

DIANTRE, UN HOMME DANS LES SOINS !

Ou la vision des infirmiers sur les rapports de
séduction entre collègues.

Par Audrey Cretton

En collaboration avec Marie Gay

Soins infirmiers, promotion Bachelor 06

BACHELOR THESIS

Directeur du travail : Bernard Kamerzin

HES-SO Valais, domaine santé-social

2008-2009

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
1.1. Contexte de l'étude.....	1
1.2. Promesse de plan	1
1.3. Question de départ	2
1.4. Méthode.....	3
1.5. Représentations	4
1.6. Motivations.....	6
1.6.1. Motivations personnelles.....	6
1.6.2. Motivations socio-professionnelles	7
1.7. Compétences	9
1.7.1. Contribuer à la recherche en soins et en santé (C5)	9
1.7.2. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire (C7)	10
1.7.3. Exercer sa profession de manière responsable et autonome (C9)	11
1.8. Objectifs personnels d'apprentissage	12
2. PROBLÉMATIQUE	13
2.1. Processus d'élaboration de la question spécifique.....	13
2.1.1. Situation problématique du terrain.....	14
2.1.2. Identités masculines et féminines	15
2.1.3. Bref historique de la profession infirmière	18

2.1.4. Passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire	20
2.1.5. Rapports de pouvoir.....	22
2.2. État des lieux actualisé de la problématique.....	24
2.3. Question spécifique de recherche	25
2.4. Description de la pratique professionnelle.....	26
2.5. Description du rôle infirmier dans les soins psychiatriques	28
2.6. Limites.....	30
2.6.1. Public cible	30
2.6.2. Site de recherche	31
2.6.3. Temps imparti.....	31
2.7. Objectifs de la recherche	31
3. CADRE THÉORIQUE.....	32
3.1. Concept de genre.....	32
3.1.1. Bref historique des études genre	33
3.1.2. Définitions du concept de genre.....	34
3.1.3. Terminologie	36
3.1.4. Reproduction.....	38
3.1.5. Division sexuée du savoir et du travail	41
3.1.6. Domaine politique.....	46
3.2. Concept de pouvoir	47
3.2.1. Définition.....	48
3.2.2. Dimensions du pouvoir	48
3.2.2.1. Pouvoir comme relation	48
3.2.2.2. Pouvoir comme domination - soumission.....	49

3.2.2.3. Pouvoir comme lien affectif.....	49
3.2.3. Dynamique du pouvoir	50
3.2.3.1. Légitimité.....	50
3.2.3.2. Leadership	50
3.2.4. Effets du pouvoir	51
3.2.4.1. Privation	51
3.2.4.2. Soumission.....	51
3.2.4.3. Accoutumance	52
3.2.4.4. Résistance.....	52
3.2.5. Moyens du pouvoir	52
3.2.5.1. Modes « agressifs »	52
3.2.5.2. Modes « doux »	53
3.2.6. Influence	53
3.2.6.1. Influence comme moyen du pouvoir	54
3.2.6.2. Formes de l'influence	55
3.2.7. Séduction	56
3.2.7.1. Historique	56
3.2.7.2. Définition	57
3.3. Groupe et collaboration professionnelle	59
3.3.1. Processus de groupe	59
3.3.2. Cohésion et performance	60
3.3.3. Mixité	62
3.3.4. Professions féminisées	63
4. MÉTHODOLOGIE.....	64
4.1. Type de recherche	64

4.2. Outils d'investigation	66
4.2.1. Entretiens semi-directifs	66
4.2.2. Construction de l'outil	67
4.2.3. Déroulement du pré-test	67
4.2.4. Utilisation de l'outil	68
4.3. Échantillonnage	69
4.3.1. Type et taille	69
4.3.2. Caractéristiques de la population	69
4.3.3. Avantages et limites de l'échantillon	70
4.4. Principes éthiques	71
4.4.1. Respect de la dignité de la personne	71
4.4.2. Bienfaisance / non-malfaisance	71
4.4.3. Justice	71
4.5. Technique et type d'analyse	72
5. ANALYSE	73
5.1. Équipe soignante en psychiatrie	75
5.1.1. Mixité des équipes soignantes	75
5.1.2. La spécificité de la relation infirmière-infirmier en milieu psychiatrique	80
5.1.3. Le partage d'émotion entre infirmier et infirmière	84
5.2. L'influence dans l'équipe mixte	85
5.2.1. La perception des jeux d'influence	85
5.2.2. Les moyens pour influencer	87
5.2.3. Les conséquences des jeux d'influence	88

5.2.3.1. Les conséquences sur la dynamique du service et la prise en soins	88
5.2.3.2. Les conséquences sur l'infirmière ou l'infirmier.....	89
5.3. La séduction dans l'équipe mixte.....	89
5.3.1. Les définitions de la séduction	89
5.3.2. Les moyens pour séduire	90
5.3.3. La perception des jeux de séduction.....	91
5.3.4. Les conséquences des jeux de séduction	93
5.3.4.1. Les conséquences sur la dynamique du service	93
5.3.4.2. Les conséquences des jeux de séduction sur la prise en soin ou le client.....	94
5.3.4.3. Les conséquences des jeux de séduction pour l'infirmière et l'infirmier.....	95
5.4. Les notions théoriques des participants	96
5.4.1. Les liens entre l'influence, la séduction et le pouvoir	96
5.5. Synthèse.....	97
5.6. Mise en commun de résultats des analyses	98
6. DISCUSSION.....	102
6.1. Signification des résultats	102
6.2. Recommandations	103
6.2.1. Recommandations pour la pratique	103
6.2.2. Recommandations pour d'autres études	103
7. CONCLUSION.....	105
7.1. Évaluation de la problématique	105

7.2. Évaluation du cadre	106
7.3. Évaluation de la méthode	107
7.4. Atteinte des objectifs de la recherche.....	108
7.5. Véracité de la recherche ou évaluation des résultats.....	109
7.5.1. Crédibilité	109
7.5.2. Fiabilité	110
7.5.3. Transférabilité	110
7.6. Obstacles rencontrés durant la démarche	110
7.7. Points forts de la recherche.....	111
7.8. Points faibles de la recherche	111
7.9. Atteintes des objectifs d'apprentissage	111
7.10. Apports personnels.....	112
 8. RÉFÉRENCES	 114
8.1. Ouvrages	114
8.2. Sites web	116
8.3. Brochures	116
8.4. Rapports	117
8.5. Articles de périodiques	117
 9. ANNEXES	 I

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un Bachelor Thesis en vue d'obtenir un diplôme Bachelor of Sciences en « Soins infirmiers » de l'année 2009. Elle est développée en étroite collaboration avec une autre étudiante de même niveau académique, Marie Gay¹. Cette étude nous permet d'expérimenter plus particulièrement la compétence 5 : « Contribuer à la recherche en soins et en santé » issue du référentiel des compétences de la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO).

Cette recherche initiale vise à comprendre et à expliquer les interactions liées aux jeux de séduction entre « infirmier-homme » et « infirmière-femme » dans le but premier d'améliorer leur collaboration et d'optimiser ainsi la prise en soins de la clientèle². Les jeux de séduction entre infirmiers et infirmières de même rang hiérarchique sur un site des Instituts Psychiatriques du Valais Romand (IPVR) sont donc au centre de cette étude.

1.2. Promesse de plan

Dans ce premier chapitre, vous découvrirez le processus nous ayant amenées à la question de départ, un bref aperçu de la méthode utilisée, nos représentations et les motivations relatives à notre sujet d'étude, ainsi que les liens avec le référentiel des compétences professionnelles en soins infirmiers et, enfin, les objectifs personnels d'apprentissage.

Le deuxième chapitre est consacré à la problématique du terrain aboutissant aux questions spécifiques³ de recherche. Nous exposons également les limites de ce travail ainsi que ses objectifs.

Le chapitre suivant pose le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre démarche. Elle se divise en trois concepts principaux : le genre, le pouvoir et le

¹ GAY, Marie. *Diantre, un homme dans les soins*. Les Valettes. 2009.

² À comprendre comme étant le client et son entourage. Lorsque nous mentionnons le mot « client », il est valable pour les hommes et les femmes.

³ Cette recherche étant étroitement liée au travail de Marie Gay, nous avons préféré exposer les deux questions de recherche relatives à ce même objet d'étude.

groupe. Le milieu des soins psychiatriques, ainsi que les pratiques professionnelles sont présentés sous forme de contexte et non de concept. Ils sont donc définis dans le deuxième chapitre.

La méthodologie utilisée pour cette recherche est développée dans le 4^e chapitre. On y trouve également les principes éthiques que nous nous engageons à respecter.

Vous prendrez connaissance de l'analyse des corpus au travers du cinquième chapitre, Ainsi que de la synthèse qui nous permet de répondre à la question spécifique de recherche. En fin de chapitre, les résultats des deux recherches menées en parallèle sont mis en commun.

Au cours du chapitre 6, intitulé « Discussion », nous reprenons les résultats principaux pour en analyser la signification. Nous émettons également les recommandations pour la pratique infirmière et pour le développement d'autres recherches.

Dans la conclusion, nous nous attachons à évaluer et à critiquer notre recherche. Nous revenons sur les objectifs de la recherche, sur sa véracité et ses points forts et faibles. Pour terminer, nous mettons aussi en évidence l'atteinte des objectifs d'apprentissage et les apports personnels et professionnels de cette recherche.

1.3. Question de départ

Après avoir reçu l'aval de la direction pour notre intérêt envers la minorité masculine dans les soins, nous avons dirigé nos recherches préliminaires vers la littérature de genre. Afin de délimiter notre étude, nous avons élaboré une arborisation des sujets pouvant être traités dans ce cadre. Plusieurs thèmes se sont ouverts à nous : les motivations des jeunes hommes pour la profession infirmière, la proportion d'hommes-infirmiers aux fonctions supérieures dans la hiérarchie, les pressions sociales subies par les infirmiers.

Notre question de départ fait aussi écho à nos observations durant nos stages. En effet, nous avons remarqué que les postes à responsabilités étaient souvent occupés par des hommes ; que les interactions au sein de l'équipe soignante différaient si un infirmier faisait partie ou non de l'équipe ; que les infirmiers subissaient des pressions sociales en relation avec leur profession dite féminine. Toutes ces observations nous ont interpellées et nous ont conduites à l'élaboration de cette recherche.

Nos préconstruits quant au genre et à l' « infirmier-homme », développés au point 1.5, ont aussi dirigé nos questionnements. Par exemple, mon préjugé concernant le caractère et le comportement de l'infirmier (efféminé, très à l'écoute de son prochain, doux, calme) oriente ma réflexion et m'amène à cette interrogation : existe-t-il un profil type de l'infirmier ou non ?

Enfin, nous avons abouti à la question des différences entre les infirmiers et les infirmières.

Notre question de départ était la suivante :

« Dans quelle mesure les différences bio-psycho-sociales liées au genre influencent-elles la conception du rôle professionnel de l'infirmier et de l'infirmière, ainsi que celle de leur collaboration dans l'exercice de leur fonction ? »

Cette question de départ restait sciemment très ouverte pour nous permettre de donner différentes orientations à notre recherche. La question a été affinée et précisée au fil de nos découvertes scientifiques.

1.4. Méthode

Cette recherche appliquée est une étude genre comparative de type qualitatif. En effet, elle est rattachée à une problématique issue du terrain, relative aux jeux de séduction liés au genre dans une équipe soignante et, vise à apporter des pistes de réflexion. Elle s'inscrit dans le paradigme naturaliste qui soutient que la réalité n'est pas unique, qu'elle est plutôt le résultat de plusieurs représentations et que les phénomènes sont inter-reliés. Notre démarche est empirico-inductive.

Nous sommes parties de nos observations ponctuelles sur le terrain précédemment citées, pour aboutir à une généralisation du phénomène. Nous avons procédé à des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers et d'infirmières travaillant au sein des IPVR⁴ afin de recueillir leurs ressentis face au phénomène étudié.

Ensuite, nous avons comparé les résultats de notre analyse afin d'obtenir une

⁴ Institutions psychiatriques du Valais romand.

approche plus globale et plus réelle de la problématique⁵. Pour terminer, nous avons élaboré des recommandations pour la pratique et les recherches.

Tout au long de ce travail, vous retrouverez des encadrés. Ceux-ci donnent du relief aux relations entre certains éléments des concepts ou des théories, et entre ces mêmes théories et le milieu des soins infirmiers ou nos réflexions personnelles.

Le chapitre 4 intitulé « Méthodologie » reprend, avec plus de précision, les points relatifs à la méthode mise au service de cette étude.

1.5. Représentations

Avant d'entamer mes démarches et mes lectures, j'avais un nombre considérable de préconstruits concernant les hommes et les femmes dans les soins infirmiers. J'estime qu'il est important de les citer ici afin que je puisse y revenir et étudier en quoi ils influent sur les idées que j'expose dans cette recherche pour y éviter certains biais. Ceux mentionnés ci-dessous, n'engagent, bien évidemment, que moi, ils ne s'appuient pas forcément sur des faits établis ou prouvés. Ils peuvent, par ailleurs, provenir d'observations ponctuelles faites lors de différents stages.

J'ai pu remarquer, tout d'abord, que les hommes semblaient plus attirés par certains services spécifiques tels que les urgences ou la psychiatrie. Il m'a semblé qu'ils se trouvaient en plus grand nombre par rapport à d'autres services de soins. Ne connaissant pas la raison de ce phénomène, j'ai supposé, que cette attirance devait être due à ces secteurs où la force physique est souvent mise à contribution et où l'imprévu rythme le quotidien.

De plus, les motivations professionnelles des hommes et des femmes lors de leur formation ne sont peut-être pas identiques, ce qui pourrait modifier leur orientation, une fois diplômés. Leur conception du rôle professionnel en serait peut-être également modifiée avec des prises en soins différentes ou spécifiques à un sexe ou l'autre. Ceci reste évidemment un préjugé.

Auraient-ils par là des motivations quant au choix de la profession différente de celles des femmes ?

⁵ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007.

J'ai perçu également des inégalités de traitement. En effet, il m'a toujours semblé, lors de mes stages en hôpitaux, que, bien que minoritaires, les hommes occupaient la plupart des postes à responsabilités (ICUS⁶, ICS⁷, etc.). J'ai eu l'impression que ceci provenait du fait qu'on semble faire davantage confiance aux infirmiers qu'aux infirmières. Que ce soit du point de vue des patients ou des supérieurs hiérarchiques, j'ai eu le sentiment que les premiers se sentaient plus en sécurité en présence d'homme, et que, par les seconds, ce même homme était plus écouté. On pourrait rajouter à ceci l'histoire de notre société qui a toujours accordé les pouvoirs à l'homme. Retrouverait-on là le stéréotype de l'homme dominant, à qui la société accorde des privilèges ?

Au sein d'une équipe, j'ai souvent eu le sentiment, lors de mes formations pratiques, qu'il y régnait une meilleure ambiance, lorsque celle-ci était formée d'hommes et de femmes. En effet, une équipe essentiellement féminine pouvait engendrer des conflits personnels. A contrario, dans des services « mixtes », des malentendus et des désaccords professionnels pouvaient survenir. Y a-t-il des malentendus lors de discussions ? Ou des façons différentes d'aborder une situation, selon le genre, pouvant provoquer des discordances ? Et pourquoi y aurait-il autant de tensions dans les équipes féminines ?

Il m'a semblé également que l'on féminise beaucoup la profession infirmière. Peut-être trop. J'ai constaté, que, dès le début de la formation, on ne parle pratiquement que d'infirmière au féminin. C'est le cas pour de nombreux ouvrages ou documents distribués. On retrouve cela dans les propos également. Je m'interroge alors, si l'identité de la profession n'est pas beaucoup trop féminisée et, par conséquent, diminue le nombre d'inscriptions masculines.

Finalement, le fait que les hommes se retrouvent minoritaires dans les soins infirmiers serait-il dû aux stéréotypes encore souvent diffusés de l'homme viril, fort, courageux, ne montrant que peu ses émotions, tout en sachant qu'un infirmier doit faire preuve d'empathie, de patience, de délicatesse et pouvoir prendre en soins la clientèle ? Tous ces clichés sont bien souvent identifiés comme étant des valeurs féminines et pourraient dissuader les hommes de devenir infirmier.

⁶ ICUS : Infirmier (-ère) chef (-fe) d'unité de soins.

⁷ ICS : Infirmier (-ère) chef (-fe) de service.

À-t-on déjà entendu un petit garçon dire à ses parents : « Quand je serai grand, je serai infirmier ! » ?

1.6. Motivations

1.6.1. Motivations personnelles

Les motivations mentionnées ci-dessous sont fortement liées et influencées par mes représentations développées dans le chapitre précédent.

Mon intérêt personnel pour ce sujet d'étude est porté, tout d'abord, sur le fait que je me suis souvent interrogée par rapport au genre. Ce sujet m'a semblé interpeler et fasciner un nombre considérable de personnes. J'ai pu constater ce phénomène à travers les médias. On utilise de nos jours le genre partout, souvent à « l'emporte pièce ». Il ne s'agit pas toujours d'études scientifiques. On retrouve souvent des reportages, des articles consacrés au genre, que ce soit à la télévision ou dans divers journaux ou ouvrages, qui tentent d'améliorer la condition de l'un ou de l'autre, ou, de définir un homme et une femme avec ses particularités, son rôle. Selon mes idées reçues, le genre est un concept extrêmement complexe qui doit être traité avec rigueur.

Ensuite, ayant fait partie de sociétés culturelles locales où les hommes étaient en majorité, j'ai pu me rendre compte qu'ils avaient parfois une manière de fonctionner différente de la gent féminine. Leur point de vue avait également, lors de réunions ou d'assemblées, plus de poids, m'a-t-il semblé. Ils ont également tendance à s'exprimer beaucoup plus que les femmes, celles-ci restant souvent en retrait. Ce phénomène est-il inversé dans le contexte infirmier où les femmes sont en plus grand nombre ? Où les clichés renvoient-ils à l'homme la possibilité de détenir le pouvoir malgré cette situation ?

De plus, ayant souvent côtoyé des familles où la mère reste à la maison et le père travaille, je me suis questionnée sur les rôles de chacun. Y aurait-il des tâches spécifiques attribuées à un sexe ou l'autre dans notre société, ou ceci est aujourd'hui révolu ?

J'ai souvent entendu parler de différences (féminité/virilité), de similitudes ou de complémentarité (partage des rôles) entre le féminin et le masculin. Je m'interroge alors, si l'on peut émettre des liens, faire

des comparaisons, entre ces deux êtres qui paraissent tantôt différents, tantôt avec des similitudes. Et, si par leurs caractéristiques, leurs interactions en sont ébranlées.

Finalement, je me demande pourquoi les hommes sont en si petit nombre dans les soins infirmiers, si ce phénomène est dû aux stéréotypes diffusés quant à « l'infirmière » et ses valeurs, à l'éducation ou aux pressions de la société concernant l'identité de l'homme.

En outre, ce travail me permettrait de me situer dans une position de femme-infirmière devant collaborer avec l'homme-infirmier, ceci afin d'identifier les éventuelles relations de pouvoir qu'il existe entre chacun. Ce travail pourrait également m'être utile dans la vie extra-professionnelle.

1.6.2. Motivations socio-professionnelles

Selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), toutes professions confondues, le domaine de la santé est à nette prédominance féminine (72% en 2005), et plus particulièrement les hôpitaux (1/3 d'hommes et 2/3 de femmes).⁸ Si nous nous penchons sur la filière « santé » des Hautes Ecoles Spécialisées en Suisse, nous remarquons qu'elle est dominée à 84% par les femmes, en 2001.⁹ En ce qui concerne les soins infirmiers, en 2005, l'OFS recense 3'079 nouvelles diplômées filles, contre seulement 286 nouveaux diplômés garçons issus de nos écoles suisses. De 1995 à 2005, dans le secteur de la santé en général, le nombre de professionnelles croît à un rythme annuel de 2.5 %. Ce taux est de 2.4% pour les hommes. L'OFS souligne tout de même que la variation annuelle moyenne des personnes actives selon le sexe, dans les activités hospitalières a tendance à s'inverser. En effet, l'OFS constate qu'il y a une recrudescence d'intérêt de la part des hommes pour ces professions

⁸ ROSSEL, Raymond. *L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005* [en ligne]. OFS, 2007.

Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/04.html> (consultée le 20.07.2008).

⁹ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005.

féminisées¹⁰.

Selon l'article d'Eleanor J. Sullivan et al., la reconnaissance et l'acceptation de la différence de genre est essentielle pour les soins infirmiers afin de permettre le développement de la profession.¹¹ En Suisse, Nigl-Heim Ulriker souligne aussi l'importance des équipes infirmières mixtes. Elles offrent une « palette plus large de prestations ».¹² De plus, dans sa recherche consacrée au travail en équipe mixte, Sabine Fortino, sociologue, a mis en évidence que les représentations des femmes en ce qui concerne la collaboration avec le sexe opposé sont nettement positives. Les femmes mentionnent que le climat de travail serait bien plus agréable et moins conflictuel si un homme était présent.¹³

La HES-SO a mis en pratique un projet d'égalité des chances. Celui-ci est axé sur l'ouverture des filières techniques, en particulier la profession d'ingénieur, aux filles. La question du genre et de la proportion d'étudiants filles et garçons intéresse donc les dirigeants de la HES-SO.¹⁴ Peut-être que dans quelques années, la vision de l'égalité des chances ne visera plus exclusivement les filles mais permettra aussi aux garçons d'entrer en plus grand nombre dans des filières dites « féminines », comme les soins infirmiers.

La minorité des hommes dans les soins, l'augmentation faible mais réelle du nombre de professionnels masculins en milieu hospitalier et l'importance qu'accorde les experts à la mixité d'équipes, nous donnent à penser qu'il est essentiel de se pencher sur la collaboration entre infirmiers et infirmières.

¹⁰ ROSSEL, Raymond. *L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005* [en ligne]. OFS, 2007.

Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/04.html> (consultée le 20.07.2008).

¹¹ SULLIVAN, Eleanor et al. Men in nursing: the importance of gender diversity. In: *Journal of Professional Nursing*. Vol. 16, n°5. Septembre – octobre 2000. p. 253-254.

¹² ULRIKER, Nigl-Heim. Etre au clair avec ses modèles. In : *Soins Infirmiers*. Novembre 2006, p.49.

¹³ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p.169-170.

¹⁴ HES-SO, Valais/Wallis. Equality : Ingénieur aussi un métier pour les filles [en ligne]. Dernière mise à jour le 12.02.2009. Adresse URL : <http://wins.hevs.ch> (consultée le 28.06.09).

Le caractère récent des études genre¹⁵ et des recherches en sciences infirmières¹⁶ en Suisse ne nous ont pas permis de nous appuyer sur une liste exhaustive de recherches scientifiques.

Nous pensons que ce type de recherche est essentiel afin de développer la professionnalisation et l'identité liées aux soins infirmiers, au regard de l'article d'Annie Oulevey-Bachmann, infirmière – enseignante à l'école de La Source et titulaire d'un diplôme d'études approfondies en étude genre. Elle met en évidence l'importance des recherches scientifiques pour rendre visible le développement des pratiques professionnelles infirmières. Elle stipule aussi que le genre « *traverse l'identité professionnelle* ». ¹⁷

Notre recherche pourrait ouvrir une nouvelle voie aux étudiants amenés à effectuer un travail de fin d'études. Elle pourrait permettre d'accroître les connaissances relatives au genre et aux soins infirmiers et pourrait apporter des pistes de réflexion quant au positionnement professionnel et à l'identité professionnelle genrés.

1.7. Compétences

Notre thème de recherche peut être mis en lien avec le référentiel de compétences de l'HES-SO en soins infirmiers, niveau « expertise ».

1.7.1. Contribuer à la recherche en soins et en santé (C5)

- **S'initier à la démarche de recherche liée avec une problématique de terrain en respectant les principes éthiques.**

La problématique de terrain est développée dans le chapitre suivant intitulé « Problématique ». Elle s'articule autour des relations de séduction entre infirmiers et infirmières en psychiatrie. Tout au long de notre recherche, nous restons attentives au fait de respecter les principes éthiques précisés au chapitre 4 « Méthodologie ». Les

¹⁵ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 14-15.

¹⁶ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007, p. 7-13.

¹⁷ OULEVEY-BACHMANN, Annie. Enseigner le genre dans la formation en soins infirmiers : une aventure délicate et indispensable. In : *Soins infirmiers*. Novembre 2006, p. 44-45.

participants des deux enquêtes reçoivent un formulaire de consentement éclairé¹⁸ et une lettre d'information¹⁹ concernant notre étude.

- **Participer au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement.**

Notre recherche se veut scientifique. Elle est menée selon une approche ordonnée, systématique et contrôlée. Elle est destinée à acquérir des informations fiables et empiriques²⁰. Elle peut donc constituer une base solide et scientifique pour la pratique infirmière. En effet, je pense que les recommandations élaborées en fin de recherche apportent des pistes de réflexion quant à l'amélioration de la collaboration au quotidien entre soignants.

1.7.2. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire (C7)

- **Intégrer son activité dans le contexte socio-politique et économique**

En traitant un sujet touchant au système de genre, il est primordial de situer notre recherche dans un contexte spatio-temporel. En effet, les rapports entre hommes et femmes diffèrent selon l'époque, le lieu, la culture, etc.

Afin de porter un regard critique sur les rapports de séduction entre les infirmiers et les infirmières en Valais, de nos jours et en milieu psychiatrique, il est essentiel de comprendre le fonctionnement général de notre société tant sur le plan politique, que social ou économique. En effet, comme cité précédemment, ceux-ci influencent les rapports entre sexes.

- **Mobiliser les ressources du réseau, coordonner et développer des projets communs**

Afin de porter un regard plus global sur les problématiques du genre, de la collaboration infirmière et de la séduction, nous nous inspirons

¹⁸ Annexe A.

¹⁹ Annexe B.

²⁰ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007. p. 17.

d'ouvrages rédigés par des auteurs issus d'horizons différents (philosophes, historiens, politiciens, sociologues, anthropologues, etc.)

Pour chaque aspect de la recherche, qu'il s'agisse de la forme (mise en page, méthodologie, etc.) ou du fond (concepts du genre et du pouvoir) nous faisons appel à différents spécialistes.

De plus, comme cette étude est effectuée en partenariat, elle nous impose de coordonner et de gérer certaines contraintes liées au temps, aux lieux, ou à nos activités. Nous avons la possibilité d'échanger des informations, de débattre ou de défendre nos points de vue. Ce travail en tandem est très enrichissant mais exige un investissement important.

1.7.3. Exercer sa profession de manière responsable et autonome (C9)

- **Suivre l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerner les enjeux pour sa profession**

Comme déjà indiqué, il est essentiel de se pencher sur l'évolution des politiques socio-sanitaires ainsi qu'économiques et culturelles qui influencent les rapports entre les sexes et donc les rapports entre infirmiers et infirmières.

- **Prendre des initiatives et assumer les décisions relatives à sa pratique professionnelle**

Nous devons, à travers ce travail de Bachelor, nous positionner en tant qu'étudiantes-chercheuses. Il est de notre responsabilité de mener à bien ce projet et, pour cela, de prendre certaines décisions et de les assumer.

- **S'engager au développement et à la visibilité de la profession infirmière**

La formation en soins infirmiers élevée au niveau Bachelor, prend une nouvelle direction en promouvant la recherche scientifique en sciences infirmières. Nous devons nous positionner comme chercheuses et mener une réflexion approfondie sur un problème de terrain. Notre future profession peut ainsi être mieux considérée par les professions du secteur médical et paramédical, car elle se base sur une pratique fondée sur des résultats probants.

Par cette recherche, nous touchons indirectement le thème de l'identité professionnelle en nous intéressant aux relations de séduction entre infirmiers et infirmières. Nous donnons aux lecteurs des pistes de réflexion quant à leur développement professionnel personnel.

1.8. Objectifs personnels d'apprentissage

Cette initiation à la recherche me permettra d'acquérir des compétences et d'atteindre, plus particulièrement, les objectifs suivants ci-dessous. Par cette recherche, je m'appliquerai à :

- Utiliser une méthode en appliquant les divers apports théoriques étudiés lors du module « Méthodologie de la recherche » tout en l'adaptant au thème de recherche ;
- Analyser les données en effectuant des liens entre-elles, en les mettant en regard du cadre théorique ou d'autres références ou recherches et en formulant de nouvelles hypothèses ;
- Comparer les résultats avec ceux de ma collègue afin d'augmenter la crédibilité de cette étude par la triangulation ;
- Poser un regard critique sur ce travail et évaluer les différents éléments le constituant.

2. PROBLÉMATIQUE

Au travers de ce chapitre, vous pourrez prendre connaissance des processus nous ayant amenés aux questions spécifiques de recherche.

2.1. Processus d'élaboration de la question spécifique

Suite à notre question de départ, nous avons lu de nombreux ouvrages concernant le genre : construction de l'identité masculine ou féminine, différences et rapports entre hommes et femmes, égalité des sexes. Nous nous sommes appuyées sur la littérature des grands classiques en lien avec notre culture occidentale²¹ concernant le genre. Certes, quelques uns de ces ouvrages semblent désuets. Il faut savoir cependant, que les participants à notre étude sont issus de l'éducation et de la conception du genre des années 1960-1985. De plus, de nombreux auteurs (dont E. Badinter, philosophe²² ; J.-C. Ruano-Borbalan, docteur en histoire²³ ; B. Angleraud, professeur agrégé d'histoire²⁴ ; V. De Gaulejac, professeur de sociologie²⁵ ; etc.) s'accordent à dire que ces années-là ont été marquées par de nombreux changements d'ordre social (émancipation de la femme, déclin du patriarcat). Nous nous sommes, tout de même, efforcées de critiquer ces ouvrages sur la base d'une littérature plus récente.

Nous avons remanié la question centrale découlant de ces lectures, elle n'était pas en relation avec un problème de terrain. Nous avons ainsi réfléchi à nos expériences professionnelles liées à une situation concernant des difficultés dans la collaboration infirmier/infirmière. Etant donné que nous n'avions rien

²¹ Lorsque nous utilisons les termes de « culture occidentale » ou « société occidentale », nous faisons référence aux pays de l'Europe de l'ouest (23), aux Etats-Unis d'Amérique, au Canada, à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande.

