



INFIRMIERE AU MASCULIN

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDE – UE 5.6 S6

Rendu le 24 Mai 2021

TOM BARBE

PROMOTION 2018-2021

Directeur de mémoire : Marie DELAHAIE

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de ses auteurs ».

Remerciements

Tout d'abord, merci Mme Delahaie de m'avoir choisi pour ce suivi de TFE, vous avez cru en moi et en ce sujet peu commun et je suis fier de vous présenter ce résultat.

Merci à Mélanie et Samuel, mes deux plus belles rencontres dans la formation qui dès la première m'ont fait rester. Arriver au bout des trois ans, c'est aussi grâce à vous.

Merci à ma mère pour la correction d'une partie de ce document, merci à elle et à mon père pour m'avoir soutenu dans ces trois années de formation.

Merci à Justine, Marie, Mallaurie, Fatima et Maureen pour m'avoir donné leur avis sur mon avancée, Yasin pour m'avoir aiguillé à plusieurs reprises.

Merci à l'ensemble de mon groupe de formation, le groupe 1 de la promotion 2018/2021 pour ces 3 années de rires, de galères et j'en passe.

Merci à l'ensemble des répondants au questionnaire ainsi qu'aux infirmiers ayant pris du temps pour s'entretenir avec moi, parfois sur leur jour de repos.

Merci à toi, Inès. Merci pour avoir toujours été là pendant ces 3 années, pour t'être inquiétée, pour m'avoir soutenu, pour m'avoir fait rire et oublier les baisses de morale, merci d'être là. Mais ça y est, c'est la fin. Moi aussi je suis un adulte maintenant, pas toujours responsable mais j'ose dire que cela viendra plus tard. Nous avons la vie devant nous désormais.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Situations d'appel	2
2.1	Première situation.....	2
2.2	Questionnement de la première situation	2
2.3	Deuxième situation.....	3
2.4	Questionnement de la deuxième situation.....	4
3	Question de départ.....	5
4	Cadre de référence	5
4.1	Stéréotypes	5
4.2	Exercice infirmier.....	9
4.3	Prise en soins.....	12
4.4	Synthèse du cadre de référence	14
5	Méthode exploratoire.....	15
5.1	Outils	15
5.2	Population	15
5.3	Lieu	16
5.4	Guide des outils.....	16
5.4.1	Questionnaire	16
5.4.2	Entretiens	17
5.5	Grille d'analyse	17
5.5.1	Questionnaire	17
5.5.2	Entretiens	17
5.6	Analyse.....	18
5.6.1	Questionnaire	18
5.6.2	Entretien par entretien	22
5.6.3	Question par question.....	27
5.7	Synthèse de l'enquête exploratoire.....	30
5.8	Limites de l'enquête	31
6	Problématique.....	31
7	Question de recherche	32
8	Conclusion.....	33
9	Bibliographie	34
9.1	Sites internet.....	34
9.2	Ouvrages littéraires	34
	Sommaire des annexes.....	36

1 Introduction

Les professions du secteur sanitaire et social sont connues pour être principalement exercées par du personnel féminin. Personnellement, j'ai fait ce constat lors de mon entrée dans un bac ST2S (Sciences et Techniques du Sanitaire et du Social) : 22 élèves dont 2 garçons avec moi. Cette spécificité du genre nous la retrouvons dans de nombreux domaines, par exemple les hommes sont majoritaires dans les métiers de la sécurité, du BTP ou encore de l'informatique. Laissant de côté les brimades de collègues sur le fait que je serai une « *superbe infirmière* », j'ai intégré l'école d'Avignon avec des valeurs fortes d'égalité des sexes ; pour ne pas dire du féminisme.

Rapidement, loin des idéaux de jeune bachelier que j'étais, je réalise par des petites actions qu'il subsiste un fossé entre les deux sexes. La femme peut utiliser des toilettes « homme » mais l'inverse est décrié. Dans les représentations des patients, l'homme est soit un médecin, soit un kinésithérapeute soit un brancardier. De nombreuses patientes ou résidentes refusent des soins intimes s'ils sont effectués par un homme. Ces exemples sont différents mais illustrent bien cet écart encore présent aujourd'hui. Alors, que cet écart soit culturel ou issu de l'éducation propre à chaque foyer, nous devons en tant que soignant effectuer nos actes en prenant ceci en compte. Lorsque l'on travaille avec l'humain, il est tout naturel de prendre conscience de sa subjectivité et dès lors de s'adapter.

En France, nous comptons en 2019 selon la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 722.572 infirmiers, dont 13,4% d'hommes. Après études des chiffres ces 10 dernières années, je note une constance de la proportion d'hommes dans la profession. L'utilisation prononcée du genre féminin tout au long de la formation ponctuée de « *Mesdames* » en amphithéâtre, ou autres « *école d'infirmières* » semble conforter l'idée que la profession est destinée au genre féminin. Certains étudiants hommes comparent par ailleurs cette situation comme « *mainmise* » sur la profession par la gente féminine, comme s'il s'agissait d'un « *bastion à défendre* ». Pourtant, avec mon expérience je remarque que le discours des équipes sur la question est quasi unanime : un homme dans un service, cela détend et amène à une meilleure stabilité.

