE

Pour étayer l'idée de s'informer sur les relations interpersonnelles entre professionnels de la santé et la clientèle et de l'aspect sexué de ces relations, nous avons trouvé intéressant de tenter d'identifier le ressenti des patients de sexe féminin lorsqu'elles sont soignées par des infirmiers de sexe masculin ainsi que la posture qu'adoptent les différents protagonistes dans une relation de soins entre deux personnes de sexe différent selon les situations.

III. DÉFINITION DU GENRE

Notre travail faisant fréquemment référence à la notion du genre, il nous a semblé pertinent de donner une définition qui nous paraissait la plus adaptée.

Le "genre" ou "l'approche de genre" sont souvent mal interprétés dans les pays francophones. Issu de l'anglais « gender », c'est un concept initialement apparu en sciences sociales pour signaler les différences non biologiques entre les hommes et les femmes et de leurs statuts respectifs, des différences telles que sociales, politiques, psychologiques ou encore économiques.

La notion de genre se différencie de celle du sexe, il n'est plus seulement question d'attributs biologiques mais de différence purement sociale et permet donc de s'intéresser à la relation et aux rapports entre les hommes et les femmes.

De manière concrète, les études de genre ont pour objectif d'encourager autant l'égalité des femmes que celles des hommes en prenant en compte les différences et la hiérarchisation socialement construites.

IV. RELATIONS INTERPERSONNELLES EN SOINS INFIRMIERS SELON H. PEPLAU

Afin de nous fonder sur une théorie qui soit la plus pertinente avec notre travail, nous avons choisi celle qu'a développée Hildegard Peplau en nous référant plus particulièrement à son ouvrage « Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers » publié en 1952. En effet, il nous a semblé plus judicieux, pour traiter les différences de prise en soins en fonction du genre, de nous baser sur une théorie ayant pour principal thème la relation entre le soignant et le soigné.

En mettant l'accent sur l'importance de la participation des deux acteurs, c'est-à-dire l'infirmier-ère et le patient, et non pas le soignant omniscient et le malade subissant les soins sans y prendre part, Peplau a démontré l'importance d'une relation saine pour l'optimisation de la prise en soin.

Avec ses différentes étapes de la prise en soins (orientation, identification, exploitation et résolution), Peplau explique le déroulement pour arriver à l'objectif voulu. Elle résume la complexité de cette relation ainsi :

La relation infirmière - patient peut être représentée sur un continuum. A une extrémité se situent deux individus aux objectifs et aux intérêts différents. A l'autre, deux personnes qui travaillent ensemble à la résolution d'une difficulté qu'elles appréhendent de la même manière. (Peplau, 1952, p. 2)

Paradoxalement, nous avons également choisi sa théorie car bien qu'écrite systématiquement au féminin sans faire de distinction de genre, nous pouvons en déduire qu'elle est également adressée aux infirmiers vu l'émergence d'hommes dans cette profession au moment où elle a été rédigée.

Malgré cela, quelques éléments de sa théorie font clairement référence au rôle maternel que peut tenir l'infirmière auprès d'un patient et sont donc difficilement applicable au premier abord à un infirmier homme :

En revivant un état de complète impuissance et les soins de maternage qu'il a nécessités, le patient peut se sentir comme un bébé, mais le rôle maternel de l'infirmière et la relation de personne à personne qu'elle contribue à construire ont pour finalité de permettre au patient d'atteindre la pleine expression de ses besoins d'adulte. (Peplau, 1952, p. 2)

En effectuant cette revue de littérature nous espérons mettre en lumière d'éventuelles différences de pratique qui expliqueraient que les rôles de l'infirmière que décrit Peplau sont peut-être applicables autant aux femmes qu'aux hommes.

V. MÉTHODE

Pour trouver les mots-clés qui nous ont servis à réunir les articles de recherches sur lesquels nous nous sommes basés pour répondre à notre question de recherche, nous nous sommes basés sur la Méthode PICO (Population, Intervention, Comparaison, Outcome). Cela nous a permis de mieux cibler les mots-clés pertinents et ainsi affiner notre recherche. En effectuant cette méthode nous avons également été plus au clair sur ce que nous recherchions précisément en effectuant ce travail et ainsi nous éviter de nous disperser dans une direction qui n'était pas la bonne.

PICO	Mots-clés
P opulation	Patientes
I ntervention	Durant les soins effectués par un homme auprès d'une patiente
C omparaison	Prise en soins de patientes par une infirmière
O utcome (issue clinique)	Différence de prise en soins ressentie par les patientes

En se basant sur cela nous avons extrait plusieurs mots-clés qui étaient susceptibles de nous permettre de trouver des articles pertinents concernant notre sujet :

- Genre
- Infirmier(ère)
- Soignants
- Différence
- Sexe
- Soins/ Prise en soin

Nous les avons ensuite traduit en anglais pour pouvoir ainsi, par la suite, trouver plus aisément les MeSH Term :

- Gender
- Nurse
- Caregivers
- Difference
- Sex
- Care

Pour pouvoir les utiliser dans les différentes bases de données nous les avons donc traduit en MeSH Term :

- Gender identity
- Nurse practitioners
- Caregivers
- Sex

Le terme « care » et « différence » n'ayant pas d'équivalences pertinentes en MeSH Term nous n'avons donc pas pu en tenir compte dans notre recherche d'article.

Ensuite, nous avons recherché nos articles dans deux bases de données : Cinhal et Pubmed. Nous avons sélectionné des limites pour affiner notre recherche telle que:

- Publication depuis 1990
- Langue de l'article : Anglais et Français
- Humain

Recherche via Cinhal

Tableau 1: 1^{ère} sélection des articles selon leurs titres:

1 ^{ère} sélection des articles par titre			
Critères d'exclusion	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles exclus	Nombre d'articles inclus
N'aborde pas : -Prise en soins par un infirmier homme ou femme -Genre du patient -Genre du soignant	4	2	2

Tableau 2: 2^{ème} sélection des articles selon leurs abstracts:

2 ^{ème} sélection des articles par l'abstract sur 2 articles résultant de la première sélection		
Critères d'exclusion	Nombre d'articles exclus	Nombre d'articles inclus
N'aborde pas : -Prise en soins par un infirmier homme ou femme -Genre du patient -Genre du soignant	2	0

Recherche via PubMed

Tableau 1: 1^{ère} sélection des articles selon leurs titres:

1 ^{ère} sélection des articles par titre			
Critères d'exclusion	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles exclus	Nombre d'articles inclus
N'aborde pas : -Prise en soins par un infirmier homme ou femme -Genre du patient -Genre du soignant	70	59	11

Tableau 2: 2^{ème} sélection des articles selon leurs abstracts:

2 ^{ème} sélection des articles par l'abstract sur 1 article résultant de la première sélection		
Critères d'exclusion	Nombre d'articles exclus	Nombre d'articles inclus
N'aborde pas : -Prise en soins par un infirmier homme ou femme -Genre du patient -Genre du soignant	10	1

Au vu du peu de résultats obtenus, nous avons donc décidé d'utiliser le moteur de recherche Google Scholar. Les résultats obtenus ont été beaucoup plus congruents, nous avons de ce fait trouvé plus d'articles en rapport direct avec notre thème.

En premier lieu, nous avons simplement utilisé nos mots-clés en français pour une première sélection d'articles puis pour agrandir notre champ de recherche nous avons utilisé ces mêmes mots-clés en anglais. Cela nous a permis premièrement d'étoffer notre littérature mais également d'avoir des articles venant d'outre-Atlantique, ce qui, nous le remarquerons par la suite, changera le type d'articles obtenus.

Après une première sélection d'articles, nous avons affiné notre recherche en assimilant les mots clés généraux (genre, infirmier, soignants, différence, sexe, soins/ prise en soin) avec des sujets plus précis en fonction des thèmes que nous voulions aborder avec ce travail.

Nous sommes conscients de la différence et de la pertinence entre des bases de données telles que Pubmed ou Cinhal et le moteur de recherche Google Scholar, mais au vu de notre thème relativement spécifique et des mots-clés utilisés ayant un sens assez large, il nous a semblé plus judicieux d'utiliser le moteur de recherche de Google.

Pour ce qui est de la structuration de notre travail, nous avons choisi de le partager en différents chapitres ayant pour thème les sujets qui sont ressortis à la lecture des articles sélectionnés. En effet, en lisant les écrits traitant du genre dans les soins, nous avons vu émerger des thèmes prédominants et récurrents sur ce sujet. Ce choix nous a semblé plus adéquat autant pour la lecture de ce travail que pour sa compréhension. Il y a donc sept thèmes qui ressortent, chacun étant analysés grâce à au moins un article traitant particulièrement du sujet. Les différents textes étant également pertinents pour d'autres thèmes, il n'est pas rare que ceux-ci soient illustrés par des écrits utilisés préalablement dans un autre chapitre.

L'analyse et la discussion ont été effectuées ensemble au sein du chapitre concerné afin de faciliter la congruence du travail.

VI. TOUCHER EST ESSENTIEL MAIS TOUCHER PEUT ÊTRE MAL PERÇU

Le toucher est un des sens essentiels à utiliser pour un infirmier. Cependant, toucher une personne inconnue comporte des risques quant aux idées que cette dernière pourrait avoir. Le toucher est donc un aspect qui peut se révéler dangereux pour un infirmier ou une infirmière si le sens de cet acte n'est pas compris de la même manière par les différents protagonistes.

Dès lors, le toucher entre patients et soignants de sexes différents peut, de par l'intimité que celui-ci peut représenter, être affilié à un aspect sexuel, érotique voire d'abus sexuel.

Il est intéressant de voir que cette problématique va bien entendu dans les deux sens (soignant femme – patient homme et soignant homme - patiente femme) mais que les conséquences ne sont pas les mêmes pour la clientèle. D'une part, un patient soigné par une infirmière pourrait ressentir une certaine attirance sexuelle d'où naîtrait plutôt une gêne qui rendra difficile la relation de soin qu'autre chose, thématique que nous aborderons par la suite. A l'inverse, les soignants hommes se mettent réellement en danger lorsqu'ils touchent des patients de sexe féminin car ces dernières pourraient interpréter de manière incorrecte les raisons ou la façon de toucher du soignant et on entrerait dès lors dans le cadre de l'abus sexuel ou du viol.

Cette problématique a été énoncée dans une recherche sur les relations sexuelles et de genre dans les soins infirmiers par Joan Alice Evans (2001). L'auteure, au travers de témoignages d'infirmiers travaillant dans divers hôpitaux de la province de Nova Scotia au Canada, met l'accent notamment sur la sexualisation du toucher par le soignant homme. Elle a interrogé huit infirmiers sur le sujet qui ont livré le témoignage de leur vécu professionnel vis-à-vis du toucher.

Ce qui ressort des témoignages c'est que le toucher est plus acceptable venant d'une femme que venant d'un homme, car le toucher fait partie du rôle maternel, du rôle de soignant naturel que les femmes endossent « instinctivement » de par le fait qu'elles soient des femmes. Dans le même sens, vu que ce n'est pas une qualité naturelle de l'homme, le toucher peut, dès lors, devenir suspect et prendre une tournure d'abus sexuel, et aura plus facilement une connotation sexuelle plutôt que du « prendre soin ».

Il ressort assez vite de cette étude le fait que plusieurs infirmiers interrogés soutiennent qu'ils travaillent souvent voire toujours sous le joug d'une peur omniprésente de se voir accusés d'avoir touché de manière inappropriée certains patients et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de femmes. Bien que certains participants à l'étude tendent à tempérer leur propos en disant que cette peur ne les empêche pas de travailler, d'autres disent tout de même que l'idée désagréable d'un soin qui nécessite un contact soit mal interprété et que la patiente prenne ce soin comme une atteinte à son intégrité sexuelle est toujours présente. Un des intervenants dit à ce propos : « Tout le monde n'est pas obsédé par l'idée d'être accusé à tort d'avoir molesté quelqu'un. Mais je pense que c'est une peur qui est toujours présente » (Evans, 2001, traduction libre, p.110). Un autre de ces participants exhorte également ceci : « Ce n'est pas une chose pour laquelle vous devenez paranoïaques et pour laquelle vous êtes sur la défensive mais il vous faut rester attentif à la manière dont les choses peuvent être perçues » (Evans, 2001, traduction libre, p.111).