²² BADINTER, Elisabeth. La mort du patriarcat. In : L'Un est l'Autre. Paris : Ed. Odile Jacob, 1986, p. 199-251.

²³ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. Sciences humaines, octobre et novembre 2001, n° 34, p. 86-89

²⁴ ANGLERAUD, Bernadette. Culture féminine, Culture masculine : l'exemple du XIXe siècle. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p. 39-46.

²⁵ DE GAULEJAC, V. Modes de production et management familial. In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi, 1986, p. 23-31.

perçu de très démonstratif durant nos formations pratiques, nous nous sommes appuyées sur les témoignages de collègues.

Une des anecdotes les plus significatives nous a été relatée par une infirmière de trente ans.

2.1.1. Situation problématique du terrain

L'infirmière, citée précédemment, compte actuellement sept ans de pratique dans le domaine des soins aigus. Elle est mariée et ses enfants sont âgés de deux et quatre ans. Elle estime avoir une part importante dans la responsabilité de leur éducation. Elle travaille depuis trois ans à un taux de 60% dans une équipe mixte. Elle avait une activité professionnelle à 100% avant la naissance de son premier enfant. Elle nous fait remarquer certaines différences qu'elle attribue au genre dans les prises en charge de clients (par exemple, l'utilisation de l'humour et de la dérision plus marquée chez les infirmiers avec la clientèle). N'effectuant pas une recherche sur le lien soignant/soigné, nous orientons notre entretien téléphonique vers des interactions entre infirmiers et infirmières. Elle se souvient alors d'une situation vécue trois jours avant notre entretien et qu'elle jugeait banale :

Alexandra²⁶, l'infirmière interrogée, arriva dans son unité de soins aigus pour reprendre son service à 15h30. A la fin du rapport, son collègue Antoine²⁷ lui demanda de ranger et de nettoyer son chariot de soins, prétextant un rendez-vous urgent.

La réponse d'Alexandra fut : « Pour tes beaux yeux, je ferais n'importe quoi ! ». Antoine la remercia et s'en alla.

Pour bénéficier de plus amples informations, nous lui demandâmes certaines précisions concernant Antoine et ses attitudes verbales et non-verbales. Elle nous répondit qu'Antoine, en couple avec une femme, est âgé de trente-trois ans.

Durant cette interaction, il arborait un « sourire séduisant », l'implorait avec une politesse quasi exagérée. Il la complimentait sur son physique et ses compétences sur un ton joueur. Elle nous spécifia spontanément

²⁶ Prénom fictif utilisé pour faciliter la compréhension de la situation.

²⁷ Prénom fictif utilisé pour faciliter la compréhension de la situation.

que sa réponse n'avait aucune connotation sexuelle et nous avoua aussi avoir été séduite par le sourire, la politesse, les compliments et l'humour d'Antoine.

2.1.2. Identités masculines et féminines

D'après Élisabeth Badinter, philosophe²⁸ et E. Gianini Belotti, pédagogue²⁹, les identités masculine et féminine ne sont pas innées. Dès sa prime enfance et même peu après sa conception, l'enfant est influencé par le regard et la conviction de ses parents. Son entourage lui apprend à quel sexe il appartient et par conséquent, à se comporter comme il se doit, en fonction de son sexe. L'éducation et le conditionnement jouent donc un rôle primordial. Ils sont ancrés dans la culture et la tradition. En effet, les stéréotypes masculins-féminins sont encore diffusés : les hommes doivent être grands et forts et les femmes douces et serviables.³⁰

Les qualités - mentionnées plus haut - qui déterminent une femme selon Élisabeth Badinter et celles développées par Gabrielle Nanchen, travailleuse sociale et politicienne valaisanne peuvent se retrouver dans la profession infirmière. En effet, cette dernière stipule que les valeurs féminines accordées à l'existence sont principalement les relations, l'attention et le soin portés à autrui ainsi que le souci que l'on se fait pour lui³¹.

Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que les soins infirmiers sont majoritairement féminins³² de par cette relation entre les valeurs attribuées aux femmes et à la profession, entre autres facteurs.

Pour Annie Oulevey-Bachmann, infirmière licenciée en sciences sociales et détentrice d'un diplôme d'études approfondies en études genre, le genre et, de ce fait les stéréotypes sexuels, traverse

²⁸ BADINTER, Élisabeth. XY : De l'identité masculine. Paris : Odile Jacob, 1992.

²⁹ GIANINI BELOTTI, Elena. Du côté des petites filles. Paris : Éd. des femmes, 1973.

³⁰ BADINTER, Élisabeth. XY : De l'identité masculine. Paris : Odile Jacob, 1992.

³¹ NANCHEN, Gabrielle. De la loi des livres et de la loi du cœur. In : *Amour et pouvoir : des hommes, des femmes et des valeurs*. Favre, 1990, p. 178-179.

³² JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005.

l'identité.³³ Nous pouvons alors nous interroger sur la manière de concilier l'identité sexuelle et l'identité professionnelle. D'une part, pour les femmes, cela semblerait aisé car les valeurs féminines et infirmières se confondent en partie. D'autre part, l'homme véhiculant le stéréotype masculin s'intégrerait plus difficilement dans les soins infirmiers.

A partir du XX^e siècle après J.-C., la société a reconsidéré les rapports entre les sexes. Le patriarcat se retrouvant sur le déclin³⁴, les femmes ont pu sortir de leur statut d'objet grâce aux évolutions économique, sociale et surtout scientifique (e.g. : contraception, droit de vote).³⁵ En effet, par ces révolutions, les femmes ont pu intégrer la sphère publique.

De nouvelles identités ont émergé, telles que la « femme virile » : femme carriériste se libérant du rôle d'épouse et de mère, pour qui la conciliation de la réussite professionnelle et de la vie de mère est une utopie. Elle s'identifie fortement à l'identité masculine.³⁶

Actuellement, les femmes doivent planifier leur vie en fonction de leur vie professionnelle et dans la perspective de fonder une famille. Elles doivent concilier leurs projets professionnels et familiaux et de ce fait, concilier leurs identités de femme active et de mère.³⁷

Dans la situation rapportée, Alexandra travaille depuis la naissance de son premier enfant à 60%. Elle a choisi de réduire son temps de travail afin de concilier plus facilement sa vie professionnelle et sa nouvelle

³³ OULEVEY BACHMANN, Annie. Enseigner le genre dans la formation en soins infirmiers: une aventure délicate et indispensable. In : Soins Infirmiers. Novembre 2006, p. 44-45.

³⁴ DE GAULEJAC, V. Modes de production et management familial. In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986. p.23-31 ; DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. 192 pp. p. 13-14. et DORTIER, Jean-François. Identité : des conflits identitaires à la recherche de soi. In : *Sciences Humaines*. N°34. Octobre-Novembre 2001, p.46-49.

³⁵ FOURNIER, Martine. Masculin/féminin : un nouveau partage des rôles ? In : *Sciences Humaines*. N° 34. 2001.

³⁶ GOLE, Nilüfer. Les femmes comme partenaires ? In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986, p. 32-47.

³⁷ FERRAND, Michèle. Féminin Masculin. Paris : la Découverte, 2004, p. 32-38.

vie familiale. Elle se sent principalement responsable de l'éducation de ses enfants. Elle ne correspond pas au stéréotype de la « femme-virile » mais n'est pas non plus considérée comme la « femme-objet », dépendante de son mari.

Nous pouvons souligner aussi, que c'est elle et non son mari qui a diminué son taux d'activité professionnelle en vue de s'occuper de leur foyer. Son salaire est subsidiaire, son mari assure donc la principale ressource financière de la famille. Cet état de fait pourrait découler du patriarcat.

En réaction au manque affectif et émotionnel de ces « femmes viriles », les hommes investissent la sphère privée et s'approprient certains rôles détenus jusqu'alors par les femmes. N. Gole les appelle les « hommes féminins ».³⁸ Les hommes ont voulu redéfinir leurs rôles, entre autres le rôle paternel, c'est-à-dire s'investir dans le lien de filiation. Leur implication dans la sphère familiale ne se limite plus seulement à l'autorité mais s'étend à l'affection, à l'écoute.³⁹ Toute évolution de l'un ou de l'autre sexe entraîne une remise en question du sexe opposé.⁴⁰

Cette évolution de l'identité masculine a pu influencer la motivation des jeunes hommes à faire carrière dans la profession infirmière. En effet, l'OFS perçoit une augmentation du nombre de garçons dans les professions féminisées.⁴¹ Cette évolution dans le domaine des soins infirmiers peut influencer les rapports entre infirmiers et infirmières dans les années à venir.

Dans la situation décrite plus haut, Antoine a trente-trois ans. D'après D. Levinson, psychologue ayant travaillé sur le cycle de la vie

³⁸ GOLE, Nilüfer. Les femmes comme partenaires ? In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi, 1986, p. 32-47.

³⁹ BADINTER, Élisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Ed. Odile Jacob, 1992, p. 260-261.

⁴⁰ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993, p. 13-14.

⁴¹ ROSSEL, Raymond. *L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005* [en ligne]. OFS, 2007.

Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/04.html> (consultée le 20.07.2008).

masculine, dès trente ans, l'homme doit confirmer sa virilité⁴². Nous pouvons alors supposer que le fait de déléguer le rangement de son chariot à une femme, permettait à Antoine d'affirmer sa masculinité par la supériorité. Nous émettons cette hypothèse suite à l'étude du patriarcat développée au point 2.1.4.

2.1.3. Bref historique de la profession infirmière

À partir du Moyen-âge et jusqu'à la Révolution française de 1789, les lieux de soins étaient gérés par les autorités ecclésiastiques. Ainsi, les sœurs hospitalières organisaient et prenaient en charge la totalité du travail. Lorsque le terme « infirmière » fit son apparition, il désignait les servantes à gages ou filles gardes malades qui étaient considérées comme les servantes des sœurs hospitalières. Il s'agissait d'un personnel subalterne non qualifié.

À la suite de la Révolution française, les institutions de soins tendirent à la laïcité et furent dirigées par les municipalités. On reprocha ensuite aux religieuses de n'être pas assez formées, de manquer d'hygiène. Elles furent peu à peu chassées des milieux de soins. Les médecins demandèrent alors que les infirmières suivent une formation.

À partir de 1922, les écoles d'infirmières se développèrent, bénéficiant de l'enseignement des médecins. Des valeurs telles que la soumission, l'obéissance et le dévouement au médecin et à l'institution étaient prônées. La première revue et le premier syndicat infirmiers naquirent en 1931. Les préjugés ont pérennisé le fait que l'acte de soigner était inné et ne devait donc pas être enseigné ni rémunéré. Ces préjugés ont ralenti l'évolution de la profession infirmière et ont fait qu'elle restait très peu considérée. Suite à une pénurie d'infirmières et de médecins après la seconde guerre mondiale, ces professions durent collaborer plus étroitement. Le médecin délégua un faible pouvoir décisionnel à l'infirmière qui s'en sentit valorisée.

Dès 1968, les hôpitaux furent gérés tels des entreprises. Le rythme de travail s'accrut, la relation avec le patient se détériora et la vie familiale devint difficilement compatible avec la vie professionnelle, ce qui provoqua une nouvelle pénurie d'infirmières.

⁴² BADINTER, Élisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992. p. 244.

En 1972, la France dut réorganiser les écoles d'infirmières pour se mettre au niveau européen. L'infirmière « auxiliaire médicale » devint alors l'infirmière « éducatrice de santé ». Elle acquit alors un rôle propre de prévention, d'éducation, de formation et d'encadrement.⁴³

En Valais, ce fut également dans les années septante que la formation en soins psychiatriques fut reconnue par la Croix-Rouge. En effet, jusque vers les années vingt, le personnel était constitué de religieuses et d'hommes sans formation. On demandait aux hommes d'avoir pour principale qualité la force de contenir les malades. Ces gardes-malades étaient rémunérés, contrairement aux sœurs hospitalières. Dès les années vingt, le personnel était contraint de suivre des cours du soir. Les premiers diplômes en soins infirmiers psychiatriques ont été délivrés en 1928, sous l'égide de la Société Suisse de Psychiatrie. On assistait ainsi à la naissance de la première école valaisanne de soins en psychiatrie. Cette école fut fermée en 1995 pour s'intégrer à une nouvelle formation en soins généraux⁴⁴ qui connut plusieurs transformations pour aboutir, en 2006, à une formation de type Bachelor.

L'infirmière s'est retrouvée soumise au médecin, tout comme la femme à l'homme.

D'après les dires d'infirmiers, aujourd'hui encore, dans la pratique des soins, les hommes-infirmiers se font régulièrement appeler « Docteur » par la clientèle.⁴⁵ De plus, le stéréotype de l'infirmière uniquement « auxiliaire médicale » continue, selon notre expérience, à être véhiculé dans la population.

Alexandra, en tant que femme, se sent-elle soumise à Antoine, l'homme ? Même si tous deux sont de même niveau hiérarchique dans les soins, ils restent femme et homme. Nous nous posons cette question

⁴³ GROUPE DE RECHERCHE INTERPROFESSIONNEL SUR LA PROFESSION DE L'INFIRMIERE. Historique de la profession d'infirmière. In : *L'identité professionnelle de l'infirmière*. Paris : Le centurion, 1986, p. 13-27.

⁴⁴ Réseau Santé Valais. Site de l'Hôpital du Valais [en ligne]. Dernière mise à jour le 29 juillet 2008. Adresse URL : <http://www.rsv.gnw.ch> (consultée le 20.08.2008).

⁴⁵ SEEVER, Jon. Don't call me Doctor ! In: *RN*. Août 2006.

en regard de notre culture patriarcale. Ce modèle est développé ci-après.

2.1.4. Passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire

Comme le souligne B. Angleraud, au XIX^e siècle il existe deux types de culture. La culture féminine et la masculine. La sociabilité féminine se développe dans des endroits tels que le lavoir, l'église, le four banal et plus particulièrement, le domicile. À contrario, la sociabilité masculine se déploie dans des lieux publics, tels que les cafés, les cabarets. L'espace public est valorisé au détriment du privé, ce qui engendre des rapports hiérarchiques.⁴⁶

En France, le droit de vote accordé aux hommes en 1848 accroît encore leur pouvoir sur la sphère publique, enfermant davantage la femme dans la sphère privée. La division sexuelle des tâches est un indicateur de ce clivage entre les sexes. En effet, la femme gère les finances familiales, la santé et l'éducation et l'homme exerce son pouvoir sur la scène publique. Elle est chargée d'une mission sociale, lui, d'une mission économique. Ce partage des tâches se veut complémentaire : d'un côté la production et les travaux de forces attribués aux hommes, de l'autre la distribution et les travaux de finition délégués aux femmes. Mais comme cité précédemment, il existe un rapport hiérarchique entre ces deux pôles. Il s'agit donc là d'une complémentarité de subordination. Bien que ce système accorde aux hommes les pleins pouvoirs, les femmes s'organisent dans le but de s'intégrer à la sphère publique.⁴⁷

Dès les années 1990, dans notre culture occidentale, nous assistons au passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire. Les identités masculines et féminines et leur reconnaissance par l'autre sexe en sont ébranlées.⁴⁸ Les hommes restent fortement attachés à leurs prérogatives comme le pouvoir social, le monopole du travail donc de

⁴⁶ ANGLERAUD, Bernadette. Culture féminine, Culture masculine : l'exemple du XIX^e siècle. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p. 39-46.

⁴⁷ DE GAULEJAC, V. Modes de production et management familial. In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986, p. 23-31.

⁴⁸ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993, p. 13-24.

l'argent et de l'autorité sur la sphère familiale. Malgré tout, la société assiste à une uniformisation des sexes, les rôles sont de moins en moins spécifiques à l'un ou l'autre. Ce changement a des enjeux particuliers et très importants : la différence, l'identité et la reconnaissance de chaque sexe. Plus rien ne dit à l'Homme qui est la Femme et vice versa. D'après Albert Donval, psychosociologue, le passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire se fera plus facilement grâce à la reconnaissance et au respect que chaque sexe offrira à l'autre.⁴⁹

Le patriarcat, selon E. Badinter, « *ne désigne pas seulement une forme de famille fondée sur la parenté masculine et la puissance paternelle. Le terme désigne aussi toute structure sociale qui prend sa source dans le pouvoir du père* ». ⁵⁰ Dans une organisation telle que celle-ci, un souverain aurait le même pouvoir sur le peuple qu'un père sur les membres de sa famille. Ainsi, le père contrôle, décide et fait appliquer sa loi. Les jeunes filles ou les femmes deviennent propriété de leur père ou de leur époux, réduites à l'état d'objet et vouées aux tâches domestiques. « *Le propre de la société patriarcale dans sa forme la plus absolue, réside dans le strict contrôle de la sexualité féminine* » ⁵¹.

En résumé, des relations de pouvoir, de domination et d'asservissement entre hommes et femmes prédominent. Nous pouvons également mettre en évidence la racine latine du mot « patriarcat » comme étant « pater », donnant naissance aux noms : père, patron, patriarcat.⁵²

Le modèle égalitaire, selon Albert Donval, considère la femme comme actrice sociale et sujet humain. Ce modèle s'oppose au modèle patriarcal car son idéal est fondé sur la liberté et l'égalité des sexes.⁵³

⁴⁹ Ibidem, p.24.

⁵⁰ BADINTER, Élisabeth. Le patriarcat absolu ou la confiscation de tous les pouvoirs. In : *L'Un est l'Autre*. Paris : Odile Jacob, 1986. p. 111.

⁵¹ Ibidem, p. 112.

⁵² DE GAULEJAC, V. Modes de production et management familial. In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986. p.23

⁵³ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993, p. 20-21.

Dans la situation problématique, la tâche déléguée à Alexandra concerne l'entretien d'objets (laver et ranger le chariot). Comme mentionné ci-dessus, les tâches domestiques sont, encore aujourd'hui, attribuées aux femmes dans la majorité des cas. Nous nous permettons alors de supputer que cette interaction prend ses racines dans le modèle patriarcal. En effet, d'un côté Antoine délègue cette besogne à une femme et d'un autre, Alexandra accepte cette délégation sans rechigner. Cela dit, il pourrait s'agir d'un simple service demandé à un collègue homme ou femme.

Cette situation nous paraît banale, tout comme à l'infirmière interrogée et ne nous interpelle guère au premier abord. Serait-ce dû au fait d'être encore fortement influencées et conditionnées par notre culture découlant du patriarcat ?

2.1.5. Rapports de pouvoir

Le patriarcat, donnant la toute puissance au père, laisse progressivement sa place à un système de type égalitaire (ou managérial), dans lequel les négociations sont les bases de la résolution de problèmes et de la prise de décision. Cette transition au niveau du milieu professionnel, s'est répercutée sur la sphère familiale. Ainsi, la femme a pu prendre part activement à des prises de décisions⁵⁴.

D'après Alexandra, Antoine lui a poliment demandé s'il lui était possible de ranger son chariot. Il a négocié cette faveur. En explicitant les raisons de cette demande, il donne le droit à Alexandra d'accepter ou de refuser de lui rendre ce service. Alexandra s'est probablement sentie active dans la prise de décision, sans se sentir inférieure ni soumise.

Le concept de pouvoir peut être divisé en quatre attributs, à savoir : l'autorité, le prestige, la domination et l'influence.

L'autorité est « le pouvoir devant lequel on s'incline par contrainte ou

⁵⁴ AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986.

respect sans usage de la force »⁵⁵. Cette autorité était exclusivement réservée aux hommes. Aujourd'hui, nous pouvons remarquer que dans certains foyers, elle est partagée entre homme et femme.

Le prestige est « *une forme de pouvoir attachée à des exploits ou, aujourd'hui à des fonctions* »⁵⁶.

La domination est « *une emprise exercée par un individu, un groupe ou une institution sur d'autres individus* »⁵⁷. Elle sous-entend une notion de contrainte basée sur un système de commandement et de maîtrise versus obéissance et soumission.

L'influence « *est un pouvoir non-hiérarchique exercé par l'environnement social par un effet de conformisme ou de différenciation* »⁵⁸. Les outils pour y parvenir sont la confiance, la culpabilisation, le chantage et la séduction.

Les deux protagonistes sont de même niveau hiérarchique. Du point de vue d'Alexandra, la domination, l'autorité et le prestige n'ont pas influencé sa décision.

Elle nous a avoué avoir été séduite par le comportement d'Antoine (ton joueur, compliments, humour, politesse, sourire). Elle ne s'est certainement pas sentie victime de pouvoir, car elle ne l'a pas mentionné et a accepté avec humour la délégation. Peut-être est-ce grâce à l'humour d'Antoine ? Elle-même a usé de séduction dans sa réponse. Voulait-elle provoquer une ambiguïté dans la relation attirance – répulsion entre homme et femme?

Grâce à la séduction, Antoine espérait peut-être qu'Alexandra accepterait plus facilement de ranger le chariot. Il aurait pu imaginer cette approche afin de créer une ambiguïté ou une prise de pouvoir sur la femme.

Cette interaction se serait-elle déroulée ainsi, si Alexandra avait été

⁵⁵ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. *Sciences humaines*, octobre et novembre 2001, n° 34, p. 86-89.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. *Sciences humaines*, octobre et novembre 2001, n° 34, p. 86-89.

Alexandre ou si Antoine avait été Antoinette ?!

Cela dit, comme proposé plus haut, il pourrait s'agir d'un simple service demandé à un ou une collègue afin de gagner du temps.

Le dernier attribut du pouvoir nous semble intéressant à envisager dans les relations professionnelles entre infirmière et infirmier. En effet, l'influence ne représente pas une façon de prendre le pouvoir de manière hiérarchique, ni par l'usage de la force ni par la contrainte. Les jeux d'influence semblent plus discrets et plus insidieux que les moyens utilisés dans la domination ou le prestige. Les relations d'influence nous paraissent donc plus intéressantes à explorer.

Nous développons cet attribut sous l'angle de la séduction car d'après plusieurs auteurs tels que Mireille Cifali, professeur à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education à l'université de Genève, et Nicole Bourquin, infirmière-enseignante, la séduction prend naissance dans la relation. En d'autres mots, la séduction est présente dès lors que deux personnes interagissent.⁵⁹ Nous avons choisi de préciser cette recherche en ciblant « l'outil séduction ». Cette notion nous semble intéressante car ambiguë. En effet, de par son origine étymologique, selon l'individu, elle pourrait être considérée comme enrichissante ou néfaste.⁶⁰ De plus, nous avons remarqué à plusieurs reprises, lors de nos formations pratiques, que les relations de séduction entre collègues sont chose courante.

2.2. État des lieux actualisé de la problématique

Nos explorations concernant des recherches scientifiques relatives à la problématique des rapports entre infirmiers et infirmières se révélèrent infructueuses. Nos critères de sélection étaient probablement trop nombreux ou trop pointus. Nous cherchions des études récentes, postérieures à l'année 2000, ancrées dans notre culture occidentale et portant sur les rapports entre infirmiers et infirmières. Car comme le mentionne à plusieurs reprises Lorena Parini, politologue suisse, « [...] *Les études de genre sont constructivistes et*

⁵⁹ BOURQUIN, Nicole. La séduction : pour une relation de qualité. *Soins infirmiers*. Janvier 1998.

⁶⁰ HAGÈGE, Jean-Claude. Un point d'histoire. In : *Le pouvoir de séduire*. Paris : Odile Jacob, 2003, p. 64-69.

pratiquent la déconstruction des catégories de représentation [...]. Qui dit déconstruction dit contextualisation dans l'espace, dans le temps et dans les relations de pouvoir. »⁶¹ Et « Seules des études situées dans l'espace et dans le temps peuvent donner des réponses partielles et situées. »⁶².

Nous nous sommes donc basées sur des recherches suisses⁶³ ou valaisannes⁶⁴ traitant de l'égalité des sexes afin de comprendre le contexte dans lequel s'inscrivait notre problématique.

Si les recherches en sciences infirmières apparaissent peu dans cette étude, la base littéraire nous permettant de construire notre problématique ainsi que notre cadre théorique nous semble fournie et pertinente.

2.3. Question spécifique de recherche

Nos réflexions nous ont alors amenées à la question principale et spécifique de notre recherche :

« En milieu psychiatrique, en quoi les rapports de séduction entre infirmiers et infirmières influencent-ils leurs pratiques professionnelles⁶⁵? »

⁶¹ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p.16.

⁶² Ibidem, p.34.

⁶³ ROSSEL, Raymond. *L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005* [en ligne]. OFS, 2007.

Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/04.html>

(consultée le 20.07.2008);

ROUVINEZ MAURON, Antoinette. *Enquête suisse sur la structure des salaires 2006* [en ligne]. OFS, 2007.

Adresse URL :

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.Document.102387.pdf (consultée le 20.08.2008) ;

BRANGER, K. GAZARETH, P. SCHÖN-BÜLHMANN, J. *Vers l'égalité ? : La situation des femmes et des hommes en Suisse*. Neuchâtel : OFS, 2003, p. 97 à 105.

⁶⁴ JURISCH-PRAZ, Sarah. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005, p.50.

⁶⁵ NADOT, Michel. *Médiologie de la santé : de la tradition soignante à l'identité de la discipline*. In : *Perspective soignante : Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*. Paris : Seli Arslan S.A. n°13, p.29-86 ; NADOT, Michel. *La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire*

J'ai choisi d'explorer la conception des hommes par rapport à leur propre potentiel de séduction et celui de leurs collègues. Ceci afin d'observer et comprendre ce qu'ils ressentent ou comment ils se sentent par rapport à ce phénomène s'il a bien lieu. Cette notion reste complexe, très abstraite et souvent difficilement expliquée. De plus, nous serons fortement confrontées aux stéréotypes des personnes interrogées.

Ma question spécifique de recherche est donc :

« D'après l'infirmier en psychiatrie, en quoi les rapports de séduction entre infirmiers-infirmières influencent-ils leurs pratiques professionnelles ? »

Ma collègue de promotion, Marie Gay⁶⁶, s'intéressera à la vision de l'infirmière. Elle cherchera à comprendre comment l'infirmière prend conscience de ces rapports de séduction. Voici sa question :

« D'après l'infirmière en psychiatrie, en quoi les rapports de séduction entre infirmiers-infirmières influencent-ils leurs pratiques professionnelles? »

En croisant nos résultats de recherche, nous voulons mettre en parallèle les ressentis des deux parties concernées, soit les infirmiers et les infirmières, afin de tirer d'autres constats. Cette comparaison nous permet aussi d'aborder ce phénomène de façon plus complète.

Dans les sous-chapitres suivants, nous décrivons premièrement la pratique professionnelle et secondement, les soins en psychiatrie.

2.4. Description de la pratique professionnelle

Il nous semble essentiel de définir et de délimiter ce que nous entendons par « pratique professionnelle ». Pour ce faire, nous avons choisi le modèle théorique relatif à la médiologie de la santé, soit « *l'étude de l'ensemble des*

culturel. In : Clémence Dallaire (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008, p. 374-376.

⁶⁶ GAY, Marie. *Diantre, un homme dans les soins !* Les Valettes, 2009.

interactions réclamées par l'activité soignante », de Michel Nadot, infirmier en psychiatrie et docteur en sciences de l'éducation et sciences infirmières. Nous l'avons sélectionné car il rend compte de la complexité du système dans le quel les infirmiers et infirmières travaillent.

Ce modèle est basé sur trois systèmes culturels (SC), soit l'ordre institutionnel (SC1), l'ordre médical (SC2) et la discipline infirmière (SC3). L'institution émet des règlements, des cahiers des charges ; les médecins délèguent des prescriptions médicales ; le soignant exerce son rôle autonome en partenariat avec la clientèle. Ces trois piliers de valeurs gravitent autour de la pratique professionnelle infirmière : ils en tirent des bénéfices et s'influencent mutuellement.

Nous n'allons pas plus loin dans la description de ce modèle. Nous nous attachons plutôt à décrire les pratiques professionnelles tirées de ce dernier. Il en existe quatorze. Nous listons et décrivons dans le tableau suivant les sept qui nous semblent les plus pertinentes en regard de notre sujet d'étude.

Pratique	Définition théorique
Gestion de l'information	Recueillir, stocker, analyser, redistribuer, diffuser et effectuer un traitement de l'information en vue de transformer cette dernière en actes ou en paroles
Gestion et coordination	Gérer le temps, l'espace et les mouvements nécessaires à la gestion du personnel et à l'organisation du travail Manager les personnes présentes dans l'institution, en vue d'éviter le chaos
Régulation	Prévenir ou gérer les conflits humains dans l'organisation par les processus de réassurance, de gestion de conflits Maintenir l'équilibre dans l'activité de l'infirmière entre énergie de production et énergie de récupération (y compris temps de pause, moments de détente pour faire face aux tensions et aux contraintes de l'exercice professionnel)

Hôtellerie	Accomplir les tâches relatives à l'économie domestique ou familiale
Réapprovisionnement et rangement	Inventorier, réapprovisionner les stocks, comptabiliser le matériel utilisé
Assistance	Aider les acteurs engagés de l'un ou l'autre des trois systèmes culturels (collègues, médecins, soignés)
Relation	Communiquer verbalement ou non en ce qui concerne les choses de la vie, la promotion de l'autonomie et de la sécurité et l'accompagnement (présence, médiation de santé, toucher, écoute active, accompagnement de fin de vie, information)

Michel Nadot décrit encore les pratiques professionnelles relatives au déplacement, à l'hygiène collective, à la récolte de l'information, à l'élimination, à la technologie du soin, à la formation et à l'inactivité. Comme stipulé précédemment, ces pratiques ne sont pas en lien direct avec notre problématique. Nous en resterons donc là.

2.5. Description du rôle infirmier dans les soins psychiatriques

Le processus de soins en psychiatrie est basé sur un travail d'équipe interdisciplinaire, un suivi systématique ainsi qu'une tenue adéquate des dossiers (observations, actions, évaluations). Afin de mener à bien toute prise en charge, une relation thérapeutique avec la clientèle doit être instaurée rapidement.

Le rôle de l'infirmier et de l'infirmière en soins psychiatriques consiste principalement à aider le client à s'adapter aux stress de l'environnement. Les objectifs escomptés sont les changements dans les pensées, les sentiments et les comportements du client en prenant en compte son stade de développement, sa culture et son environnement.