Ainsi, je vais vous présenter deux situations issues de mon parcours de stage qui m'ont menées à poser une question de départ. Par la suite, nous remonterons les différents éléments de cette question à travers des recherches bibliographiques dans le but de mieux cerner le sujet. La continuité de ce travail nécessitant une phase exploratoire, je vous expliquerai la méthode que

j'ai choisi et je vous en présenterai les résultats et conclusions. Pour conclure ce mémoire, je ferai le bilan de ce travail de fin d'études et des réflexions venues au fil de son avancée, qui mènent à la question de recherche.

2 Situations d'appel

Durant mes différents stages, de nombreuses situations m'ont permis d'évoluer dans la formation. Parmi l'ensemble de ces situations, nous en retrouvons deux qui rejoignent le sujet de ce travail de fin d'études. Dès à présent je vais vous les présenter en vous exposant mes axes de réflexions.

2.1 Première situation

En service d'accueil crise fermé psychiatrique à Montfavet, en juin 2020, plusieurs infirmiers sont venus en renfort le temps de la crise Covid-19, ce service étant un « *service d'accueil* » provisoire. Les soignants venaient de Centre Médico-Psychologique (CMP) ou de services adjacents.

Les différents infirmiers venus en renfort ont été accueillis de manière très favorable et tous au moment de leur départ du service exprimaient un sentiment de « *toutes les bonnes choses ont une fin* ». C'est dans ce contexte que M, une infirmière en renfort et qui était mutée dans un autre service jugé « *moins convivial* » par les soignants a donné sa candidature pour être employée rapidement dans ce service d'accueil crise fermé. Malgré son positionnement sur une future libération de poste, elle dialoguait avec des collègues et exprima « *face à une libération de place, tu mets G (un homme) face à moi, le choix est vite fait pour les cadres : c'est un homme* ».

2.2 Questionnement de la première situation

Face à cela, je me suis questionné sur l'importance d'une présence masculine en psychiatrie et notamment en accueil de crise fermé. Chaque vacation se fait avec un soignant homme au minimum et ce parce qu'il incarne une figure bien distincte de celles généralement données aux soignantes. Dans un premier temps nous retrouvons une figure paternelle, pour les patients jeunes ou qui ont besoin d'être recadrés par exemple. Ensuite, l'homme exerce un certain rôle de force, en cas de conflit, de négociation ou de besoin de dissuasion. Enfin, pour les patients

hommes qui se sentent plus à l'aise avec d'autres hommes, l'infirmier exerce un rôle de confident.

Mais, cela signifie-il que des soignantes ne sont pas capables d'incarner des figures de force et d'autorité ? C'est l'une des questions que je me suis posé suite à ce dialogue et après plusieurs semaines de stage je constate que la réponse est plus subtile que « *oui* » ou « *non* ». En effet, les soignantes sont toutes aussi capables d'incarner une figure d'autorité, les patients le remarquent dès que cela est nécessaire. De plus les soignantes peuvent incarner un rôle différent : une figure maternelle, ce qui est nécessaire dans les prises en charges de jeunes patients. Mais il est vrai que grâce à l'image « *virile* » que donnent les soignants du service, l'ambiance se retrouve apaisée et plus détendue.

De plus, cela n'est peut-être qu'une coïncidence mais je peux observer que dans ce service ayant donc un pourcentage important de soignants hommes, il n'y a aucun conflit entre les membres du personnel. Une soignante me confiera d'ailleurs « *Avoir des hommes dans le service cela apaise les tensions et cela rend le travail joyeux* ».

2.3 Deuxième situation

Durant le semestre 2, en mars 2019, j'ai effectué un stage de 5 semaines dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) d'Avignon. À ce moment, ce fut mon troisième stage, en comptant celui que j'avais fait lors de ma préparation au concours à Valence, stage de 3 semaines alors en EHPAD également.

Dans ce service, l'équipe se compose en journée d'une équipe le matin et d'une autre l'après-midi, composées de 6 aides-soignants et 1 infirmier pour 50 résidents. La nuit, seules 3 aides-soignantes étaient présentes dans le service, une seule infirmière étant présente sur l'établissement de 3 services, pour un total de 150 résidents.

Lors d'une matinée de ma 4^{ème} semaine, une aide-soignante me demande si je peux la remplacer sur une toilette au lavabo d'une dame dont je ne m'étais jamais occupé. Il est alors 8 heures 30 environ, je prépare mon matériel et frappe à la porte. Je me présente succinctement et annonce que c'est moi qui vais aider cette résidente dans sa toilette matinale. Alors, elle me demande pourquoi ce n'est pas une aide-soignante qui vient comme tous les matins, elle aimerait qu'une femme vienne. Je lui explique que les aides-soignantes sont occupées ailleurs et qu'il ne reste plus que moi.