Un infirmier interrogé précise en disant que la conjoncture actuelle a également une influence sur la mauvaise interprétation que pourrait avoir une patiente vis-à-vis d'une manière de toucher de la part du soignant. Il est aujourd'hui plus risqué de toucher une femme pour un infirmier que cela pouvait être le cas jadis. Cette évolution sociétale exacerbée notamment par la médiatisation d'affaires concernant des infirmiers abusant de leur profession pour agresser sexuellement des patientes fait que certains hommes sont plus attentifs à leur façon de toucher une patiente de sexe féminin :

Désormais, je peux dire que je suis plus attentif au fait que ma façon de toucher pourrait être mal interprétée et cela est dû aux articles paraissant dans les médias ... Il est moins confortable de toucher quelqu'un que ça ne pouvait être le cas jadis. Je fais un petit peu plus attention à cela. (Evans, 2001, traduction libre, p.111).

Il est vrai qu'un certain nombre d'affaires concernant des infirmiers accusés et condamnés pour des agressions sexuelles existent et sont très souvent relayées largement par les médias. Dans un autre sens, il n'existe pas de statistiques nous informant sur le nombre d'accusations d'agressions sexuelles dans le cadre d'un hôpital ou tout autre cadre où seraient susceptibles de travailler des infirmiers et encore moins de la proportions de fausses accusations parmi celles-ci. Dès lors, il est compréhensible qu'une plus grande prudence est nécessaire aux professionnels de la santé et donc des infirmiers lorsqu'ils sont amenés à toucher des femmes dans le cadre des soins qu'ils proposent.

Un consensus général au sein de cette recherche met en lumière le fait qu'il est difficile pour un infirmier de se défendre en cas de fausse accusation d'attouchements sexuels. C'est leur parole contre celle de l'accusatrice et c'est ce qui potentialise davantage la crainte pour les professionnels de la santé de se voir accusé à tort lorsqu'ils prennent en soin une femme et qu'il y a des soins intimes à prodiguer.

Cette crainte peut alors rapidement devenir handicapante pour certains professionnels, ils pourraient être moins consciencieux notamment pour une toilette lorsqu'elle est effectuée sur une patiente femme du fait de la peur que cela soit mal interprété par la femme en question. Un infirmier dit même « Mon plus grand problème quand je suis au travail, en particulier la nuit, quand je fais mes rondes et que je dois aller dans la chambre des femmes... J'ai toujours une crainte d'être – je ne sais pas – accusé. » (Evans, 2001, traduction libre, p.111).

Ce que dit l'infirmier est directement en lien avec la question que nous nous posons dans cette recherche. Effectivement, au-delà du ressenti des patientes vis-à-vis des infirmiers de sexe masculin nous nous demandons si, au final, nous sommes aussi professionnels que les infirmières et ce que notre appartenance sexuelle peut apporter aux soins infirmiers. Dans ce cas précis, et cela est visiblement partagé par plusieurs infirmiers, la peur d'être accusé à tort d'attouchements sexuels envers une patiente devient handicapante au point de ne pas faire son travail correctement et de bâcler la tâche pour éviter ce risque. Dans le même sens, cette sorte d' « épée de Damoclès » qui plane au-dessus des infirmiers fait que certains ont peur, ou du moins ont une certaine appréhension, avant d'entrer dans la chambre des femmes.

Ceci répond donc en partie à notre questionnement, le sexe du soignant peut avoir une importance néfaste sur la qualité des soins qu'il prodigue. Pour nuancer notre propos, il est important de préciser que nous ne savons pas dans quel contexte sont

donnés les soins décrits par les infirmiers interrogés, nous ne savons pas de quelle manière ils ont amenés leur soin, si les patientes étaient bien au courant de ce en quoi consistait le soin, pour quelles raisons il était prodigué et de quelle manière, au final, le soin a été effectué. Toutes ces imprécisions font que nous ne pouvons pas prendre pour argent comptant les dires des participants et que cela n'est pas à prendre comme une réponse en tant que telle à notre interrogation. De plus, ceci ne reflète que le sentiment de certains participants et l'échantillon des participants est relativement restreint. Mais au travers de l'article, l'auteure nous fait comprendre que c'est le sentiment général des infirmiers interrogés.

L'étude de J.A. Evans pose également certains critères dont ont parlé les infirmiers questionnés pour leur permettre d'évaluer le danger que représente le toucher selon les situations. Les critères incluent d'une part celui de l'âge du patient, les participants disent qu'il est souvent plus facile ou en tous cas moins risqué de toucher une patiente âgée lors d'un soin sans que cela soit mal interprété qu'une patiente tout juste sortie de la vingtaine. D'autre part, la gravité du problème de santé pour lequel le patient est hospitalisé est aussi décrite comme étant un facteur protecteur pouvant limiter le risque de toucher une patiente sans mauvaise interprétation. En effet, un infirmier soutient que:

Ce patient cardiaque de 42 ans n'est pas suffisamment malade. Voilà un autre point, si vous êtes malade, ça ne vous dérangera pas que cela soit un homme qui s'occupe de vous, vous ne vous préoccupez pas de qui prodigue les soins. (Evans, 2001, traduction libre, p.113)

Ici, l'infirmier précise cela quant à un patient homme, mais il est aisé de penser que son ressenti doit être identique vis-à-vis d'une femme. Dans tous les cas, l'auteure ne fait pas cette distinction en discutant de ce point, ce qui pourrait nous laisser penser que cela s'applique également à une femme.

Après avoir identifié les différentes problématiques que peut avoir le toucher entre un soignant et une patiente au travers du vécu professionnel de différents infirmiers, J.-A. Evans présente plusieurs stratégies décrites par les hommes interviewés pour se prémunir de fausses accusations d'attouchement sexuel ou de viol qui pourraient être formulées à leur encontre de la part de patientes qui auraient interprété le soin à mauvais escient.

L'auteure a listé 6 stratégies qui ont été décrites par les participants et qui ont été commentées.

La première stratégie est celle d'établir une relation de confiance avant tout.

La deuxième est celle d'être formel. Certains d'entre eux soutiennent qu'il est important d'être formel, notamment en serrant la main, en se présentant et de ne pas dépasser cette formalité dès le début de la relation.

Troisièmement, la valeur de l'uniforme et de ce qu'il dégage est mis en avant, ainsi que le fait de s'appuyer sur les idées positives que se font les gens de la blouse blanche pour « effacer » les côtés négatifs que pourraient avoir un homme qui exerce le métier d'infirmier.

La quatrième stratégie dénote l'importance de travailler en équipe et pour les hommes de s'appuyer sur leurs collègues féminines. En ce qui concerne ce point, plusieurs témoignages intéressants ont été rapportés tels que « Il y a des fois où il faut que je

sois plus attentif à cette problématique parce que je suis seul... et la plupart des fois je fais en sorte d'avoir une infirmière avec moi... » (Evans, 2001, traduction libre, p.116), « Si je suis amené à effectuer une injection dans les fesses, je serais beaucoup plus à l'aise si une infirmière m'accompagnait. C'est juste que je ne veux laisser aucun espace à la mauvaise interprétation ou aux accusations. » (Evans, 2001, traduction libre, p.116) ou encore « Ça ne me pose aucun problème d'entrer dans la chambre d'un homme avec une lampe de poche, vérifier que tout va bien, mais je suis vraiment prudent dans le cas d'adolescentes par exemple, je n'irais pas dans la chambre seul. » (Evans, traduction libre, 2001, p.116). Dans cette dernière citation, l'intervenant met l'accent sur une caractéristique décrite précédemment, à savoir l'âge des patientes et le fait qu'il peut avoir un poids non négligeable lors de soins qui mettent en jeu l'intimité de la personne.

Un infirmier précise, toujours dans cette même stratégie, qu'il fait en sorte de laisser une de ses collègues entrer en premier dans la chambre lors des tours de nuits s'il s'agit de femmes et qu'il la laisse parler en premier. Il parle uniquement une fois le lien établi avec sa collègue. Il soutient que les femmes ont une voix qui est moins agressive, moins impressionnante et plus rassurante à plus forte raison en pleine nuit lorsque les patients sont tirés de leur sommeil pour un soin par exemple.

La cinquième stratégie consiste à déléguer certaines tâches aux collègues femmes pour des soins qui peuvent devenir potentiellement « dangereux » au niveau juridique pour les soignants de sexe masculin.

Enfin, la sixième stratégie décrite par les infirmiers interrogés est de faire autrement que ce qui est décrit dans les protocoles de certains gestes pour minimiser le risque d'exposition d'une patiente à un soin qui pourrait être mal interprété tout en permettant au professionnel de la santé de se prémunir du risque que ce dernier soit mal interprété.

Nous voyons qu'il existe un nombre tout de même important de stratégies mises en place par les infirmiers de sexe masculin pour limiter le risque d'être accusés à tort d'avoir touché de manière inadéquate une patiente. De plus, plusieurs des infirmiers interrogés argumentent le choix de ces stratégies, ce qui démontre que cet aspect peut-être moins connu de la posture difficile que peut avoir un soignant uniquement vis-à-vis de son appartenance sexuelle, est fondé et partagé par plusieurs personnes. Il est intéressant également de noter que sur la base des peurs, fondées ou non, des infirmiers d'être pris pour des obsédés, leur pratique professionnelle quotidienne peut subir quelques modifications qui peuvent faire penser à une prise en soin quelque peu bancal voire inappropriée.

Pour contrer ces peurs, ils mettent à contribution leurs collègues de sexe féminin ce qui peut avoir des répercussions sur la qualité des soins donnés. En effet, bien que le travail d'infirmier coïncide avec un travail fait en équipe, il peut être mauvais pour un infirmier de sexe masculin d'avoir continuellement besoin de sa collègue femme pour entrer, par exemple, dans la chambre des femmes durant la nuit. L'organisation d'un service hospitalier additionné à l'augmentation de la charge de travail toujours grandissante fait qu'il est difficile d'espérer toujours avoir sa collègue disponible pour établir les débuts d'une relation de confiance. Si la collègue n'est pas disponible au même moment, cela pourrait désorganiser le bon déroulement du service.

Même si aucun exemple à l'appui n'est proposé par l'auteure, certains des infirmiers interrogés disent qu'ils font une « entorse » à certains protocoles de soins existants pour contourner le fait de devoir effectuer son soin à proximité d'une région corporelle

qui peut être considérée comme intime et donc problématique. Ils minimisent donc le risque d'être accusés à tort d'attouchements mais ils font preuve de non-respect des protocoles en vigueur pour cela. Ici aussi, on dénote donc un témoignage étonnant qui met en lumière que certains infirmiers, de par cette peur qui plane au-dessus d'eux, sont prêts à effectuer des soins d'une manière qui n'entrent pas dans les protocoles et qui ne sont donc pas validés par les instances dirigeantes des établissements de soins en question.

La thématique du toucher est donc fondamentale à prendre en compte lorsqu'on s'intéresse au ressenti des personnes soignées par des infirmiers de sexe masculin étant donné l'importance de ce sens dans la profession et des effets positifs comme négatifs qu'il peut avoir. Nous le voyons, ces effets peuvent être imputés aux soignants ainsi qu'aux patients, c'est-à-dire que le soignant travaillera avec une certaine peur qui peut être source de stress, il devra au fil de sa carrière et de ses expériences, utiliser certaines stratégies pour éviter le malentendu à tout prix et il pourra, dans une autre mesure, tenter de délaissier les postes de soins à la personne pour des postes plus administratifs, postes dans lesquels les risques de mauvaise interprétation de leur manière de toucher peuvent être éloignés.