Les infirmiers sont les seuls membres de l'équipe pluridisciplinaire à assurer le suivi de la clientèle 24h/24. Ils participent à toutes les activités quotidiennes liées aux soins. Le recueil de données est essentiel. Les objectifs

thérapeutiques ainsi que le plan de soins, sont déterminés sur la base d'un consensus d'équipe infirmière. Les infirmiers et infirmières sont chargés de veiller à la satisfaction des besoins physiologiques de base des clients, de réévaluer constamment leur état, d'administrer les traitements, de fixer des limites et de prodiguer des enseignements adaptés.

En définitive, le rôle infirmier consiste à aider les clients à devenir, dans la mesure du possible, des membres autonomes de la société.

Tous les entretiens, toutes les activités effectuées avec la clientèle doivent être soigneusement retranscrits afin de transmettre les points abordés aux différents membres de l'équipe. Une marche à suivre commune est essentielle afin d'éviter les risques de clivages⁶⁷ ou de manipulations de la part des clients, notamment de ceux présentant des troubles de la personnalité limite⁶⁸.

La démarche de soins est un processus continu qui vise à résoudre les problèmes du client et à modifier ses réactions physiques et comportementales. L'objectif est d'offrir des soins de qualité à la clientèle.

Voici les étapes du processus de soins :

1. Collecte de données : signes et symptômes
2. Analyse et interprétations des données : détermination des diagnostics infirmiers
3. Planification des soins
4. Exécution du plan de soins (interventions diversifiées)
5. Evaluation

L'infirmier appartient à un groupe. Par sa formation, ses expériences, il apporte sa propre vision à la collectivité. Son identité professionnelle se construit, en outre, grâce aux liens entretenus avec le groupe.⁶⁹

⁶⁷ Mécanisme de défense. Incapacité de l'individu à intégrer la constance de l'objet, donc incapacité à accepter les sentiments positifs et négatifs. Dans ce cas, tout est positif ou tout est négatif, il n'y a pas de nuance.

⁶⁸ E.g. : instabilités relationnelles, impulsivité, relations chaotiques et intenses, comportements autodestructeurs, incertitudes quant à l'identité, aux valeurs personnelles et à l'avenir.

⁶⁹ MORASZ, L. [et al.]. *L'infirmière en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Masson, 2004.

La collaboration entre infirmiers ou avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire est nécessaire afin de déterminer au mieux les diagnostics infirmiers et de mettre en place le projet de soins avec un suivi optimum. En effet, par des décisions prises en groupe, on augmente la pertinence des diagnostics posés et l'on fixe des priorités adéquates. De plus, l'équipe détermine une personne de référence pour chaque client.

Les points développés ci-dessus, démontrent l'importance du partenariat entre soignants. Il est primordial pour assurer le suivi du client. En effet, une majorité des pathologies mentales sont chroniques. Il est donc nécessaire de garantir une continuité des soins. De plus, l'adhésion de chaque membre de l'équipe à une décision prise en commun permet d'assurer l'exécution du cadre de soins mis en place. D'autre part, les membres de l'équipe peuvent prévenir l'épuisement professionnel par un soutien mutuel.

Pour plus d'informations concernant le domaine psychiatrique, vous pouvez vous référer à l'annexe C.

2.6. Limites

La restriction du champ de recherche se limite au public cible, au site et au temps imparti.

2.6.1. Public cible

Ma recherche s'inscrit dans une étude de genre. Les participants doivent être de sexe masculin, afin de cibler les ressentis des hommes et non d'un groupe mixte.

Ils doivent avoir le même niveau hiérarchique, être détenteurs d'un diplôme en soins infirmiers « soins généraux » ou « psychiatrie ».

Les sujets des deux recherches doivent être issus de la même culture afin qu'ils aient plus ou moins les mêmes représentations face au genre. Nous sélectionnons en priorité les infirmières et les infirmiers de culture valaisanne.

Dans le cas où l'échantillon issu de cette culture n'est pas assez représentatif, nous élargirons le champ aux participants originaires de pays frontaliers, également issus de la culture occidentale.

2.6.2. Site de recherche

Nous délimitons le site au secteur psychiatrique, en raison de notre représentation relative à la présence plus nombreuse d'infirmiers dans ce milieu. Nous pensons aussi que les infirmières et les infirmiers travaillant dans le domaine de la psychiatrie sont plus attentifs aux phénomènes inter-personnels et seraient plus enclins à partager leurs ressentis, leur vécu relatifs à notre sujet d'étude. Nous sélectionnons donc les Instituts Psychiatriques du Valais Romand.

2.6.3. Temps imparti

Le temps imparti par l'HES-SO pour l'élaboration de notre recherche est de quatorze mois. La réalisation du devis de recherche demande quatre mois, la collecte de données et l'élaboration de ses outils trois mois et demi.

Finalement, pour l'analyse, la comparaison et la conception des recommandations, nous travaillons six mois et demi. Ce laps de temps n'est cependant pas entièrement dédié à notre recherche, étant donné les exigences imposées par une dernière année de Bachelor (formations pratiques, examens, travaux écrits, travail personnel, etc.).

2.7. Objectifs de la recherche

Le but premier de cette recherche est d'apporter une réponse à la problématique de la séduction entre infirmiers et infirmières tout en augmentant la somme de connaissances concernant les rapports entre infirmiers-infirmières.

Cette étude vise à :

- Explorer la nature des interactions entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique et plus particulièrement les rapports de séduction ;
- Définir l'impact de ce phénomène sur la dynamique du service, sur la prise en soin, sur l'infirmière et enfin sur l'infirmier.

3. CADRE THÉORIQUE

Au travers de ce chapitre, vous découvrirez le cadre théorique à la base de notre recherche. Vous remarquerez probablement que les concepts développés ci-après, sont en réalité des « *théories empruntées* »⁷⁰. En effet, comme mentionné dans le chapitre « Méthodologie », nous devons choisir une approche pertinente, afin de mener à bien notre recherche. Nous n'avons pas la prétention d'en faire une « *théorie partagée* »⁷¹, mais nous jugeons nécessaire au vu de la problématique, d'ouvrir notre étude à des théories multidisciplinaires appartenant à la sociologie, l'anthropologie, la philosophie ou la psychosociologie.⁷²

En premier lieu, nous décrivons le concept de genre en tenant compte de l'aspect historique et des différentes définitions lui étant rattachés. Nous l'avons décliné sous trois dimensions : la reproduction, la division sexuée du savoir et du travail et enfin le domaine politique.

Dans un deuxième temps, nous présentons le concept de pouvoir incluant la notion d'influence et de séduction.

Pour conclure, nous développons brièvement le concept du groupe et de la collaboration qui nous permet de traiter aussi de la mixité dans les milieux professionnels.

3.1. Concept de genre

Le concept de genre est au centre de notre recherche. Il permet d'aborder la question du complexe homme-femme qui constitue la toile de fond de notre étude. Afin de comprendre les rapports de séduction entre infirmiers et

⁷⁰ « Théorie tirée d'une autre discipline et servant à guider la pratique clinique ou la recherche infirmière. », définition tirée de l'ouvrage *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives* dirigé par LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne, p. 166

⁷¹ « Théorie empruntée qui, une fois mise à l'épreuve sur le plan empirique, est utilisée par les infirmières pour résoudre des problèmes de santé qui les intéressent. », définition tirée de l'ouvrage *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives* dirigé par LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne, p. 166.

⁷² LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007. p. 166.

infirmières, il nous faut au préalable connaître les principales théories⁷³ liées au genre. Elles nous aident, tout au long de notre démarche, à reconnaître les limites de la recherche et de l'outil d'investigation présentées dans les points 2.6 et 4.2 et à établir un parallèle entre nos résultats de recherche et les éléments théoriques sur lesquels se basent nos enquêtes. Ainsi, nous pourrions émettre des recommandations pertinentes quant à la collaboration infirmiers-infirmières dans un service de soins en psychiatrie.

Le concept complexe⁷⁴ de genre développé ici, est issu de l'ouvrage de Lorena Parini, « *Le système de genre : introduction aux concepts et théories* ». La politologue suisse a synthétisé les principaux éléments liés au genre tirés d'écrits d'auteurs reconnus, telles que Gayle Rubin, Linda Nicholson, Françoise Héritier, pour ne citer que les auteurs qui seront repris ultérieurement. Certes, la fidélité des idées émises par ces auteurs aurait été plus rigoureuse si nous nous étions basées sur les sources originales mais nous avons tout de même choisi l'ouvrage de Parini pour plusieurs raisons :

- L'ouvrage a été écrit par une politologue suisse, connaissant donc très bien le contexte socio-politique de notre pays ;
- Il a été publié récemment, en 2006 ;
- Lorena Parini décrit ce concept sous trois angles (la reproduction, la division sexuée du savoir et du travail, le politique) qui facilitent sa mise en relation avec notre sujet de recherche ;
- Elle met en avant les points principaux relatifs au genre, nous permettant ainsi d'approfondir tel ou tel aspect à l'aide d'autres sources littéraires.

3.1.1. Bref historique des études genre

Le concept de genre a fait son apparition aux États-Unis d'Amérique dans les années 1970⁷⁵. Les recherches dites « Études femmes » ou « Études féministes » correspondaient à la 2^e vague du mouvement féministe dont le but est de renverser le système patriarcal et d'établir

⁷³ Définition selon Carmen Loisele : « Généralisation abstraite qui présente une explication systématique des relations entre des concepts. » p. 160.

⁷⁴ Le concept de genre est, selon Lorena Parini, complexe car des éléments symboliques qui découlent de constats biologiques provoquent un établissement des rôles dans la société, permettant la construction identitaire et modifiant ainsi les opportunités sociales et les choix de vie selon le sexe.

⁷⁵ TEIXIDO, Sandrine. *Les gender studies*. In : Sciences humaines. N°157, Février 2005, p. 54 à 57

de nouvelles valeurs et de nouveaux rapports liés au genre. Ces études prouvaient et expliquaient certaines discriminations sexuelles subies par la femme⁷⁶. Dès 1972, certains chercheurs soutenaient que le sexe est du domaine du biologique et le genre de la construction sociale ; ce qui sous-tend que la femme n'est pas synonyme de nature ni l'homme de culture. Cette hypothèse vérifiée, les chercheurs se sont concentrés sur l'étude des rapports entre hommes et femmes et surtout de leurs rapports de pouvoir⁷⁷. Certaines études féministes se sont progressivement transformées en « études genre » qui ne se focalisaient plus uniquement sur les situations de discrimination de la femme : l'attention était portée sur les « *phénomènes de construction sociale du sexe* »⁷⁸. C'est en 1975 que la première définition de ce nouveau système le « sex/gender system » fut élaborée par Gayle Rubin, anthropologue. Les études genre donnent une nouvelle vision plus complexe du lien entre sexe biologique et genre⁷⁹.

Il est à noter qu'en France, les études genre sont en pleine expansion, contrairement aux Etats-Unis d'Amérique où l'intérêt pour ce type de réflexion est en baisse. Ceci est certainement dû à la peur des Français face aux études féministes américaines qui auraient pu engendrer une guerre des sexes.⁸⁰ Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce retard a induit nos difficultés à trouver des recherches scientifiques en français.

3.1.2. Définitions du concept de genre

Comme mentionné précédemment, une des premières définitions du « sex/gender system » fut émise par Gayle Rubin : « *Ce dernier est défini comme la construction sociale des significations liées au sexe biologique* ». L'auteur Linda Nicholson, philosophe et directrice des programmes d'étude genre à l'université de Washington, a repris cette

⁷⁶ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 15.

⁷⁷ TEIXIDO, Sandrine. *Les gender studies*. In : Sciences humaines. N°157, Février 2005, p. 54 à 57.

⁷⁸ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p.14.

⁷⁹ Ibidem, p.15.

⁸⁰ DE LA VEGA, Xavier. *Genre et identité : Judith Buter en France*. In : Sciences humaines. N°163, Août-Septembre 2005, p.10-11.

définition en 1994 : «*[le genre] est l'ensemble des dispositifs sur la base desquels une société transforme la sexualité biologique en un produit de l'activité humaine* ». Le sexe n'est plus limité à une caractéristique physique et le genre à une construction sociale. Nicholson explique le rapport entre le sexe et le genre en ces termes : « *[...] cette conception du rapport sexe/genre [peut s'illustrer par] une vision portemanteau qui consiste à voir le corps comme un substrat biologique donné sur lequel sont jetés des éléments culturels* »⁸¹.

Sandrine Teixido rapporte dans son article que notre système est basé sur la différence des sexes biologiques, ce qui en fait une caractéristique construite socialement.⁸² Cette vision du sexe est aussi développée par Lorena Parini qui affirme que le sexe peut être considéré comme étant une question purement biologique ou alors, que le sexe est devenu une construction sociale du fait qu'il soit le symbole du dominé et du dominant⁸³. Les termes « sexe » et « genre » n'ont donc pas tout à fait la même signification pour tous les chercheurs. C'est pourquoi, nous avons créé un sous-chapitre, « Terminologie », qui nous permettra de préciser les vocables utilisés.⁸⁴

En guise de résumé, nous avons choisi la définition d'Isabelle Jacquet, sociologue : « *Le concept de genre fait référence aux aspects culturels et sociaux, au caractère acquis, et non inné, des rôles et des tâches que les femmes et les hommes remplissent dans leurs activités politiques, sociales et économiques. [...] Le concept est interactif en ce qu'il comprend que les activités des uns se définissent et s'analysent en fonction des activités des autres. [...] Le concept de genre a aussi un aspect idéologique et politique. Son point de départ est une revendication d'égalité entre les hommes et les femmes. [...] Le concept n'est pas figé et il est susceptible de transformations et*

⁸¹ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p.15.

⁸² TEIXIDO, Sandrine. *Les gender studies*. In : Sciences humaines. N°157, Février 2005, p. 54 à 57.

⁸³ La notion de domination est développée dès le point 3.1.4 « Reproduction ».

⁸⁴ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p.21-23.

*d'enrichissements futurs ».*⁸⁵

Comme le souligne Lorena Parini, les nouvelles technologies modifient le concept de genre. Elle prend, entre autres, l'exemple de la découverte de la contraception orale et explique que cette invention a révolutionné les rapports entre hommes et femmes. C'est grâce à la possibilité, pour la femme, de gérer la procréation que les pouvoirs sexuels se sont équilibrés, sur cette question précise.⁸⁶

3.1.3. Terminologie

Les définitions des termes ci-dessous sont tirées de la littérature ou de l'encyclopédie en ligne Larousse et choisies en regard de notre thème de recherche. La plupart des notions sont reprises et développées dans la suite du travail.

Le concept de **genre** étant défini dans le sous-chapitre précédent, soit le 3.1.2. « Définitions », il n'est pas repris ici.

Pour une meilleure compréhension, dans notre recherche, nous utilisons le mot « **sexe** » au sens de « *caractère physique permanent de l'individu humain, animal ou végétal, permettant de distinguer, dans chaque espèce, des individus mâles et des individus femelles ; ensemble de ces individus mâles ou femelles* »⁸⁷.

Nous entendons par le terme « **homme** », un « *être humain du sexe masculin* »⁸⁸. Parfois ce mot est aussi utilisé pour désigner « *l'espèce humaine considérée de façon générale* »⁸⁹ donc à la fois les hommes (mâles) et les femmes (femelles). Selon le sens de la phrase, le terme d'« homme » est à comprendre de l'une ou de l'autre façon.

Dans notre recherche, « **femme** » signifie « *Être humain appartenant au sexe apte à reproduire des ovules et à porter des enfants ou être*

⁸⁵ JACQUET, Isabelle. *Développement au masculin/féminin. Le genre : outils d'un nouveau concept*. Paris : L'Harmattan, 1995, p. 23-24.

⁸⁶ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 46.

⁸⁷ Édition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

Adresse URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedia> (consultée le 19 juin 2009).

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ Ibidem.

humain femelle »⁹⁰.

Le **masculin** ou **féminin** est une construction sociale basée sur des « *ensembles de caractéristiques floues* » et des comportements propres à un sexe ou à l'autre. Cet apprentissage se fait lors de la socialisation sexuée des enfants. Il est influencé par l'éducation, les apprentissages, le dressage, les rites.⁹¹

Le **rôle** est l'« *ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu, du fait de son statut social ou de sa fonction dans un groupe* »⁹².

Le terme de **statut** désigne une « *Situation de fait, [une] position par rapport à la société, aux institutions, etc.* »⁹³.

Une **tâche** est un « Travail, ouvrage à faire dans un temps déterminé et à certaines conditions »⁹⁴.

Dans ce travail, le nom « **stéréotype** » signifie « Cliché obtenu par stéréotypie »⁹⁵, « Expression ou opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché »⁹⁶, ou « Caractérisation symbolique et schématique d'un groupe qui s'appuie sur des attentes et des jugements de routine »⁹⁷, selon le sens de la phrase.

La **sphère publique** évoque la collectivité. Elle a pris racine dans les cabarets, cafés et places publiques. Elle sous-tend une fonction publique (e.g. : service militaire, politique), une mission économique (e.g. : travail rémunéré). Elle est dominée par les hommes et est considérée comme plus valorisante.⁹⁸

⁹⁰ Ibidem.

⁹¹ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004, p. 4-5.

⁹² Édition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

Adresse URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedia> (consultée le 19 juin 2009).

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ Ibidem.

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p. 39-46.

La **sphère privée** véhicule l'idée d'espace intérieur, de foyer. Elle est relative à la gestion des activités quotidiennes.⁹⁹ Elle comprend la vie familiale et la reproduction¹⁰⁰. Les tâches exécutées dans ce contexte sont souvent non-rémunérées et sont considérées comme mineures.¹⁰¹ La sphère privée est dominée par les femmes.¹⁰²

Le terme de **patriarcat** définit une organisation sociale où la dominance masculine et la prédominance sociale des hommes règnent, basée sur le postulat de la différence des sexes ayant entraîné la séparation des sphères privée et publique.¹⁰³

3.1.4. Reproduction¹⁰⁴

Le terme de reproduction ne se limite pas à la procréation de la race humaine. Il inclut tous les processus qui entraînent la répétition du genre. Dès le plus jeune âge, les enfants sont conditionnés à adopter le rôle et les comportements attendus en fonction de leur sexe.

Dans son œuvre « *Du côté des petites filles* », Elena Gianini Belotti dissèque les processus de conditionnement des fillettes. Elle défend l'idée que la différenciation et les stéréotypes sexuels interviennent déjà avant la naissance. Pour preuve, elle illustre ses stéréotypes en utilisant des croyances populaires. Par exemple, le fait que la femme enceinte a le ventre plutôt vers l'avant révèle qu'elle aura un garçon. Belotti fait le lien entre le ventre « pointu » de la future mère et le pénis du garçon. Elle poursuit sa réflexion en décrivant le rôle de l'homme et de la femme. Ainsi, d'après elle, le père contrôle le comportement maternel et est considéré par le fils comme un objet d'identification et d'imitation. Le rôle du père est de pourvoir aux besoins matériels de la famille. Il représente la sécurité pour ses enfants et son épouse. Il a une fonction

⁹⁹ LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p.39-46.

¹⁰⁰ La notion de reproduction est décrite au point 3.1.4. Elle ne définit pas uniquement la procréation.

¹⁰¹ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 129.

¹⁰² FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004, p.129.

¹⁰³ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 64-65.

¹⁰⁴ Ibidem, p. 129.

mineure au niveau de l'affection, de la tendresse. Elena Belotti affirme que la domination masculine est véhiculée par ce conditionnement. Celui-ci se poursuit durant l'enfance par le biais, entre autres, des jouets. En effet, les parents orientent les choix des jeux et des jouets selon le sexe de leur enfant. Les filles reçoivent souvent des poupées pour appréhender le rôle maternel. Si les filles refusaient ce conditionnement à la soumission, elles perturberaient la structure sociale. Elles suivent cette éducation de peur d'être mises à l'écart. Elena Belotti termine en affirmant qu'arrivés à l'âge de cinq ans, les enfants ont intégré les comportements liés à leur sexe ; agressif, actif et dominateur pour le garçon et soumise, passive et dominée pour la fille.¹⁰⁵ Il reste à nuancer ce point de vue en regard de la date de création de l'ouvrage, soit 1973. Michèle Ferrand, sociologue au laboratoire Cultures et Sociétés urbaines du CNRS (Centre National – français - de la Recherche Scientifique), critique la vision d'Elena Belotti. En effet, les objectifs de Belotti étaient de démontrer que le conditionnement social incitait et maintenait l'infériorité féminine. Cependant, elle souligne que ce sont principalement les mères qui enferment leurs enfants dans une catégorie sexuée, entraînant de ce fait, une image négative de la femme. Par ailleurs, Michèle Ferrand accuse Elena Belotti d'occulter le fait que les stéréotypes liés à la masculinité peuvent aussi être difficile à porter par les petits garçons. Elle prend l'exemple de la stigmatisation plus prononcée des garçons aux comportements féminins que celle des filles « garçons manqués ».¹⁰⁶

Si nous établissons un parallèle avec la construction de l'identité masculine, nous pouvons nous référer à l'ouvrage d'Élisabeth Badinter, « XY, de l'identité masculine ». Elle défend l'idée que l'homme « doit être fait ». Le petit garçon doit se battre pour se différencier et se détacher de sa mère afin de développer sa propre identité. Elle oppose la construction de l'identité sexuelle de la fillette à celle du garçon : « Être un homme implique un travail, un effort qui ne semble pas être exigé de la femme »¹⁰⁷. Élisabeth Badinter associe à la masculinité les

¹⁰⁵ GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Milan : des femmes, 1973, p. 207.

¹⁰⁶ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004, p. 129.

¹⁰⁷ BADINTER, Elisabeth. *XY, de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992, p. 14.

verbes tels que prendre, s'affirmer, pénétrer et dominer. Elle souligne que l'identité masculine est difficile à définir et donc complexe à construire pour les hommes.¹⁰⁸ Cette opinion est partagée par Jean-François Dortier, créateur et rédacteur en chef de la revue « *Sciences Humaines* ». Il décrit la crise identitaire que l'homme et la femme traversent. La conquête de l'autonomie par les femmes, le déclin du patriarcat, des cadres politique et religieux, les changements que subit l'unité familiale, le rapprochement des rôles masculins et féminins, et bien d'autres causes encore, engendrent une crise, des troubles identitaires et des angoisses existentielles.¹⁰⁹

Michèle Ferrand a décrit plus récemment, avec ses mots cette crise identitaire. Elle affirme que certaines valeurs viriles perdent de leur importance et que notre société accorde de plus en plus de poids aux compétences relationnelles. Elle explique ainsi « *l'atténuation de la hiérarchie sexuée des stéréotypes* »¹¹⁰. L'éducation balance entre deux pôles : d'un côté, la volonté d'égalité entre l'éducation des frères et sœurs, d'un autre, le désir de maintenir une différence entre les sexes. Elle note finalement que les enfants se comportent principalement en fonction des attitudes conditionnées de façon inconsciente et auront bien des difficultés à les modifier.¹¹¹

Plusieurs interrogations émergent de cette dimension du genre. Est-ce que les stéréotypes masculins/féminins apparaissent clairement dans les milieux de soins ? Ces stéréotypes influencent-ils les pratiques professionnelles ? Y'a-t-il des moyens propres à chaque sexe pour séduire en regard des conditionnements sexués ?

Enfin, se peut-il que la dépréciation des valeurs viriles et la valorisation des compétences relationnelles¹¹² entraînent, dans le futur, une augmentation de l'intérêt des hommes pour la profession infirmière ?

¹⁰⁸ BADINTER, Elisabeth. *XY, de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992, p. 320.

¹⁰⁹ DORTIER, Jean-François. Identité : des conflits identitaires à la recherche de soi. In : *Sciences Humaines*. N°34. Octobre-Novembre 2001. p.46-49

¹¹⁰ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004, p. 49.

¹¹¹ Ibidem, p.129.

¹¹² Ibidem, p. 49.

3.1.5. Division sexuée du savoir et du travail¹¹³

A la fin du XVIII^e siècle, la société française connaît de grands changements dans les domaines économiques, sociaux, politiques et autres. Les philosophes prônent une instruction pour tous en vue de « créer » un homme nouveau : libre et instruit. Leurs réflexions sont empreintes du préconstruit qu'hommes et femmes sont fondamentalement différents et, de ce fait, n'ont pas les mêmes rôles sociaux. Les femmes sont des épouses, des mères. Elles sont garantes de l'unité familiale qui forme la base de la société française en ce temps-là. Les hommes ont une fonction publique. Dans cette optique, l'instruction des hommes et des femmes doit être différente. Pour les femmes, l'instruction est axée sur la gestion du foyer, de la sphère privée. Quant aux hommes, ils bénéficient d'une instruction ayant pour but l'entrée dans la sphère productive. Un passage des écrits de Jean-Jacques Rousseau, philosophe, illustre parfaitement cette conception de l'instruction.

« Ainsi toute l'éducation des femmes doit être relative aux hommes. Leur plaire, leur être utiles, se faire aimer et honorer d'eux, les élever jeunes, les soigner grands, les conseiller, les consoler, leur rendre la vie agréable et douce : voilà les devoirs des femmes dans tous les temps, et ce qu'on doit leur apprendre dès leur enfance. Tant qu'on ne remontera pas à ce principe, on s'écartera du but, et tous les préceptes qu'on leur donnera ne serviront de rien pour leur bonheur ni pour le nôtre. »¹¹⁴

C'est ainsi que la séparation des sphères privée et publique s'est développée. Ce clivage se perpétue sous l'influence de la famille (éducation, conditionnement), de la formation et du sexisme dans le marché du travail.

Dans son ouvrage « L'Un est l'Autre », Elisabeth Badinter revient beaucoup plus loin dans l'histoire pour expliquer l'origine de la division sexuée des tâches. Elle remonte jusqu'à la préhistoire. « Dans tous les groupes primitifs connus, la chasse revient normalement à l'homme, la

¹¹³ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 129.

¹¹⁴ Intellego : la communauté du savoir scolaire. *Rousseau et les femmes*. Rédigé le 20 août 2007.
Adresse URL : <http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009).

cueillette à la femme. »¹¹⁵ C'est ainsi que les spécialistes de l'évolution humaine expliquent la naissance de la complémentarité des rôles hommes-femmes et la division des tâches, même si les sexes composaient deux groupes séparés. Des notions de pouvoir ont certainement émergé dès cette époque. Les théories liées au pouvoir dans ces cultures primitives sont controversées. Élisabeth Badinter rapporte qu'il existait probablement un pouvoir masculin lié aux prouesses de la chasse et un pouvoir féminin lié à la procréation.¹¹⁶

Revenons dans les années 1970. A cette époque, dans les pays industrialisés, la séparation sexuée du savoir et de travail est ébranlée par les recherches féministes qui visent à détruire la naturalité des rôles féminins et masculins. Cette grande avancée a prouvé le caractère inégalitaire de cette division sexuée du savoir et du travail. Les femmes ont investi la sphère publique. De nos jours, il subsiste tout de même des inégalités sexuelles dans les choix de formation. Les stéréotypes liés aux rôles sexuels sont toujours ancrés dans les choix professionnels. En effet, du point de vue des jeunes filles, les filières dites « féminines » semblent plus aisées d'accès et présentent de plus grandes chances de réussite que les filières « masculines ».

Les stéréotypes liés aux rôles sexuels ont provoqué une séparation de l'instruction féminine et masculine, créant ainsi des filières « masculines » et « féminines ». Ces filières sexuées influencent le choix de formation des jeunes sortant de l'école obligatoire. Ces choix professionnels sexués nourrissent l'idée de filières sexuées. Et enfin, ces filières sexuées entretiennent les stéréotypes généraux relatifs aux rôles sexuels. Afin de sortir de ce cercle vicieux, les politiques suisses de formation et d'égalité des chances agissent sur l'orientation professionnelle des garçons et des filles ainsi que sur les stéréotypes liés aux filières et aux métiers.¹¹⁷

Les différences sexuelles dans les choix de formation ont été étudiées récemment en Valais par Mme Sarah Jurish-Praz. Les filières sociales et

¹¹⁵ BADINTER, Élisabeth. *L'un est l'autre*. Paris : Odile Jacob. Avril 1986, p. 29-30.

¹¹⁶ BADINTER, Élisabeth. *L'un est l'autre*. Paris : Odile Jacob. Avril 1986, p. 383.

¹¹⁷ HES-SO, Valais/Wallis. *Equality : Ingénieur aussi un métier pour les filles* [en ligne]. Dernière mise à jour le 12.02.2009. Adresse URL : <http://wins.hevs.ch> (consultée le 28.06.09).

médicales sont à forte prédominance féminine, alors que les domaines techniques, scientifiques ou manuels sont majoritairement masculins. Cet état de fait est plus marqué en Valais qu'en Suisse.¹¹⁸

Ces inégalités se retrouvent aussi dans les fonctions dirigeantes, les hommes sont plus nombreux à occuper les postes à responsabilités que les femmes. Par contre, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à occuper les emplois à temps partiels et les emplois très précarisés.

Comme cité auparavant, la sphère publique est dominée par les hommes et la sphère privée gérée par les femmes. Ce phénomène repose sur l'idée d'une complémentarité des rôles sexués, homme/femme : production/distribution et travaux de force/travaux de finition. Cette complémentarité est critiquée dans l'ouvrage dirigé par Xavier Lacroix : « *L'insaisissable différence* ». En effet, les fonctions publiques ont été valorisées par rapport aux tâches privées. Les tâches liées à la sphère publique sont définies comme nobles tandis que les tâches relatives à la sphère privée sont subalternes. La complémentarité des rôles sexués n'est pas basée sur l'égalité des sexes : c'est une complémentarité de subordination, nommée par d'autres auteurs « patriarcat » ou « domination masculine ».¹¹⁹

Françoise Héritier explique que le patriarcat n'est pas issu directement des caractéristiques biologiques de l'homme et de la femme mais de leur symbolisation et de leur interprétation. En d'autres mots, le patriarcat n'est pas naturel mais est une construction sociale basée sur une « *valence différentielle des sexes* »¹²⁰. Cette construction est née dès l'origine du social, défini par Lévi Strauss. Tous les systèmes de la pensée humaine sont imprégnés de la catégorisation dualiste¹²¹. Françoise Héritier émet plusieurs raisons au développement du patriarcat. La première consiste à affirmer que la notion d'équilibre est abstraite. C'est pourquoi, les humains classent les éléments de façon

¹¹⁸ JURISCH-PAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p. 5-22.

¹¹⁹ ANGLERAUD, Bernadette. Culture féminine, Culture masculine : l'exemple du XIXe siècle. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris :cerf, 1993, p. 39-46.