Alors encore au lit, cette dame ferme son visage et ne bouge pas du lit. Étant fatigué, l'impression d'être débordé par les soins qui suivent dans la journée, je pose le matériel dans la salle de bain, allume l'eau chaude du robinet pour réchauffer la salle de bain et commence à aider la résidente à se lever. A cet instant, je ne m'en suis pas rendu compte mais aujourd'hui je remarque que j'ai pu paraître brusque et brouillon dans ce début de soin. Alors qu'elle s'assied au bord du lit, je lui approche ses pantoufles et commence à l'aider à se lever en approchant son fauteuil roulant. À ce moment elle agrippe la potence et me l'envoie dans la tête.

J'étais déjà dans un état de ras-le-bol du stage avant ce soin, comme dit plus haut la fatigue n'a pas aidé, j'ai alors tenté de garder mon calme en demandant à cette dame pourquoi elle avait fait ceci. Elle me répond aussi sec : « *je veux une femme* ». Je lui ai alors dit que je ne ferai pas ce soin et que j'en informe l'équipe. J'ai donc mis avec beaucoup de mal la dame dans son fauteuil, elle ne m'aidait pas du tout. J'ai laissé le matériel dans la salle de bain, j'ai coupé l'eau et je suis sorti de la chambre.

Alors j'ai trouvé l'aide-soignante m'ayant missionné et lui raconte rapidement l'histoire, surtout la partie où je me suis fait cogner avec la potence. La soignante me rassure et me dit que ce n'est pas grave, que je retourne à ma routine habituelle et qu'elle ne pensait pas que cette dame puisse réagir comme ceci. Elle s'excuse alors et je suis retourné voir les 3 résidents dont je m'occupe habituellement.

2.4 Questionnement de la deuxième situation

Cette situation me reste en tête car c'était la première fois qu'un patient s'en prenait physiquement à moi. La raison de cette violence semble vite trouvée au premier abord : je suis un homme et cette patiente voulait une femme pour ses soins d'hygiène.

Mais en regardant l'ensemble de la scène le doute est permis : la réaction aurait-elle été favorable si j'avais pensé à prévenir avant d'arriver avec le matériel ? La fatigue m'a-t-elle fait oublier des détails ou des éléments de courtoisie et de professionnalisme ?

La raison du sexe est-elle la seule ? Peut-être que je ressemblai au petit-fils de cette dame, peut-être qu'elle aussi était fatiguée. En effet, la relation soignant-soigné n'est pas simple et il ne faut pas prendre en compte seulement sa propre fatigue, ou son propre ras-le-bol. Mais cet acte

était tellement violent à travers le regard de cette dame. Elle savait ce qu'elle faisait, mais aurait-elle réagi de la sorte si j'avais été une femme ?

Cette seconde situation peut au premier abord s'opposer à la première, en effet nous avons d'un côté une situation de privilège et de valorisation du sexe masculin et de l'autre une scène où le sexe masculin est réellement la problématique. Il est en effet courant d'entendre qu'à l'embauche, un homme est régulièrement favorisé, même dans des cas où ses compétences sont inférieures à celles d'une collègue infirmière. Finalement ce sont les représentations sociales et les « à priori » qui ont menées ces deux scènes.

Ainsi, il est intéressant de se questionner sur les origines de ceux-ci, à quel moment dans la vie d'une personne ils sont intégrés et enfin pourquoi ils ressortent souvent violemment dans les relations sociales courantes.

3 Question de départ

Pour ce travail de fin d'études, la question de départ sera :

« Quel impact ont les stéréotypes sur l'exercice professionnel soignant dans la prise en soins des patients ? ».

4 Cadre de référence

4.1 Stéréotypes

Selon le Larousse, un stéréotype correspond à une « *Expression ou opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché* ». Afin de comprendre et intégrer ceux généralisés dans la société je me suis rapproché de différentes sources et remarque que ces idées remontent loin dans le passé de la civilisation. En effet, déjà à la préhistoire, les rôles étaient prédéfinis : l'homme qui est fort physiquement chasse, cueille et pêche pendant que la femme, dotée du don de donner la vie prend soin des enfants et veille sur le feu, protégeant ainsi le nid familial des animaux et du

froid. Nous noterons que c'est de cette époque que sort l'idée que la femme sait faire deux choses en simultanée : élever ses enfants et veiller le feu. Toutefois, il ne faut pas diaboliser les stéréotypes de manière générale car selon Walter Lippmann ils correspondraient à « *l'image que les membres d'un groupe se font d'eux-mêmes et des autres* ». Leur construction pourrait même selon le psychologue social Henri Tajfel être une conséquence de la simple appartenance à un groupe. Ainsi « *le seul fait d'appartenir à un « endogroupe » conduit souvent à le valoriser et à accentuer les similitudes entre ses membres au détriment des personnes membres d'un « exogroupe »* ». Pour aller plus loin encore, certains spécialistes considèrent les stéréotypes comme des moyens d'imaginer des modifications sociétales, économiques ou encore politiques. La force d'un stéréotype selon les auteurs de *Pour un usage du stéréotype en Histoire*, c'est qu'il est erroné, sinon il ne serait pour reprendre leurs mots que « *une donnée objective, une analyse juste du réel* ». Il ne s'agit pour autant pas de prêcher le faux pour le rendre véritable mais de répéter des informations véritables ou semblant l'être du temps passé afin de les intégrer au temps présent.