De plus, le travail en équipe pourra être également affecté étant donné que certaines stratégies décrites par les infirmiers consistent à s'appuyer sur les attributs féminins de leurs collègues femmes pour engager la conversation ou effectuer certains soins. Cette façon de procéder est donc clairement dangereuse dans une unité de soins où le travail en équipe est fondamental mais où la capacité d'autonomie l'est tout autant. En ce qui concerne les répercussions sur le patient, d'autres stratégies décrites dans le texte de J.-A. Evans prévoient d'effectuer les soins de manière différente que les protocoles existant pour minimiser le risque de mauvaise interprétation. Ceci pourrait hypothétiquement avoir un retentissement sur les soins donnés aux patients.

Il est cependant nécessaire d'apporter une petite nuance à notre propos. La recherche de J.-A. Evans a été effectuée au Canada, pays à majorité anglophone et dont la culture est donc différente de celle d'ici. Beaucoup des participants à son étude font état d'une nécessité presque innée d'introduire le toucher dans toutes les situations de soin. En d'autres termes, le fait d'enlacer un patient dans ses bras est moins mal vécu et mal interprété dans leur culture que dans la nôtre. Les participants s'étonnent de la mauvaise interprétation que peuvent avoir leurs patients quand ils les prennent dans leur bras alors que selon notre culture, ceci n'est pas étonnant de considérer comme choquant qu'un homme enlace quelqu'un dans le contexte hospitalier.

Nous pouvons dès à présent nous rendre compte de la spécificité du genre dans ce domaine. Le toucher mal interprété est très rapidement considéré comme étant quelque chose de répréhensible, de malsain et associé à l'attouchement sexuel tandis que si les rôles sont inversés, la littérature semble démontrer que le vécu d'un patient vis-à-vis de soins donnés par une femme et qui pourraient être mal interprétés se dirige plutôt dans le domaine de l'érotisation ou de l'attirance sexuelle plus que dans le domaine de l'abus d'ordre sexuel.

VII. LES ENJEUX POUR UN INFIRMIER LORS DE SOINS À UNE NOUVELLE MÈRE

La maternité est une unité de soins où le sexe des soignants peut avoir une influence prépondérante sur la prise en soins des patientes et de leurs bébés. Nous nous sommes donc intéressés également au ressenti des patientes et de leur entourage lorsqu'elles étaient prises en soins par des infirmiers hommes dans le contexte particulier qu'est celui de la maternité et de l'obstétrique.

Un texte en particulier a retenu notre attention concernant ce sujet car il se base sur une revue de littérature déjà existante sur le sujet mais apporte une précision quant aux raisons qu'invoquent les mères dans la période per et post-partum sur leur ressenti vis-à-vis d'une prise en soins faite par un infirmier.

Morin, Patterson, Kurtz & Brzowski (1999) ont procédé à une revue de littérature concernant le rôle qu'endossent les infirmiers hommes en maternité et plus précisément concernant le ressenti des patientes par rapport à cette problématique. Sur cinq textes traitant le sujet, les auteures en ont sélectionné précisément trois qui traitent de manière plus ciblée le ressenti des mères.

Au terme de cette revue de littérature, les auteures ont conclu que les soins donnés par des infirmiers hommes ne procuraient pas le même ressenti aux patientes selon les différentes recherches.

Newbold (1984) se base sur l'expérience de 72 femmes ayant déjà accouché et 22 femmes enceintes qui ont rempli un questionnaire listant leurs ressentis vis-à-vis de la prise en soins par un étudiant infirmier de sexe masculin. La recherche mettait l'accent sur différents soins pratiqués par les soignants et les résultats ont démontré qu'en général, le genre de l'étudiant infirmier n'était pas un obstacle à une bonne prise en soins ressentie par les mères mais que l'importance était plus au niveau du caractère et de la personnalité des soignants, hommes ou femmes,

Dans le même sens, Mynaugh (1984) a fait la recherche auprès de 400 patientes et a également recueilli le ressenti des patientes en cas d'une prise en soins masculine pendant et après l'accouchement. Il en ressort de cette étude que divers soins étaient plus facilement acceptables pour les mères lorsqu'effectués par des hommes, que d'autres.

En outre, Cooper (1987) a effectué une recherche similaire auprès de 50 femmes ayant ou allant donner naissance. Au terme de cette étude, l'auteur conclut qu'une grande majorité des femmes interrogées exprimaient une gêne quant à la prise en soins par un infirmier et qu'un nombre important de soins pouvaient être mal vécus s'ils étaient faits par des hommes.

Au vu de la disparité des résultats que proposent ces trois recherches, Morin, Patterson, Kurtz & Brzowski (1999) ont décidé de se pencher sur les éléments personnels et contextuels qui influencent la décision des patientes de se faire soigner ou non par des infirmiers de sexe masculin.

Pour ce faire, les auteures ont déterminé un échantillon de 32 femmes de 20 à 40 ans parlant anglais et qui sont stables psychologiquement et physiquement, condition qui doit être partagée par l'enfant qu'elles portent ou dont elles accouchent.

La recherche a été conduite dans un petit hôpital des États-Unis qui compte une unité de maternité de 14 lits. Il leur a été demandé si elles acceptaient d'être soignées par des étudiants infirmiers hommes et sur quels critères se basaient les mères pour prendre leur décision.

Au terme de ces questionnaires, les auteures ont fait ressortir 5 thèmes qui ressurgissaient souvent, sur lesquelles elles se sont basées pour discuter de la problématique.

Le premier thème concerne la perception qu'ont les femmes enceintes de leur corps au moment et après la mise au monde de leur enfant.

En effet, certaines participantes ont décrit le fait qu'elles ne se sentiraient pas à l'aise en face d'un étudiant infirmier homme parce qu'elles ont une vision négative de leur corps et qu'elles se sentent « moches » après neuf mois de grossesse. Il est précisé que ce n'est aucunement en rapport avec les compétences de l'étudiant mais réellement du sexe de l'étudiant et de l'inconfort qu'elles ressentiraient par le fait qu'elles ne se sentent pas totalement bien dans leur peau vis-à-vis de leur apparence physique.

Dans le même sens la moitié des mères interrogées soutient que la maternité est une situation tout à fait personnelle et intime dans laquelle un soignant homme (étudiant ou non) n'a pas sa place.

En complément, une majorité de participantes ont exprimé le désir d'être consultées avant de se voir attribuer un soignant de sexe masculin et que certaines d'entre-elles refuseraient si on leur laissait le choix. De plus, certaines n'oseraient pas refuser une fois que l'étudiant entre dans la chambre sans qu'elles aient été consultées auparavant, elles auraient l'impression d'insulter l'étudiant en question en refusant ses soins.

Le second thème met en avant les caractéristiques propres à l'étudiant comme ayant principalement une influence sur la prise en soins.

Les auteures ont mis en lumière l'importance que représente la personnalité, la façon de se comporter et de se présenter des infirmiers. A partir de cette constatation, les compétences et la personnalité des infirmiers qu'ils soient étudiants ou non, hommes ou femmes est l'aspect le plus important pour certaines des participantes. D'autres précisent tout de même que peu importe le niveau d'études ou les compétences, le fait que ce soit un homme est rédhibitoire, qu'elles se sentiraient mal à l'aise à l'idée qu'un homme entre dans leur intimité.

L'âge de l'infirmier a également une influence selon les résultats. En effet, certaines mères ont expliqué qu'un jeune infirmier pourrait avoir un regard avec une empreinte plus sexuelle qu'un homme plus âgé. En outre, les hommes d'un âge plus mûr, étant mariés et ayants des enfants est plus acceptable pour un grand nombre de mères.

Cette distinction sur l'âge a un impact sur la qualité de la relation entre les patientes et leur infirmier. Effectivement, sur le fait, les mères se sentent plus libres de se confier à un étudiant infirmier de 28 ans et attendant son premier enfant qu'avec un étudiant infirmier de 22 ans tout juste sorti de l'adolescence.

Cependant, l'inverse s'est aussi observé, une jeune patiente primipare de 18 ans avait un très bon contact avec un infirmier de 22 ans.

Le troisième thème qui est ressorti après l'étude de Morin, Patterson, Kurtz & Brzowski (1999) concerne la relation en elle-même et sa nature. En effet, une partie des mères interviewées soutiennent qu'elles sentent qu'elles ont un meilleur contact avec les infirmières qu'avec leur médecin au vu de la nature des soins donnés, les soins infirmiers étant plus intimes que les actes médicaux généralement.

Cependant, le facteur temps est un facteur non négligeable. Le genre est donc moins déterminant pour un gynécologue car généralement la relation avec ce dernier est bien

plus longue que celle tissée avec le personnel infirmier. Le genre de l'infirmier devient donc plus problématique car il est plus difficile d'accepter qu'un homme que la mère connaît depuis peu de temps entre dans son intimité, notamment physique, qu'une femme ou qu'un homme qu'elle connaît depuis plus longtemps. « Avec un médecin homme, vous avez la possibilité de développer une relation sur le long terme mais avec un étudiant infirmier... c'est bonjour, je suis un tel, je vais jeter un œil à votre périnée. » (Morin, Patterson, Kurtz & Brzowski, 1999, traduction libre, p.85).

Le quatrième thème abordé concerne les différents soins pratiqués par les infirmiers qui pourraient être plus ou moins bien acceptés par les participantes.

Certains soins sont donc considérés comme plus problématiques s'ils sont pratiqués par des hommes. Ces soins sont, par exemple, la surveillance des points de sutures en cas d'épisiotomie ou encore le conseil à l'allaitement. Toutefois, toutes les mères interrogées n'ont pas le même avis à ce sujet, certaines disent même totalement l'inverse en disant que les femmes ne devraient pas soigner d'autres femmes.

Enfin, le dernier thème qui est mis en lumière par la recherche de Morin, Patterson, Kurtz & Brzowski (1999) concerne l'avis des conjoints des femmes interrogées. Il est arrivé que lors de l'interview, les conjoints étaient présents et ont donc donné leur avis sur la problématique. La plupart des conjoints exhortent que le principal est que les soins soient réalisés correctement et que le sexe du soignant passe au second plan si la première condition est remplie.

Plus particulièrement, un conjoint met l'accent sur le fait que le sentiment d'appartenance pourrait ressurgir dans ces situations, que sa femme ne devrait pas être touchée par un autre homme car elle est sa « possession ».

Cette recherche montre très clairement que selon le contexte et plus particulièrement celui de la maternité, les patients de sexe féminin peuvent avoir des réserves quant au fait de se faire soigner par un infirmier de sexe masculin. Si cette étude se base toutefois sur un étudiant infirmier plus précisément, les femmes interrogées démontrent à plusieurs reprises que ce n'est pas tant les compétences et les connaissances de l'étudiant mais bien le fait que ce soit un homme, ce qui pourrait penser que la gêne que certaines mères décrivent dans cette étude pourrait être imputable à n'importe quel infirmier de sexe masculin, étudiant ou professionnel.

En se basant sur les différents thèmes traités dans la recherche, on remarque d'une part que malgré le professionnalisme des infirmiers et des compétences relationnelles essentielles à un infirmier que sont l'empathie, le respect ou encore la douceur, le genre peut être une barrière infranchissable pour les mères soignées. Leur perception d'elles-mêmes à la fin de neuf mois de grossesse et directement après avoir accouché est un des facteurs qui fait que, malgré toutes les qualités évidentes que pourrait avoir un infirmier de sexe masculin (étudiant ou non), les mères ne se sentiraient pas à l'aise d'être soignées par un homme et du regard qu'il pourrait avoir sur elles, alors qu'elle se sentent elles-mêmes mal dans leur peau dans cette situation.

Le fait de mettre au monde un enfant est un acte particulièrement intime, du fait des parties physiques intimes qui sont « dévoilées » notamment et de se faire soigner par un homme est impensable dans cette situation, c'est une intrusion dans l'intimité qui peut être mal vécue par la mère. Il n'est donc pas non plus question des compétences de l'infirmier mais simplement une inadéquation du genre pour laquelle il est difficile de passer outre.