¹²⁰ Expression utilisée par Françoise Héritier pour définir la valorisation d'un sexe par rapport à l'autre.

¹²¹ E.g. : haut, bas ; chaud, froid ; bien, mal ; etc.

hiérarchique : une certaine chose vaut plus qu'une autre. La femme perd passivement du sang lors de ses menstruations ; l'homme perd du sang ou en fait perdre volontairement. La passivité est dévalorisée par rapport à l'activité. La femme a été donc dépréciée et l'homme valorisé. La deuxième explication de la construction du patriarcat prend naissance dans l'appropriation des femmes par les hommes. En effet, la femme était donnée par son père ou par son frère à un homme d'un autre groupe pour permettre la perpétuation de l'espèce. De ce fait, les hommes ont pris le pouvoir sur la reproduction de l'espèce humaine et le corps de la femme. Celle-ci était considérée comme un butin, un objet d'échange. La femme était une fois de plus dénigrée. Elle était perçue comme un « ventre » lorsqu'elle portait un garçon et une monstruosité si elle donnait naissance à une fille. De plus les femmes peuvent créer leurs filles mais les hommes ne peuvent faire leurs fils. « *L'homme est obligé de passer par un corps de femme* »¹²². Cette injustice a motivé les hommes dans leur processus de domination masculine. Cette dernière s'est fondée, dès la naissance de l'humanité, sur la base de ces constructions sociales.¹²³

Dès les années 1990, dans notre culture occidentale, le patriarcat décline et fait place à un modèle plus égalitaire : le modèle managérial. La femme est considérée comme sujet et actrice sur le plan social. Ce modèle prône l'égalité des sexes.¹²⁴ Malheureusement, le passage du patriarcat à l'égalité ne se fait pas sans difficultés. Dès que le statut, le rôle d'un sexe évolue, l'autre sexe se sent lésé ou en danger.¹²⁵ Ces deux modèles se côtoient. D'un côté le modèle de la suprématie de l'homme sur la femme qui se base sur la séparation sociale des sexes, de l'autre, le modèle visant l'égalité des sexes qui promeut un rapprochement des identités masculine et féminine.¹²⁶ Ce choc d'idéaux bouleverse profondément les identités personnelles, sociales et

¹²² HÉRITIER, Françoise. *Masculin/Féminin II : dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob, 2002, p. 23.

¹²³ Ibidem, p. 445.

¹²⁴ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p. 20-21.

¹²⁵ Ibidem, p. 13-24.

¹²⁶ Ibidem, p. 13-24.

collectives.¹²⁷ D'après Albert Donval, afin de faciliter ce passage, l'homme et la femme devraient bénéficier d'une mutuelle reconnaissance : « *C'est dans la parole d'une femme qu'un homme se risque à être un homme. C'est dans la parole d'un homme qu'une femme se risque à être une femme* »^{128, 129}.

À son origine, la profession d'infirmière pouvait être considérée comme faisant partie de la sphère privée, les activités relatives à une fonction sociale étant réservées aux femmes.¹³⁰ Prendre soin, soigner, consoler sont des devoirs de la femme selon Jean-Jacques Rousseau.¹³¹ De plus, l'histoire de la profession est étroitement liée aux valeurs chrétiennes et féminines.¹³² Ces facteurs sont probablement à l'origine de la féminisation de la profession infirmière. De nos jours, nous remarquons encore une forte présence féminine dans les écoles de soins.¹³³

Selon nous, les infirmiers sont plus nombreux dans le domaine des soins psychiatriques.¹³⁴ Cela pourrait aussi s'expliquer par l'histoire des soins psychiatriques : la force, l'autorité étaient des qualités appréciées dans ce secteur de soins.¹³⁵

¹²⁷ DORTIER, Jean-François. Identité : des conflits identitaires à la recherche de soi. In : *Sciences Humaines*. N°34. Octobre-Novembre 2001. p. 46-49.

¹²⁸ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p. 24.

¹²⁹ Ibidem, p. 13-24.

¹³⁰ ANGLERAUD, Bernadette. Culture féminine, Culture masculine : l'exemple du XIXe siècle. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p. 39-46.

¹³¹ Intellego : La communauté du savoir scolaire. *Rousseau et les femmes*. Rédigé le 20 août 2007. Adresse URL : <http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009)

¹³² GROUPE DE RECHERCHE INTERPROFESSIONNEL SUR LA PROFESSION DE L'INFIRMIERE. Historique de la profession d'infirmière. In : *L'identité professionnelle de l'infirmière*. Paris : Le centurion, 1986. p. 13-27.

¹³³ JURISCH-PAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p. 5-22.

¹³⁴ Nous n'avons, malheureusement, pas eu accès aux statistiques pouvant confirmer ou infirmer cette hypothèse.

¹³⁵ Réseau santé Valais. *Site de l'hôpital du Valais* [en ligne]. Dernière mise à jour le 29 juillet 2008. Adresse URL : <http://www.rsw.gnw.ch> (consultée le 19 juin 2009).

Concernant le patriarcat, il pourrait être illustré dans les soins par la représentation importante d'hommes dans les postes à responsabilité.

Il serait intéressant de se pencher sur la division sexuée des tâches dans les soins psychiatriques. Cela nous donnerait un indicateur sur les rapports de pouvoir entre infirmiers et infirmières.

Quant à cette recherche, elle veut mettre en avant les rapports entre infirmiers et infirmières relatifs à l'outil « séduction ». Ainsi, nous pourrions peut-être mettre en évidence des rapports égalitaires ou de pouvoir entre les sexes en milieu professionnel.

3.1.6. Domaine politique¹³⁶

Ce chapitre n'a pour but que de contextualiser cette recherche dans le secteur politique. C'est pourquoi, nous nous attacherons à ne mettre en lumière que les éléments principaux liant le système politique suisse à la question du genre dans les soins.

Nous avons élaboré une brève présentation du système politique suisse. Elle permet une meilleure compréhension des points suivants.¹³⁷

Comme cité précédemment, la sphère publique était exclusivement réservée aux hommes. La politique, faisant partie intégrante des affaires publiques, fut donc monopolisée par le sexe masculin. Dès la fin du XIXe siècle, en Occident, les féministes ont lutté pour l'obtention de droits politiques pour les femmes, en particulier le droit de vote et d'éligibilité. A travers ce combat, les féministes menaient une grande action contre l'exclusion des femmes de la chose publique.

En Suisse, les femmes durent attendre le début des années 1970 pour acquérir le droit de vote au niveau fédéral et cantonal, après avoir déjà subi un échec. En comparaison avec les principaux pays limitrophes de la Suisse, le droit de vote aux femmes a tardé à être accepté (France : 1944, Italie : 1945, Allemagne : 1918, Autriche : 1918).¹³⁸ Sarah

¹³⁶ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 129.

¹³⁷ Voir l'annexe D.

¹³⁸ SEAGER, Joni. *Atlas des femmes dans le monde : la réalité de leurs conditions de vie*. Paris : Autrement. 2003, p. 92-93 et 112-119.

Jurisch-Praz affirme que les femmes sont sous-représentées dans tous les pouvoirs politiques, particulièrement l'exécutif, et à tous les niveaux (fédéral, cantonal et communal). Elle souligne dans son étude, que cette sous-représentation féminine est encore plus marquée en Valais.¹³⁹ Lorena Parini soutient ce constat en stipulant que la parité des représentations selon le sexe est loin d'être atteinte.

Tous les dirigeants mandatés pour les questions touchant à la santé sont des hommes. De la plus haute fonction exécutive (conseiller fédéral chargé des affaires de l'intérieur) aux fonctions administratives et dirigeantes de l'établissement dans lequel nous nous entretenons avec les sujets, en passant par la fonction exécutive cantonale, tous ces postes dirigeants sont occupés par des hommes.¹⁴⁰ Certes, des femmes doivent probablement intervenir dans certaines prises de décisions mais nous n'avons pu le prouver ou le quantifier. N'est-ce pas contradictoire que le secteur de la santé fortement féminin soit dirigé uniquement par des hommes ?

Ainsi, le rapport homme-dominant, femme-dominée semble maintenu dans la hiérarchie des soins.

3.2. Concept de pouvoir

Tout au long de notre recherche littéraire, nous avons constaté que des rapports de pouvoir s'exerçaient entre homme et femme. Le pouvoir fait donc partie intégrante du concept de genre.

Aujourd'hui encore, la société entretient des stéréotypes sexués, une division sexuée des tâches et une domination du masculin. Comme mentionné à plusieurs reprises, les rapports entre homme et femme évoluent vers un modèle égalitaire mais restent influencés par le modèle patriarcal.

Dans ce chapitre, nous développerons le concept de pouvoir, pour lequel nous nous sommes appuyées sur les écrits de la philosophe française, Jacqueline

¹³⁹ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005, p. 34 à 41.

¹⁴⁰ Confédération suisse. Les autorités fédérales de la Confédération suisse.

Adresse URL : www.admin.ch (consultée le 19 juin 2009) ;

Réseau santé Valais. *Site de l'hôpital du Valais* [en ligne]. Dernière mise à jour le 29 juillet 2008.

Adresse URL : <http://www.rsw.gnw.ch> (consultée le 19 juin 2009).

Russ.¹⁴¹ Nous avons choisi cet ouvrage car elle y reprend le travail de différents auteurs tels que Max Weber, sociologue et économiste allemand, et Michel Foucault, philosophe français. Un autre auteur nous a également permis de construire ce cadre théorique, il s'agit de Gustave-Nicolas Fischer, professeur de psychologie sociale.¹⁴²

3.2.1. Définition

Il semble important de définir le pouvoir, afin de situer celui-ci tout au long de notre travail.

Tout d'abord, tous les auteurs étudiés s'accordent à dire que le pouvoir naît dans la relation. Sans interaction, il n'y a pas de pouvoir. En effet, un pouvoir est exercé par A si B effectue une action qu'il n'aurait pas faite sans l'intervention de A.¹⁴³ Il s'agit donc de « *la capacité d'un individu à obtenir d'un autre, un comportement qu'il n'eût pas spontanément adopté* ». ¹⁴⁴ Selon Weber, le pouvoir signifie « *la chance de faire triompher sa volonté même contre des résistances* » ¹⁴⁵. Le pouvoir n'est pas déterminé comme une capacité personnelle, ni en tant que qualité d'un groupe, mais existe seulement au travers de relations sociales.

3.2.2. Dimensions du pouvoir¹⁴⁶

3.2.2.1. Pouvoir comme relation

Comme on l'a vu ci-dessus, le pouvoir n'existe que par les relations. Il s'agit donc d'un processus social. L'engagement d'autrui dans ce processus est motivé par un but. De plus, cette dynamique exige un échange dans lequel on constate un déséquilibre entre les protagonistes. Ceux-ci n'ont ou n'usent

¹⁴¹ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française. 1994.

¹⁴² FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992.

¹⁴³ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994, p. 13.

¹⁴⁴ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 79

¹⁴⁵ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994, p. 24.

¹⁴⁶ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 84-93.

pas des mêmes ressources (culturelles, économiques, sociales, etc.).

De nombreuses recherches ont permis de mettre en évidence le pouvoir comme étant une cause. En effet, celui-ci oriente le comportement différemment. « *Le pouvoir est le pôle d'une relation qui pousse l'autre dans une direction définie par lui* »¹⁴⁷. Il est donc difficile de faire une différence entre le pouvoir et les différentes interactions, où chaque individu semble exercer une influence sur les autres.

En résumé, le pouvoir est une stratégie, un comportement va être adopté par A dans le but de changer celui de B afin que A obtienne ce qu'il attend. De plus, le pouvoir est imprévisible, les ressources mobilisées lors d'un tel phénomène sont propres à chacun. Tout jeu de pouvoir peut entraîner un conflit, car chaque force en présence peut avoir des aspirations différentes.

Ce travail est basé sur la relation, les interactions professionnelles qui s'inscrivent dans la collaboration entre infirmière et infirmier. Le pouvoir semble alors omniprésent, une dimension essentielle, c'est pourquoi il est développé dans ce cadre théorique.

3.2.2.2. Pouvoir comme domination - soumission

Nous l'avons vu, tout pouvoir entraîne un déséquilibre entre les protagonistes. Nous entrons dans une relation de domination / soumission. Il peut s'agir de domination sociale, économique ou politique.

Entre homme et femme, on a toujours assisté à un rapport de domination. L'homme a pris le pouvoir sur la femme-modèle patriarcal. Nous nous demandons, alors comment, dans un milieu professionnel à prédominance féminine, homme et femme collaborent sur un pied d'égalité.

3.2.2.3. Pouvoir comme lien affectif

Cette dimension démontre que dans le pouvoir, il existe des liens d'amour et de haine. Dans les jeux de pouvoir, il y a

¹⁴⁷ Ibidem, p. 85.

souvent une personne centrale dont toutes les autres personnes dépendent. Ce pilier peut prendre différentes figures - leader, tyran, héros, patriarche, etc.¹⁴⁸. Nous entrons ici dans le champ de la psychanalyse et, n'ayant pas les connaissances nécessaires pour aborder ce sujet, nous en resterons là.

3.2.3. Dynamique du pouvoir¹⁴⁹

3.2.3.1. Légitimité

La légitimité désigne « *toute autorité fondée sur une structure hiérarchique* ». Pour Weber, la « *légitimité du pouvoir repose sur des règles rationnellement établies soit comme résultat d'un accord, soit par décision unilatérale* »¹⁵⁰. Nous ne développons pas plus loin cette notion. Nous nous intéresserons plutôt au leadership car celui-ci dépend essentiellement de l'individu en lui-même et de sa relation avec autrui.

3.2.3.2. Leadership

Lorsqu'on parle de leadership, il s'agit de l'influence exercée par le comportement et les compétences d'un individu sur d'autres. On ne peut pas désigner un leader simplement par rapport à des aptitudes personnelles. Il faut tenir compte également du type de relation qui lie les différents protagonistes ainsi que de l'environnement dans lequel ils évoluent. L'exemple type du leader serait donc une construction subjective. On remarque que ce ne sont pas les qualités de l'individu qui entrent en jeu mais plutôt ses traits de personnalité comme la confiance en soi et une certaine sensibilité, qui permettent une identification de la part des autres. En outre, la motivation de l'individu à devenir un meneur est un facteur essentiel.

Peu de femmes sont vues comme des « leaders ». Elles sont souvent défavorisées par les stéréotypes de la société qui ne leur attribue toujours pas de qualités de management, de

¹⁴⁸ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 89-93.

¹⁴⁹ Ibidem, p. 102-137.

¹⁵⁰ Ibidem, p. 102.

gestion d'un groupe qui caractérisent bien un homme.¹⁵¹
Elles semblent moins compétentes dans ces tâches.

3.2.4. Effets du pouvoir¹⁵²

3.2.4.1. Privation

La privation désigne une perte de contrôle par rapport à une situation empreinte de pouvoir. L'individu, dans ce cas, n'a pas les ressources nécessaires pour faire face. Un sentiment d'impuissance accompagne cette situation.

Les femmes sont un exemple de privation de pouvoir. Celles qui ont des responsabilités et des personnes sous leurs ordres peinent à être reconnues, la faute, aux stéréotypes encore diffusés. La femme doit prouver qu'elle est capable d'effectuer ce type de travail, le marché du travail a des attentes plus exigeantes envers les femmes.¹⁵³ Bien souvent, la femme s'identifie à des modèles masculins. Cela peut aboutir au phénomène de la « femme virile ».¹⁵⁴ En outre, lorsqu'une femme réussit à atteindre des objectifs fixés, on l'attribue trop souvent à de la chance plutôt qu'à ses compétences.¹⁵⁵

3.2.4.2. Soumission

Il y a soumission lorsqu'on obéit à un ordre légitime. L'ordre légitime représente une norme d'obéissance aux personnes nous étant supérieures. Il faut que cette autorité soit clairement identifiable pour qu'il y ait soumission. Des expériences effectuées par Stanley Milgram, psychologue américain, ont démontré que les humains sont faibles face à une autorité.

¹⁵¹ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 142-143.

¹⁵² Ibidem, p. 137-157.

¹⁵³ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002, p. 162-163.

¹⁵⁴ GOLE, Nilüfer. Les femmes comme partenaires ? In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi, 1986, p. 32-47.

¹⁵⁵ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 142.

Ainsi, même s'ils n'adhèrent pas du tout au point de vue de cette autorité, certains individus peuvent abandonner toutes leurs valeurs personnelles au profit d'une « obéissance aveugle ».

3.2.4.3. Accoutumance¹⁵⁶

Il faut observer ce phénomène du pouvoir du point de vue de ceux qui le détiennent. Plus ils ont de pouvoir, plus ils ont tendance à en vouloir et à chercher à le garder. En outre, la personne qui domine aura tendance à considérer ses « subordonnés » en tant qu'« objets » et dépréciera facilement leurs compétences. Celui qui domine a une perception modifiée de lui-même et des autres.

3.2.4.4. Résistance

Une résistance au pouvoir peut se manifester par la contestation, le dépassement du seuil de tolérance des différentes personnes impliquées entraînant un refus de l'ordre établi.

3.2.5. Moyens du pouvoir¹⁵⁷

On distingue deux types de moyens d'accession au pouvoir.

3.2.5.1. Modes « agressifs »

Nous présentons brièvement les modes « agressifs », ils ne sont pas au centre de nos préoccupations. Le premier mode est la violence : « *l'usage de la force destinée à exercer une contrainte* ». Cette contrainte peut être physique ou morale, individuelle ou collective.¹⁵⁸ Elle est destinée à faire peur. Le second mode est la puissance. Utilisée dans un cadre hiérarchique, elle entre en compte dans les rapports inégaux. Le troisième mode est le commandement par sanction : « *l'acte*

¹⁵⁶ Nous choisissons ce sous-titre pour cet effet du pouvoir, en regard du contenu plutôt que « usure » qui avait été mis ici par Jacqueline Russ.

¹⁵⁷ RUSS, Jacqueline. Les moyens et médiations du pouvoir. In : *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994, p. 32-41.

¹⁵⁸ FISCHER, Gustave-Nicolas. La violence. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 6.

signifiant et exprimant l'ordre, de manière à faire exécuter une action »¹⁵⁹.

Nous en restons à ces quelques définitions pour les modes « agressifs ».

3.2.5.2. Modes « doux »

On trouve tout d'abord l'autorité. Cette notion inclut l'idée d'un pouvoir légitime capable d'imposer une obéissance ainsi que l'idée d'un comportement assuré exigeant cette soumission. On exclut ici les notions de violence, bien que l'autorité soit souvent perçue négativement. Elle s'oppose à l'influence car elle ne nécessite pas de procéder à une argumentation.

Le pouvoir peut également utiliser d'autres moyens plus subtils. Il s'agit de la persuasion, de la séduction et de la manipulation. Ces pouvoirs d'influence ont l'avantage de susciter diverses émotions, de jouer avec les sensibilités des individus.

Ci-dessous, nous développons les notions nous intéressant plus particulièrement, à savoir l'influence et la séduction.

Nous insistons ici sur les notions d'influence et de séduction, car le type de population nous intéressant sont les infirmières et infirmiers en psychiatrie de même niveau hiérarchique. Les idées de soumission, de prestige, de domination n'entrent donc pas en ligne de compte ici, d'un point de vue institutionnel et hiérarchique.

3.2.6. Influence¹⁶⁰

En 1900, on avait déjà constaté qu'un individu devant répondre à la même question qu'une personne le précédant, avait tendance à répondre la même chose. La communication a donc une influence sur le jugement. Les expériences de Solomon Asch, psychologue,¹⁶¹ ont permis

¹⁵⁹ RUSS, Jacqueline. Les moyens et médiations du pouvoir. In : *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994, p. 37.

¹⁶⁰ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson, 1996, p. 127-150.

¹⁶¹ Ibidem, p. 130.

ensuite d'établir que l'information émise ne détermine pas le jugement d'autrui mais qu'elle transforme l'objet concerné en rétablissant une cohérence entre l'univers de l'individu lui-même et l'opinion des autres. D'autres expériences ont mis en évidence qu'une relation établie entre deux personnes confrontées à une même action déclenche des processus cognitifs semblables et amène à établir des points de repères communs.

On constate également qu'au sein d'un groupe, les points de vue extrêmes disparaissent pour se rapprocher de l'opinion générale. Il semblerait qu'on trouve des concessions réciproques et que ces phénomènes éviteraient bien des conflits.

3.2.6.1. Influence comme moyen du pouvoir

Pour certains auteurs, tels que Fischer, l'influence n'est pas un moyen nécessaire au pouvoir. Autrement dit, « *l'influence ne requiert pas de pouvoir et le pouvoir peut se passer de l'influence* »¹⁶². L'influence serait l'exercice d'une persuasion et le pouvoir l'exercice d'un contrôle. Nous garderons la vision de Jacqueline Russ qui considère l'influence comme « mode doux » du pouvoir, orientant les individus à leur insu et permettant ainsi de prendre un ascendant sur eux.

Les phénomènes sociaux ne s'expliquent pas seulement par la contrainte mais également par une force qui relie les individus entre eux, par leurs valeurs ou leurs opinions. Les sentiments et les points de vue se communiquent et s'en trouvent multipliés et renforcés. On a ainsi tendance à suivre un modèle dominant de comportement transmet d'une personne à l'autre. Ce phénomène est appelé « *contagion sociale* » par Fischer.

De plus, des recherches ont permis de mettre en évidence que les individus entretenant des relations positives avec leurs pairs ont tendance à modeler leur comportement dans le but de leur ressembler.

L'influence s'exerce aussi par « *comparaison sociale* » : lorsqu'un individu n'est pas certain de son opinion, il va

¹⁶² FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 79.

chercher auprès de ses semblables si son point de vue est exact en le comparant aux différents objets. Il peut ainsi s'ajuster aux normes qui régissent le groupe.¹⁶³

3.2.6.2. Formes de l'influence¹⁶⁴

Un comportement est modifié par une pression. Nous décrivons ici la nature de ces pressions.

▪ Conformité

La conformité désigne le fait qu'un individu modifie son comportement sous l'action de pressions pour se rapprocher des valeurs du groupe. Le groupe possède ainsi un certain pouvoir pour entraîner l'individu à se conformer à ses normes. Cela s'explique par la peur du rejet.

Worchel et Cooper, psychologues sociaux, ont démontré que les femmes ont tendance à se conformer au groupe plus facilement que les hommes. L'indépendance plus grande des hommes par rapport aux normes résulte du fait que cette attitude est valorisée chez eux, moins chez la femme.¹⁶⁵

Au sein d'une équipe en soins infirmiers, les femmes étant majoritaires auraient-elles plus de liberté par rapport à leur opinion ? Cette tendance serait-elle inversée dans ce cas ?

▪ Soumission

On retrouve deux catégories de soumission. Tout d'abord, la « soumission librement consentie »¹⁶⁶, qui permet à la personne manipulée d'avoir l'impression de garder le contrôle sur son comportement. Etant « travaillée » à son insu, cette personne ressent un sentiment de liberté. On peut parvenir à

¹⁶³ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005. p. 64-66.

¹⁶⁴ Ibidem, p. 74-89.

¹⁶⁵ Ibidem, p. 77.

¹⁶⁶ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 82.

ce phénomène en « *amenant quelqu'un, à travers une première demande anodine, à faire ce qu'on attend réellement de lui* » ou encore, en « *amenant quelqu'un à s'engager sur une proposition qu'on lui fait, mais sans qu'il connaisse le coût réel de son accord* ». ¹⁶⁷ La seconde catégorie est la soumission à l'autorité. Celle-ci est caractérisée par l'obéissance. Nous avons traité ce phénomène dans la section « Moyens du pouvoir ».

3.2.7. Séduction

Le pouvoir peut être conquis par la séduction. Elle peut avoir comme synonymes l'appât, l'envoûtement, l'attraction, la fascination, le charme. Tous ces termes ont une connotation importante d'emprise sur l'autre. Ce concept est donc inclus dans celui du pouvoir. ¹⁶⁸

Lorsqu'on séduit, l'autre obéit sans contrainte. On peut ainsi faire ce que l'on veut sans recourir à l'autorité et avec une certaine douceur. On se retrouve proche des désirs de l'autre, on lui fournit ce qu'il attend sans le heurter. On lui donne en fait ce que l'on croit qu'il attend. ¹⁶⁹

3.2.7.1. Historique ¹⁷⁰

La signification du mot séduction a évolué au fil des siècles. Par exemple, au XII^e siècle, séduire (du latin « *seducere* »), signifiait « *emmener à part, à l'écart, détourner de sa voie* » ou également « *corrompre, suborner* » en latin ecclésiastique. La séduction était ainsi synonyme de corruption. Au XV^e siècle, ce mot se dit aussi de « l'action d'exciter à la mutinerie », puis au XVI^e siècle, il équivalait à « *trahison, tromperie par laquelle on fait tomber quelqu'un en erreur* ».

On perçoit aux origines du mot, combien, au temps de

¹⁶⁷ Ibidem, p. 83.

¹⁶⁸ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. In : *Sciences humaines*. Octobre et novembre 2001.

¹⁶⁹ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 190.

¹⁷⁰ HAGÈGE, Jean-Claude. Un point d'histoire. In : *Le pouvoir de séduire*. Paris : Odile Jacob, 2003, p. 64-69.

l'hégémonie de l'Église, séduire était considéré comme provocateur. L'esprit séducteur désignait en l'occurrence le démon.

Au XVIIe, apparaît le séducteur. Considéré alors comme un homme entraînant une femme à des relations hors mariage, il devient un prédateur sexuel.

Quant aux femmes, au XVIIIe siècle, elles peuvent être séduisantes mais pas séductrices. Elles sont entièrement dévouées aux hommes qui les contrôlent complètement. Elles sont éduquées pour servir.¹⁷¹ À cette époque, on ne parle pas encore de séductrices au sens sexuel du mot, la sexualité des femmes étant scandaleuse.

Au XIXe siècle, « séduire » signifie « *convaincre quelqu'un en employant tous les moyens de plaire* ». Le terme n'est plus seulement moral ou sexuel, il devient neutre. Les traces de la connotation diabolique du mot s'effacent à mesure que les mœurs se libèrent. L'amélioration de la condition des femmes y contribue largement.

Finalement, on assiste à une généralisation de la nécessité de séduire qui prend alors un nouveau sens : « *savoir se vendre* », en particulier au niveau du marché du travail. À l'heure actuelle, toutes sortes de techniques sont mises au point, afin de se montrer le plus séduisant possible face à son éventuel employeur.

Contrairement à jadis, le séducteur ou la séductrice est admiré. La séduction devient nécessaire, une valeur positive.

3.2.7.2. Définition

Comme décrit dans l'historique, la séduction est aujourd'hui, dans notre société occidentale un moyen de plaire.¹⁷² En séduisant, par nos paroles, notre sourire, notre gentillesse et la mise en scène de notre corps, nous cherchons à nouer un contact, à être acceptés ou aimés. Un besoin de plaire se cache là.¹⁷³ Évidemment, on retrouve toujours les notions péjoratives

¹⁷¹ HAGÈGE, Jean-Claude. Un point d'histoire. In : *Le pouvoir de séduire*. Paris : Odile Jacob. 2003. p. 67.

que sont la tromperie ou la manipulation, ceci dans le but de prendre le pouvoir sur l'autre.

La séduction est un phénomène universel et fait partie intégrante des relations humaines selon Nicole Bourquin, infirmière enseignante.¹⁷⁴ Contrôlée et équilibrée, la séduction devient un phénomène nécessaire à tout bon fonctionnement de groupe selon Lemaire, professeur de psychologie sociale.¹⁷⁵ On ne peut renoncer à séduire. De plus, la signification de la séduction à l'heure actuelle nous montre l'évolution des relations de pouvoir selon Mireille Cifali, professeur de psychologie et des sciences de l'éducation à Genève.

Toujours selon Cifali, on pourrait classer la séduction en deux catégories.

▪ **« Séduction festive »**

Ce type de séduction permet à l'individu de s'ouvrir à la relation. Il s'agit de charme réciproque. Une alliance se crée et cet individu se sent reconnu en donnant une place à l'autre. Cette séduction-là est fondatrice des rapports humains et semble faire partie intégrante de chacun. Dire à l'autre ce qu'il attend, se montrer disponible, être à l'écoute, voici divers moyens permettant à deux individus de devenir complices¹⁷⁶.

Ce type de séduction pourrait être un outil essentiel pour les infirmiers et infirmières travaillant en équipe. En effet, comme mentionné dans la description des soins psychiatriques, la collaboration est un maillon indispensable dans la prise en soin.

¹⁷² WAINRIB, Steven. *Les ambiguïtés de la séduction*. Dialogue. 2004.

¹⁷³ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 190.

¹⁷⁴ BOURQUIN, Nicole. La séduction : pour une relation de qualité. In : *Soins infirmiers*. Janvier 1998.

¹⁷⁵ LEMAIRE, Jean-G. Séduction, amour, pouvoir. In : *Dialogue : Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2e trimestre 2004.

¹⁷⁶ BELLENGER, Lionel. Les dimensions cachées de la séduction. In : *La force de persuasion : Du bon usage des moyens d'influencer et de convaincre*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 1997, p. 119.

- « **Séduction emprise** »

La « séduction emprise » entraîne une relation de domination. On supporte mal l'autre avec sa différence, donc on cherche à étouffer chez lui toute spécificité.¹⁷⁷

Encore une fois, nous entrons dans la psychanalyse. Nous en resterons donc à ces brèves descriptions.

3.3. Groupe et collaboration professionnelle

Ce concept est un point clé de la profession infirmière. La collaboration est mentionnée dans le référentiel des compétences en soins infirmiers de la HES-SO : « Compétence n°7 : coopérer et coordonner son activité avec les acteurs socio-sanitaires ». De plus, cette notion est évoquée à maintes reprises dans la brochure des « *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers* »¹⁷⁸ éditée par l'ASI.

L'infirmier-ère doit échanger des informations, élaborer des objectifs, décider d'actions de soins, intervenir, observer, évaluer la réalisation des objectifs, assurer la continuité des soins, évaluer la qualité des soins, s'inspirer de travaux de recherche ou y participer et contribuer aux mesures visant le développement des personnes et le respect mutuel. Toutes ces tâches doivent se faire en équipe afin d'optimiser la prise en soins de la clientèle.