Ainsi, l'homme se retrouve être par défaut un individu fort physiquement et donc apte au travail, mais en faisant des raccourcis, Pierre Bourdieu estime que l'homme est considéré comme fort et surtout supérieur à la femme car il dispose avant tout d'un pénis. Nous pouvons reprendre ses mots « *la différence biologique entre les sexes [...] tout particulièrement, la différence anatomique entre les organes sexuels, peut ainsi apparaître comme la justification naturelle de la différence socialement construite entre les genres* ». Il est rejoint par Françoise Héritier qui décrira la femme comme « *réceptacle* » dans la reproduction, tandis que l'homme lui possède le sperme, donc le pouvoir de décision. Cette autrice retranscrit d'ailleurs une théorie d'Aristote quant à la fécondation. Ce dernier affirme que l'homme produit du sperme par coction (cuisson) du sang et qu'il correspond à un être de chaleur. La femme, perdant du sang durant ses épisodes menstruels est un être froid. Alors, le fait de donner naissance à un garçon devient une règle et le fait de donner naissance à une fille correspondrait à une certaine défaillance. En effet, chez l'homme âgé, la coction fait défaut et chez le jeune homme elle n'est pas optimale. D'autres prétextes apparaissent comme la température ambiante ou certaines pathologies mettant en défaut ce processus physiologique théorique. Bien que l'idée ne soit pas reprise dans l'ouvrage, peut-être pouvons-nous faire le lien avec certaines réactions encore présentes dans la société actuelle comme « *Tu as un garçon, le papa a bien travaillé au lit* ». Mme Héritier explique dans son ouvrage que dans les communautés Samo et Inuit, un homme célibataire ou veuf n'effectue pas les « *tâches féminines* » et sera toujours assisté par une voisine ou une parente. Celle-ci se

chargera de l'entretien de la maison ainsi que de la cuisine. Le célibat est par ailleurs jugé socialement, hormis les veufs, et prouve que l'individu célibataire n'est pas capable de garder une épouse ou bien d'en trouver une. Il sera considéré comme « *la moitié d'un être humain* ».

La représentation de la femme et de l'homme se trouve également dans le domaine de l'art. En effet, l'art évolue avec la société et parfois la devance grâce à ses artistes. La place de la femme dans le domaine de l'art est toujours liée à la sensualité, à la question du désir. Ce sont par ailleurs les hommes qui ont peint ou photographié les femmes jusqu'au XX^{ème} siècle lorsque les écoles d'art se sont ouvertes aux étudiantes. Là où la femme était la muse, donc passive, de l'homme créateur, donc dominant ; certaines artistes dont Colette ou la réalisatrice Alice Guy inversent les rôles et inventent l'homme-objet. Enfin, alors que les nus masculins étaient représentés beaux et en érection, ainsi synonyme de pouvoir et de grandeur ils sont désormais immortalisés avec un sexe au repos. L'idée qu'une femme puisse éprouver et exprimer son désir était alors à l'époque blasphème et très vite décrié. Certains auteurs et autrices commencent à traiter du désir féminin ; et d'autres artistes continuent dans leurs arts respectifs et se positionnent politiquement. Par exemple, en raison de son âge et de son positionnement, l'actrice Delphine Seyrig se voit attribuer de petits rôles et fut écartée progressivement de la lumière.

Pour en revenir à l'homme, comme dit plus haut ses attributs physiques que sont une musculature plus développée ainsi qu'un phallus ont suffi pour entamer une domination dans la société. L'on passe de chef de village à chef d'entreprise ou chef d'État. Nous pouvons remarquer que dans le monde, la majorité des grandes entreprises, des grandes puissances économiques ont à leur tête un homme. De ce constat : naître garçon est déjà un avantage. Dans le domaine des inventions également le nom des femmes est parfois effacé au profit d'hommes devenus célèbres. Ainsi pour reprendre le domaine artistique, Alice Guy est méconnue contrairement aux frères Lumière. Toutefois, aujourd'hui nous voyons bien que les rôles ne s'inversent pas forcément mais tendent à s'égaliser lentement. Dans le monde infirmier, les hommes arrivent de plus en plus ; dans le domaine du BTP ou de l'informatique les femmes s'imposent également. L'Allemagne est dirigée par une femme tout comme la capitale française par exemple.

La question du genre n'est pas la seule matière des stéréotypes, ce sont mêmes les cultures et croyances ou plutôt leurs différences qui les alimentent généralement. Dans le domaine de la psychiatrie, un concept a fait son apparition peu avant les années 1980 : l'éthnopsychiatrie.