Enfin, le genre peut ne pas être un obstacle, mais pour un certain type de soins bien définis uniquement. Des soins qui concernent les parties physiques intimes de la patiente comme les régions périnéales ou mammaires ne devrait pas être prodigués par des hommes selon certaines. Là encore, les compétences de l'infirmier, notamment techniques, ne sont pas prises en compte, c'est réellement le fait qu'un homme puisse voir, toucher et examiner des parties du corps foncièrement intimes pour une femme qui peut être extrêmement gênant et qui influencerait le choix d'une femme de ne pas vouloir se faire soigner par un infirmier.

D'autre part, il est intéressant de voir que la personnalité du soignant peut aussi prendre le pas sur son appartenance sexuelle.

En effet, cette étude démontre que pour certaines personnes, c'est la façon de se comporter et la manière d'être du soignant qui est déterminante et non son sexe et cela malgré le contexte très intime que peut induire la grossesse. Les compétences relationnelles du soignant sont donc pour certaines personnes, une manière de les mettre en confiance et que ce sont plutôt les qualités propres à chaque soignant qui importent et non le genre.

« Par conséquent, le sexe du médecin est moins déterminant que celui de l'infirmier, certainement du fait de l'ancienneté de la relation entre les participantes et leur médecin. » (Morin et al., 1999, p.85). Le facteur temps est, pour certaines personnes, essentiel pour avoir une relation basée sur la confiance mutuelle, confiance qui peut passer outre les barrières du genre. En effet, cette étude met l'accent sur le fait que la durée de la relation entre la patiente et son soignant est capitale et que certaines femmes seront autant en confiance et n'éprouveront aucune gêne avec un soignant de sexe masculin mais la condition sine qua non est que la relation doit être fondée sur la durée. Aussi, lors de l'accouchement, le soignant peut être un homme et être totalement étranger à la mère lors de la prise en soins ce qui provoquerait une gêne pour la patiente qui préférerait, à ce moment, être confiée à une infirmière.

Cet aspect de durée de la relation peut être mis en lien directement avec la théorie de Hildegard Peplau qui constitue notre ancrage théorique à travers ce travail.

Peplau décrit des étapes par lesquelles passent les soignants et les patients lors de leur relation interpersonnelle et elle précise que « A mesure que l'infirmière et le patient apprennent à travailler en coopération pour résoudre les difficultés, ces rôles et tâches se redéfinissent. Ces quatre étapes incontournables s'imposent comme les composantes de toute relation complète de soins infirmiers. » (Peplau, 1952, p. 2).

Il est plutôt compréhensible qu'il n'est pas aisé de « traverser » ces quatre étapes de manière rapide. Même si Peplau ne parle pas d'un temps minimum ou général nécessaire pour passer au travers des différentes étapes, il semble qu'elles soient plus facilement adaptables aux relations de moyennes à longues durées que dans une relation de quatre ou cinq jours comme on pourrait rencontrer en maternité.

Il est dès lors compréhensible qu'une femme enceinte qui n'a pas le temps de passer outre l'étape d'orientation décrite par Peplau au vu de la brièveté de la relation, ne pourra pas « librement expérimenter des expériences gratifiantes et des sentiments que la culture n'encourage pas d'habitude : impuissance, dépendance, égocentrisme, envie de pleurer, etc... » (Peplau, 1952, p. 4). En d'autres termes, la patiente ne pourra pas aller au-delà de la barrière que caractérise le genre du soignant car elle n'aura pas forcément eu le temps d'identifier l'infirmier comme étant une personne qui lui permettra de librement exprimer ses émotions et c'est la raison qu'elle pourrait invoquer pour refuser de se faire soigner par un homme car pour elles, mieux vaut se

faire soigner par une femme que l'on connaît peu que par un homme que l'on connaît peu.

De manière moins attendue, nous voyons à travers ce texte que les conjoints accordent plus d'importance au fait que la qualité de la prise en soins est plus importante que le genre du soignant. Cela peut s'expliquer par un trait qui peut être particulier à l'homme qui n'est pas forcément partagé par la gent féminine ou du moins pas dans cette profession. Les hommes sont généralement considérés comme étant plus orientés vers la tâche, que l'important est que le travail soit bien fait, la façon dont il est fait ou la personne par qui il est fait est moins primordial. Cet aspect est mentionné comme tel « Je crois que nous [hommes infirmiers] sommes plutôt orientés en direction de la tâche – si je lui fais sa toilette correctement, il se sentira automatiquement mieux ... alors que les femmes ont plus ... cet instinct nourricier » (Evans, traduction libre, 2001, p.107). Il est donc peut-être moins gênant pour un homme que sa conjointe soit prise en soin par un infirmier de sexe masculin pour autant que la tâche soit effectuée correctement et apporte pleine satisfaction.

Nous voyons donc que du côté des soins à la femme enceinte ou nouvellement maman, le ressenti de ces dernières peut être divers vis-à-vis d'un étudiant infirmier homme. Si certaines se basent sur les compétences de l'infirmier en question plus que son appartenance sexuelle pour décider si elles acceptent de se faire soigner par un étudiant infirmier homme, d'autres soutiennent clairement que la différence de genre est une barrière qu'elles ne voudront pas franchir. Cette barrière peut-être due au contexte de la maternité, contexte qui englobe l'intimité la plus profonde des femmes mais peut également être inhérente uniquement au genre des infirmiers. Dans le même sens, certaines femmes peuvent accepter de recevoir certains soins par des infirmiers de sexe masculin alors que d'autres soins plus intimes (comme le contrôle de l'épisiotomie), sont considérés comme problématiques et dont certaines patientes ne voudraient pas recevoir d'un homme.

L'âge et la qualité de la relation sont également considérés comme des critères de choix important. En effet, certaines patientes se sentent plus à l'aise avec un soignant masculin ayant atteint une certaine maturité et également si le « feeling » passe bien entre eux.

Cette recherche met donc en exergue que le genre du soignant a une importance qui peut être capitale, à fortiori pour une femme hospitalisée dans un service de gynécologie/obstétrique. Il est cependant rassurant de voir que même si pour certaines patientes, la gêne peut être palpable ou même insurmontable dans la situation d'une prise en soin par un infirmier homme, d'autres soutiennent que la nature et la qualité de la relation sont des points essentiels qui peuvent permettre de passer nettement outre la différence de genre.

VIII. A-T-ON LE DROIT DE REFUSER UN SOIGNANT HOMME? CE QU'EN DIT LA LOI.

« Personnellement, je pense que les clients ont le droit de pouvoir choisir qui s'occupera d'eux et je pense que nous, infirmiers hommes, pouvons leur accorder cela » (Evans, traduction libre, 2001, p.85)

En progressant dans ce travail, il nous a paru important de se pencher sur ce que dit la loi par rapport au fait de pouvoir « choisir » l'infirmier qui nous soignerait en tant que patient. En d'autres termes est-ce qu'un patient est dans son droit s'il refuse, pour diverses raisons, de se faire soigner par un infirmier de sexe masculin uniquement sur des critères de genre.

Notre pratique est dictée en partie par la loi genevoise sur la santé K103. L'aspect législatif de notre métier ainsi que des autres professions de la santé y est traité sous l'angle des professionnels mais également sous celui des patients.

La loi dit à ce sujet : « Toute personne a le droit de s'adresser au professionnel de la santé de son choix » (*Art.43 de la loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006* (=LS/GE ; RSG K 1 03))

Le sens de cet article peut être effectivement pris de plusieurs manières. En effet, il est plutôt question de choix, par exemple, du médecin de famille, de l'infirmier à domicile indépendant (cela exclut, par exemple les infirmiers de l'institution genevoise de l'aide au maintien à domicile (IMAD)) ou du physiothérapeute indépendant plutôt que le choix du professionnel qui le prendra en soins dans une institution de santé. C'est pourquoi, une précision est apportée dans cet article de loi : « Le libre choix du professionnel de la santé peut être limité dans les institutions de santé publiques ou subventionnées ainsi qu'en cas d'urgence et de nécessité. » (*Art.43 LS/GE*)

On remarque dès lors que le libre choix du professionnel de la santé octroyé à toute personne nécessitant des soins sur le canton de Genève est limité lorsqu'il est dans le cadre d'une institution publique ou subventionnée. Cependant, le fait que ce choix est « limité » ne donne pas beaucoup d'indication, cela voudrait dire que selon les circonstances et selon le contexte, cette loi peut ne pas être appliquée à la lettre et le patient aurait, pour des raisons qui lui incombent, la possibilité de choisir de ne pas être soigné par tel ou tel professionnel.

Ceci donne comme indication qu'il n'y a pas de réelle loi qui oblige les patients à accepter tout professionnel de la santé, quel qu'il soit. Reste alors aux institutions elles-mêmes de statuer sur ces aspects-là de la prise en soin et de formuler leurs propres directives en accord avec les textes législatifs cités précédemment.

Il n'existe, par conséquent, aucune notion législative précise concernant les professionnels de la santé et les patients dans la situation où ce dernier refuserait une prise en soins sur des critères que sont, la couleur de peau, la nationalité ou le sexe. Les institutions publiques ont donc la possibilité d'édicter elles-mêmes des directives ou des chartes concernant les droits et devoir de chacun des protagonistes comme l'a fait les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) avec sa « charte du patient ». Or, cette charte n'aborde pas la problématique directement, elle prévoit que « le patient est partenaire et acteur de soins » et les HUG, en conséquence « sollicitent la participation et la collaboration du patient à toutes les décisions le concernant » (HUG,

2013). Cette notion implicite pourrait vouloir dire que les patients ont le devoir de participer et collaborer à la gestion de leur santé avec les professionnels de la santé, notamment en acceptant les soins de tout professionnel de la santé de l'institution. Bien entendu, éthiquement les HUG précisent également dans cette charte qu'ils « respectent les croyances, la culture et l'intimité du patient et de son entourage. » (HUG, 2013) ce qui induit le respect, pour une femme par exemple, du refus de se faire soigner par un homme pour des raisons religieuses ou culturelles par exemple.

Ces différents aspects législatifs montrent que même au niveau de la loi, il n'existe pas de réelle indication sur le droit qu'une patiente aurait de refuser les soins d'un infirmier de sexe masculin. Ceci peut donc d'une certaine manière baliser le travail des infirmiers pour lesquels une prise en soins de ce type pourrait être problématique. Il sera de son devoir de respecter les arguments de la patiente si ceux-ci sont d'ordres religieux, culturels ou par rapport à l'histoire de vie de la patiente, mais la clientèle a également le devoir d'assurer une bonne collaboration avec les différents acteurs de soins ce qui rend difficile un consensus et renforce le fait que chaque situation apporte son lot de spécificités dont les patients et les infirmiers doivent tenir compte.

IX. INFIRMIER, INFIRMIÈRE, ON NE COMMUNIQUE PAS DE LA MÊME MANIÈRE

Parmi les thèmes qui sont ressortis de nos recherches, nous avons remarqué que la communication verbale était très peu abordée comme facteur influençant la relation entre un infirmier homme et une patiente. Notre travail porte évidemment un regard en premier lieu sur la relation avec un infirmier mais il nous a semblé pertinent d'oser faire un parallèle avec d'autres métiers de la santé.

Pour aborder le thème de la communication, nous nous sommes basés sur un article de recherche présentant les résultats de l'influence du genre dans les interactions entre un médecin et les patients. Il est évident que sur de multiples points le métier de médecin est fondamentalement différent de celui d'infirmier, de par son histoire, son rôle ou même de son statut hiérarchique. Malgré cela, certains rapprochements peuvent être faits et c'est pour cette raison que nous avons jugé cet article pertinent pour notre travail.