3.3.1. Processus de groupe¹⁷⁹

Nous décrivons dans ce chapitre le fonctionnement d'un groupe restreint, comptant de trois à vingt-cinq personnes. Un groupe restreint est un « *ensemble structuré de personnes ayant la possibilité de se percevoir et d'interagir directement et participant à une activité commune grâce à un système de règles et de normes formelles ou*

¹⁷⁷ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 193.

¹⁷⁸ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers : standards de soins*. Berne. 2000.

¹⁷⁹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson, 1996, p. 67-88.

informelles ».¹⁸⁰

Un groupe est continuellement soumis à l'influence de l'environnement et aux caractéristiques de chaque membre, ceci pouvant entraîner des tensions au sein de l'entité.

Un groupe doit assumer différentes fonctions. Tout d'abord, la « fonction production » qui permet à l'équipe d'atteindre ses objectifs, elle est uniquement basée sur le « faire ».

Ensuite la « *fonction entretien* » qui favorise le bon fonctionnement du groupe par des stratégies d'évitement, notamment lorsque certaines situations comportent un risque de conflit. Dans cette fonction, on retrouve la « *fonction facilitation* » et la « *fonction régulation* ». La première consiste en ce que chaque membre puisse s'exprimer et participer aux échanges. Elle est centrée sur la communication. La seconde, permet de résoudre les conflits et de favoriser ainsi le bon déroulement des autres fonctions. Elle est centrée sur les difficultés au niveau relationnel.

Il est nécessaire de trouver un équilibre entre toutes ces dimensions afin de permettre au groupe d'évoluer de manière optimale.

L'équipe de soins est un groupe restreint qui dépend des normes institutionnelles et qui partage des valeurs.

La collaboration infirmière consiste en la « *fonction entretien* ». Si cette collaboration professionnelle est bonne, la « *fonction production* » sera optimisée, ainsi que la prise en soin de la clientèle.

3.3.2. Cohésion et performance

Un groupe est un tout. Selon Abric, professeur de psychologie sociale en France, les individus ne se comportent pas de la même manière lorsqu'ils se trouvent en groupe ou seuls. Cela résulte d'une multitude de forces (culture, normes, valeurs, etc.) qui agissent sur un groupe et qui ne dépendent pas seulement des personnes mais aussi du type d'interaction.

La cohésion désigne « *la totalité du champ des forces ayant pour effet*

¹⁸⁰ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : Psychologie de la communication : Méthodes et théories. Paris : Masson, 1996, p. 67.

*de maintenir ensemble les membres d'un groupe et de résister aux forces de désintégration »*¹⁸¹. La cohésion est maintenue par la fidélité et les buts que les individus ont envers le groupe, elle est d'autant plus renforcée que les individus sont capables de faire face aux différentes forces négatives.

Une bonne cohésion de groupe dépend de plusieurs facteurs :

- *« Homogénéité du groupe ;*
- *Accord sur les buts ;*
- *Attrait pour l'appartenance au groupe ;*
- *Fréquence des interactions ;*
- *Existence d'une menace extérieure ;*
- *Proximité physique ;*
- *Leadership démocratique ;*
- *Bonne communication ;*
- *Compétition inter-groupe ;*
- *Répartition claire des rôles ».*¹⁸²

La performance de l'équipe dépendra essentiellement de la cohésion et des buts du groupe. Ces deux phénomènes permettent ainsi de favoriser la production.

Dans notre recherche, nous veillerons à analyser l'impact des jeux de séduction sur la prise en soins. Nous pensons que la performance infirmière est en lien direct avec la qualité des prises en soins.

Concernant le changement, des études effectuées par Kurt Lewin, psychologue allemand, ont démontré qu'il était plus simple d'effectuer un changement au niveau du groupe que de modifier les habitudes d'une personne prise de façon isolée. Lewin a émis l'hypothèse que ce fait était dû à la crainte des individus de s'éloigner des normes du groupe en question.

¹⁸¹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : Psychologie de la communication : Méthodes et théories. Paris : Masson, 1996, p. 83.

¹⁸² Ibidem, p. 84.

3.3.3. Mixité

Pour rédiger cette section, nous nous sommes appuyées sur les recherches entreprises par Sabine Fortino.¹⁸³

Au niveau de la sphère professionnelle, on retrouve deux principes stéréotypés qui dictent la division sexuelle du travail. Il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes. Puis, il y a une certaine forme de hiérarchie, les hommes valent plus que les femmes.

De nombreuses études ont démontré que de plus en plus de professions sont accessibles aux deux sexes. On trouve en effet, des chirurgiennes ou des infirmiers, pour rester dans le domaine de la santé. Par contre, la sphère privée semble avoir peu évolué, contrairement au domaine professionnel. On constate toutefois qu'en Europe, 60 % des femmes se retrouvent dans trois catégories de métier : la vente (serveuses, vendeuses), les emplois de bureau, les métiers de la santé, du social et de l'éducation.¹⁸⁴

En 2002, on ne connaissait pas encore de secteur comprenant une mixité à 50 %.

De plus, les attentes des supérieurs hiérarchiques ou des collègues ne sont pas les mêmes s'agissant d'un homme ou d'une femme. La répartition du travail, de certaines tâches ne se fait pas de la même façon pour l'un ou l'autre sexe. Comme on l'a vu précédemment, la compétence des femmes a toujours besoin d'être vérifiée.¹⁸⁵

Au niveau du travail en équipe, les femmes ont tendance à valoriser les hommes. Ainsi, les hommes sont « *francs et directs, physiquement forts, rigolos, dynamiques, séducteurs, serviables, disponibles* ». ¹⁸⁶ Elles dressent un portrait d'elles-mêmes beaucoup moins flatteur. Les femmes se considèrent « *douces, pas assez autoritaires, douées pour le contact sauf en cas de conflit, méchantes entre elles, jalouses, futiles,*

¹⁸³ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002.

¹⁸⁴ Ibidem, p. 11.

¹⁸⁵ FORTINO, Sabine. Une mixité ni faite ni à faire. In : *la mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 163.

¹⁸⁶ FORTINO, Sabine. Entre craintes et espoir. In : *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 167-186.

hypocrites, faibles physiquement, rancunières ». ¹⁸⁷ De plus, l'ambiance de travail serait meilleure en présence d'hommes, les discussions plus intéressantes. Les hommes semblent dynamiser une équipe.

Les hommes, lorsqu'ils qualifient les femmes, reprennent les différentes caractéristiques énumérées ci-dessus par elles-mêmes, rajoutant à cela l'intuition, la méticulosité, leur manque d'innovation, etc.

On constate que tous ces qualificatifs sont empreints de stéréotypes. Il est donc difficile de faire la part entre la réalité, donc l'expérience vécue, ou les représentations des personnes interrogées dans cette recherche de Fortino.

3.3.4. Professions féminisées

Être un homme dans une profession féminisée ne semble pas avoir que des avantages lorsqu'il est de même rang hiérarchique que sa collègue. Il doit adapter son comportement aux stéréotypes de la virilité. Cette situation le force souvent à effectuer des tâches faisant appel à sa force physique, peu valorisantes. ¹⁸⁸

On constate qu'en milieu psychiatrique, les hommes sont placés en première ligne lors de violence d'un client. Voici un exemple du partage des tâches. S'ils ne le font pas, c'est leur virilité qui peut être remise en cause, selon une étude de Pascale Molinier ¹⁸⁹. Apparemment les infirmiers seraient plus jugés en tant qu'hommes qu'en tant que professionnels. Face à ce phénomène, la femme garderait un comportement non-violent. En effet, elle anticipe la crise, en usant de ruse (ex. isoler le client dès que son comportement change) ce qui lui permet de garder le « beau rôle ». Cette « virilité » au niveau professionnel ne permet pas forcément aux hommes d'en tirer avantage, bien au contraire, étant mis en avant lors de situations de violence, ils passent souvent pour le « mauvais objet » auprès du client.

¹⁸⁷ FORTINO, Sabine. Entre craintes et espoir. In : *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 168.

¹⁸⁸ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 17.

¹⁸⁹ FORTINO, Sabine. Une mixité ni faite ni à faire. In : *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 156.

4. MÉTHODOLOGIE¹⁹⁰

4.1. Type de recherche

Cette recherche exploratoire et initiale s'inscrit dans notre formation Bachelor. Comme le stipule le « cadre général de réalisation et évaluation du travail de Bachelor », le niveau de compétences escompté pour une telle recherche est :

1. « L'élaboration d'un questionnaire professionnellement pertinent ;
2. un choix approprié et l'utilisation pertinente de références théoriques ;
3. l'utilisation d'une méthodologie appropriée ;
4. des capacités d'analyse et d'argumentation ;
5. Une mise en perspective fondée sur les résultats obtenus et les conclusions dégagées. »¹⁹¹

Les aspects théoriques sur lesquels se base notre recherche sont tirés de l'ouvrage « *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitative et qualitative* » dirigé par Carmen Loisel et Joanne Profetto-McGrath. Nous nous sommes aussi inspirées de l'ouvrage de Jean-Claude Kaufmann¹⁹² pour l'élaboration de l'outil d'investigation, et du « *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales* »¹⁹³.

Le sujet de notre recherche concernant les interactions entre infirmiers-infirmières s'intègre dans un paradigme naturaliste (ou constructiviste). En effet, ce phénomène ne peut pas être étudié en pensant qu'il n'existe qu'une réalité et que la causalité en est linéaire. Il nous faut comparer, relier, fusionner, les réalités de chaque participant et expert afin de cerner au plus près la globalité des relations étudiées. Nous nous attachons à comprendre le sens que le participant donne à son expérience.

La démarche découlant du paradigme naturaliste est empirico-inductive.

¹⁹⁰ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI, 2007.

¹⁹¹ CONFERENCE DES RESPONSABLES LOCALES ET LOCAUX DE LA FILIERE SOINS INFIRMIERS. *Travail de Bachelor : Cadre général de réalisation et d'évaluation*, 2007.

¹⁹² KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2006, p. 44-57.

¹⁹³ MACE, Gordon. PETRY, François. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*. Québec : les Presses de l'Université de Laval, 2000, p. 134.

Comme nous l'avons déjà précisé dans l'item 1.4. « Méthode » de la section « Introduction », nous sommes parties d'observations ponctuelles sur le terrain pour aboutir à l'émergence de certaines tendances liées à notre problématique. Cette généralisation ne peut s'étendre à d'autres populations étant donné la spécificité du milieu des soins psychiatriques valaisans et le niveau initial de la recherche. En conséquence, nous ne prétendons pas à une validité externe dans notre étude.

La méthode utilisée dans cette étude est de type qualitatif. Comme susmentionné, nous désirons comprendre le sens que les infirmières et infirmiers donnent à leurs rapports de séduction. Pour cela nous effectuons un recueil de données, basé sur les ressentis des participants, à l'aide de grilles d'entretiens semi-directifs. Les caractéristiques de cet outil d'investigation sont développées au point 4.2 « Outil d'investigation ».

La spécificité de cette recherche est d'étudier les relations entre hommes et femmes. Nous effectuons donc une étude genre. D'après nous, cette catégorie d'étude demande des compétences spécifiques comme par exemple l'exploration importante de nos préconstruits liés au genre, un regard très critique face à la littérature et aux résultats obtenus. Un chapitre, nommé 3.1.1 « Bref historique », est consacré à la présentation de l'évolution des études genre.

Dans les études genre, plusieurs niveaux d'approche coexistent : le niveau individuel ou psychologique qui traite des sujets liés à la construction de l'identité, le niveau interactionniste qui met l'accent sur les rapports entre hommes et femmes et enfin, le niveau macrosocial qui étudie le cadre social dans lequel s'articulent ces rapports. Notre étude se situe à un niveau d'approche de type interactionniste étant donné que nous nous attachons à comprendre les relations de séduction entre infirmiers et infirmières¹⁹⁴.

Plusieurs experts des études genre tels que Claude Revault d'Allonnes, psychologue clinicienne ; Marcel Bol de Balle, psycho-sociologue ; Simone de Beauvoir, philosophe ; Michèle Ferrand, sociologue ; Isabelle Jacquet, sociologue ; Laurena Parini, politologue ; etc., mentionnent que dans la réalisation d'une telle recherche, il est essentiel d'avoir une approche multidimensionnelle :

¹⁹⁴ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 35.

- approche sociologique (représentations et comportements humains) ;
- approche anthropologique/ethnologique (approche holistique et évolution de l'être humain) ;
- approche historique (compréhension de la situation actuelle) ;
- approche philosophique (interprétation de l'existence humaine) ;
- approche métaphysique (explication de la nature de l'Etre) ;
- approche psychanalytique (symbolique et fantasme) ;
- approche psychosociale (statut et rôle dans la société) ;
- approche bio-naturaliste (différences physiques des êtres humains) ;
- approche fonctionnaliste (fonctions spécifiques liées genre - e.g. : grossesse).

Etant donné le caractère initial de cette recherche, nous sommes contraintes à nous limiter à une ou deux approches. Nous avons sélectionné tout d'abord l'approche sociologique pour étudier les représentations et les sens donnés aux comportements relatifs à la séduction. Ensuite, nous nous sommes aperçues que les rôles et les statuts des hommes et des femmes influencent leur perception d'un phénomène. De plus, le développement des concepts liés à l'étude des interactions entre infirmiers-infirmières identifie le rôle et le statut de chacun. Il nous est donc apparu nécessaire d'emprunter l'approche psychosociale.

4.2. Outils d'investigation

4.2.1. Entretiens semi-directifs

Ce type d'entretiens nous permet de saisir les ressentis des participants concernant la problématique étudiée. Dans notre étude, cela est primordial car notre but est de comprendre et d'analyser le vécu et les représentations de l'infirmière et de l'infirmier concernant leurs interactions de séduction. Ils peuvent donner sens à leurs expériences et nous les transmettre avec leur vision, leurs valeurs, leur point de vue. En outre, cet outil permet une grande liberté de parole et les propos recueillis sont riches et profonds.

Les entretiens nécessaires à cette recherche ont été préparés en étroite collaboration avec Marie Gay. Ainsi, les questions posées étaient les

mêmes afin de faciliter la comparaison des résultats de nos deux recherches.

Nous pouvons, d'ores et déjà, imaginer certains biais liés au sujet d'étude ou à la méthode en elle-même : mon appartenance au sexe féminin face à l'interlocuteur masculin, la relation instaurée durant l'entretien, le caractère quelque peu intime de l'objet de recherche, mes expressions verbales ou non-verbales, etc.

4.2.2. Construction de l'outil

Afin de mener à bien nos entretiens semi-directifs, nous avons préalablement créé une grille d'entretien¹⁹⁵. Cette grille comprend la question centrale de recherche, les objectifs, les questions spécifiques, les relances et les éléments du cadre relatifs aux questions spécifiques. Cette grille se voulait être un support duquel une vraie dynamique de conversation pouvait émerger. Nous nous sommes inspirées des conseils écrits du sociologue Jean-Claude Kaufmann¹⁹⁶ pour saisir l'utilité de cet outil d'investigation.

4.2.3. Déroulement du pré-test

J'ai sélectionné un enseignant pour effectuer mon pré-test. Par son statut d'enseignant, j'ai supposé qu'il aurait quelques notions méthodologiques et pourrait ainsi m'indiquer d'éventuels biais. De plus, il devrait avoir un certain recul face aux phénomènes à traiter durant l'entretien. Il serait donc à même de répondre avec aisance aux différentes consignes.

Ainsi, ce pré-test m'a ainsi permis de me rendre compte de la pertinence de la grille par la richesse du corpus, de recevoir un feed-back concernant mon attitude, mon outil et les différentes consignes.

Suite à cela, ma collaboratrice et moi-même avons amélioré la grille en reformulant certaines consignes qui étaient trop vastes ou difficiles d'accès.

¹⁹⁵ Vous retrouvez la grille d'entretien en annexe E.

¹⁹⁶ KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2006, p. 44-47.

4.2.4. Utilisation de l'outil

Nous nous sommes appuyées sur cette grille d'entretien afin de mener des conversations dynamiques. En effet, elle nous a servi de base pour l'entretien, mais elle n'était en aucun cas une liste de questions envers laquelle nous ne nous permettions aucun écart. Nous avons privilégié les reformulations, les relances plutôt que de nous contenter d'informations superficielles. De ce fait, il est fort probable que certaines relances ont influencé les dires des participantes et ont donc biaisé quelque peu cette recherche.

Pour mener à bien notre démarche, nous avons choisi d'élaborer nos entretiens en débutant avec des questions relatives à l'influence, ensuite à la séduction. Nous pensions ainsi que les participants se livreraient d'avantage. Nous craignons que les participants associent la notion de séduction à la « drague ». Étonnamment, dès les premiers entretiens, les participants ont spontanément utilisé le terme de séduction, comme nous l'entendions. C'est pourquoi, nous avons décidé de nous pencher sur la notion d'influence puis sur celle de séduction.

Le rôle de « bon participant » peut biaiser la recherche. En effet, sur les thèmes touchant les rapports entre hommes et femmes, les discours politiquement corrects prennent souvent le pas sur l'évocation des représentations personnelles.¹⁹⁷ De plus, certains infirmiers ont ressenti une gêne par rapport à l'enregistrement ce qui a pu biaiser les données. Un autre biais important est lié au fait que deux entretiens non pas pu être enregistrés. Il s'agissait d'un souhait des participants.

Le charme, la séduction et l'humour sont des tactiques particulièrement efficaces pour que l'interviewé se sente en confiance et qu'il puisse exposer ses idées librement.¹⁹⁸ Ces techniques peuvent intervenir dans les entretiens sans y avoir conscience.

Le fait d'être dans une interaction avec une autre personne entraîne un jeu d'influence.¹⁹⁹ Ce type d'interactions liées aux comportements verbaux et non-verbaux, influence et conditionne le comportement et

¹⁹⁷ Nous nous permettons d'affirmer cela en regard d'un entretien avec une experte en genre.

¹⁹⁸ KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2006, p. 44-47.

¹⁹⁹ FISCHER, Gustave-Nicolas. L'influence sociale. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005 (3^e édition revue et augmentée), p. 63-103.

les dires du participant, ainsi que les miens.

Ayant utilisé pour la première fois un tel outil, les premiers entretiens sont moins développés que les derniers. En effet, ces différents échanges deviennent plus riches à mesure que j'expérimente la grille.

D'une manière générale, l'ambiance lors de ces entretiens était agréable et professionnelle, celle-ci a facilité le dialogue et a permis aux infirmiers interviewés de se confier naturellement.

4.3. Échantillonnage

4.3.1. Type et taille

Nous avons fait appel à une certaine technique pour trouver les participants et les participantes à cette recherche. La Responsable de formation des IPVR, nous a mises en contact avec différents ICUS qui ont, à leur tour, recruté des volontaires selon nos critères d'inclusion et d'exclusion. Différents obstacles - problèmes d'organisation et de critères - ont limité le nombre de participants à sept infirmiers. Cependant, des redondances au sein de mes corpus m'ont permis d'atteindre la saturation des données.

4.3.2. Caractéristiques de la population

Les participants devaient obligatoirement :

- être de sexe masculin afin de mettre en évidence et comparer les discours genrés ;
- comprendre et parler français, pour des raisons pratiques ;
- travailler en milieu psychiatrique sur le même site, mais pas forcément dans le même service, afin de garder la spécificité du milieu de soin ;
- travailler dans les soins psychiatriques et dans un service mixte depuis au moins deux ans, en pensant qu'ils ont une plus grande expérience relationnelle avec leurs collègues infirmières ;
- être de même niveau hiérarchique, pour éviter les notions de pouvoir lié aux normes institutionnelles ;
- avoir entre cinq et trente-cinq ans d'activité dans le milieu des soins

infirmiers, afin d'avoir une certaine pratique et un meilleur recul sur les relations intraprofessionnelles ;

- être tous issues de la culture occidentale, en espérant qu'elles aient toutes reçu une éducation traditionnelle liée aux rôles sexués²⁰⁰.

Les participants aux deux études devaient travailler sur le même site afin de limiter les biais relatifs aux lieux.

Nous avons envoyé une lettre d'information²⁰¹ à l'attention des services de soins pour recruter les participantes et les participants selon nos critères.

Les participants étaient au nombre de sept. Ils provenaient de différents pays d'Europe occidentale. Le plus jeune avait 30 ans, le plus âgé 55 ans. Ils travaillaient tous à un taux de 80% ou plus. Ils avaient une expérience professionnelle en milieu de soins mixte allant de 4 à 20 ans. Certains étaient au bénéfice d'un diplôme en soins généraux ou niveau II ou équivalent dans les autres pays, d'autres d'un diplôme en soins psychiatriques.

Ces différents infirmiers correspondaient parfaitement aux critères recherchés.

4.3.3. Avantages et limites de l'échantillon

Nous souhaitions un échantillon relativement homogène pour en tirer des tendances relatives aux ressentis et préconstruits.

Les critères semblaient restreints car il nous a été difficile de recruter des infirmiers correspondant à ces choix.

Cet échantillon ne se veut aucunement représentatif d'une population suisse ou infirmière. Il nous donne juste un aperçu du vécu de certains infirmiers en psychiatrie.

²⁰⁰ Ce point est abordé avec plus de précision dans le cadre théorique.

²⁰¹ Vous pouvez la consulter en annexe F.

4.4. Principes éthiques²⁰²

En tant qu'étudiantes – chercheuses, nous nous devons de respecter certains principes éthiques qui sont détaillés ci-après. Il est évident que les promesses de principes doivent être tenues.

Tous les participants potentiels reçoivent un document décrivant leurs droits et leurs devoirs.

4.4.1. Respect de la dignité de la personne

Les sujets sont au bénéfice d'un consentement éclairé. En d'autres termes, ils reçoivent des informations claires, précises et véridiques. Ils ne doivent pas être induits en erreur ni trompés. Leur anonymat est préservé.

Leur participation étant volontaire, elle peut être retirée à tout moment sans justification.

Toutes les données issues de cette recherche sont traitées de manière confidentielle.

4.4.2. Bienfaisance / non-malfaisance

Les sujets sont informés des risques et des bénéfices découlant de leur participation. De plus, l'équilibre entre les bienfaits et les préjudices de l'étude est évalué et clairement stipulé par oral au début de chaque entretien.

4.4.3. Justice

Aucune population ne doit être favorisée au détriment d'une autre, en fonction de son accessibilité et/ou de ses spécificités.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous efforçons d'appliquer au mieux ce principe. Cependant, les limites contextuelles (temps, lieux, etc.), et autres (taille de l'échantillon, niveau de connaissances, ressources humaines, etc.) ne nous permettent pas d'exploiter ce principe de façon totalement rigoureuse.

²⁰² ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Berne, 2002.

4.5. Technique et type d'analyse

Les entretiens retranscrits en intégralité, ont été synthétisés dans une grille de dépouillement. Cette grille contenait les items « Objectifs de la recherche », « Questions d'entretien », « Entretiens », « Similitudes », « Paradoxes », « Récurrences », « Différences » et enfin « Divers ». Elle nous a permis d'analyser le contenu des entretiens de façon méthodique. En effet, dans un premier temps, les données de la même participante, recueillies au travers de questions différentes ont été mises en lien. Dans un deuxième temps, les corpus des participantes ont été comparés entre eux. Et pour terminer, les données ont été thématisées et mises en relation avec les notions théoriques. Par ailleurs, certaines réflexions personnelles peuvent apparaître dans l'analyse afin de mettre en relief d'autres tendances ou hypothèses.

Nous avons choisi de ne pas présenter notre analyse participants par participants afin d'assurer leur anonymat. Certes, définir le profil de chaque participant aurait été intéressant afin de mieux comprendre leurs représentations, mais la promesse d'anonymat doit être respectée avant tout.

Cette recherche est menée parallèlement à celle d'une partenaire, comme indiqué précédemment. Les thèmes développés sont précisément identiques pour les deux recherches afin d'en faciliter la comparaison. La mise en commun de nos résultats figure directement dans le chapitre « Analyse des données » au point 5.6. intitulé « Mise en commun des résultats d'analyses ».

5. ANALYSE

Question spécifique de recherche			
D'après l'infirmier en psychiatrie, en quoi les rapports de séduction entre infirmiers-infirmières influencent-t-ils leurs pratiques professionnelles?			
Objectif 1 ²⁰³	Objectif 2 ²⁰⁴	Objectif 3	Objectif 4
Explorer la nature des interactions entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique et plus particulièrement les rapports de séduction	Comprendre la vision de l'infirmière concernant les interactions d'influence	Définir l'impact des relations d'influence entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique sur la dynamique d'équipe, sur la prise en soin, sur l'infirmière et l'infirmier	Evaluer le cadre de référence des participantes
Questions d'entretien	Questions d'entretien	Questions d'entretien	Questions d'entretien
En quoi la différence des sexes influence-t-elle les relations professionnelles entre infirmiers et infirmières ? Pouvez-vous me parler de la spécificité de la relation infirmier-infirmière en	Comment percevez-vous les jeux d'influence entre infirmiers et infirmières ? Quels moyens pourraient utiliser un infirmier pour influencer une infirmière ? et inversement ?	Quelles pourraient être les conséquences de cette relation d'influence sur la dynamique du service ? Sur la prise en soin ? Sur l'infirmière ? Sur l'infirmier ?	Que signifie pour vous le mot « influence » ? Quels liens pouvez-vous faire entre les notions de pouvoir, influence et séduction ?

²⁰³ Dans cette grille, vous noterez quatre objectifs. Ces objectifs ont été formulés en début de recherche et ont évolué après les entretiens. C'est pourquoi, ils n'apparaissent pas dans le paragraphe « Objectifs de la recherche ».

²⁰⁴ Toutes les questions d'entretien comprenant le thème de l'influence ont été répétées avec celui de la séduction.

psychiatrie ? En quoi, pensez-vous que le partage d'émotions intenses, joue un rôle dans la relation infirmier-infirmière ?	Et dans quel but ?		
Thèmes issus des corpus²⁰⁵	Thèmes issus des corpus	Thèmes issus des corpus	Thèmes issus des corpus
Mixité dans l'équipe souvent comparée à une équipe purement féminine Complémentarité des rôles sexuels Stéréotypes sexuels Rôle professionnel Différence des sexes Symbolique du couple en psychiatrie Partage des émotions	Influence Séduction Charme Division sexuées du travail Image de la profession infirmière	Collaboration Dynamique d'équipe Attentes vis-à-vis de l'infirmier et/ou de l'infirmière Prise en soins	Pouvoir Hiérarchie
Thèmes retenus	Thèmes retenus	Thèmes retenus	Thèmes retenus
Mixité dans l'équipe comparée à une équipe exclusivement féminine Stéréotypes sexuels Délégation et division sexuée des tâches Partage des émotions	Signification du terme influence Perception de l'influence dans l'équipe soignante Moyens d'influencer	Conséquences de l'influence sur la dynamique d'équipe Conséquences de l'influence sur la prise en soins Conséquences de l'influence sur l'infirmier et l'infirmière	Lien entre pouvoir, influence et séduction

²⁰⁵ Certains thèmes issus des corpus se retrouvent dans plusieurs questions. Nous avons décidé de le faire apparaître qu'une fois.

Le genre implique des rapports de pouvoir. Au vu du nombre majoritaire de femmes dans les soins infirmiers, la nature de ces derniers peut-elle être modifiée ?

Dans ce chapitre, les sept entretiens sont analysés et mis en regard des notions théoriques étudiées. De nouvelles hypothèses peuvent également apparaître lors de cette analyse. Les données seront mises en regard du travail de Marie Gay dans la section 5.6. « Mise en commun des données ».

Les termes ou phrases apparaissant entre guillemets et italiques sont les propos repris directement des participants. De plus, les paragraphes encadrés sont les différents liens entre le cadre et les corpus ou les hypothèses.

5.1. Équipe soignante en psychiatrie

5.1.1. Mixité des équipes soignantes

La consigne de ce premier thème était : « Dans quelle mesure la différence des sexes influence-t-elle les relations professionnelles entre infirmière et infirmier ? ». Cette première question ouverte a posé quelques problèmes de compréhension pour certains participants - ceux n'ayant pas le français pour langue maternelle - ou semblait trop vague pour d'autres. Ils mentionnent alors que le genre n'a pas d'impact sur les relations, mais que celles-ci sont influencées par la « *sensibilité* », « *le caractère* », « *l'éducation* », « *l'expérience personnelle et professionnelle* » de chacun des membres de l'équipe et que ce sont ces phénomènes qui donnent une certaine richesse à la dynamique de groupe. « *On a des regards différents d'une manière générale, une sensibilité différente* ».

Les participants ont mentionné que le caractère, la personnalité, l'éducation et les expériences de chacun influencent les relations et n'attribuent pas ce fait au genre. Cependant, comme étudié dans la problématique et le concept de genre de ce travail, notre identité, le fait que nous nous sentons et que nous soyons de sexe masculin ou féminin dépend essentiellement du regard des parents, donc de l'éducation reçue durant notre enfance comme le stipulent Belotti²⁰⁶ et Badinter²⁰⁷. Encore aujourd'hui, notre éducation dépend de notre

²⁰⁶ GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Milan : des femmes, 1973, p. 207.

²⁰⁷ BADINTER, Élisabeth. XY : *De l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992, p. 97-100.

sexe. Les enfants ont, par ailleurs, des difficultés à modifier les comportements conditionnés²⁰⁸.

Nous pourrions donc émettre l'hypothèse que la nature des interactions entre infirmier et infirmière dépendrait probablement en partie du genre mais que les différents professionnels interrogés n'en n'ont point conscience. Les soins prodigués au client seraient-ils également différents qu'il s'agisse d'un infirmier ou d'une infirmière ? Cette « sensibilité » différente pourrait-elle être également transférée sur la conception des soins et sur la façon de prendre en soins ?

Deux des participants ont tenu des propos que je considère « plus stéréotypés » en répondant qu'une équipe essentiellement féminine entraîne plus de rivalités, de tensions, que les hommes seraient plus conciliateurs ou encore que les femmes sont plus perfectionnistes. En voici deux exemples : « *Je trouve que mes collègues féminines sont parfois plus perfectionnistes. Ça, j'ai déjà remarqué... Enfin, difficile de généraliser, il faut être prudent* ». « *Entre femmes, il y a plus de rivalités. [...] Entre hommes, on se soutient.* ».

Les femmes ont souvent une mauvaise opinion d'elles-mêmes.²⁰⁹ Ceci pourrait-il avoir un lien avec les conflits se déroulant entre infirmières, qui ressortent fréquemment dans les propos des professionnels interrogés ? Est-ce une représentation ou la réalité ? Les hommes, dans l'étude de Sabine Fortino, appuient ces phénomènes relatifs aux conflits.