Cette discipline peut se définir comme une approche de psychopathologies se basant et étudiant les origines ethniques ou culturelles des personnes en étant atteintes. Le but de ce type d'approche est d'affronter en quelque sorte des « *mondes hétérogènes, où toute traduction fait difficulté, voire manifeste des points de non-traductibilité d'un système culturel dans un autre* » selon l'ouvrage *Philosophie et ethnopsychiatrie : rencontre avec une « pensée fabricante »*. Par cette voie novatrice, le psychiatre produit de la pensée et co-construit de nouvelles connaissances avec le patient qu'il accompagne. Ce mode de travail consisterait donc en quelques mots à bâtir de nouvelles connaissances médicales et psychiatriques, en partant d'un sujet désigné comme « *malade* » afin de pouvoir apporter des soins à ce dernier. Cette politique de collaboration (de travail d'égal à égal avec le patient) semble normale et intégrée pour la profession soignante actuelle. En prenant du recul, cela soulève une problématique parfois taboue : sortir des sentiers battus.

Le principe de la zone de confort se retrouve dans tout milieu professionnel. Durant mon parcours de stages, j'ai travaillé et appris aux côtés de professionnels qui aiment leur profession et qui par volonté bienveillante de transmission et d'apprentissage demandent de nombreux efforts. Mais une chose est sûre, les infirmiers qui me les ont demandés ne sont pas novices et pratiquent au quotidien depuis plusieurs mois voire années. Certains infirmiers vont encore plus loin en me parlant de leur exercice professionnel et de leur souhait de rester dans le service où ils sont à la fois par amour de celui-ci mais également par souhait de ne pas devoir réapprendre de nouveaux soins, traitements, logiciels, pathologies. Ce constat est d'autant plus frappant à travers la fracture médecine traditionnelle et psychiatrie, comme si le passage de l'un vers l'autre était soit une trahison, soit un bon dans l'inconnu, soit selon d'autres « *un suicide professionnel* ».

Voir arriver dans son service une pathologie ou une situation inhabituelle entraîne des réactions parfois froides, souvent de jugements. Marc Lorient va plus loin encore en parlant du « *mauvais patient* » qu'il est possible de devenir si « *l'on n'est pas perçu comme un vrai malade ou une vraie victime* » ou encore lorsque l'on n'est pas « *compliant, obéissant, respectueux des règles de la vie hospitalière* ». Ainsi un patient jugé pénible ou moins méritant selon l'auteur se verra étiqueter auprès des autres professionnels qui diminueront leurs passages dans sa chambre. Ces réactions perçues comme hostiles pourraient néanmoins cacher un certain blindage, une technique de défense afin de se « *protéger symboliquement contre ce qui pourrait être source d'angoisse et de remise en cause de l'identité professionnelle* ».

4.2 Exercice infirmier

Avant toute chose, l'ouvrage édité par Berger-Levrault nous dit que selon l'article L.4311-1 du Code de la santé publique « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* ». La législation précise que l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier (D.E.I.) se fait à la suite de 3 années de formation alternant apprentissage théorique, pratique et stages. Ce livre, devenu objet de référence durant nos cours théoriques de législation, s'accompagne d'un classeur nommé « *portfolio* », qui sert de Curriculum Vitae de notre formation. L'ensemble de nos stages et de nos bilans et notations y sont renseignés. Il est porté à ma connaissance, durant la première année de formation, que les actes infirmiers sont explicitement cités et qu'ils correspondent à « *l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* ». Ainsi, aucune distinction sur le plan législatif n'est faite concernant le sexe du professionnel.

En remontant l'histoire des soignants, des femmes soignantes pour les citer, nous ne les avons pas toujours connues sous la dénomination « *infirmière* ». En reprenant les mots de « *Études sur les soins et les services infirmiers* », ces femmes étaient au commencement des « *matrones, sages-femmes ou guérisseuses* ». Au fil des siècles elles n'ont cessé d'être présentes et souvent cachées par l'ombre des « *médecins* », les savants, ceux qui ont les connaissances écrites. Historiquement, rares sont les éloges et la reconnaissance de ces soignantes, il faudra attendre 1775 et l'ouvrage de Serain Pierre Entrope : *Instruction pour les personnes qui gardent les malades*. Dès lors, les besoins de formations et de connaissances spécifiques sont reconnues, tout comme le caractère indispensable des soignantes. Ce dernier auteur écrira d'ailleurs « *L'art de gouverner les Malades en l'absence de Médecins, est un de ceux que l'on a négligé, au grand préjudice de la vie des hommes* ». De nombreuses évolutions concernant les formations verront le jour au fil des décennies. Enfin, la première guerre mondiale (1914-1918) et son lot d'horreurs apporte un tournant dans l'histoire infirmière. « *Pour la première fois la blouse blanche des infirmières fait irruption dans les pages des grands quotidiens* ». Appelées les « *anges gardiens* » elles ont depuis gardées cette image sociale de femmes qui sauvent des vies, autant indispensables que le médecin ; ce qui contraste avec l'image dénigrée dont elles disposaient quelques siècles auparavant.