L'article en question a été publié dans la Revue Médicale Suisse en juillet 2010 par Cousin et Schmid Mast et est intitulé « Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? ». Les auteurs ont effectué une recherche de littérature et se sont basés sur des études publiées depuis les années 1980 et sélectionnées via la base de données Medline. Les articles inclus portaient sur les effets de genre, le style de communication, le comportement ou la pratique des médecins et sur la communication et le comportement des patients.

Les auteurs sont partis du principe que le style de communication et son comportement verbal et non-verbal d'un soignant va influencer sur « leur satisfaction vis-à-vis de la consultation, la probabilité qu'ils se rendent au prochain rendez-vous, la quantité d'informations médicales qu'ils retiennent, leur adhérence au traitement, leur état physique et leur bien-être subjectif. » (Cousin et Schmid Mast. 2010, p. 1444). Ils tiennent évidemment compte qu'il y a d'autres facteurs influençant la relation soignant-soigné mais qu'un style de communication non autoritaire, chaleureux et participatif aura la meilleure conséquence. La communication est influencée par trois facteurs : verbaux, para verbaux et non verbaux. Selon plusieurs études consultées, il est démontré qu'il y a des différences de pratique entre médecins hommes et femmes ainsi qu'entre patients et patientes et se sont celles-ci qui vont être expliquées ci-dessous selon le point de vue des médecins et des patients.

Médecins

Les hommes médecins sont moins à même de parler des aspects psychosociaux de la maladie et prennent moins en compte son aspect émotionnel, ils questionnent moins le patient autant d'un point de vue médical que psychosocial. Par contre leur ton de voix est plus posé et communique moins d'angoisse à leurs patients.

A l'inverse les femmes médecins optent pour un style de communication plus participatif et impliquent plus le patient que ne le fait un homme. Leur comportement non verbal est plus agréable et amical.

De manière générale, les médecins hommes ou femmes, seront plus empathiques face à une patiente, ils leur parleront de manière plus placide et moins dominante

Patients

Da la même manière que le sexe du médecin influence sur la relation, le sexe du patient a un effet sur les styles de communications. Les hommes sont moins chaleureux, sont moins curieux et posent donc moins de question au sujet de leur santé. Parallèlement, ils parleront plus à leur médecin si celui-ci est une femme et donc lui transmettront plus d'informations. Cela est à mettre en lien avec le fait que les femmes médecins posent aussi plus de question et ont un style de communication plus engageant qu'un médecin homme. Selon Cousin et Schmid Mast (2010):

Il existe peu de recherches montrant des différences dans la pratique et les traitements donnés par les médecins en fonction de type de dyade patient-médecin ; néanmoins, lorsque les médecins sont des hommes et les patients des femmes, l'état de santé des patients est, sur l'ensemble des consultations, jugé moins sévère que dans n'importe quel autre type de dyade. (p. 1445)

Les auteurs indiquent également que les patients préfèrent avoir un médecin du même sexe qu'eux lors d'examen en rapport avec leur intimité

Les patients préfèrent avoir affaire à des médecins du même sexe qu'eux lorsqu'ils doivent se soumettre à des examens intimes tels que les examens rectaux ou génitaux. Cette préférence semble partagée par les médecins ; les étudiants en médecine rapportent se sentir plus à l'aise avec une personne de même sexe lors d'examens physiques en général, mais également être plus sensibles aux problèmes des personnes de leur sexe. (Cousin et Schmid Mast, 2010, p.1445)

Au final, la recherche effectuée par ces deux auteurs montre clairement une différence de communication suivant le sexe du médecin ainsi que selon celui du patient. Celle-ci reflète assez correctement les différences que l'on observe dans les divers métiers autres que la santé. Les auteurs insistent malgré tout sur le fait que ces différences de communication ne sont pas si anodines que l'on pourrait le penser au premier abord vu qu'elles influencent clairement sur les informations reçues et donc au final sur le diagnostic. Pour tenter d'interpréter les différences observées dans l'évaluation d'un patient par un homme médecin face à une patiente femme les auteurs expliquent qu'« il existe deux interprétations possibles à ces résultats, qui toutes deux méritent notre attention : la première, que les médecins femmes surestiment la gravité des problèmes médicaux des patientes femmes ; la seconde, que les médecins hommes la sous-estiment. » (Cousin et Schmid Mast, 2010, p.1446)

En mettant ces résultats en lien avec notre thème, nous pouvons donc imaginer que cette différence de type communication peut se transposer dans la relation entre un(e) patient(e) et un(e) infirmier/ère.

Le point ressortant de cette étude qui nous a semblé le plus important, et c'est sur quoi les auteurs insistent également, est cette différence d'interprétation des résultats entre un homme et une femme.

Cela pouvant avoir des répercussions sur le diagnostic, le suivi et au final la guérison du patient il est important d'en avoir conscience lors de la prise en soin.

Le deuxième point intéressant qui ressort de l'étude, est moins préoccupant que le premier mais reste néanmoins primordial. Il est démontré que les femmes médecins ont un non verbal plus chaleureux, plus empathique et moins dominant que leurs homologues masculins, le ressenti du patient sur son hospitalisation sera donc différent en fonction du genre du professionnel de la santé avec qui il aura interagit.

Le dernier point qui peut sembler secondaire mais qui est une réalité dans notre pratique quotidienne est le genre lors des examens intimes. Les patients disent préférer avoir un médecin du même sexe qu'eux dans ce genre d'examen de même que les médecins qui partagent ce sentiment et en plus se disent plus sensibles aux personnes de sexe identique.

Il n'y a donc pas de raison que ces préférences en terme de genre soient différentes pour les infirmiers car elles ne touchent pas en premier lieux la fonction propre de la profession mais bien notre vision et nos ressentis face à une personne du sexe opposé.

Il est intéressant de mettre en lien cette recherche avec l'un des chapitres de la recherche de J.-A. Evans (2001) « Men nurses and masculinities : exploring gendered and sexed relations in nursing ». Dans ce chapitre intitulé « Men Nurses as Anomalies "What's a Real Man Like You Doing in a Job Like This" » plusieurs infirmiers interrogés mettent en avant cette différence de communication qu'ils ont face à un patient en fonction de son genre. Cela est parfaitement illustré par ce témoignage :

Je pense qu'en tant qu'homme je peux encourager un homme à utiliser ses propres ressources. Je pense que les hommes peuvent mieux parler aux hommes et que lorsque vous avez une expérience vécue commune, je pense que vous avez un niveau plus profond d'empathie parce que vous avez vécu dans une culture similaire à celle d'un homme. (Evans, traduction libre, 2001, p.82).

Un deuxième témoignage rejoint ce qui avait été mis en avant plus haut, que les patients préfèrent un soignant de sexe masculin pour les soins touchant à la sphère de l'intimité :

Être un homme peut aider lorsque vous parlez à un homme sur un problème spécifiquement masculin comme l'impuissance. Vous pouvez leur parler comme un homme et se rapporter à des questions de sexe masculin. Nous pouvons prendre un point de vue masculin et être en mesure d'aider d'autres hommes - c'est le monde d'homme. (Evans, traduction libre, 2001, p.82).

Ces différents témoignages corroborés avec la recherche de Cousin et Schmidt Mast, même s'ils ne peuvent évidemment pas être représentatifs de l'ensemble de la gent masculine, semblent malgré tout confirmer l'hypothèse que les patients et les soignants préfèrent être en interaction avec une personne du même sexe qu'eux. Le style de communication sera d'une certaine manière plus informel et détendu et de ce fait la relation de confiance entre le soignant et le soigné semble plus aisée.

X. L'HUMOUR LUI AUSSI, N'ÉCHAPPE PAS AUX DIFFÉRENCES GENRÉES

Nous l'avons vu, la communication est un aspect fondamental de toute relation infirmier-patient. Que nous le voulions ou non, nous sommes en constante communication avec notre interlocuteur, de manière verbale ou non, de manière voulue ou accidentelle. Cette communication peut parfois prendre la direction de l'humour, un mode de communication largement utilisé par les êtres humains en général pour faire passer un message mais aussi plus précisément par les professionnels de la santé tels que les infirmiers.

Nous nous sommes intéressés au travers de cette thématique à savoir si l'humour était utilisé de la même manière par les infirmiers que par les infirmières.

Dans un premier temps, il est important de définir exactement ce qu'est l'humour et en quoi il est particulier dans le contexte de l'hospitalisation et/ou de la maladie, contexte en ambivalence totale avec l'humour.

Selon Robinson (1991), l'humour est « une communication de type cognitif menant à une réponse émotionnelle d'amusement, de plaisir et qui résulte en une réponse de comportement physique sous forme, par exemple, de rire. » (cité par Patenaude et Hamelin Brabant, 2006, p.37). Les auteures ont également pu mettre cette définition de l'humour en lien avec une autre incluant des éléments issus des soins : « l'humour est une forme de jeu intellectuel caractérisé par un comportement spontané qui démontre de la gentillesse et qui apporte un message d'affection, d'humanisme et de « caring » » (Sumners, 1990, cité par Patenaude et Hamelin Brabant, 2006, p.37). Ces deux définitions différentes montrent que l'humour est donc quelque chose qui est généralement voulu et amorcé par l'un ou l'autre des protagonistes de la communication en cours. Dans le contexte des soins, il est généralement amorcé de sorte à apporter un message, de montrer à la personne en face qu'on s'intéresse à elle, que l'on est humain vis-à-vis d'elle et que l'on a une certaine affection pour elle. Tous ces concepts se rapportent à celui du caring décrit par Jean Watson pour les soins infirmiers.

L'humour est donc une forme de communication dans laquelle on « prend soin » de la personne avec qui on l'utilise.

Dès lors que l'humour est défini, intéressons-nous à savoir s'il y a une différence entre l'humour des infirmiers et celui des infirmières.

H. Patenaude et L. Hamelin Brabant ont effectué leur recherche sur la base de la littérature existante de 1985 à 2005 sur le sujet en utilisant les banques de données Cinhal, Pubmed et Psylit. Bien qu'une majorité des textes recensés soient issus de réflexions et de la pratique et non des véritables recherches, les auteures ont pu se baser sur 15 d'entre eux pour étayer leur propos.

De leur revue de la littérature, les auteures ont pu lister et décrire plusieurs caractéristiques de l'humour entre les infirmiers et les patients. En allant plus loin, elles ont catégorisé les différentes utilisations de l'humour. L'utilisation de l'humour dépend donc, selon leur étude, de la situation, de la relation infirmier-patient, du patient ainsi de que l'infirmier. C'est précisément sur ces deux derniers points que nous avons décidé de nous attarder.

En ce qui concerne les conditions liées à l'infirmier, H. Patenaude et L. Hamelin décrivent que ce sont surtout l'intuition, la sensibilité, le jugement, l'expérience et la personnalité de l'infirmier qui pèsera dans l'utilisation de l'humour. Visiblement, le genre n'est donc pas une des conditions liées à l'infirmier quant à l'utilisation de l'humour dans sa communication avec le patient. Autrement dit, que l'on soit un infirmier ou une infirmière, l'humour est utilisé de manière égale et visiblement sans distinction. L'humour étant un aspect important sinon essentiel dans la communication entre humains et notamment entre soignants et patients, il est rassurant de voir qu'hommes et femmes pratiquant le métier d'infirmier peuvent en faire preuve sans distinction quant à leur appartenance sexuelle.

A l'inverse, il semblerait selon cette étude que le genre a son importance du côté des patients. Les auteures mettent en lumière que les patients ayant souvent recours à l'humour dans leur vie quotidienne feraient de même dans une problématique de santé et que les patients plutôt réservés peuvent être mis à l'aise plus facilement si l'humour est utilisé par leur soignant. Ce qui est intéressant c'est que selon les auteures Patenaude et Hamelin Brabant (2006), « l'humour est plus important pour les patients masculins que féminins. » (p.39). Ils ne donnent cependant pas d'explication à cela, cette assertion n'a donc qu'une valeur de constat.