Dans les propos recueillis, les femmes paraissent plus perfectionnistes que les hommes. Cependant, la sociologue française a mis en évidence - selon les hommes - que leur méticulosité pourrait être exagérée tout comme d'autres caractéristiques qui sont énumérées plus loin dans ce travail. La gent masculine semble par contre valorisée et se valorise²¹⁰.

²⁰⁸ GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Milan : des femmes, 1973, p. 207.

²⁰⁹ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 168.

²¹⁰ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 169.

Les infirmiers se soutiennent entre eux selon un participant à cette étude. La cohésion entre hommes est-elle plus forte qu'entre femmes ? Pourquoi se soutiennent-ils ? Et pourquoi constate-t-on un manque de soutien et de solidarité des femmes entre-elles ? Quelles situations provoqueraient ces rivalités ? Y aurait-il des notions de jalousie sous-jacentes ? Elles se déprécient fréquemment et ne semblent pas faire partie d'un projet commun²¹¹.

Fortino a démontré que les hommes, dans les domaines « masculins », craignent l'arrivée de femmes au sein de l'équipe. Elles modifieraient l'ambiance d'équipe en bouleversant les petites habitudes. Elles doivent ainsi s'adapter à l'ambiance « masculine ». ²¹² Mais les hommes, devraient-ils s'habituer à leur tour à un contexte « féminin » ? On sait, quoi qu'il en soit, que ceux-ci sont fortement appréciés. Cette satisfaction des infirmières concernant de la mixité sera développée plus loin dans cette section.

On constate que les dires des infirmiers sont quelque peu stéréotypés, mais que ceux-ci en ont conscience. C'est donc pour cela qu'ils semblent peu sûrs et hésitants et qu'ils ajoutent qu'il faut être réservé quant à ces phénomènes relatés par peur de retomber dans des clichés. Une personne s'est, en outre, exprimée sous forme d'hypothèses.

Les hommes ont-ils une certaine crainte par rapport aux stéréotypes car ceux-ci sont souvent négatifs ou péjoratifs envers la gent féminine ?

Nous décrirons ci-après comment les femmes perçoivent les hommes.

Un autre infirmier indique que le fait d'avoir une équipe mixte jouerait justement un rôle dans la gestion de conflit. En effet, selon lui, une situation délicate se déroulant entre deux personnes de même sexe pourrait être « temporisée » par un membre du sexe opposé. Il a déjà perçu ce phénomène mais ne pourrait en trouver une explication. Les corpus ne mettent cependant pas clairement en évidence qu'il s'agit de tensions existant chez les hommes également. D'après les propos,

²¹¹ Ibidem, p. 172.

²¹² FORTINO, Sabine. La mixité au travail. Paris : La dispute, 2002, p. 177-178.

lorsque des tensions se produisent au sein du groupe, elles semblent être plutôt « féminines » à nouveau.

Un participant évoque, que, selon lui, s'il y a plus de conflits entre femmes, c'est simplement parce qu'elles sont plus nombreuses. « *Une histoire de proportions...* ».

Un homme interviendrait dans un conflit entre femmes pour temporiser. Ceci émerge toujours des représentations ou vécu des participants de cette étude. À l'inverse, une femme pourrait-elle également « arbitrer » un conflit masculin ? Ou celle-ci se sentant inférieure, n'interviendrait pas ?

Belloti stipule que le conditionnement social maintient le sentiment d'infériorité féminine. Cependant, Michèle Ferrand ajoute que ce sont principalement les mères qui entretiennent ces catégories sexuées.²¹³ Selon Catherine Monnot, doctorante en anthropologie, les filles s'identifient encore fortement à la mère, qui reste un modèle identitaire très fort. Peut-être encore plus que le groupe de pairs ? Ces filles, justement, observent le rôle de leur mère jour après jour et intègrent ainsi les « *gestes de la vie quotidienne* ». ²¹⁴

En outre, nous avons étudié dans le pouvoir que peu de femmes sont leaders. On ne leur attribue pas des capacités leur permettant de mener un groupe. Une femme ne pourrait-elle donc pas agir en médiateur lors d'un conflit ?

Cependant, il serait intéressant de pouvoir étudier ce phénomène dans un milieu de soins exclusivement masculin. Je suppose que les relations n'y seraient pas meilleures. N'y aurait-il pas tout autant de désaccords, de dysfonctionnements au niveau de la relation, et - pour en revenir aux clichés - des rapports de concurrence ou de force ? Malheureusement, nous ne pouvons vérifier cette hypothèse à l'heure actuelle, du fait qu'aucun service de soins ne soit constitué entièrement d'hommes.

Finalement, l'idée d'une personne « tampon » nous interpelle. En effet, par les caractéristiques inhérentes à notre éducation, donc à

²¹³ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004, p.129.

²¹⁴ MONNOT, Catherine. La nécessaire adhésion aux modèles du groupe. In : *Petites filles d'aujourd'hui : L'apprentissage de la féminité*. Paris : Autrement, 2009, p. 35-71.

notre sexe, ne pourrions nous pas, par notre vision, notre sensibilité, nos croyances, alléger une situation ?

La recherche de Fortino a permis de démontrer que les hommes jouent souvent le rôle d'arbitre dans les conflits « féminins ». On perçoit alors qu'ils gardent le beau rôle et sont souvent choyés par leurs collègues qui ne les perçoivent nullement comme une menace mais plutôt comme un facteur bienfaisant au sein de l'équipe²¹⁵.

Quelques participants ont également ajoutés que le fait d'être minoritaires au sein d'une équipe pouvait avoir certains avantages. Apparemment, ils pourraient bénéficier d'un statut de « *petit chou chou* » et apprécient le fait de ne pas avoir de concurrence. « *J'ai fait des stages où j'étais le seul homme. Être seul dans une équipe ça change, on a une situation particulière* ».

Les femmes valorisent les hommes. L'homme dans les soins semble être une denrée rare qu'il faut préserver.

Les femmes préfèrent le travail en équipe mixte, car le climat y serait meilleur, plus détendu, moins conflictuel. L'homme aurait la capacité de rendre l'équipe plus attrayante. Leurs collègues masculins, certes, ont des défauts, mais ceux-ci n'entravent pas la collaboration contrairement aux travers qu'on attribue aux femmes. En effet, bien qu'ils puissent devenir violents, les hommes sont francs, drôles, solidaires entre eux, disponibles. La violence n'est même pas perçue négativement au niveau de la relation d'équipe lors de tensions car « *c'est mieux que de se faire la gueule pendant des mois* »²¹⁶. Les femmes, comme on a pu le constater, ne tiennent pas des propos très agréables à leur sujet.

Toujours dans l'étude de Fortino, les hommes sont « bichonnés ». Ils bénéficient de nombreuses petites attentions. Chercherait-on à les séduire ?

²¹⁵ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p.170-171.

²¹⁶ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 168.

5.1.2. La spécificité de la relation infirmière-infirmier en milieu psychiatrique

Les caractéristiques principales par rapport à la collaboration infirmier-infirmière sont le respect mutuel, le professionnalisme, une manière de se comporter identique qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme. Cette phrase citée dans un entretien le confirme : « *J'ai tendance à considérer mes collègues infirmières au niveau du travail comme des égales, autant bien pour les reproches que pour les compliments* ».

Une notion ressortie fréquemment est la complémentarité. Celle-ci est utilisée principalement lors des soins, et moins dans la collaboration. Les infirmiers signalent qu'il est important d'avoir un équilibre dans la composition d'une équipe. Les soins effectués en « *couple* » sont nombreux, ceci afin de reproduire pour le client une figure maternelle et paternelle. Il existe aussi des situations de soins (e.g. : post-partum où les femmes jouent un rôle important, relatif à leur propre expérience personnelle) où une infirmière ou un infirmier sont plus à même de répondre aux besoins de la clientèle, par rapport à leur expérience. Par ailleurs, les clients expriment parfois leurs préférences quant aux personnes les prenant en soins.

Les préférences du client par rapport à la personne de référence ainsi que la complémentarité de l'homme et de la femme évoquée par les infirmiers, ne proviendraient-elles pas également des préconstruits liés à l'histoire de notre société par rapport à la division des tâches du travail et du savoir ? En effet, il y eut une période dans notre histoire où l'on pensait qu'homme et femme se complétaient²¹⁷. Depuis la préhistoire, ils avaient des tâches spécifiques à leur sexe. À l'heure actuelle, homme et femme devraient se ressembler et pouvoir effectuer les mêmes tâches, tant au niveau de la sphère privée que professionnelle, c'est ce qu'avait prédit Badinter.

Or, on remarque que les inégalités sont toujours ancrées dans notre société comme l'a étudié Sabine Fortino, sociologue.²¹⁸ En effet, selon

²¹⁷ BADINTER, Elisabeth. La complémentarité originelle des sexes. In : *L'Un est l'Autre*. Paris : Odile Jacob, 1986, p. 23-63.

²¹⁸ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 216.

elle, la mixité ne semble pas être une solution à l'égalité²¹⁹. On constate que les visions de chaque sexe sont empreintes de représentations lorsqu'il s'agit de décrire l'autre. Et c'est ce phénomène qui ne permet pas à la situation d'avancer rapidement.

Pour revenir aux préférences du client, nous avons mentionné, dans la description du rôle infirmier en psychiatrie à la section 2.5., que la prise en compte de la culture est importante lors des soins. Dans diverses cultures, homme et femme n'ont pas le même statut ni les mêmes rôles au sein de la société. En tant que soignant, nous devons respecter ces valeurs là.

La complémentarité paraît être utilisée pour les soins aux clients. Aucun témoignage d'infirmier ne nous permet de mettre en évidence si cette division sexuée se produit dans d'autres situations de groupe. Les hommes ne s'en rendent-ils pas compte parce qu'ils sont privilégiés ? Ou n'y a-t-il pas de différences significatives ?

On constate néanmoins que la répartition des tâches ne se fait pas de la même manière, qu'on soit dans un milieu professionnel masculin ou un milieu féminin²²⁰. Celle-ci peut tantôt être au détriment des hommes, tantôt au détriment des femmes.

Les personnes utilisant cette notion de complémentarité sont des infirmiers plus expérimentés, plus de dix ans d'expérience. Ils ont probablement, au travers de leur parcours, vécu des situations où ils ont pu se pencher sur la question.

À l'unanimité, les infirmiers perçoivent la collaboration avec leurs collègues féminines positive et enrichissante, notamment par rapport aux éléments étudiés au début de ce chapitre : personnalité, caractère, expérience, éducation, sensibilité qu'ils peuvent partager. Un infirmier mentionne à ce moment-là, qu'il est évident qu'homme et femme aient ces caractéristiques différentes, puisque leurs rôles dans la société sont aujourd'hui encore marqués. « [...] *Une autre sensibilité aux situations, vu qu'on a des corps différents, des rôles différents dans la société*

²¹⁹ On pensait que plus les milieux de travail seraient mixtes (se rapprochant du 50/50), plus on évoluerait vers une égalité des sexes.

²²⁰ FORTINO, Sabine. Une mixité ni faite ni à faire. In. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 150-158.

encore aujourd'hui, c'est un point de vue ». Bien entendu, il précise qu'on ne peut pas généraliser ce phénomène.

À nouveau, la grande majorité des participants n'a pas attribué ce fait-là au genre - comme étudié plus haut dans cette analyse - et n'en font aucun lien.

Les termes utilisés par les hommes pour qualifier une femme selon une étude de Fortino sont : « *douces, pas assez autoritaires, douées pour le contact sauf en cas de conflit, méchantes entre elles, jalouses, intuitives mais pas assez raisonnées, précises, même trop chipoteuses* ». Ceci dresse un portrait peu valorisant des femmes. Or, les infirmiers interviewés, eux, n'ont émis que des avantages à travailler avec des infirmières.

Y-aurait-il à nouveau cette crainte des clichés et par là, des non-dits par rapports à cette collaboration concernant d'éventuels points négatifs ?

Quelques infirmiers indiquent que les infirmières se sentent, dans certaines situations, notamment lorsqu'il s'agit de violence de la part de la clientèle, rassurées de travailler avec eux et apprécient le fait de travailler en équipe mixte. « *Elles nous disent que ça les rassurent qu'on soit là. Parce qu'il peut y avoir des problèmes d'agressivité, de violence* ».

Un infirmier représente pour le patient une figure autoritaire. Cette notion est toujours connotée. En effet, notre éducation est toujours stéréotypée et les jeunes garçons doivent devenir grands et forts²²¹, bien que cette tendance soit en légère diminution. Parini approuve ce phénomène et stipule que nous sommes conditionnés à adopter les comportements attendus de notre sexe. Les hommes étaient conditionnés pour représenter l'autorité, assurer la sécurité et dominer sur la famille et ils sont toujours perçus comme tel.²²² On remarque tout de même que l'éducation, actuellement, est

²²¹ BADINTER, Elisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Ed. Odile Jacob, 1992.

²²² PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006, p. 129.

ambivalente. On souhaite l'égalité mais également maintenir une certaine différence entre les sexes²²³.

En psychiatrie, les hommes sont mis en première ligne lors d'une situation de crise, ceci, dans le cas contraire, au risque de voir leur virilité mise en doute, ces derniers étant plus jugés en tant qu'hommes que professionnels. Il leur arrive alors de passer pour le mauvais objet auprès de la clientèle, comme on a pu le voir précédemment dans le cadre théorique.²²⁴

Les valeurs qu'on attribuait à la profession infirmière sont liées aux valeurs qu'on attendait des femmes, à savoir la patience, le maternage, la douceur selon Pierre Bourdieu, sociologue français. Cela encourage la vision de cette profession comme étant un milieu « féminisé » encore aujourd'hui. De plus, les soins infirmiers qui étaient assurés par les religieuses favorisent cet état de fait.²²⁵

On peut faire le lien avec la notion d'identité décrite par Louise Bujold, infirmière et anthropologue. Selon elle, l'identité personnelle est celle qui identifie l'individu comme étant un être particulier et singulier mais pouvant appartenir à un groupe. L'identité personnelle est incluse dans l'identité professionnelle, celle-ci permettant au rôle et à la fonction de l'individu d'être reconnus par la société.²²⁶ L'identité féminine correspondrait donc parfaitement à la profession infirmière. Et l'identité masculine alors ?

On éduque toujours les garçons en fonction de leur sexe²²⁷, donc correspondant aux normes de la virilité, bien que selon Ferrand, cette situation évolue et que les valeurs viriles perdent de leur prestige. Ne sont-ce pas deux identités difficiles à concilier, d'être un homme-infirmier ?

²²³ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004, p. 49.

²²⁴ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, p. 155.

²²⁵ Pierre Bourdieu cité par BOCHATAY, Mélanie. FORESTI, Delphine. *Les hommes en blanc* : Mémoire de fin d'études, Lausanne, 2008.

²²⁶ BUJOLD, Louise. La profession infirmière : développement et tendances. In : DALLAIRE, Clémence (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008, p. 443.

²²⁷ BADINTER, Élisabeth. *L'Un est l'Autre*. Paris : Odile Jacob, 1986, p. 308-309.

Nouveau paradoxe, en psychiatrie, les hommes étant les plus confrontés aux problèmes de violences semblent à nouveau en contradiction avec les « valeurs » de la profession.

Pour terminer avec la spécificité de la collaboration en psychiatrie, nous revenons sur un propos qui a suscité notre intérêt. « *On ne porte plus de blouse, c'est une volonté institutionnelle de diminuer les barrières entre soignant-soigné, pour être beaucoup plus proches d'eux* ».

La tenue vestimentaire libre permettrait au soignant d'être plus proche de sa clientèle. Mais en serait-il de même pour la relation soignant-soigné ? Notre tenue nous définit passablement et nous permet de nous dévoiler en quelque sorte. Ceci renforcerait-il les liens ? En se sentant tout d'abord homme et femme plutôt qu'infirmier et infirmière ?

5.1.3. Le partage d'émotion entre infirmier et infirmière

Les participants mentionnent qu'il est important pour tous les collaborateurs²²⁸ d'exprimer leurs ressentis et émotions par rapport à une situation quelconque. Ils les encouragent à le faire. Ils affirment qu'il est parfois nécessaire de se dévoiler au sein de l'équipe. « *On parle de situations de patients, on doit donc aussi s'exposer* ». Certains participants signalent qu'ils se confient indifféremment s'il s'agisse d'un homme ou d'une femme. Tout ceci permet de renforcer la cohésion du groupe. Ils rajoutent cependant que le fait de travailler en psychiatrie - où la communication est un élément clé de la prise en charge - n'empêche pas d'avoir des tensions au sein de l'équipe soignante. « *On est censé être des spécialistes de la communication mais je ne pense pas que ça préserve des conflits* ».

On constate qu'une bonne cohésion d'équipe de soins peut influencer sur la prise en soins de manière positive. Dans les différents facteurs²²⁹ de cohésion, la proximité physique, la communication et l'attrait pour

²²⁸ Il s'agit de collaborateurs et collaboratrices.

²²⁹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson, 1996, p. 84.

le groupe renforcent ici spécialement la dynamique de l'équipe de soins.

5.2. L'influence dans l'équipe mixte

5.2.1. La perception des jeux d'influence

Deux conceptions du mot « influence » ressortent fortement dans les entretiens effectués. D'une part, ce terme signifie « *vouloir changer l'avis de l'autre* », ou « tout faire pour obtenir ce que l'on veut », ou encore « *manipuler* », « *tromper* ». D'autre part, pour les infirmiers, influencer signifie « *faire accepter mes idées à l'autre par l'argumentation* » ou alors « *encourager, soutenir, conseiller, motiver* ». Notons que ces derniers termes sont relatés par des infirmiers dont la propre expérience peut justement avoir une incidence sur les autres collaborateurs, selon leur avis. La plupart des infirmiers ont identifiés ces deux visions de l'influence à la fois.

L'influence est donc perçue de deux manières distinctes. Celles-ci sont distinctes déjà à l'écoute, dans le ton de la voix et la façon de s'exprimer des participants. Elle peut ainsi être positive lorsqu'il s'agit d'utiliser ses connaissances, ses compétences, afin d'« encourager », de « motiver » et de « soutenir » l'équipe ou un membre de celle-ci. Elle est alors perçue négativement si celle-ci prend en compte des notions de manipulation, ou de moyens détournés pour obtenir ce que l'on souhaite. Elle semble cependant être inévitable : « *En tout cas, je pense qu'on ne peut pas les éviter. Maintenant en être conscient, je pense que c'est pas mal pour équilibrer les choses dans l'équipe* ».

Comme on l'a vu dans le concept du pouvoir, l'influence peut devenir un terme négatif, sous-tendant des notions de manipulation. Hors, les infirmiers interviewés, ont une autre vision de celle-ci. Pour eux, l'influence peut prendre la forme d'encouragements, de soutien d'autres membres de l'équipe, de conseils. Une influence très professionnelle. « *J'ai de l'influence parce que j'ai de l'expérience* ».

Notre comportement est biaisé par l'effet de groupe par différents mécanismes conscients ou inconscients. Le groupe en tant qu'entité possède une certaine force sur les individus pris séparément. On

retrouve les phénomènes de « contagion » et de « comparaison sociale » comme l'ont démontré de nombreuses recherches reprises par Fischer²³⁰.

En effet, une équipe de soins est un groupe. Dans l'équipe infirmière, du fait de l'importance du travail en équipe, les comportements ou les opinions des différents protagonistes doivent subir quotidiennement d'innombrables distorsions du fait de ces deux phénomènes que sont la contagion et la comparaison sociale. Ces relations ne se déroulent pas nécessairement par la volonté de l'un ou de l'autre d'influencer un membre ou le reste du groupe. C'est déjà le phénomène de groupe lui-même qui modifie les opinions.

Les hommes pourraient-ils être plus influents car semblent plus « leaders » que les femmes ? De plus, ceux-ci sont fortement appréciés au sein de l'équipe et selon Fischer, une personne devient leader – entre autres facteurs – lorsque ses relations avec le groupe sont bonnes.²³¹

Lorsqu'on argumente ou qu'on motive un membre de l'équipe, qu'il soit étudiant, ou professionnel, certes on fait passer son point de vue mais on le fait aussi adhérer à notre opinion de façon consciente ou inconsciente par ces phénomènes étudiés par Fischer. Ces modes de persuasion seraient donc une forme de « manipulation positive » ?

Être conscient que des jeux d'influence sont omniprésents au sein d'un groupe pourrait-il être bénéfique et améliorer la qualité de la collaboration et la prise en soins ? Ou alors, ceci pourrait-il être néfaste, puisque on sait que l'influence du groupe, par le phénomène de conformité permet d'éviter de nombreux conflits en modérant les avis de chacun²³² ?

²³⁰ FISCHER, Gustave-Nicolas. L'influence sociale. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 64-66.

²³¹ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p. 113.

²³² FISCHER, Gustave-Nicolas. L'influence sociale. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 80-81.

5.2.2. Les moyens pour influencer

Deux types de moyens ressortent dans les entretiens. La mobilisation de connaissances et l'argumentation semblent être un moyen pour les uns. *« On va argumenter, utiliser ce qu'on a observé, nos connaissances, nos expériences »*. On influencerait par conviction selon un participant, en mettant en avant son point de vue, sans pour autant chercher à modifier l'opinion de son interlocuteur (-trice).

« S'il y a une situation qui se présente et que j'ai les bons arguments par rapport à mon expérience, mon vécu, mon bon sens ou l'aspect émotionnel, et que je dois faire passer mon point de vue, je vais utiliser l'influence ».

Pour les autres, on peut ressortir des éléments tels que « la bonne relation avec les collègues », la « *capacité à parler* ». Ces éléments permettent d'influencer.

De plus, la plupart des participants évoquent spontanément la séduction en mentionnant que tout le monde possède un potentiel de séduction mais sans nécessairement prendre conscience de celui-ci. Il faut également spécifier que la technique utilisée pour influencer un ou une collègue est indifférente aux hommes ou aux femmes.

Les moyens utilisés pour influencer sont reliés au type d'influence que les participants perçoivent. En effet, par des moyens détournés, tels que la capacité d'un individu à capter l'attention ou le sentiment qui lie les différents soignants, ou encore la séduction, il s'agirait d'une influence plutôt négative selon eux. On constate par contre, que ces derniers peuvent être tout à fait anodins, ne cachant pas de but précis. D'un autre côté, l'influence vécue positivement se caractérise par la mobilisation de connaissances pour faire passer son message. Tels sont ces différentes notions évoquées par les participants.

Par rapport à la séduction, on constate qu'ils perçoivent que chaque individu séduit à sa manière et que cette séduction peut être bénéfique ou, au contraire, néfaste. Pour la plupart des infirmiers interrogés, l'influence se différencie très peu de la séduction. Cette séduction est un outil pour influencer. Nous en parlerons ci-dessous.

5.2.3. Les conséquences des jeux d'influence

5.2.3.1. Les conséquences sur la dynamique du service et la prise en soins

Les conséquences sont enrichissantes pour l'équipe lorsqu'il s'agit d'influence professionnelle, se caractérisant par une justification des propos et la mise en avant des connaissances. « *Amener l'autre à voir la chose différemment* ». Celle-ci se répercute sur la prise en soins et l'optimise.

Elle est néfaste pour le groupe, lorsque cette influence est utilisée pour des avantages individuels ou lorsque son objectif est d'imposer son point de vue à n'importe quel prix sans être, justement, pertinent.

Une équipe de soins est un groupe formel, répondant donc à une organisation et une hiérarchie. Chaque membre a un rôle précis. Dans ces groupes formels peuvent apparaître des groupes informels. Ceux-ci sont imprévus. Ils peuvent se former par affinités.²³³ On pourrait alors se demander si les effets de ces groupes informels sont négatifs comme le perçoivent les infirmiers interrogés ou si ces groupes peuvent également devenir une source enrichissante ?

Selon Fischer, la volonté de vouloir prendre un avantage sur le groupe est néfaste pour la cohésion. Si le but de chacun n'est pas identique à celui du groupe, c'est le groupe qui en pâtit.²³⁴ De plus, si l'on retrouve une compétitivité intra-groupe, la cohésion de celui-ci en est défavorisée²³⁵.

Nous remarquons toutefois, que la volonté de trouver un consensus de groupe neutralise l'esprit critique. On en

²³³ FISCHER, Gustave-Nicolas. L'influence sociale. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 222.

²³⁴ FISCHER, Gustave-Nicolas. L'influence sociale. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 242.

²³⁵ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson, 1996, p. 84.

revient donc aux notions de conformisme.²³⁶ Dans les soins, les décisions sont pourtant basées sur des consensus de groupe. Les décisions de l'équipe soignante sont pertinentes puisque basés sur un consensus mais limiteraient-elles l'esprit critique des collaborateurs ?

À l'inverse, par nos arguments, notre expérience, nous pouvons faire passer un message approprié et ainsi augmenter la qualité de la prise en soins.

5.2.3.2. Les conséquences sur l'infirmière ou l'infirmier

Selon les infirmiers, l'effet négatif des jeux d'influence, au niveau du groupe, est la formation de clans. L'individu membre de ce groupe est donc touché. Celui-ci peut se sentir mis de côté et ainsi dévalorisé.

La personne « victime » d'influence est marginalisée lorsque l'équipe se scinde. Ce phénomène peut entraîner des problèmes de communication, une certaine distance entre les individus, et, évidemment, des désaccords. Tous ces éléments sont, à nouveau, des facteurs défavorisant la cohésion.

D'un autre côté, la personne influente, vue comme un leader, peut favoriser l'intégration d'un individu dans le groupe grâce à ses conseils, son expérience.

5.3. La séduction dans l'équipe mixte

5.3.1. Les définitions de la séduction

Dans les conceptions de chacun, la séduction est une forme d'influence.

La séduction prend souvent la forme de manipulation dans les entretiens. Les personnes interrogées sont bien au clair avec le sens de cette séduction. Ils ne l'entendent pas forcément comme charmer lors d'une attirance sexuelle, bien que certains infirmiers avouent être sensible au charme féminin, mais ne se rendent pas compte à quel point

²³⁶ FISCHER, Gustave-Nicolas. L'influence sociale. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005, p. 243.

ceci aurait un impact sur la collaboration avec leurs collègues féminines. « *Il ne faut pas mentir sur sa nature humaine, une infirmière reste une femme avant tout* ».

La séduction apparaît également comme un élément permettant de tisser des relations au sein de l'équipe et de « *rigoler* ».

Notre grand souci était que les personnes interrogées entendent la séduction comme étant seulement synonyme de « drague ». Par conséquent, nous avons peur que ceux-ci soient désarçonnés par rapport à cette notion. Ce type de séduction n'ayant pas lieu d'être dans ce milieu professionnel.

Au contraire, ils ont parfaitement insisté sur la neutralité²³⁷ de cette séduction.

Il est vrai que les préférences sexuelles des infirmiers peuvent jouer un rôle au niveau de la collaboration avec leurs collègues féminines, mais nous n'avons pas abordé ce sujet, celui-ci étant trop intime.

Nous reviendrons sur ces types de séduction dans les pages suivantes.

5.3.2. Les moyens pour séduire

Selon les infirmiers, on séduit de la même manière, qu'on soit un homme ou une femme. Chacun semble avoir des caractéristiques « séduisantes ». « *Si je suis séduisant, c'est par ma sincérité* ».

Quelques infirmiers ont mentionné qu'ils utilisaient la séduction pour des situations de fonctionnement du groupe (changement d'horaire, aide dans d'autres services) par des sourires, en vantant les qualités de l'autre, en exprimant ses ressentis ou par différentes techniques propres à chacun. Ils dévoilent néanmoins qu'ils préfèrent « *soulager* » tout de même une collègue plutôt qu'un collègue. Cette séduction semble rester à ce niveau là. Les infirmiers insistent sur la conscience des limites professionnelles.

²³⁷ La neutralité de la séduction signifie qu'elle est entendue à un sens large, comme étant le fait de se vendre, de chercher à plaire.

On constate que les moyens utilisés pour séduire sont très proches de ceux étudiés dans la problématique. Voici quelques moyens permettant de séduire selon Cifali :

- Se montrer gentil, attentionné ;
- Donner à l'autre ce qu'il attend ;
- Être souriant ;
- Complimenter ;
- Faire plaisir ;²³⁸

Les infirmiers ont rajouté à cela l'expression des ressentis. En se dévoilant serait-on mieux accepté ? Ceci renforcerait-il les liens entre individus ?

5.3.3. La perception des jeux de séduction dans l'équipe soignante

La séduction est présente dans toutes les relations, mais en excès, elle peut être néfaste, notamment lorsqu'on entre dans des notions de pouvoir, ou lorsqu'elle s'exerce au détriment d'autrui. Elle peut également être de mauvais goût, lorsque les professionnels n'utilisent que cette forme de communication au sein du groupe sans en avoir forcément conscience. Ces phénomènes restent, néanmoins, assez rares.

De plus, des situations entre homme et femme, telle que celle étudiée dans la problématique de la section 2 arrivent fréquemment lors de discussions informelles. Ces situations permettent de se détendre, de rire et semblent anodines et n'ayant aucun impact négatif sur la collaboration, bien au contraire. Il s'agit de jeux sur les différences et stéréotypes sexuels.

« C'est agréable de faire des compliments, de recevoir des compliments ».

Cette « séduction festive » comme la nomme Mireille Cifali, permet d'engager la relation. Par cette séduction, on renforce les liens entre les individus²³⁹, on réduit la distance qui nous sépare de l'autre²⁴⁰. On

²³⁸ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique. Paris : PUF, 1994, p. 193-193.

²³⁹ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique. Paris : PUF, 1994, p. 191.

assure ainsi la « fonction facilitation » du groupe centrée sur les échanges et la participation de chaque membre²⁴¹. Cifali ajoute que l'on utilise plutôt le verbe « plaire » que « séduire ». Serait-ce par l'ambiguïté que crée ce terme ? Ou parce que dans notre société, il pourrait encore être perçu comme étant uniquement une stratégie malsaine. En effet, en latin, cette notion signifiait « *détourner de son chemin propre* ». Il y avait là une connotation de corruption renvoyant à la tentation du diable.²⁴²

Ce type de séduction ne se déroulerait-il pas majoritairement en équipe mixte, puisqu'on compose avec les différences ?