Toutefois, bien que je parle beaucoup au féminin, il fut des périodes et endroits où les hommes furent soignants en grande majorité. Par exemple, en Nouvelle-France (période de la colonisation de l'actuel pays des Etats-Unis, courant XVI^e siècle) ce sont des hommes religieux qui prodiguaient les soins aux populations. Mais, Ross Kerr, un médecin américain, explique qu'il « *était moralement inapproprié que des hommes prennent soins des femmes* » et donc des religieuses femmes ont été menées sur ce territoire. Plus tard, à l'époque Victorienne britannique (fin XIX^e et début XX^e siècles), une femme, Florence Nightingale lance un mouvement auprès des suffragettes (femmes bourgeoises et instruites) à contre-courant d'une société où la place de la femme est au foyer. Ainsi, ces femmes accèdent à une instruction des soins médicaux ; les valeurs qui leurs sont associées telles que la propreté et la discipline seront maîtres mots dans la formation dispensée. Florence Nightingale estime d'ailleurs que « *la femme est naturellement soignante et que les soins infirmiers ne sont qu'une extension normale de son rôle d'épouse et de mère* ». Bien que cette pensée soit critiquable ce jour, il faut se remettre dans un contexte où être infirmière à cette époque signifiait être en haut de l'échelle hiérarchique des professions ouvertes aux femmes. À la suite de ces événements la profession infirmière et la genrisation qui en découle se présentent comme une « *quête active de reconnaissance sociale, par les femmes et pour les femmes* » selon les auteurs de *Masculinités et genre dans la profession infirmière*. Toutefois, si nous en étions restés à cette étape de l'histoire de la profession, je ne serais certainement pas en formation pour devenir infirmier. Le combat que les femmes ont mené pour la reconnaissance de la profession, la gente masculine a dû et doit encore le mener, à une moindre échelle je le conçois. Il faut savoir que dans les années 1970, les idéaux des mouvements féministes ont contribué à qualifier l'homme comme inapte à l'exercice professionnel soignant, selon MacDougall, certains professeurs estiment d'ailleurs que les « *étudiants masculins n'ont pas les habiletés « naturelles »* » pour acquérir les compétences infirmières. Ces idées sont issues en partie d'une certaine peur. En effet, la profession étant féminine majoritairement, l'inclusion d'hommes pouvait mener à réintroduire - selon O'Lynn & Tranbarger - les « *fondements du patriarcat et l'imposition d'une hégémonie masculine* », alors absents de la profession depuis ses débuts.

Cependant, la complémentarité des sexes est un élément primordial. Comme j'ai pu dire précédemment, les deux sexes sont organisés de manière à se compléter physiquement et les places sont parfois toutes faites dans la société. Il faut à présent penser les deux sexes comme tels alors : complémentaires. En reprenant les mots de Elisabeth Badinter dans son ouvrage *L'un et l'autre*, les hommes et les femmes « *participent également à la formation d'une unité*

homogène : l'humanité ». Ainsi, il paraît clair que la collaboration sociale et donc professionnelle est indispensable à un épanouissement collectif. Car c'est bien de ça dont il s'agit : le collectif. Lorsque nous enfilons notre blouse en service, que nous accompagnons et aidons les plus fragiles au quotidien, nous pensons collectif. Les actualités le prouvent bien, les soignants se mobilisent pour « sauver l'hôpital public » et s'assurer que les futurs patients aient accès à une qualité irréprochable de soins. Également, la crise sanitaire actuelle, qui dure depuis plus d'un an a forcé des soignants à travailler de nombreuses heures supplémentaires pour pallier les besoins et ainsi soigner les populations. Dans des moments comme ceux-ci, la question du genre n'est pas présente car elle n'a pas sa place, ou du moins n'a plus sa place. Dans le débat social, la question n'est plus de savoir « *qui fait quoi ?* » mais « *comment est-ce fait ?* ». Les professions historiquement masculines se féminisent et les professions historiquement faites pour la population féminine, comme infirmière, voient de nombreux hommes arriver. Cette évolution qui tend à une égalité en termes d'accès à l'emploi laisse apparaître quelques inégalités dont l'exercice infirmier ne fait pas exception. Si la question du salaire est réglée assez rapidement puisque celui-ci s'aligne sur une grille évoluant au fil du temps, la problématique des arrêts maladie n'est pas indifférente. Dans une étude publiée le 27 Février 2020, l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE) conclut que « *Les interruptions d'activité liées aux enfants restent beaucoup plus fréquentes pour les femmes* », ce qui indique bien que la lutte pour une égalité sociale entre les sexes n'est pas encore atteinte, et que moralement parlant : c'est à la femme, la mère des enfants, de gérer les imprévus de la vie quotidienne à ce sujet. L'élément marquant de cette fracture professionnelle est le congé maternité. Alors oui, l'homme ne peut enfanter c'est scientifique. Le temps passé en arrêt maternité, avant et après la grossesse se retrouve perdu sur le plan financier. Lors du calcul des retraites, c'est du temps non compté à l'heure actuelle ; socialement, c'est également une perte de vitesse dans l'évolution professionnelle.