Pour étayer l'idée, nous nous sommes intéressés à l'un des chapitres de la recherche intitulée « Men nurses and masculinities : exploring gendered and sexed relations in nursing » de J.-A. Evans (2001). Au travers des témoignages d'infirmiers de la province de Nova Scotia au Canada, l'auteure a isolé l'humour comme étant un sous-chapitre à part entière ce qui souligne l'importance de l'utilisation de ce moyen de communication dans leur pratique professionnelle ainsi que les enjeux inhérents à ce dernier. De plus, le discours des protagonistes montre que l'humour n'est pas utilisé de la même manière avec les patients hommes et les patients femmes. Apparemment, l'utilisation de l'humour par un soignant de sexe masculin avec un patient du même sexe détendrait plus facilement l'atmosphère, l'humour est une approche de choix lorsque la situation est difficile et ne l'est pas forcément avec une femme comme patient. L'humour utilisé entre soignant et patient de sexe masculin amène aussi plus facilement à un sentiment de camaraderie qui peut avoir un impact particulier et agréable dans une relation infirmier-patient.

Le sentiment général est donc que l'humour peut être utilisé de manière plus aisée pour les infirmiers avec des patients de sexe masculin qu'avec ceux du sexe féminin. De l'humour pourrait éventuellement naître une relation de franche camaraderie entre le soignant et le patient et cela pourrait donc enrichir la relation de confiance entre les deux et permettre une prise en soin encore plus optimale. En outre, cette relation de camaraderie est particulière en ce sens que la femme y est exclue, comme le souligne un soignant :

Il y a des fois où le patient montre le désir de partager une blague crue avec moi (...) je lui dis, Ok – raconte-moi ta blague, je t'écoute, mais dès l'instant où une collègue entrerait dans la chambre nous ne serions pas allés plus loin dans le récit de la blague. (Evans, traduction libre, 2001, p.108).

Il est également très intéressant de noter que l'utilisation de l'humour par un homme avec une patiente peut, de nouveau, être mal interprétée, et à plus forte raison par les

collègues. Un participant soutient qu'il a été accusé de tentative de séduction alors qu'il faisait preuve d'humour avec une patiente et qu'il s'est, par conséquent, rapproché de cette dernière et entretenait une relation peut-être plus exclusive avec cette patiente plutôt qu'une autre. Cela a été mal vu et donc mal interprété par ses pairs.

Au sortir de cette analyse, nous pouvons donc émettre l'hypothèse que l'humour qui est un moyen de communication important sinon capital dans une bonne prise en soin n'est pas autant utilisé par les soignants hommes avec les patientes de sexe féminin qu'avec ceux de sexe masculin. Les patients appartenant à la gent masculine y accordent en outre une importance plus grande que les femmes.

Nous pouvons également dire que ce n'est pas tant la fréquence d'utilisation de l'humour qui est différente entre les sexes mais le public cible. Les hommes préféreraient en user avec un patient de sexe masculin du fait du sentiment de camaraderie qui pourrait en découler, alors que le soignant pourrait avoir plus de réserve à l'utiliser si le patient est une femme de peur, notamment, d'une mauvaise interprétation de la part de cette dernière ou des collègues.

XI. L'INFLUENCE DE LA SEXUALITÉ ET DE L'ÉROTISME DANS LES SOINS

La vision de la sexualité dans les soins infirmiers étant à l'évidence différente entre un homme et une femme, il nous a semblé pertinent d'aborder également le point de vue des infirmières lors de soins auprès d'hommes. En effet comme ce texte le démontre, il y a une distinction importante dans l'aspect sexué de la relation selon le genre. Afin de mettre en évidence cette particularité nous allons donc aborder le point de vue féminin dans cette partie.

Pour ce faire nous nous sommes basés sur le texte « La place de la sexualité dans le travail infirmier : l'érotisation de la relation de soins » publié en 2013 dans la revue « Sociologie du travail » par A. Giamia, P. Moulina et E. Moreaua qui abordent cet aspect de manière complète.

Tout d'abord il nous a semblé important de redéfinir la notion d'érotisme qui peut porter à confusion. L'érotisme englobe simplement tout ce qui a trait à la sexualité et de ce fait ces deux notions sont intimement liées l'une à l'autre. Selon Wikipédia (2014) :

L'érotisme, et l'adjectif « érotique », caractérisent tout ce qui, à partir d'une représentation liée à la sexualité, suscite une excitation émotionnelle et sensuelle, indissociablement physique et mentale. En ce sens, l'érotisme se différencie de la sexualité, car il ne renvoie pas à l'acte sexuel lui-même, mais plutôt à tout ce qui provoque le désir sexuel, et à toutes les projections mentales que celui-ci évoque, en particulier les fantasmes.

En outre, les auteurs semblent s'être basés sur une définition de la sexualité et de l'érotisme où ces deux notions sont très intimement liées et peuvent se recouper, laissant penser que l'érotisme et la sexualité sont deux thématiques importantes et à prendre en compte dans une relation de soin.

Pour écrire cet article les auteurs se sont basés sur une recherche menée en France entre 2007 et 2008 auprès de 64 infirmières et soignants issu du domaine de l'oncologie. D'après les auteurs, l'échantillon réuni peut être qualifié de qualitatif et de contrasté car ils ont tenté d'obtenir une grande diversité d'infirmières lors des entretiens pour mener à bien cette étude. Les 80% des personnes interrogées sont des infirmières mais il y a également des cadres infirmiers et plus rarement des techniciens en radiologie et des aides-soignantes. Toutes les tranches d'âge sont représentées et l'âge moyen est de 38,1 ans. La majorité des personnes interrogées proviennent de Lorraine (68,6%) mais d'autres régions de France sont également représentées et la grande majorité des infirmières questionnées viennent du milieu hospitalier (78,1%).

Les entretiens ont été analysés de diverses façons : analyse de contenu thématique exhaustive, analyse textuelle et analyse qualitative et quantifiée des récits d'expérience produits par les infirmières, grâce à différents logiciels informatiques. Au final, les résultats révélés dans le texte sont une synthèse de ces différents types d'analyses.

En premier lieu, les auteurs expliquent qu'ils ont basé leurs analyses sur la « Théorie

des scripts de la sexualité » développée par J. Gagnon et W. Simon dans les années 70. Cette théorie comporte trois éléments d'analyses différents :

Les scénarios culturels qui renvoient aux représentations générales de la sexualité telles que celles-ci sont développées dans l'espace public et qui incluent les savoirs savants aussi bien que le sens commun ; les scripts interpersonnels qui orientent et codifient les relations entre individus placés dans différents contextes et notamment les interactions entre les partenaires sexuels ; et les scripts subjectifs (terme que nous préférons à celui de scripts intra-psychiques utilisé par les auteurs) qui concernent les formes d'intériorisation et d'appropriation subjective des scénarios culturels. (Giamia, Moulina et Moreau, 2013, p. 22).

Ils mettent également en avant le fait que dans les scénarios professionnels, l'érotique n'est souvent pas abordé. L'exemple le plus flagrant illustrant l'aspect tabou qui entoure la sexualité étant l'absence de cette notion dans les 14 besoins fondamentaux de Virginia Handerson, alors que ceux-ci sont encore utilisés largement dans les soins. Les conduites avec des notions érotiques sont relativement courantes dans le quotidien des infirmières et peuvent être différenciées en plusieurs parties, qu'on peut résumer assez simplement en négative ou positive.

Une érotisation des soins peut être positive dans la relation et cela qu'elle soit volontaire ou non. Tant que cette érotisation ne nuit pas à la relation professionnelle entre soignants et patients elle peut donc favoriser la prise en soin. Au contraire, si cette érotisation est ressentie comme une agression ou une intrusion dans l'intimité, comme des conduites avec des connotations clairement sexuelles, elles auront une action délétère sur la relation de soins.

Il est intéressant de préciser que, selon les auteurs de ce texte, cette notion positive de l'érotisme dans la pratique infirmière ne ressort pas du tout dans la littérature nord-américaine mais seulement dans celle française. En effet, les écrits américains véhiculent seulement une image négative de cette ambiguïté présente dans les soins, ils n'y voient qu'une sorte d'harcèlement de la part des hommes sur les femmes sans prendre en compte les aspects constructifs.

Nous observons donc une fois de plus une différence de vision entre la littérature européenne et étasunienne.

En plus d'y voir un côté positif les auteurs vont plus loin en définissant l'érotisation comme un fondement de la relation infirmière/ patient. Ils prennent exemple de la psychologue française Pascale Molinier, pour qui le *care* ne peut pas être pensé sans la notion de sexualité et qui est de ce fait une condition principale de la compétence professionnelle. Un des aspects pouvant mettre un frein à cette association est « le fait que les infirmières sont souvent considérées comme des symboles érotiques, personnages pouvant entrer dans des scénarios culturels pornographiques où la situation de soins, le costume et la posture de l'infirmière sont construits comme des postures et des représentations érotiques en soi. » (Giamia et al., 2013, p. 28).

Il y a également un autre facteur qui rentre en compte, c'est celui de la peur de « faire un dérapage », c'est-à-dire de commettre une faute, ou, plus particulièrement dans ce cas de figure, d'avoir une geste déplacé ou mal interprété qui pourrait porter préjudice.

Suite à leurs entretiens avec différentes infirmières, les auteurs mettent en lumière un discours assez paradoxal de celles-ci sur la sexualité. En effet, elles décrivent la sexualité de manière générale « de façon très positive, comme un besoin fondamental de l'être humain, contribuant à la qualité de vie, au bien-être, à l'équilibre personnel, comme le fondement du couple et garante de son harmonie, et comme un moyen de communication intime » (Giamia et al., 2013, p. 28). Alors que lorsque « elle est pensée dans le cadre de l'univers hospitalier, la sexualité devient taboue, interdite, déplacée/obscène, rendant la communication difficile entre patients et soignants (gênante, déstabilisante, difficile à aborder) » (Giamia et al., 2013, p. 28).

Malgré cela, l'aspect positif de l'érotisme dans les soins déjà décrit ci-contre revient dans les propos des infirmières interrogées. Cela peut être des simples compliments de la part des patients ou une certaine proximité délibérée de la part de l'infirmière lors d'un soin afin de procurer du bien être au patient. La barrière avec une tendance sexuelle est donc mince et n'est pas toujours vécu de la même manière selon les personnes. De plus, avec le temps certains gestes et situations peuvent être complètement déssexualisés de la part des infirmières mais peuvent être vécu différemment par le patient. Cela sera donc influencé par le genre autant du patient que du soignant. A noter que les infirmières décrivent les patientes comme se confiant plus facilement sur leur intimité en comparaison des hommes qui sont plus discret sur ce sujet. Ce qui confirme à demi-mot, ce que nous avons abordés précédemment, à savoir que les dyades de même sexe permettent une relation de confiance plus marquée.

On remarque donc que cette barrière à ne pas dépasser est très ambiguë, il y a certaines limites à ne pas franchir afin de maintenir la bonne distance thérapeutique avec les patients

Malheureusement cette barrière peut être franchie, délibérément ou non, par le patient. Lorsque cela est volontaire comme par exemple des plaisanteries licencieuses, des attouchements ou même des harcèlements qui peuvent être humiliants et vécus péniblement, il n'y a donc plus aucun effet positif d'un érotisme pour le soin.

Giamia et al. (2013) proposent donc d'adopter différentes conduites afin de parer à ce genre de problème :

Dans pareils cas, il s'agit ainsi de n'être ni trop éloigné du patient pour rester empathique et attentif à son état, ses désirs, besoins et demandes, ni trop proche afin de maîtriser ses émotions, de rester ancré dans le scénario professionnel pour prendre les décisions qui s'imposent et ne pas souffrir en cas d'événement néfaste. Il s'agit de garder la tête froide et de ne pas verser dans l'émotionnel ou l'affectif (considéré comme une source de biais et d'erreurs par les infirmières). (p. 35)

A la lumière de cet article prenant exclusivement le point de vue d'infirmières auprès de patient de sexe masculin, on peut donc se demander si à l'inverse les mêmes conclusions peuvent être tirées. Il n'est pas évident de dire que si ces résultats ont été trouvés pour les femmes qu'il n'y a donc pas de différence pour la relation infirmier-patiente. En effet, dans un thème comme la sexualité et l'érotisme, beaucoup de facteurs sont liés au genre et vont influencer considérablement les résultats.