Il semble toutefois difficile de savoir si l'utilisation de la séduction n'est pas un stratagème, si celle-ci n'aurait pas d'autres buts plus sournois. Cette envie de plaire peut, parfois, devenir suspecte.²⁴³

Lorsque les infirmiers mentionnent que la séduction n'a pas sa place dans les soins, ils parlent de séduction entraînant des rapports de pouvoir ou des notions de manipulation. Dans la « séduction emprise » on retrouve en effet, la notion de domination. Par cette séduction, on cherche à s'emparer de l'autre. La prise de pouvoir ne se fait ni par la force, ni par l'autorité, la personne sous cette emprise ne s'en rend donc pas compte et croit agir selon sa propre volonté.²⁴⁴ Pourtant, selon certains participants la personne usant de cette stratégie est rapidement cernée par l'équipe.

La personne séduite, elle, s'en rend-elle compte ? Ou comme on vient de le voir, se croit libre dans ses choix ?

²⁴⁰ WAINRIB, Steven. Les ambiguïtés de la séduction. *Dialogue : Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2^e trimestre 2004, p. 17-21.

²⁴¹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson, 1996, p. 69.

²⁴² WAINRIB, Steven. Les ambiguïtés de la séduction. *Dialogue : Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2^e trimestre 2004, p. 17-21.

²⁴³ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 192.

²⁴⁴ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 198.

5.3.4. Les conséquences des jeux de séduction

5.3.4.1. Les conséquences sur la dynamique du service

Par rapport à l'équipe, deux conséquences liées à des relations de séduction ressortent nettement.

Soit l'équipe peut voir sa cohésion renforcée, ceci par le biais d'une « séduction festive ». Des liens et des affinités naissent de cette sorte de séduction.

Soit, des clans peuvent se former lorsque la séduction se manifeste par la « *manipulation* » qui permet à la personne séductrice de rallier des collaborateurs à sa cause. Ceci clive l'équipe et entraîne un dysfonctionnement dans le groupe, tout comme dans l'influence.

En outre, selon certains participants, une personne séductrice peut se faire protéger en cas de faute, ou de mauvais comportement par un autre membre de l'équipe sous son emprise. Ce phénomène est bien évidemment rare, car les professionnels « *séducteurs* » et « *manipulateurs* » sont vite recadrés.

La séduction peut avoir des conséquences plutôt négatives sur la qualité de la collaboration. Comme on l'a constaté, si le groupe est perturbé, c'est toute la prise en soin qui en subit les conséquences. L'équipe doit avoir des buts et des objectifs de fonctionnement et de prise en soins clairs et communs afin d'optimiser sa « productivité ».²⁴⁵

On retrouve dans les propos de Michel Nadot, infirmier en psychiatrie et docteur en sciences de l'éducation et sciences humaines, le terme de régulation utilisé pour la pratique des soins infirmiers. En effet, la « pratique de régulation » permet d'anticiper ou de gérer les conflits. Si cette pratique n'est pas prise en compte, on peut retrouver des dysfonctionnements au sein de l'équipe ou en augmenter les chances. Cette pratique permet donc de « maintenir un

²⁴⁵ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In. *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson, 1996, p. 69.

équilibre dans l'activité de l'infirmière entre l'énergie de production et l'énergie de récupération ». ²⁴⁶

De plus, la personne ayant pour principal moyen de communication, la séduction, utilisera probablement celle-ci pour la relation au client. Ce phénomène serait néfaste pour la prise en soins, le client pouvant être perturbé au niveau cognitif et affectif, a besoin d'une relation thérapeutique sans ambiguïtés. Il pourrait interpréter de façon erronée le comportement du soignant (-e).

5.3.4.2. Les conséquences des jeux de séduction sur la prise en soin ou le client

Comme développé précédemment, certains jeux de séduction peuvent scinder une équipe. L'énergie utilisée dans le conflit ou dans sa résolution se fait au détriment du client. En effet, selon les participants, résoudre un conflit au sein de l'équipe est beaucoup plus éprouvant que certaines prises en charges problématiques. De plus, selon un participant, les clients ressentent fortement la situation de l'équipe. Si celle-ci se trouve dysfonctionnelle et n'a plus de cohérence, des clivages de la part du client sont fréquents.

L'équipe dysfonctionnelle ne remplit pas correctement sa fonction. En effet, l'attitude et la cohésion d'équipe doivent être optimales pour donner des repères à la clientèle. ²⁴⁷

En outre, comme dans tous les « métiers de l'humain », le pouvoir est une dimension non contestable où peu de garde-fous sont posés selon Cifali. Ainsi, dans la relation au client, seule la responsabilité du soignant agirait comme garde-fou. ²⁴⁸ On perçoit ici la nécessité d'une éthique.

²⁴⁶ NADOT, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In : DALLAIRE, Clémence (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008, p. 359-382.

²⁴⁷ MALAREWICZ, Antoine. Manipulation, séduction et transfert. *Soins psychiatriques*. Janvier/février 2003, n° 224.

²⁴⁸ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 202.

Cependant, outre les notions de pouvoir, la séduction semble être essentielle à tout fonctionnement de groupe.²⁴⁹

5.3.4.3. Les conséquences des jeux de séduction pour l'infirmière et l'infirmier

Les infirmiers apprécient le fait de recevoir des compliments ou l'utilisation de l'humour. Ceci permet de détendre le climat de travail, et a un impact sur chaque soignant.

Tout comme l'influence, certains jeux de séduction se déroulant au sein de l'équipe de soins, peuvent scinder cette équipe et ses membres peuvent se retrouver mis de côté. Ces phénomènes engendrent de grosses pertes d'énergies.

L'équipe met en place des supervisions ou organise des colloques afin d'aider le « séducteur » à mettre en place d'autres stratégies de communication.

La « séduction festive » permet de créer des relations. En se montrant chaleureux, agréable, on cherche à être accepté. La personne « séduite », elle, se sent valorisée, et sa spécificité est appréciée.

La séduction peut masquer le pouvoir (« séduction emprise »). La personne séduite peut ne pas s'en rendre compte, elle est leurrée et croit agir selon sa volonté, alors qu'on cherche, en définitive, à gommer ses différences.²⁵⁰

Toute personne, dans les professions socio-sanitaire ou éducative, devrait s'interroger sur sa propre séduction d'après Cifali.²⁵¹ Par mon comportement, suis-je thérapeutique ? Comment le client ou mes collègues peuvent-il interpréter mon attitude ?

²⁴⁹ LEMAIRE, Jean-G. Séduction, amour, pouvoir. *Dialogue : Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2^e trimestre 2004.

²⁵⁰ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 198.

²⁵¹ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 202.

5.4. Les notions théoriques des participants

5.4.1. Les liens entre les notions d'influence, de séduction et de pouvoir

Les différents liens que font les infirmiers entre ces termes sont directement corrélés à la perception qu'ils ont de ceux-ci.

La séduction est tantôt perçue comme une stratégie, tantôt comme une ressource dont tout un chacun dispose. « *Un bien spécifique que tout le monde possède* ».

Certains voient le pouvoir comme une notion de contrainte, de force. La séduction apparaît plus sournoise, synonyme de manipulation ou d'envie de plaire.

Pour les infirmiers, l'influence et la séduction doivent être équilibrées, puisqu'on sait qu'elles sont inévitables. « *En exagérant une des notions, on peut pervertir* ».

Les informateurs n'ont pas eu de difficultés à émettre des liens entre la séduction, l'influence et le pouvoir. Cette consigne nous a permis d'identifier avec plus de précision leur conception de ces termes.

La séduction fait partie intégrante de notre personnalité, on ne peut pas la nier, d'après Antoine Malarewicz, médecin psychiatre. Il ajoute qu'aucune communication n'est neutre. En effet, notre fonction au sein de la société, notre statut pourrait déjà avoir un impact sur autrui, avant même que nous ayons pris la parole.²⁵²

Comme l'a évoqué un participant, trouver un équilibre entre ces notions serait-il judicieux ? Toutefois, sans ayant des intentions particulières d'ascendant sur l'autre, une personne peut être uniquement influente de par sa fonction, ses relations. Reste donc à savoir si ceci est bénéfique pour autrui ou non.

²⁵² MALAREWICZ, Antoine. Manipulation, séduction et transfert. *Soins psychiatriques*. Janvier/février 2003, n° 224.

5.5. Synthèse

Dans ce chapitre, nous revenons sur les éléments clés de l'analyse. En dernière partie, nous répondrons à la question centrale suivante :

« D'après l'infirmier en psychiatrie, en quoi les rapports de séduction entre infirmiers-infirmières influencent-ils leurs pratiques professionnelles ? »

Avant de revenir aux points clés de cette recherche, il est important de signaler qu'on vit toujours dans une société où les stéréotypes liés au genre sont fortement ancrés. On remarque, en outre, que, malgré les efforts pour passer au-delà de ces clichés, ceux-ci semblent inévitables. Il paraît ainsi difficile de s'en défaire.

Si l'on revient aux différents thèmes abordés, pourrait-on imaginer que le fait que cette équipe mixte soit enrichissante pourrait être lié au genre ? Certes, nous avons des caractéristiques vraisemblablement innées, mais de nombreux traits de personnalité ne dépendent-ils pas de l'éducation reçue ?

Un point également intéressant concerne la satisfaction que semblent retirer les infirmières – selon les confessions des infirmiers – de la mixité du groupe. Par leur présence, elles se sentent rassurées et, si l'on se fie au cadre théorique, elles apprécieraient cette ambiance d'équipe. Les infirmiers semblent, par ailleurs, en retirer des avantages et ne semblent pas être dérangés par le fait de se retrouver au premier plan lors de situations de crises, contrairement à ce que l'on a étudié dans le cadre.

En ce qui concerne l'influence. Celle-ci est perçue soit positivement, soit négativement. En effet, pour les informateurs, l'influence consistant à donner des conseils, argumenter son point de vue et motiver ses collègues permet à l'équipe de renforcer sa cohésion, la pertinence des décisions et ainsi améliorer la qualité des soins. On retrouve dans ceci la notion de leadership.

À contrario, lorsque l'influence est utilisée à des fins plutôt personnelles, celle-ci est néfaste pour le groupe et péjore ainsi les prises en soins.

Nous en venons maintenant à la séduction. Celle-ci semble être indifférente à un sexe ou à l'autre. Les moyens utilisés pour séduire ainsi que les personnes séduites ne dépendent pas du sexe des membres du groupe. Il faut toutefois rajouter que les participants – selon leurs préférences sexuelles – peuvent être sensible au charme de leurs collègues féminines.

Cette séduction, très enrichissante, sert aux différents membres du groupe à créer des liens entre eux. Celle-ci semble indispensable et inévitable. Chacun posséderait un potentiel de séduction.

L'autre versant de cette séduction, est celle qui cherche à dominer l'autre. Comme on l'a vu pour l'influence, elle entre en jeu, lorsqu'elle est utilisée pour des avantages personnels. Le groupe peut en subir les conséquences et dysfonctionner. Les membres de celui-ci n'ayant plus les mêmes buts ou objectifs. C'est ainsi que la prise en soins à la clientèle en pâtit. En effet, le temps utilisé pour la gestion des tensions se fait au détriment du client. Un membre de l'équipe utilisant principalement la séduction pour communiquer, risque d'utiliser cette technique avec la clientèle, ce qui pourrait perturber la relation thérapeutique.

On constate, toutefois, que les relations dysfonctionnelles sont vite repérées par les autres membres du groupe qui peuvent ainsi aider la personne séductrice à adopter d'autres stratégies relationnelles. De plus, ces situations arrivent rarement.

Nous terminerons ce chapitre avec cette phrase d'Antoine Malarewicz, psychiatre : *«Toute personne en relation avec d'autres a besoin que celles-ci aient des comportements favorables vis-à-vis d'elle, et toute personne un tant soit peu intelligente s'aperçoit vite que la meilleure façon d'obtenir une faveur n'est pas toujours de le demander, même gentiment»*.²⁵³

5.6. Mise en commun de résultats des analyses²⁵⁴

Nous nous attachons, maintenant, à répondre à la question centrale commune à nos deux recherches:

« En milieu psychiatrique, en quoi les rapports de séduction entre infirmiers et infirmières influencent-t-ils leurs pratiques professionnelles ? »

²⁵³ MALAREWICZ, Antoine. Manipulation, séduction et transfert. *Soins psychiatriques*. Janvier/février 2003, n° 224, p. 20.

²⁵⁴ Pour mieux identifier les participantes-femmes, les participants-hommes et les participants hommes-femmes, nous réutilisons les prénoms fictifs Alexandra et Antoine – utilisés dans la problématique – pour symboliser le groupe femme, le groupe homme et les deux.

Tout d'abord, nous constatons que les points de vue d'Alexandra et d'Antoine se ressemblent beaucoup. Nous n'avons pas remarqué de contradiction marquée.

Concernant la mixité de l'équipe soignante, nous constatons que les visions d'Alexandra et d'Antoine – soit, des deux sexes - se rejoignent. En effet, tous deux s'accordent à dire que la mixité est enrichissante de par les caractéristiques de chacun. Selon eux, la complémentarité des rôles sexués permet une prise en soins de meilleure qualité. Alexandra et Antoine affirment qu'homme et femme ont un regard différent, alors que l'un et l'autre portent sensiblement le même regard sur ce sujet. N'y a-t-il pas là un paradoxe ? Assisterait-on là au phénomène évolutif de la « ressemblance des sexes » ?

Leur vision des équipes purement féminines est plutôt négatif. En effet, ils pensent que la dynamique d'équipe est plus conflictuelle. Alexandra estime que les hommes savent mieux gérer les conflits. Antoine, lui, se sent « chouchouté » par sa collègue féminine. Ces phénomènes seraient-ils liés au fait que les hommes sont valorisés par l'équipe du fait de leurs compétences relatives à la gestion de conflits ?

Alexandra a spontanément répertorié les qualités de chaque sexe. Quant à Antoine, il s'est peu intéressé aux stéréotypes masculins/féminins. Il a verbalisé son inquiétude face au fait de ne mettre en avant que des clichés hommes-femmes. Serait-il plus difficile pour Antoine de critiquer les caractéristiques des femmes risquant ainsi de se voir traiter de « macho » ?

La spécificité de la relation d'Antoine et d'Alexandra en milieu psychiatrique souligne la complémentarité sexuée dans l'approche du client. Antoine ne cite que la symbolique du couple en rapport avec la notion de transfert. Alexandra, quant à elle, identifie d'autres situations où la complémentarité des rôles est marquée – e.g. : en situation de crise, les hommes sont en première ligne. Antoine pense qu'Alexandra se sent rassurée en sa présence, lors de situation de violence. Alexandra le confirme : elle se sent plus en sécurité. Les stéréotypes masculins/féminins traduiraient cette division sexuée des tâches professionnelles.

Antoine et Alexandra se confient l'un à l'autre. L'identité sexuelle de l'interlocuteur n'est pas leur priorité contrairement aux affinités développées.

Antoine est partagé. Pour lui, l'influence peut prendre tantôt l'apparence de l'argumentation et de la motivation, tantôt de la tromperie ou de la

manipulation. En fonction de cette conception, il perçoit ce phénomène comme inévitable, positif ou négatif, dans l'équipe soignante. De son côté, Alexandra rencontre des difficultés à décrire cette notion. En effet, elle ne la définit pas clairement mais la met en parallèle avec le pouvoir. Celui-ci, qu'elle considère comme néfaste, colore sa perception de l'influence de manière négative. Toutefois, Alexandra donne un unique exemple, un exemple d'influence positive : le modèle.

Antoine et Alexandra s'accordent à dire que la séduction fait partie intégrante des moyens d'influencer.

Alexandra perçoit la séduction comme étant principalement le charme. La séduction, selon elle, permet d'apprendre à connaître l'autre. Alexandra souligne bien que la séduction en milieu professionnel ne s'apparente pas à la « drague ». Pour Antoine, la séduction est un moyen de plaire, une forme d'influence. Les deux protagonistes soutiennent, cependant, que la séduction peut être utilisée comme un moyen de manipuler ses collègues. De plus Antoine ajoute que ce type de séduction est rapidement identifié par les autres membres de l'équipe et limité.

Pour les deux collègues, qu'on soit homme ou femme, nous séduisons. Selon Antoine, les moyens de séduire sont identiques aux deux sexes. Alexandra nuance ces propos, elle considère que la femme est plus séductrice. La femme devrait-elle user de séduction de façon plus soutenue que l'homme pour pallier son manque de « pouvoir sexué » ?

Les interactions se rapportant à la situation problématique se produisent quotidiennement selon les dires d'Antoine et de sa collègue. Ces événements banals, tellement ancrés dans le quotidien seraient-ils de ce fait plus difficiles à conscientiser ?

Les sourires, la politesse, la gentillesse, les compliments sont des moyens de séduire énumérés par les deux soignants.

Lorsqu'Alexandra et Antoine se séduisent, ils se sentent valorisés, acceptés et aimés. De ce fait, ils se sentent bien intégrés dans l'équipe de soins. Alexandra pense que la séduction permet de plaisanter, de « délirer », de créer des liens, une alliance, cela nourrit la cohésion de groupe. Antoine partage cet avis et rajoute que ces situations de séduction permettent de détendre l'atmosphère au sein de l'équipe par une certaine convivialité. La cohésion de groupe, en particulier, permet d'accroître la performance. En milieu de soins, la

performance peut être mise en relation avec la qualité des soins prodigués. Alexandra et Antoine insistent sur l'importance d'une harmonie d'équipe. Ainsi, la collaboration entre soignants se développe entraînant de ce fait des consensus liés aux buts et aux objectifs de la prise en soins, à l'analyse de la situation, aux interventions. Ces éléments permettent une prise en soins de qualité.

A contrario, lorsque les relations de séduction entre Antoine et Alexandra dépassent le cadre de la convivialité, des effets néfastes sur la dynamique de groupe émergent. Lorsque naissent au sein du groupe des tensions, liées à des jeux de pouvoir, des clans peuvent se former, selon Antoine. La cohésion et la cohérence de l'équipe sont en péril, la qualité des prises en soins s'en ressent. Antoine et Alexandra pourraient s'épuiser, car pour Antoine, les conflits d'équipe sont très difficiles à gérer. Toujours selon l'infirmier, l'énergie est utilisée pour la résolution du conflit au détriment de la prise en soins.

Alexandra et Antoine signalent, enfin, que ces types de relations conflictuelles apparaissent rarement.

Il serait intéressant de se pencher sur les facteurs poussant les séducteurs ou les séductrices à passer d'une « séduction festive » à une « séduction emprise » ? Nous pensons que cette interrogation est une problématique fondamentale dans les relations de séduction au sein d'une collectivité professionnelle.

Ni Alexandra ni Antoine n'ont rapporté de différences significatives dans les rapports de séduction entre individus de même sexe ou de sexe opposé. Finalement, Antoine pourrait séduire Alexandre de la même façon qu'Antoinette séduirait Alexandra et vice-versa. Une question surgit de cette réflexion : un homme accorderait-il les mêmes sourires, les mêmes compliments à son collègue qu'à sa collègue ? Oserait-il lui dire : « Roger, tu es si doué pour faire les toilettes. Tu le fais avec tellement de douceur. Ne voudrais-tu pas faire celle de Mme X. à ma place, s'il te plaît ? ». ».

6. DISCUSSION

Au travers de ce chapitre, nous cherchons à donner une signification aux résultats obtenus et à émettre des recommandations pour la pratique et d'autres études.

6.1. Signification des résultats

Suite à la question spécifique, nous avons émis l'hypothèse que les relations de séduction entre infirmier-infirmière pouvaient engendrer des prises de pouvoir néfastes à la dynamique de groupe. Cette hypothèse n'a pas été formulée par écrit dans ce travail en raison des règles méthodologiques que nous devons respecter. L'hypothèse a été infirmée partiellement par les informateurs, les résultats nous ont donc surprises.

Notre collecte de données a pu être biaisée par notre représentation plutôt négative du pouvoir. Nous pensons que ce dernier induisait forcément un dysfonctionnement dans les équipes soignantes.

Il n'en va pas de même d'après les participants. Ceux-ci rapportent que les relations de séduction ont un effet positif sur la cohésion de groupe, sur la prise en soins et sur chaque membre du groupe de façon générale. Ils notent toutefois, que la séduction n'a pas que des vertus, qu'elle peut s'accompagner d'une volonté de prise de pouvoir. Dans ce cas, elle serait plus délétère.

Identifier cette séduction semble difficile. Les participants relèvent la non-conscientisation du phénomène, ils n'analysent pas dans quelle mesure ils séduisent ni l'impact de ce phénomène. De ce fait, nous pensons qu'une personne consciente de son pouvoir de séduction pourrait alors l'utiliser pour arriver à ses fins. Il est toujours difficile d'identifier si cette séduction permettant d'entrer en relation avec autrui ne cache pas une stratégie de prise de pouvoir.

Suite à ces réflexions, une nouvelle question émerge, elle porte sur les phénomènes de la « séduction festive » et la « séduction emprise ». La « séduction emprise » fait-elle suite à la « séduction festive » ? Quels sont les facteurs qui influencent les comportements relatifs à ces deux types de séduction ? À quel moment peut-on affirmer que l'on se trouve dans un type d'interaction festive ou d'interaction emprise ?

6.2. Recommandations

6.2.1. Recommandations pour la pratique

Il nous semble important que chaque membre de l'équipe soignante puisse être en mesure de s'interroger sur son potentiel de séduction et sur son utilisation. Cela permettrait d'identifier si cette séduction produit des effets positifs ou négatifs et dans ce dernier cas, de modifier si nécessaire, son comportement. De plus cela permettrait de limiter ce phénomène dans la relation soignant-soigné. Comme l'a souligné un participant, la séduction dans la relation thérapeutique est néfaste : le client, parfois perturbé dans ses processus cognitifs, pourrait mal interpréter la séduction déployée par le soignant. De ce fait, la prise en soins pourrait en être compromise.

Il nous paraîtrait également utile que les responsables infirmiers sachent identifier les types de séduction – festive/emprise – afin de limiter les comportements déviants. Ces responsables pourraient alors organiser des colloques d'équipe afin de protéger le soignant et les clients enfermés dans la « séduction emprise ». Ces démarches sont déjà instaurées ponctuellement lors de dysfonctionnement. Ces démarches pourraient être organisées dès l'apparition de signes avant-coureurs de dysfonction.

Pour conclure sur une note positive, soulignons, à nouveau, que les relations de « séduction emprise » induisant des conséquences néfastes pour l'équipe, la prise en soins et le client, l'infirmière et l'infirmier sont rares. Il est donc essentiel que les membres de l'équipe soignante poursuivent leur processus de « séduction festive » !

6.2.2. Recommandations pour d'autres études

Tout au long de cette démarche, nous avons mis en évidence certaines hypothèses, certaines interrogations qui pourraient constituer le point de départ de nouvelles études. Nous pensons qu'il serait intéressant d'approfondir les points suivants :

- l'objectivité des résultats, en procédant à l'observation des comportements liés à la séduction ;
- l'importance culturelle relative aux liens de séduction entre infirmier-infirmière, en menant la même recherche dans une autre culture ou

dans quelques années ;

- le lien entre « séduction festive » et « séduction emprise » en milieu de soins ;
- un outil d'influence différent (e.g. : autorité, leadership, etc.) ;
- un autre aspect de la collaboration infirmier-infirmière tel que la division sexuée des tâches ;
- la complémentarité homme-femme dans les prises en soins ;
- une comparaison objective des dynamiques d'équipes mixtes et féminines ;
- les stéréotypes sexuels en milieu psychiatrique valaisan.

Nous pensons que nos recherches ont soulevé passablement de questions.

7. CONCLUSION

Dans cette section, nous critiquons les principaux éléments de notre recherche.

7.1. Évaluation de la problématique

Nous avons soulevé une première problématique qui ne découlait pas d'un problème observé sur le terrain. Nous avons donc dû la remanier. Pour ce faire, nous nous sommes basées sur le témoignage d'une infirmière. Cette dernière nous a permis de mettre en lien une situation réelle avec des problématiques genrées. Nous pouvons nous demander si cette problématique souligne un réel problème ou si elle a constitué le processus nous permettant d'atteindre une question centrale plus pertinente. En effet, ne pas avoir trouvé de recherches scientifiques relatives à notre première problématique ne nous a pas permis de confirmer un problème potentiel.

Cependant, nous nous sommes efforcées de mettre en lien une situation réelle avec diverses littératures relatives au genre et à la profession infirmière. De plus, tout au long de cette démarche, nous avons cherché à contextualiser au maximum cette problématique.

Quant à la question spécifique finale, elle respecte les critères d'une question de qualité (e.g. : univoque, exempte de préjugé, n'induisant pas de réponse quantitative, en listing ou par un oui/non, ancrée dans une réalité). Toutefois, nous aurions pu la cibler sur un thème précis (e.g. : division sexuée des tâches, « séduction emprise », etc.).

Nous avons sélectionné des participantes et des participants issus de la culture occidentale. Nous pensions que ce critère nous permettrait de cibler des personnes ayant bénéficié plus ou moins de la même éducation relative au genre. En effet, nous n'aurions pas osé aborder avec les participants la question de l'éducation, des événements de vie qui auraient pu modifier leur regard quant au genre. Finalement, les propos des participants se ressemblaient, ce qui nous incite à penser qu'aucun biais lié à leur vision du genre n'a altéré cette recherche. Le sujet pouvant être jugé épineux, il était probablement plus facile pour les participantes de parler en termes de stéréotypes. Les participants, quant à eux, avaient le souci de ne pas tomber dans des clichés. Ce phénomène a éventuellement biaisé les propos recueillis de ces derniers.

Le site de recherche retenu ne correspondait pas au contexte de la situation problématique. Nous avons sélectionné le milieu psychiatrique pour certaines raisons déjà mentionnées. Cependant, ces critères issus de nos représentations n'ont pas pu être comparés à un autre milieu de soins.

7.2. Évaluation du cadre

Le cadre théorique nous a permis comprendre les différents phénomènes relatifs au genre, au pouvoir et au groupe. Il nous a également été utile pour mettre en relation les corpus des participants et la littérature. De plus, par nos analyses, nous avons pu couvrir la totalité du cadre. Celui-ci nous semblait donc pertinent et adapté à la problématique.

Pour la construction du cadre théorique, nous avons procédé par étapes. La première consistait en l'identification des thèmes issus de la question centrale de recherche. Ensuite, la planification des différentes dimensions nous a permis d'avoir une vue d'ensemble du sujet. Nous avons ensuite sélectionné des références en fonction de leur auteur et de sa discipline, de leur date de parution, de leur lieu d'édition, de leur contenu. Nous avons croisé ces différentes références pour les comparer et les critiquer. Nous considérons que ces références nous ont permis de couvrir le champ large des concepts du genre, du pouvoir ainsi que du groupe et d'augmenter la crédibilité du cadre théorique. Nous pensons avoir bien argumenté les liens entre les concepts et les soins infirmiers et bien articulé les dimensions entre elles. De fait, la cohérence nous semble respectée.

Nous avons rencontré quelques difficultés lors de la création du cadre théorique. Nous n'avions aucune notion concernant le genre ni le pouvoir. Nous avons dû nous forger de solides connaissances, en lisant de nombreux ouvrages afin de développer un regard critique sur la littérature. Les concepts de genre et de pouvoir sont denses et complexes, ils font appel à une multitude de disciplines telles que la philosophie, la psychanalyse, l'anthropologie, la sociologie, etc. Nous n'avions évidemment pas l'expertise nécessaire à comprendre toutes les composantes relatives à ces différentes approches, d'où une restriction du champ littéraire.

Nous avons, tout de même, eu de la facilité à rédiger ce cadre. Cette aisance provenait probablement du fait de la complétude de nos sources littéraires et également, de notre motivation à modeler ce cadre.

Nous avons détaillé notre cadre théorique en fonction des contenus tirés des différents entretiens. Durant notre démarche, nous avons choisi de décrire les soins en psychiatrie dans le contexte. Le milieu psychiatrique, comme nous l'avons déjà mentionné, est un domaine bien spécifique des soins. Nous nous sommes simplement appuyées sur ce contexte pour mieux comprendre les représentations des participants.

Il faut souligner, toutefois, que le concept de pouvoir comme décrit dans la problématique ne correspond pas tout à fait à celui décliné dans le cadre théorique. En effet, lors de l'élaboration de la problématique, nous nous étions appuyées sur un article de la revue « *Sciences Humaines* »²⁵⁵. La référence de cet article concernait l'ouvrage « *Les théories du pouvoir* »²⁵⁶. Justement, dans cet ouvrage, Jacqueline Russ ne décline pas clairement le pouvoir en quatre dimensions comme dans l'article consulté. Cependant, les notions s'y retrouvent.

7.3. Évaluation de la méthode

Les entretiens semi-directifs nous ont permis de traiter en profondeur les représentations des participants. Cependant, il nous est apparu difficile de distinguer les préconstruits des faits avérés. C'est pourquoi, nous pensons qu'il aurait été plus judicieux d'utiliser la technique de l'observation en parallèle avec des entretiens semi-directifs. Toutefois, en regard de notre niveau initial et des différentes contraintes liées au temps, au site de recherche et aux normes éthiques, nous n'aurions pu manipuler cet outil avec une fiabilité suffisante.

Il est cependant frustrant d'avoir effectué une démarche basée essentiellement sur des préconstruits, n'étant pas sûre qu'il s'agisse d'une vérité observable. De plus, être conscientes que cette recherche ne peut être appliquée à une autre population, dans un autre temps, dans un autre lieu, ne fait qu'accroître cette frustration.

La technique d'échantillonnage n'a pas pu véritablement être sélectionnée. En effet, les contingences liées aux restrictions de temps, au nombre de

²⁵⁵ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. *Sciences humaines*. Octobre et novembre 2001.

²⁵⁶ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994.

participants, à leurs propres contraintes (horaires, temps à disposition, motivations) ont été déterminantes dans le choix de la technique.

7.4. Atteinte des objectifs de la recherche

L'un de nos objectifs de recherche était :

- **Explorer la nature des interactions entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique et plus particulièrement les rapports de séduction.**

Nous pensons l'avoir atteint. Nous avons découvert la dynamique des équipes soignantes mixtes. Cette dynamique semble moins tendue que celle des équipes exclusivement féminines. La complémentarité des rôles au sein des équipes mixtes est mise en avant par les participants. Elle permet, par exemple, la délégation de prises en soins selon le sexe. D'autre part, les hommes jouent un rôle primordial lors de situations de violence ou de crise. Voilà des exemples qui illustrent bien les interactions entre infirmiers et infirmières en psychiatrie que nous avons explorées.