Aujourd'hui, de nombreuses formations sont proposées aux soignants chaque année sur leur temps de travail. Certaines sont obligatoires comme le recyclage tous les 4 ans de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence, et d'autres sont au libre souhait des soignants comme le tutorat, des formations spécifiques aux services permettant ainsi aux infirmiers d'approfondir leurs connaissances théoriques ou encore des formations sur la gestion des conflits et leurs désamorçages. La Haute Autorité de Santé précise que ce développement professionnel continu permet « *l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion sociale par l'accès aux différents niveaux*

de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social ». Ces formations sont encadrées par la loi et sont obligatoires selon le décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Ainsi, au-delà des 3 ans de formation infirmière en France, les professionnels sont voués à évoluer tout au long de leur carrière afin d'acquérir toujours plus de connaissances et de compétences.

4.3 Prise en soins

Rien n'est plus naturel en tant que soignant et futur professionnel de parler de la prise en soins, et de manière plus générale du soin. Selon le Larousse, le soin correspond à des « *actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le soin infirmier comme « *aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social [...]* ». Ces deux définitions se rejoignent, l'OMS développe juste sa vision de la santé. Pour pouvoir prodiguer des soins à une personne, pour entrer en contact avec elle nous allons construire une certaine relation. Alors, différentes relations existent, elle peut être de civilité, de soutien social, de soin, de conseil, etc. La relation à l'autre se trouve être très subjective et dépendant de nombreux facteurs, dont nous n'avons aucun contrôle la majeure partie du temps en tant que soignant. En sciences infirmières, les besoins de chaque individu sont définis par une certaine pyramide, celle de Virginie Henderson, qui reprend une idée de Maslow. Ainsi, un besoin primaire comme s'alimenter ou être protégé doit absolument être couvert afin de pouvoir réaliser des besoins plus secondaires comme le besoin d'appartenance par exemple. Contre toute attente, cette vision du soin peut se révéler incomplète pour aborder la relation que l'on nomme la relation soignant-soigné. Cette relation est dite asymétrique car le soignant (position de domination) dispose des connaissances nécessaires au patient (position de soumission).

Différentes personnes se distinguent dans les sciences infirmières car différentes théories de soins existent, elles se complètent et parfois s'opposent. Ainsi, Monique Formarier, formatrice à l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI), retient surtout 2 approches. Dans un premier temps, le caring de Watson, pour qui « *la finalité est la satisfaction de la personne soignée, favorise le développement des potentialités permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné, en tenant compte de l'entourage* ». Dans un second temps, elle nous citera l'approche perceptuelle de Combs, l'auteure explique cette

approche par le fait que « *une personne agit en fonction de ses représentations et de ses perceptions face à une situation. Le comportement de chaque personne est déterminé, non pas par des faits objectifs, mais par sa propre perception et interprétation des faits* ».

Donc, les représentations que les individus ont sont omniprésentes, Abric les définit comme « *une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites [...], de comprendre la réalité à travers son propre système de référence* ». Ces représentations, tout comme les cultures ou les religions ne doivent pas entraver les soins prodigués dans des situations d'urgence, l'ouvrage « *Le guide des acteurs d'urgence face aux pratiques culturelles et religieuses* » exprime plusieurs commandements parmi lesquels « *la Loi républicaine se place au-dessus des religions, des usages, des traditions et des coutumes* » ainsi que « *la pratique religieuse du patient [...] ne doit jamais aller à l'encontre de la dispensation des soins* ». Ce livre reprend également la problématique d'une prise en charge par une personne du sexe opposé. Il en ressort que dans des situations d'urgence lorsqu'aucune alternative n'est possible la prise en soin par un soignant du sexe opposé sera toléré dans le seul but de sauvegarder la vie de la personne. Toutefois, pour des soins courants, intimes et non urgents, le refus est à prévoir. Ainsi, soit un changement de soignant est possible soit des alternatives doivent être trouvées avec le ou la patiente. Souvent, la patience est de mise, à la fois pour le soignant qui malgré une forte quantité de tâches à réaliser devra et saura s'adapter aux besoins individuels mais également pour le patient qui doit attendre. La vie en chambre d'hôpital, bien que transitoire dans les cas d'hospitalisation, demande cette vertu car les loisirs ne sont pas maîtres mots et les journées sont vites rythmées par les soins prodigués et les visites lorsqu'elles sont autorisées. Comme vu dans le film « *Patient* » réalisé par Grand Corps Malade et Mehdi Idir, les différents jeunes adultes hospitalisés ont tissé des liens entre eux-mêmes ou les soignants. Ils organisent des activités malgré leurs différents handicaps pour passer le temps et oublier qu'ils ne retrouveront jamais leur vie d'avant. Mais chaque journée commence de manière identique avec les soins d'hygiène, les séances de kinésithérapie, les repas, les voisins de chambre parfois incompatibles. Cette subjectivité si délicate à apprivoiser est entourée de sentiments ou souhaits globalement identiques à chacun d'entre nous : la joie, l'envie de rire, l'envie d'être propre et beau/belle, etc.

Ivan Jablonka a bien compris ce souhait d'être beau et de plaire. Dans son livre « *Le corps des autres* », il échange avec des esthéticiennes qui comme les soignants prennent soins des personnes. Ce dernier les définit comme la femme qui « *prend soin de moi mieux que moi-même* », celle qui est « *détentrice d'une compétence dont l'objet est la beauté et le bien-être* ».