Nous pensons malgré tout que de la même manière que lors de la relation infirmière-patient il peut y avoir certains aspects positifs à l'érotisme dans la relation, mais sans

franchir les barrières invisibles et surtout variables, selon les individus, qui délimitent l'acceptable et ce qui ne l'est pas. Par exemple, un commentaire d'une patiente sur le fait que ce soit un homme qui la prend en soins ce jour et que cela lui change de d'habitude va plutôt être un facteur favorisant pour la relation. A l'inverse, des remarques répétées sur le physique du soignant lors de soins plus intimes comme une toilette, vont plutôt créer un climat gênant et dans ce cas être un frein.

Comme nous l'avons vu dans la recherche de Giamia, Moulina et Moreau, sexualité et érotisme ont leur place dans les soins. Malgré tout, en se basant sur nos pratiques respectives, nous sommes d'accord pour dire que la notion d'érotisme selon la définition qui renvoie au fait celle-ci est liée à l'aspect émotionnel, sensuel et sexuel n'est pas indispensable à une bonne relation de soin et au contraire peut être délétère.

Finalement, on constate qu'il est très difficile de statuer sur ce qui est positif ou non dans des situations présentant des notions d'érotisme. Cela va dépendre de chaque situation, des individus – soignants et soignés – et de leurs valeurs personnelles qui influenceront leur ressenti sur le moment.

XII. L'IMPACT DE L'IDENTITÉ SEXUÉE SUR LES SOINS

L'identité sexuée est décrite dans différents domaines d'études que sont la sociologie et la psychodynamique du travail. Ce concept a un retentissement non négligeable sur la pratique des soins infirmiers et peut donner lieu à une réflexion sur différents comportements observables chez les hommes en général et sur les infirmiers.

D'une part, en termes de sociologie, l'identité sexuée est considérée comme « l'appartenance à un groupe défini par son genre (masculinité ou féminité) » (Molinier, 2002, p.2) alors que l'identité sexuelle prend la connotation d'orientation dans la sexualité : « *l'identité sexuelle* désigne l'appartenance à un groupe défini par son orientation sexuelle (hétéro, gay, lesbienne, *transgender*, etc. » (Welzer-Lang, LeTallec & Tomolillo, 2000, cité par Molinier, 2002, p.2).

En ce qui concerne la vision de la psychodynamique du travail par rapport à cette différenciation,

Le sexué désigne le travail psychique de différenciation qui commence dès la naissance du fait de l'assignation sociale à un genre. Le sexué est fondé sur les croyances transmises par les adultes en amont de la découverte de la différence anatomique des sexes. (Molinier, 2002, p.2)

Une part intéressante du concept de l'identité sexuée dit ceci : « Le sexué s'impose de l'extérieur, par le truchement du regard d'autrui, comme exigence de conformité. Normalement, chaque garçon, chaque fille, doit apporter les preuves qu'il, elle, est comme les autres garçons, les autres filles. » (Molinier, 2002, p.2).

Nous pouvons formuler l'hypothèse que l'identité sexuée peut avoir une influence sur la manière de travailler des infirmiers de sexe masculin. Effectivement, vouloir faire comme les autres hommes pour se sentir accepté et apporter la preuve de la masculinité qui l'habite, peut être un frein, sinon une manière de moduler leur façon d'agir dans un contexte essentiellement féminin et qui a été jusqu'ici « réservé » aux femmes de par les attributs nécessaire à une « bonne infirmière ».

Il est intéressant de voir que cette hypothèse est quelque peu prouvée selon les dires de certains infirmiers interrogés à ce sujet.

Dans l'idée que la majorité des personnes se fait à propos de l'homme, certains points très stéréotypés ressortent facilement. Les hommes sont considérés plus fort, ne montrant généralement pas de faiblesses, notamment au niveau psychologique, parlent de manière franche et forte et ont généralement moins cette fibre « soignante » que peuvent avoir les femmes. Evidemment, cette façon d'entrevoir la gent masculine est partagée par une grande partie de la société qui peut, dès lors, avoir une certaine vision négative ou du moins faussée des infirmiers de sexe masculin, puisque, au sein de la société, le métier d'infirmier est, là aussi, un métier de femme.

Dès lors, les hommes qui ont choisi ce métier peuvent avoir une manière de fonctionner dans leur travail pour justement rentrer dans le moule édicté par la société dans laquelle ils vivent et dans laquelle ils ont grandi, afin de correspondre à cette « identité sexuée ».

Ces modifications comportementales ont pour but de justement « apporter les preuves » de leur appartenance au groupe des hommes.

Certains hommes vont, par exemple, éviter d'utiliser une voix trop douce, trop maternante, pour justement mettre l'accent sur le fait qu'ils sont infirmiers, certes, mais des hommes et des hommes virils, avant tout. D'autres petites manières de faire tendent dans le même sens, aussi, un infirmier interrogé dit : « Il y a eu des fois où on devait lever quelqu'un et je me proposais pour soulever la partie la plus lourde » (Evans, 2001, traduction libre, p.85) ou, de manière plus générale : « Je me conduis comme un homme. Je parle aux hommes des choses qu'ils font – des choses très masculines » (Evans, 2001, traduction libre, p.84).

Toutes ces manières de fonctionner décrites par certains infirmiers mettent l'accent sur une chose principale et qui ouvre un tout autre débat : leur comportement sert à montrer qu'ils sont des hommes à part entière et à plus forte raison lorsque les patients sont de sexe masculin, ils tentent de prouver qu'ils ne sont pas homosexuels.

Le métier d'infirmier étant régulièrement considéré comme féminin, les hommes le pratiquant vivent sous une peur, parfois trop présente, d'être pris pour des homosexuels. De plus, bien qu'ils aient une orientation clairement hétérosexuelle, certains infirmiers soutiennent qu'il est difficile pour eux d'avoir un comportement « soignant » vis-à-vis d'un patient de sexe masculin (empathique, chaleureux, maternant) sans être considéré comme homosexuels par ce dernier.

Si certains infirmiers interrogés dans la recherche de J.-A. Evans (2001) « acceptent » et se résignent à être pris pour être des homosexuels parce qu'ils sont infirmiers et que le fait de connaître leur orientation sexuelle est suffisant pour que certains commentaires de patients leur passent outre, d'autres soutiennent que c'est une réelle souffrance de continuellement être considérés par les patients mais également par leur entourage comme gays alors qu'ils ne le sont pas :

Je suis une personne amicale, ouverte et aimable. J'aime les gens. J'aime rencontrer des gens... Et je commence à me demander, est-ce que je passe pour un gay ? Qu'est-ce que les gens pensent de moi, je ne sais pas ? C'est vivre un cauchemar éveillé. (Evans, 2001, p.85)

Le sentiment général est donc qu'un homme pratiquant ce métier pourrait se faire considérer comme homosexuel par les patients dont il s'occupera. Cependant, ce ressenti n'est visiblement pas partagé par la gent masculine travaillant dans les soins dans les pays francophones. Aucune recherche n'a mis l'accent sur cela et durant notre pratique professionnelle, nous n'avons pas du tout eu ce ressenti. Là encore les propos que nous décrivons précédemment sont à nuancer en remettant cela dans son contexte, c'est-à-dire dans une société nord-américaine différente de la nôtre, notamment sur la question de la sexualité, de l'homosexualité et de la relation entre personnes d'une manière plus générale. Ceci est un exemple de plus qui démontre une nette différence de ce qui est socialement « acceptable » et ce qui l'est moins.

Afin d'avoir une vision générale de la différence de prise en soin qu'occasionne le genre, et pour ne pas occulter le point de vue du patient en abordant seulement celui

des soignants, nous avons choisi d'examiner également le ressenti des patients en fonction de leur genre.

Nous nous sommes basés sur un article paru en 2007 dans la revue « Psycho-Oncologie » et intitulé « Rôle de l'identité sexuée et de l'influence du genre pour l'analyse de l'expérience des soins de support en oncologie ». Il a été écrit par quatre auteurs, Dudoit, Dany, Blois et Curvello, et aborde l'impact de l'identité sexuée lors de soins de supports en oncologie.

Pour ce faire, ils ont effectués deux analyses distinctes menées dans un service d'oncologie du CHU de Tiomne à Marseille en France.

La première analyse est qualitative et a évalué la participation à divers soins de supports durant deux mois. Ils ont utilisé pour cela les fiches d'activités de 411 patients des quatre psychologues et de l'infirmière clinicienne du service qu'ils ont ensuite analysés avec le logiciel SPSS. Et en deuxième temps, ils ont effectué une recherche qualitative basée sur 25 entretiens avec différents patients. Sur ces 25 patients il y a 56% de femmes et 44% d'hommes, l'âge moyen est de 57 ans et près de 90% sont hospitalisés pour une première atteinte cancéreuse.

Que cela soit de l'activité de psycho-oncologie ou de celle de l'infirmière clinicienne, il ressort tout d'abord que la majorité des interventions se font auprès des femmes et que la durée moyenne des interventions est significativement plus importante auprès d'elles.

Lors des analyses basées sur les entretiens, il est ressorti que les hommes font souvent référence au fait qu'ils doivent être stoïques face à la maladie et font parfois la comparaison avec les femmes et leur représentation de la maladie. De plus, les hommes censurent, délibérément ou non, plus facilement l'expression des sentiments et émotions qu'ils peuvent ressentir. La différence de représentation de la maladie et la manière de l'aborder est donc bien différente selon le genre comme l'expliquent les auteurs :

Cette manière de se positionner vis-à-vis de sa maladie et d'envisager le recours aux autres s'ancre plus largement sur la manière dont est envisagé le lien entre psyché et soma ; entre corps et esprit. Plus précisément, on peut constater que la dichotomie corps-esprit est beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Contrairement aux patientes, ceux-ci ne font pas état de lien direct entre état psychique et état physique. (Dudoit et al., 2007, p. 271).

Ces différences peuvent être dues à la conception que l'on a des rôles de l'homme et de la femme dans notre société. Nous sommes tous influencés par de multiples facteurs, dont les stéréotypes associés au sexe n'échappent évidemment pas, comme vu précédemment, et cela se ressent également dans les soins.

Il émerge deux modèles de participation aux soins : le premier nommé « objet du soin » qui est attribué plutôt aux hommes est une sorte de *mise à disposition de soi*. On peut y voir d'une certaine manière des points en commun avec le paradigme de la catégorisation où l'on *fera pour* la personne. Le deuxième modèle assimilé plus

volontiers à la femme est une *mise à contribution de soi* se rapproche plus du paradigme de l'intégration voire même de la transformation.

Au final, même si le but est le même, celui de guérir, le moyen pour y arriver varie selon le genre du patient. L'intention est identique mais le *modus operandi* pensé et vécu de l'action du patient va différer entre les deux modèles. « Autrement dit, chaque patient, quel que soit son sexe, est en mesure de répondre favorablement aux sollicitations liées aux soins mais l'expérience de cette sollicitation et la réalisation des soins seront réinterprétées au regard du modèle privilégié. » (Dudoit et al., 2007, p. 271).

Avoir ces notions en tête lors de nos soins auprès des patients, permet d'être sensibilisé aux dangers inhérents à l'ignorance de ces différences. Le risque étant de simplifier la relation de soins en fonction du genre du patient et de l'image parfois simpliste que l'on peut avoir. Une sorte d'inertie peut se créer sous prétexte que les hommes fonctionnent d'une telle manière et les femmes d'une autre et que l'on ne peut rien y changer. Ce carcan peut peser sur notre prise en soins et au final porter préjudice sur la relation soignant-soigné.