Un autre de nos objectifs nous a conduites à cibler les rapports relatifs à la séduction afin d'en examiner les processus :

- **Analyser l'impact de ce phénomène sur la dynamique du service, sur la prise en soins, sur l'infirmière et enfin sur l'infirmier.**

Cet objectif fait référence à nos deux questions centrales de recherche. Nous avons pu établir des liens entre les conséquences de ce phénomène tirées des corpus et la littérature. Ces liens nous ont permis de poursuivre une réflexion plus approfondie sur les rapports de séduction et d'émettre de nouvelles hypothèses.

Analyser les conséquences des relations de séduction sur l'infirmier et sur l'infirmière n'a pas été chose aisée. Très peu de données ont été récoltées à ce sujet. Est-ce que nous n'avons pas assez insisté sur ce point lors des entretiens ?

Cet objectif n'est donc que partiellement atteint.

7.5. Véracité de la recherche ou évaluation des résultats²⁵⁷

Nous souhaitons mettre en évidence le niveau de confiance que nous donnons à cette recherche et par là évaluer la qualité des résultats obtenus.

7.5.1. Crédibilité

Les facteurs influençant la crédibilité d'une recherche qualitative sont l'engagement prolongé, l'observation constante, la triangulation, la vérification externe, la recherche de résultats divergents et la crédibilité du chercheur. Chacun de ces points est évalué ci-après.

L'engagement prolongé et l'observation constante consistent en l'investissement de temps pour la collecte de données. Nous n'avons pu, comme l'a fait Schafer et Peternelj-Taylor, mener trois à quatre entretiens par participants d'une durée de plus de deux heures, sur six mois. Des restrictions de temps et de compétences dans la gestion d'un tel processus de récolte de données nous limitaient. Malgré tout, nous avons su établir un climat de confiance avec les participants lors des entretiens.

Nous avons pratiqué une triangulation de sources : nous avons croisé les visions de deux populations cibles différentes : des hommes et des femmes; de chercheurs différents : nous avons mis en commun nos réflexions pour l'analyse des corpus ; de théories différentes : nous avons puisé des éléments dans la littérature de plusieurs disciplines.

Nous n'avons pas effectué une triangulation de méthodes, même si cela aurait été plus pertinent.

La vérification externe a consisté en une présentation de notre recherche à des experts du genre et/ou des soins infirmiers. Ces derniers nous ont permis d'apporter des rectifications à notre démarche, au niveau des objectifs, de la question centrale de recherche, etc. Nous n'avons pas désiré soumettre nos résultats de recherche aux informateurs car nous souhaitons que leur participation soit unique et déterminée dans le temps. Ils auront toutefois accès à ce travail.

²⁵⁷ LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique, 2007, p. 337-343.

Nous n'avons pas désiré rechercher de nouveaux participants susceptibles de contredire les résultats obtenus préalablement. A nouveau le temps, nous a fait défaut.

Pour terminer, nous argumentons notre crédibilité. Certes, il s'agit là de notre première recherche et, de ce fait, nos compétences méthodologiques sont limitées mais nos efforts à être rigoureuses et honnêtes dans les données rapportées contrebalancent partiellement ces défauts.

7.5.2. Fiabilité

Nous n'avons pu observer si les résultats sont uniformes au fil du temps et dans différentes situations.

7.5.3. Transférabilité

Notre recherche n'a pas la prétention d'assurer une validité externe. En effet, le caractère qualitatif et initial de cette étude ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus. Ceux-ci sont ciblés sur notre échantillon. De plus, la dimension culturelle des études genre limite ces mêmes résultats dans un espace-temps précis. Il serait intéressant de mener la même recherche dans un autre milieu de soins, dans un autre canton ou dans quelques années afin de pouvoir comparer les résultats.

7.6. Obstacles rencontrés durant la démarche

Un premier obstacle découle de notre inexpérience en matière de recherche. Nous n'avions aucunes notions méthodologiques liées aux recherches scientifiques. Il était également ardu de ne pas laisser nos préconstruits biaiser cette recherche. Ces préconstruits sont si ancrés dans notre inconscient qu'ils sont difficilement identifiables. Quant à la problématique, l'obstacle majeur fut la difficulté rencontrée dans la recherche de littérature scientifique.

Concernant le cadre théorique, étant parties de connaissances relatives au genre, au pouvoir et au groupe très limitées, nous avons rencontré des difficultés lors des lectures. De plus, certaines disciplines (e.g. : philosophie, psychanalyse) sont difficiles d'accès pour les néophytes et ont exigé de grands efforts de compréhension de notre part.

Un autre obstacle concernait l'organisation des entretiens. Nous avons perdu passablement de temps avant la période de collecte de données.

7.7. Points forts de la recherche

Au niveau du contenu, nous estimons que le cadre constitue le point fort de cette recherche. En effet, il nous semble étayé, adapté à la problématique et pertinent en regard de l'analyse.

Concernant la méthodologie, nous avons veillé à évaluer et à critiquer notre recherche tout au long de la démarche. De plus, nous avons référencé avec rigueur les éléments avancés afin de ne pas nous égarer dans nos préconstruits.

Pour terminer, la forme de ce travail nous paraît agréable. Nous avons été attentives à structurer notre recherche et à la mettre en page de façon plaisante, nous avons cherché à en rendre la lecture attrayante.

7.8. Points faibles de la recherche

Les points faibles ont été traités dans les évaluations ci-dessus. Nous n'y reviendrons donc pas.

7.9. Atteintes des objectifs d'apprentissage

Mes objectifs étaient les suivants :

- **Utiliser une méthode en appliquant les divers apports théoriques étudiés lors du module « Méthodologie de la recherche » tout en l'adaptant au thème de recherche ;**

Par cette recherche initiale, j'ai pu prendre connaissance d'une méthodologie. J'ai utilisé les différents documents du cours de méthodologie ainsi que l'ouvrage « *Méthodes de recherche en sciences infirmières* »²⁵⁸ principalement. Je les ai adaptés à mon objet d'étude de façon rigoureuse. Évidemment, vu le caractère initial de cette démarche des biais existent.

²⁵⁸ LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique, 2007.

Grâce à l'utilisation d'une méthode, je pourrai poser un regard critique sur les futures recherches dont je prendrai connaissance.

- **Analyser les données en effectuant des liens entre-elles, en les mettant en regard du cadre théorique ou d'autres références ou recherches et en formulant de nouvelles hypothèses ;**

Lors de mon analyse, je me suis attachée à effectuer le plus de liens possibles. Tout d'abord entre les différents corpus, en identifiant des similitudes ou d'éventuels paradoxes. Ensuite, j'ai mis les différents constats en lien avec le cadre théorique développé ainsi que de nouvelles sources, puis, j'ai avancé de nouvelles hypothèses, permettant de pousser la réflexion plus loin.

- **Comparer les résultats avec ceux de ma collègue afin d'augmenter la crédibilité de cette étude par la triangulation ;**

Chaque constat a été repris et mis en regard de ceux obtenus par ma collègue Marie Gay. Par cette comparaison nous avons pu formuler de nouvelles hypothèses ainsi que des recommandations.

- **Poser un regard critique sur ce travail et évaluer les différents éléments le constituant ;**

Une partie de la conclusion a été réservée à l'évaluation. Cette critique du travail a été systématique et rigoureuse. Certes, un manque de recul par rapport à celui-ci ne me permet pas de le critiquer de façon complète.

7.10. Apports personnels

Cette recherche nous a permis de développer plusieurs compétences, certaines liées à la recherche, d'autres à la collaboration ou au rôle autonome infirmier.

Nous avons mené une recherche initiale liée à une problématique de terrain. Pour ce faire, nous avons veillé à respecter les principes éthiques stipulés au chapitre « Méthodologie ». Nous espérons que cette recherche puisse s'avérer utile au développement des pratiques infirmières, elle pourrait apporter des pistes de réflexion quant à la collaboration entre infirmier-infirmière. Le lecteur pourrait prendre conscience des effets de sa propre séduction et si nécessaire, modifier ses comportements.

Comme mentionné précédemment, nous nous sommes efforcées tout au long de la démarche, de contextualiser les relations de séduction dans l'espace et le temps.

Cette recherche nous a permis travailler à deux Et nous a donné ainsi l'occasion de développer des compétences relatives à la collaboration (e.g. : coordination, négociation, gestion de conflit).

Pour conclure ce Bachelor Thesis, nous revenons sur l'analyse des propos recueillis et sur leur utilité dans notre vie professionnelle future.

Après avoir réalisé cette recherche, nous sommes probablement capables d'identifier les comportements relatifs à la séduction « emprise » entraînant des conflits d'équipe. Si cela s'avère correct et au cas où nous serions confrontées à de tels comportements, il sera de notre devoir professionnel de les circonscrire.

Nous sommes sensibilisées aux conséquences des relations de séduction entre collègues. Nous nous sommes questionnées sur nos propres comportements séducteurs. Ainsi, nous avons pris conscience de la force de cet outil d'influence. Il s'agit, dès maintenant, d'en faire bon usage.

8. RÉFÉRENCES

8.1. Ouvrages

ABRIC, Jean-Claude. La communication dans les groupes. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris: Masson, 1996, p. 67-173.

AUBERT, Nicole. ENRIQUEZ, Eugène. DE GAULEJAC, Vincent. *Le sexe du pouvoir : Femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : Epi, 1986, 422 p.

BADINTER, Élisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Éd. Odile Jacob, 1992, 319 p.

BADINTER, Élisabeth. *L'Un est l'Autre*. Paris : Éd. Odile Jacob, 1986, 381 p.

BELLENGER, Lionel. Les dimensions cachées de la séduction. In : *La force de persuasion : Du bon usage des moyens d'influencer et de convaincre*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 1997, p. 109-121.

CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994, p. 190-204.

DENÈFLE, Sylvette. *Tant qu'il y aura du linge à laver : De la division sexuelle du travail domestique*. Condé-Sur-Noireau : Éd. Collection panoramiques, 1995, 137 p.

FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004, 128 p.

FISCHER, Gustave-Nicolas. L'influence sociale. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005 (3^e édition revue et augmentée), p. 63-103.

FISCHER, Gustave-Nicolas. Le groupe social. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005 (3^e édition revue et augmentée), p. 215-246.

FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992, p 78-159.

FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002, 235 p.

GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Paris : Éd. des femmes, 1973.

GROUPE DE RECHERCHE INTERPROFESSIONNEL SUR LA PROFESSION DE L'INFIRMIERE. Historique de la profession d'infirmière. In : *L'identité professionnelle de l'infirmière*. Paris : Le centurion, 1986, p.13-27.

HAGÈGE, Jean-Claude. *Le pouvoir de séduire*. Paris : Odile Jacob, 2004.

HERITIER, Françoise. *Masculin/Féminin II : dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob, 2002, 445 p.

JACQUET, Isabelle. *Développement au masculin/féminin. Le genre : outils d'un nouveau concept*. Paris : L'Harmattan, 1995. 184 p.

KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2006, 127 p.

LACROIX, Xavier. *Homme et femme : L'insaisissable différence*. Paris : Éd. du Cerf, 1993, 192 p.

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Éditions du Renouveau pédagogique, 2007, 591 p.

MACE, Gordon. PETRY, François. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*. Québec : les Presses de l'Université de Laval. 2000. 134 p.

MONNOT, Catherine. La nécessaire adhésion aux modèles du groupe. In : *Petites filles d'aujourd'hui : L'apprentissage de la féminité*. Paris : Autrement, 2009, p. 35-71.

MORASZ, L. [et al.]. *L'infirmière en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Masson, 2004.

NADOT, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In : Clémence Dallaire (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008, p 359-380.

NADOT, Michel. Médiologie de la santé : de la tradition soignante à l'identité de la discipline. In : *Perspective soignante : Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*. Paris : Seli Arslan S.A. n°13. p.29-86.

NANCHEN, Gabrielle. *Amour et pouvoir : Des hommes, des femmes et des valeurs*. Éditions Favre, 1990, 205 p.

PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*.

Zürich : Seismo, 200,. 129 p.

RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994, 349 p.

SEAGER, Joni. *Atlas des femmes dans le monde : La réalité de leurs conditions de vie*. Paris : Éd. Autrement, 2003.

TOWNSWEND, Mary C. La santé mentale et la maladie mentale. In : *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Québec : ERPI, 2004, p. 4-19.

8.2. Sites web

Confédération suisse. *Les autorités fédérales de la Confédération suisse*. Adresse URL : www.admin.ch (consultée le 19 juin 2009)

Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. [en ligne], dernière mise à jour 2008.

Adresse URL : <http://www.larousse.fr/encyclopedie> (consultée le 19 juin 2009).

HES-SO Valais-Wallis. *Equality : Ingénieur aussi un métier pour les filles*. [en ligne], dernière mise à jour le 13 février 2009.

Adresse URL : <http://wins.hevs.ch/> (consultée le 29 juin 2009).

Intellego : la communauté du savoir scolaire. Rousseau et les femmes. [en ligne], rédigé le 20 août 2007.

Adresse URL :

<http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009).

Réseau Santé Valais. *Site de l'Hôpital du Valais* [en ligne]. Dernière mise à jour le 29 juillet 2008. Adresse URL : <http://www.rsv.gnw.ch> (consultée le 20.04.2009).

8.3. Brochures

ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. Berne, 2002.

ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité dans la pratique des soins infirmiers : Standards de soins*. Berne, 2000.

CONFERENCE DES RESPONSABLES LOCALES ET LOCAUX DE LA FILIERE SOINS INFIRMIERS. *Travail de Bachelor : Cadre général de réalisation et d'évaluation*, 2007.

8.4. Rapports

BRANGER, K. GAZARETH, P. SCHÖN-BÜLHMANN, J. *Vers l'égalité ? : La situation des femmes et des hommes en Suisse*. Neuchâtel : OFS, 2003, p.97 à 105.

ROSSEL, Raymond. *L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005* [en ligne]. OFS, 2007.

Adresse URL :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/04.html>

(consultée le 20.07.2008).

Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes et Fonds national suisse de la recherche scientifique. *Les études genre en Suisse*. Novembre 2005 [en ligne].

Adresse URL :

http://www.vs.ch/NavigData/DS_18/M16193/fr/Rapport_complet_Egalité_Sarah_Jurisch_3.2005.pdf (consultée le 11.10.2008).

ROUVINEZ MAURON, Antoinette. *Enquête suisse sur la structure des salaires 2006* [en ligne]. OFS, 2007.

Adresse URL : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.Document.102387.pdf (consultée le 20 août 2008).

8.5. Articles de périodiques

BOURQUIN, Nicole. La séduction : pour une relation de qualité. *Soins infirmiers*. Janvier 1998.

CHAPELLE, Gaétane. La fin de la domination masculine ? Oui, mais... *Sciences humaines: Pouvoir, identité, rôles... Les hommes en question*. Janvier 2001, n° 112, p. 36-37.

CHAPELLE, Gaétane. On ne naît pas homme, on le devient. *Sciences humaines : Pouvoir, identité, rôles... Les hommes en question*. Janvier 2001, n° 112, p.32-35.

DE LA VEGA, Xavier. Genre et identité : Judith Butler en France. *Sciences humaines*, août et septembre 2005, n° 163, p.10-11.

DORTIER, Jean-François. Les mésaventures du père. *Sciences humaines : Pouvoir, identité, rôles... Les hommes en question*. Janvier 2001, n° 112, p. 22-25.

FOURNIER, Martine. Masculin/féminin : un nouveau partage des rôles ?. *Sciences humaines*. Mai 2001.

FOURNIER, Martine. Culte et déclin de la virilité. *Sciences humaines: Pouvoir, identité, rôles... Les hommes en question*. Janvier 2001, n° 112.

LEMAIRE, Jean-G. Séduction, amour, pouvoir. *Dialogue : Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2^e trimestre 2004.

MALAREWICZ, Antoine. Manipulation, séduction et transfert. *Soins psychiatriques*. Janvier/février 2003, n° 224.

OULEVEY-BACHMANN, Annie. Enseigner le genre dans la formation en soins infirmiers : une aventure délicate et indispensable. In : *Soins infirmiers*. Novembre 2006, p. 44-45.

RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. *Sciences humaines*. Octobre et novembre 2001.

SULLIVAN, Eleanor et al. Men in nursing: the importance of gender diversity. In: *Journal of Professional Nursing*. Vol. 16, n°5. Septembre – octobre 2000, p. 253-254

TEIXIDO, Sandrine. Les gender studies. *Sciences humaines*, février 2005, n° 157, p.54-57.

ULRIKER, Nigl-Heim. Etre au clair avec ses modèles. In : *Soins Infirmiers*. Novembre 2006, p.49.

WAINRIB, Steven. Les ambiguïtés de la séduction. *Dialogue : Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2^e trimestre 2004, p. 17-21

9. ANNEXES

TABLE DES MATIÈRES

Annexe A : Formulaire de consentement éclairé	I
Annexe B : Lettre d'information pour les participants	II
Annexe C : Le milieu psychiatrique	IV
a. Bref historique	IV
b. Santé mentale	V
c. Maladie mentale	VI
Annexe D : Système politique suisse	VII
Annexe E : Grille d'entretien	X
Annexe F : Lettre d'information pour les services de soins	XIII

A. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Ce formulaire nous a été transmis par la direction de la filière des Soins Infirmiers de Sion.

TRAVAIL BACHELOR

« Les rapports entre infirmier et infirmière »

Mené par Audrey Cretton, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes²⁵⁹ participant au mémoire de fin d'étude

Le soussigné :

- Certifie être informé sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il a pu poser toutes les questions qu'il souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé qu'il n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé du fait qu'il peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin 2010.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le soussigné accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date:

Signature :

Contacts :

Audrey Cretton, étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : 079/574 89 50.

Bernard Kamerzin, directeur du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

²⁵⁹ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

B. LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS

TRAVAIL BACHELOR

« Les rapports entre infirmier et infirmière »

Réalisé par Audrey Cretton, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO/ Valais Wallis j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre les interactions entre infirmier et infirmière. Directement concerné par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude. Vous êtes bien entendu entièrement libre de changer d'avis et d'interrompre votre participation à tout moment. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre prise en charge.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. L'entretien se déroulera à l'hôpital, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2010.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à analyser les rapports entre infirmier et infirmière. Pour ce faire, un entretien est prévu le.....

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre cette notion de rapports entre les infirmiers et les infirmières.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Audrey Cretton, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis.
1906 Chartrat
079/574 89 50
Audrey.cretton@students.hevs.ch

Bernard Kamerzin, directeur du Travail Bachelor, enseignant à la HES-SO/Valais Wallis

C. MILIEU PSYCHIATRIQUE

a. Bref Historique

On pensait, autrefois, que les personnes atteintes dans leur santé mentale²⁶⁰ étaient dépossédées de leur âme, hantées par des esprits magiques, qu'elles avaient péché ou même transgressé un tabou de la société. Les remèdes consistaient alors en l'exorcisme, la torture, les châtiments corporels. Certains malades étaient même menés au bûcher.

Comme pour les maladies biologiques, les croyances ont évolué en même temps que les connaissances progressaient.

Au Moyen-âge, l'idée de sorcellerie ou de surnaturel l'emportait sur toute autre hypothèse.

En Amérique, les individus malades étaient pris en charge par leur famille ou étaient internés dans des lieux où ils ne pouvaient nuire à personne, ni à eux-mêmes. Le premier hôpital consacré aux troubles psychiques fut fondé au XVIIe siècle à Philadelphie. Le médecin, Benjamin Rush, un médecin considéré comme le père de la psychiatrie américaine, a été le premier à humaniser les traitements. Il recourait tout de même à des méthodes plus traditionnelles telles que les saignées ou les contraintes physiques.

Au XIXe siècle, apparaissaient les asiles. Ces établissements devinrent rapidement surpeuplés car le nombre de malades augmentait plus vite que la quantité de lits. Le personnel étant débordé, les conditions se dégradèrent. L'institution hospitalière finit par ressembler à un milieu carcéral.

Les soins infirmiers apparurent en 1873 grâce à Linda Richards, infirmière. Elle fonda de nombreux hôpitaux psychiatriques ainsi que la première école en soins infirmiers psychiatriques. Le programme était principalement axé sur l'administration de traitements et non sur la psychologie.

La fin de la 2e guerre mondiale a causé l'augmentation du besoin en soins psychiatriques. De plus, c'est dans ces années-là qu'on découvrit les médicaments antipsychotiques – utilisés pour les traitements des psychoses.

²⁶⁰ Terme développé dans le prochain chapitre.

Les soins infirmiers psychiatriques devinrent alors une matière obligatoire en 1955 avec une philosophie privilégiant la relation infirmier (-ère) – client.²⁶¹

b. Santé mentale

Un certain nombre de théoriciens ont défini la santé mentale. Dans leurs explications, ils développent divers aspects du fonctionnement de l'individu.

Voici quelques définitions :

Pour Freud, la santé mentale consistait à « *être capable d'aimer et de travailler* ».

Selon Maslow (1970), célèbre théoricien d'orientation humaniste, les personnes saines, épanouies, se distinguent par les caractéristiques suivantes :

- *« Elles ont une perception adéquate de la réalité.*
- *Elles sont capables de s'accepter, d'accepter les autres et la condition humaine.*
- *Elles font preuve de spontanéité.*
- *Elles sont capables de se concentrer sur la résolution de problèmes.*
- *Elles ont besoin d'un certain détachement et d'intimité.*
- *Elles démontrent de l'indépendance, de l'autonomie et peuvent résister à la culture environnante.*
- *Elles sont capables d'intensité dans leurs réactions émotives.*
- *Elles vivent des expériences intenses, qui confirment l'intérêt, la richesse et la beauté de la vie.*
- *Elles s'identifient à l'humanité.*
- *Elles sont capables d'établir des relations interpersonnelles satisfaisantes.*
- *Elles ont un sens marqué des valeurs morales.*
- *Elles font preuve de créativité.*
- *Elles ont une certaine indépendance de pensée ».*

Dans sa Constitution, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a, pour sa part, défini la santé mentale comme « *un état optimal de bien-être physique,*

psychique et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2001).

c. Maladie mentale

La maladie mentale ne peut être expliquée de façon universelle, ceci à cause des facteurs culturels. En effet, la culture influence le comportement, l'interprétation et les réactions.

Dans le DSM-IV-TR²⁶², l'American Psychiatric Association (APA) définit la maladie mentale ou les troubles mentaux de la manière suivante :

« Tout syndrome comportemental ou psychologique significatif sur le plan clinique qui survient chez une personne et qui est associé à une détresse concomitante (p. ex. symptôme de souffrance) [...] ou à un handicap (altération d'un ou de plusieurs éléments importants du fonctionnement), ou bien à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté [...] »

Selon Townsend (1996), la maladie mentale se définit comme étant :

« un ensemble de réactions inadaptées à des agents stressants de l'environnement interne ou externe, mises en évidence par des pensées, des sentiments et des comportements qui ne correspondent pas aux normes locales et culturelles, et qui nuisent au fonctionnement social, professionnel ou physique de la personne. »

La plupart des maladies mentales sont chroniques. La chronicité peut entraîner une lassitude chez les soignants. Une cohésion de groupe peut prévenir cet épuisement, en offrant la possibilité à l'infirmier (-ère) de s'exprimer et en lui octroyant le soutien nécessaire.

²⁶² DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 2003.

D. SYSTÈME POLITIQUE SUISSE

Le système politique suisse accorde la souveraineté au peuple (uniquement aux citoyens) et se compose de trois pouvoirs : législatif, exécutif et judiciaire.

Au niveau fédéral, ces pouvoirs sont répartis ainsi :

- le législatif, géré par le Parlement ;
- l'exécutif, géré par le Conseil fédéral ;
- le judiciaire, géré par le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et le Tribunal pénal fédéral.

Le Parlement est constitué de deux chambres, la chambre haute (Conseil des Etats) et la chambre basse (Conseil national). Le Conseil des Etats comprend 46 députés, soit 2 par canton ou 1 par demi-canton. Le Conseil national, quant à lui, compte 200 députés, élus au système proportionnel.

Le Conseil fédéral est élu par le Parlement chaque quatre ans et compte sept membres et un (-e) chancelier (-ère).

Les tribunaux fédéraux se composent de plus de 50 juges et de 40 juges-suppléants.

Chaque canton a son propre gouvernement, basé sur le même schéma que le système fédéral.

Au plus haut niveau du pouvoir exécutif, au Conseil fédéral, les femmes ont dû attendre 1984 pour être représentées. La première Conseillère fédérale a siégé quatre ans. De 1989 à 1993, aucune femme n'a été réélue à ce niveau. Aujourd'hui, trois postes de Conseillers sur sept, sont attribués à des femmes et le poste de chancelier est occupé par une femme.²⁶³

Dès l'acquisition de leur citoyenneté, soit précisément en 1971, les Suissesses ont fait leur entrée au Parlement. En 2003, le taux de représentation féminine au Conseil National atteint 24%, ce qui place la Suisse au 11e rang européen sur 41. Depuis 1971, cette représentation féminine ne cesse d'augmenter²⁶⁴, pour aboutir en 2007 à 29,5%²⁶⁵. Il n'en va pas de même pour le canton du Valais. En effet, de 1971 à 1991, une seule femme occupait l'un des sept postes de « Conseiller national » pour

²⁶³ OFS. *Membres du Conseil Fédéral*. Neuchâtel, 2009.

²⁶⁴ BRANGER, K. GAZARETH, P. SCHÖN-BÜLHMANN, J. *Vers l'égalité ? : La situation des femmes et des hommes en Suisse*. Neuchâtel : OFS, 2003, p.97 à 105.

²⁶⁵ OFS. *Election au Conseil national de 2007: répartition des mandats, par partis, sexes et cantons*. Neuchâtel, 2009.

le Valais, ce qui représentait 14.3% de représentation féminine.

Après 1991, ce pourcentage chuta à zéro. Il a fallu attendre les élections de 2007, afin qu'une nouvelle candidate soit élue. Il reste à souligner que le nombre de candidatures féminines représente 25 à 30% des candidatures totales au Conseil national, ce qui démontre un certain intérêt des femmes envers la politique.²⁶⁶

Au niveau du Conseil des Etats, la représentation féminine a débuté à 2,3% dès 1971 et arrive à 21,7% en 2007²⁶⁷. Ce taux a augmenté de manière radicale entre 1991 (8.7%) et 2003 (23.9%). Jamais aucune valaisanne n'est entrée au Conseil des Etats.²⁶⁸

Le pouvoir exécutif a été plus difficile à investir pour les femmes. Comme mentionné ci-dessus, la première femme siégeant au Conseil fédéral a été élue en 1984, soit treize ans après l'acquisition du droit de vote des femmes en Suisse. La première apparition féminine dans un exécutif cantonal eut lieu en 1983 ce qui représente un taux de 0,6%.

En 1977, Gabrielle Nanchen a été élue au Conseil d'Etat valaisan mais n'a jamais pu siéger.²⁶⁹ C'est cette année, 2009, qu'Esther Waeber-Kalbermatten est élue au Conseil d'Etat, étant donc la première femme à siéger à l'exécutif valaisan.

Les femmes, députées au Grand Conseil, sont de plus en plus nombreuses. La moyenne suisse de la représentation féminine au Grand Conseil a toujours été supérieure au taux valaisan. Ces moyennes se rapprochent de plus en plus.²⁷⁰ En 2009, la moyenne suisse s'élève à 26,2%, tandis que la représentation féminine au Grand Conseil valaisan atteint les 20,8%. Il reste tout de même difficile pour des femmes de se faire une place. En effet, elles ne sont que 27 valaisannes « contre » 103 valaisans.²⁷¹ (Résultats provisoires)

²⁶⁶ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005, p.34 à 41.

²⁶⁷ OFS. *Election au Conseil des Etats de 2006-2007: répartition des mandats, par partis, sexes et cantons*. Neuchâtel, 2009.

²⁶⁸ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005, p.34 à 41.

²⁶⁹ Ibidem, p.34 à 41.

²⁷⁰ Ibidem, p.34 à 41.

²⁷¹ OFS. *Election aux Parlements cantonaux de 2006 à 2009: répartition des mandats, par partis, et par sexes*. Neuchâtel, 2009.

Au niveau communal, les valaisannes sont moins représentées que la moyenne suisse. En Valais, le nombre de conseils communaux qui ne comprennent aucune femme est plus élevé qu'en Suisse.²⁷²

En conclusion, le domaine politique est encore fortement contrôlé par les hommes, en particulier le pouvoir exécutif. Le Valais par comparaison avec la Suisse, sous-représente ses citoyennes. Cette année, une femme est enfin entrée au Conseil d'Etat valaisan, serait-ce la promesse d'un avenir politique valaisan plus féminin ?

²⁷² JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005, p.34 à 41.

E. LETTRE D'INFORMATION POUR LES SERVICES DE SOINS

Sion, le 7 février 2009

Bonjour,

Etudiantes en dernière année dans la filière Soins Infirmiers, nous effectuons une recherche comparative de genre. Cette étude vise à explorer les

Relations entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique

Afin de mener à bien ce projet, nous souhaitons la participation de huit infirmiers et de huit infirmières ayant ces caractéristiques :

- Comprendre et parler la langue française ;
- Travailler dans un service en soins psychiatriques mixte depuis min. 2 ans ;
- Etre de même niveau hiérarchique ;
- Provenir de la même culture (occidentale) ;
- Avoir entre 5 et 35 ans d'activité dans le milieu des soins infirmiers.

L'anonymat des participants/es sera respecté. Les données recueillies seront traitées en toute confidentialité. La participation peut être retirée à tout moment de la recherche.

Chaque participant reçoit une lettre d'information et un formulaire de consentement éclairé à signer.

Cette participation consiste à être « interviewé » durant environ 30 minutes au sujet des rapports entre infirmiers et infirmières.

Si vous désirez collaborer à cette recherche, vous pouvez vous adresser à votre ICUS qui nous fera parvenir la liste des intéressés.

Nous vous remercions, d'ores et déjà, pour votre intérêt et nous nous réjouissons de vous rencontrer.

Audrey Cretton et Marie Gay

Pour de plus amples informations :

Audrey Cretton
079/574 89 50
audrey.cretton@gmail.com

Marie Gay
079/744 86 58
mariegay@mycable.ch