XIII. CONCLUSION

Cette revue de littérature nous a permis de mettre en évidence des spécificités dans la relation infirmier-patiente, certaines dont nous étions conscients et d'autres qui sont apparues à la lecture des différents écrits que nous avons analysés.

Le thème du toucher a été abordé principalement à l'aide de travaux de recherches nord-américains et l'empreinte culturelle montre clairement qu'il existe des différences dans les risques qu'encourent les soignants lorsqu'ils sont amenés à toucher des patients de sexe féminin. Au niveau nord-américain, les risques d'une forme de toucher mal interprétée est potentialisée par leur culture à ce sujet qui est composée de certaines spécificités par rapport à notre vision européenne du toucher. Ces différences constituent un aspect important dans le ressenti des patientes vis-à-vis des soins donnés par un homme et ils sont indissociables de la culture du soignant et de celle du patient.

Le contexte particulier que constitue le domaine de la maternité où la relation à l'intimité est la plus flagrante nous a donné des indications quant aux critères que peuvent avoir les patientes lors de leur choix de se faire soigner par un homme. Si d'une part, certains critères avancés par les patientes sont évidents et facilement compréhensibles, d'autres ont retenu notre attention, comme celui où les patientes expliquent ne pas vouloir être vues par des infirmiers hommes alors qu'elle sont à neuf mois de grossesse ou en train de donner naissance et qu'elle se sentent, par conséquent, peu attirantes.

Il est intéressant de voir donc qu'il n'y a pas de consensus à ce niveau, il y a des femmes interrogées qui ne peuvent simplement pas passer outre le sexe du soignant dans ce contexte alors que pour d'autres, la relation tissée entre le soignant et elle est prépondérante.

De cette constatation, il nous a paru pertinent d'aborder le côté législatif de la thématique en se demandant si les textes de lois existants aujourd'hui à Genève nous permettent de savoir si les patientes seraient dans leur droit de refuser les soins d'un infirmier de sexe masculin avec les arguments proposés par les femmes interrogées. Il apparaît au final qu'aucun texte de lois précis concernant de telles mesures n'existe mais que ce sont les institutions qui ont la possibilité d'édicter des principes éthiques ou des chartes dans lesquels les droits et devoirs des patients et des professionnels de la santé sont décrits de manière plus précise. Autrement dit, une patiente qui refuse de se faire soigner par un homme pourrait obtenir gain de causes aux HUG ou toute autre institution publique du canton de Genève, si les arguments avancés sont de l'ordre de la culture, de la religion ou de l'histoire personnelle. Il devient donc difficile pour une patiente de pouvoir argumenter de ne pas vouloir recevoir les soins d'un infirmier uniquement par rapport à la différence de sexe.

La communication – verbale et non verbale- étant omniprésente dans la prise en soins, il était logique que cet aspect apparaisse dans notre travail même si étonnamment peu d'écrits ne mentionnent ce thème d'un point d'un vue infirmier. Malgré que le texte que nous avons utilisé pour illustrer cette thématique aborde la profession médicale, il nous a paru intéressant de constater que les résultats obtenus peuvent être applicables aux soins infirmiers tout en gardant certaines spécificités propres à nos différences de profession. Il ressort de cette étude qu'il existe une différence de communication entre médecins hommes et femmes. Ces différences sont notamment de l'ordre du ton de

la voix utilisé, celle des hommes étant plus posée et communiquant moins d'angoisse aux patients. De leur côté, les femmes auront un style de communication plus participatif et impliquant mieux le patient. A noter également que peu importe le genre du médecin, ceux-ci auront tendance à être plus empathiques vis-à-vis de leur patient si c'est une femme. De plus, il est apparu dans une autre étude que les infirmiers auraient une préférence et une plus grande facilité au niveau de la communication si leur interlocuteur est du même sexe qu'eux.

L'humour est considéré par beaucoup de patient comme étant important dans une communication, notamment en cas de maladie grave pour dédramatiser la situation, nous remarquons qu'il peut être le théâtre de particularités selon le genre du patient. En effet, il apparaît que la clientèle de sexe masculin est plus attentive à l'humour que ne le sont les femmes et voient l'utilisation de ce dernier dans un tel contexte comme plus adéquat que les femmes.

Il faut également noter que l'humour utilisé par les soignants de sexe masculin peut être mal interprété autant par les patientes que par leurs collègues. L'humour ayant une part prépondérante dans certaines relations de soins, il est important pour les soignants, à fortiori de sexe masculin d'être attentif quant à son utilisation.

L'ambiguïté que nous retrouvons dans le contexte de la communication et notamment dans l'utilisation de l'humour est partagée avec celle d'un autre aspect de la relation infirmier-patiente, celui de la part d'érotisme. Là où nous pensions que toute allusion à la sexualité était délétère aux soins, nous avons été surpris de constater que la recherche des auteurs dénote une certaine ambiguïté face à des allusions d'érotisme pouvant être positives dans une relation entre soignant et soigné. Malgré tout, le discours des infirmières reste assez paradoxal et on observe une certaine gêne lors d'allusion à la sexualité dans les soins. L'article prenant seulement l'avis d'infirmière auprès de patients de sexe masculins nous n'avons pu qu'imaginer la réaction d'infirmier lors de notion d'érotisme auprès d'une patiente. De ce fait, nous pouvons penser que les résultats obtenus peuvent également être imputables aux soignants hommes et que tant que les propos empreints d'érotisme restent adéquats et ne sont pas trop envahissants, cela peut également être bénéfique à une relation de soins constructive autant pour le patient que pour le soignant.

Notre ressenti personnel quant à ces résultats, est que selon la définition que l'on donne à l'érotisme, celui-ci peut avoir sa place ou non dans les soins.

Enfin, en définissant ce qu'est l'identité sexuée avec un point de vue sociologique et de psychodynamique du travail, nous remarquons que le genre est un aspect reflétant le contexte dans lequel un homme ou une femme naît, grandit et vieillit. Chaque personne aura alors à cœur d'apporter des preuves sur l'appartenance au genre masculin ou féminin et cela se traduit par des comportements qui donneront l'image d'appartenance à un groupe. Un homme aura, par exemple, tendance à utiliser un ton de voix plus grave pour « prouver » qu'il appartient au genre masculin. Cette nécessité d'affirmer son sentiment d'appartenance s'observe également, voire même à plus forte raison, dans les soins infirmiers pour justement accentuer son image d'homme hétérosexuel dans ce milieu essentiellement féminin et pour, dans une autre mesure, prouver aux patients de sexe masculin qu'il n'est pas homosexuel.

Ces comportements ayant pour but de « prouver » l'appartenance de l'homme à l'idéologie de masculinité, sont également partagés par les patients. En effet, nous avons identifié le fait qu'ils auraient tendance à plus cacher leurs faiblesses tant

psychologiques que physiques et auraient de cette façon plus tendance à censurer leurs sentiments et émotions.

L'aspect du genre et de l'appartenance sexuée sont donc partagés par les soignants et les patients et ont une influence non négligeable sur les comportements observables chez chacun d'entre eux.

A l'issue de notre travail, nous avons pu mettre en évidence certaines différences de comportements et de prises en soins selon le genre du patient et du soignant et ce dans différentes situations ou dans différents milieux de soins. Cependant, les recherches utilisées dans ce travail sont relativement ciblées et mettent en évidence ces comportements et prises en soins dans des domaines précis, il serait donc intéressant, pour avoir une vision plus globale des différences de prises en soins selon le sexe du patient et du soignant, qu'une étude porte un regard plus général sur la problématique. En identifiant les différences de prises en soin, les avantages et les inconvénients d'une homogénéité des sexes dans différents champs cliniques en proposant des items précis, il sera aisé de mettre en exergue ce qui pourrait être fait pour travailler avec ces différences pour qu'elles soient une force.

Si l'on identifie les enjeux de la place de l'homme dans les soins, cela pourrait rendre les soins infirmiers peut être plus attrayants pour les hommes qui auraient des réticences à pratiquer ce métier et rendre l'image des soins infirmiers moins féminine. Cette démarche pourrait ainsi ouvrir certains champs cliniques qui sont encore spécialement à majorité féminine aux hommes.

Enfin, pour mettre en lien notre ancrage théoriques, et les questions qu'il soulevait, avec les résultats de notre revue de littérature, nous pouvons dire qu'il existe bien des différences de pratiques, de communication ou plus généralement de relation avec le patient, notamment avec les femmes, mais qu'au final, celles-ci n'empêchent visiblement pas les hommes d'avoir les attributs requis selon H. Peplau pour être « une bonne infirmière ».

XIV. LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Adéquations.(2014). *Définitions de l'approche de genre et genre & développement*.
Accès <http://www.adequations.org/spip.php?article1515>
- Battistini, M., Pirinoli, C. & Rey, S. (2011, 26 mars). *Mixité des équipes soignantes et ségrégation horizontale : le partage de la pratique quotidienne comme révélateur du système de genre*. (Colloque). Nantes : Maison des Sciences de l'Homme Ange- Guépin
- Cousin, G. & Schmid Mast, B. (2010). Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? *Revue Médicale Suisse*, 257, 1444-1447
- Cohen, Y. (2004). Rapports du genre, de classe et d'ethnicité : l'histoire des infirmières au Québec. *CGMH/BCHM*, 21 (2), 387-409
- Cognet, M. & Raigneau, L. (2002). Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes en santé. *Les Cahiers du Gres*, 3, 25-38
- Collière, M.-F. (1990). L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 115-123
- Dudoit, E., Dany, L., Blois, S. & Cuvello, C. (2007). Rôle de l'identité sexuée et de l'influence du genre pour l'analyse de l'expérience des soins de support en oncologie. *Psycho-Oncologie*, 1, 265-275
- Evans, J. (1997). Men in nursing : issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 226-231
- Evans, J.-A. (2001). *Men Nurses and masculinities : exploring gendered and sexed relations in nursing*. (Mémoire de Doctorat en philosophie). Université de Dalhousie.
- Evans, J. (2004). Men nurses : a historical and feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 321-328
- Giamia, A., Moulina, P. & Moreaua, E. (2013). La place de la sexualité Dans Le Travail infirmier: l'érotisation de la relation de Soins. *Sociologie du Travail*, 55, 20-38
- HUG. (2014). *La charte du patient*. Accès <http://www.hug-ge.ch/la-charte-du-patient>
- Loi du 7 avril 2006 sur la santé*. (=LS ; RSG K 1 03).
- Molinier, P. (2002). Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle : perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 31 (4), 565-580.

- Morin, K.-H., Patterson, B.-J., Kurtz, B & Brzowski, B. (1999). Mother's Responses to Care Given by Male Nursing Students during and after Birth. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 83-87.
- O'Lynn, C. (2004). Gender-Based Barriers for Male Students in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 43(5), 229-236
- Patenaude, H. & Hamelin Brabant, L. (2006). L'humour dans la relation infirmière – patient : Une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 85, 36-45.
- Peplau, H. (1952). *Relation Interpersonnelles en Soins Infirmiers*.
Accès <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/peplau.pdf>
- Robinpédia L'encyclopédie libre. (2014). *La science infuse*
Accès http://fr.robinpédia.org/wiki/La_science_infuse
- Roy, B. (2011). Contribution à une éthique de la sollicitude - Masculinités et genre dans la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107, 38-48.
- Saillant, F. (1991). Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches Féministes*, 4(1), 11-29
- Williams, C.L. (1992). The Glass Escalator : Hidden Advantages for Men in the « Female » Professions. *Social Problems*, 39 (3), 253-267
- Wikipédia L'encyclopédie libre. (2014). *Erotisme*. Accès
<http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89rotisme>
- Wikipédia L'encyclopédie libre. (2014). *Genre*. Accès
[http://fr.wikipedia.org/wiki/Genre_\(sciences_sociales\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Genre_(sciences_sociales))