Une des professionnelles, qui sont toutes des femmes dans ce livre où l'usage du féminin est omniprésent, explique sacrifier sa pause du repas de midi ou rester plus tard le soir pour que « *les commerçantes du village puissent venir* » ; chose impensable dans le milieu de l'industrie ou des affaires. Cette attention pouvant paraître anodine illustre bien l'état d'esprit de ces personnes qui tout comme les soignants ne comptent pas toujours leurs heures pour apporter du réconfort et du bien-être à autrui. Loin de l'idée zen et détendue que j'ai pu imaginer au premier abord, un.e esthéticien.ne possède un rythme comparable à un soignant : « *tu fais pipi à la pause-déjeuner ou à la fin de la journée* » ; « *On court toute la journée. Des journées marathon* ». Mais tout comme le milieu du soin, les clients (ou patients) ne doivent pas voir cette partie. Ils en auront parfois connaissance, mais les impliquer dans ce tumulte peut atténuer l'effet du bien-être qui a été ou qui va être prodigué. Les questions de la douleur et de la fatigue sont naturelles quand elles sont posées aux patients, mais ces notions sont également bien ancrées dans le corps des esthéticien.nes ; à l'image des soignants encore pour faire le parallèle. Ainsi, les témoignages recueillis par l'auteur font état d'une « *grande variété de douleurs* », à la fois car le travail se veut physique mais également car dans certains cas le matériel fait défaut et ne s'adapte pas aux différentes morphologies des professionnels l'utilisant.

4.4 Synthèse du cadre de référence

Au travers de ce cadre théorique, nous avons donc vu comment se construit le stéréotype et à quel point il peut être complexe de l'expliquer. De nombreux psychologues, anthropologues et chercheurs étudient encore aujourd'hui la construction de ces représentations sociales qui ont mené à des conflits par le passé, et continuant d'en créer à l'heure actuelle. De la même manière, la profession infirmière ne cesse d'évoluer avec la société et ce travail sera, je pense, considéré comme caduque dans quelques décennies. Toutefois une caractéristique sera toujours identique aux soignants malgré les années : ils seront désintéressés ; c'est-à-dire qu'ils n'agiront pas par intérêt personnel. Le travail auprès de l'humain se révèle complexe et parfois usant dans le temps et comme j'ai pu le relever précédemment : même une fois formé, la profession n'est pas un long fleuve tranquille.

5 Méthode exploratoire

5.1 Outils

Pour mener à bien ce travail de fin d'étude, j'ai décidé de mener une enquête exploratoire en deux temps :

- Un premier qui consista à l'aide de questionnaires sur Internet de recueillir des données quantitatives sur la question. Cela m'a permis d'avoir un aperçu du ressenti des infirmiers de manière anonyme. L'outil *Google form* s'est trouvé être le plus adapté en cette période de pandémie, il m'a offert également une lecture aisée des réponses et des chiffres, bien qu'un traitement manuel se révèle nécessaire.
- Un deuxième qui se compose d'entretiens semi-directifs avec six infirmiers hommes et femmes, qui m'ont permis de faire écho sur des items du questionnaire, en ayant des réponses plus détaillées et me permettant d'approfondir certains points en face à face.

Cette méthode en deux temps est souvent utilisée, malheureusement le premier entretien a eu lieu le lendemain du lancement du questionnaire, ne me permettant ainsi pas de traiter les données recueillies.

Le choix d'entretiens semi-directifs permet de garder le sujet au centre de la conversation, sans dévier de trop. Également, cela laisse suffisamment de liberté à la personne interrogée pour argumenter et développer ses idées.

5.2 Population

En raison du sujet que j'ai choisi, je me devais de porter une certaine distinction sur le sexe des professionnels que je souhaitais rencontrer. Bien que le sujet traite de la masculinité, je ne pouvais léser le point de vue des infirmières.

Concernant le questionnaire, celui-ci a été complété par près de 200 professionnels. De cette manière, j'ai pu disposer d'un échantillon suffisamment grand. Les étudiants ont été incités à ne pas répondre afin que je puisse disposer de réponses argumentées par de nombreuses expériences. Enfin, les entretiens se sont faits auprès de 4 professionnels, deux hommes et deux femmes.

5.3 Lieu

Dans un premier temps, le questionnaire a été proposé auprès de mes contacts diplômés, qui ont pu le faire suivre à leur tour. Ensuite, je me suis rendu sur le groupe Facebook « *Groupe entraine ESI/IDE* », donc dédié aux étudiants et infirmiers diplômés où j'ai pu avoir un nombre important de répondants en peu de temps. En moins d'une journée j'ai accumulé près de 200 réponses. Ce questionnaire a donc été clôturé très rapidement puisque le nombre de répondants était déjà important et le traitement des données découlant de ceci promettait d'être énergivore.

Enfin, deux des entretiens se sont déroulés sur les lieux d'exercice des infirmiers, dans une salle où l'entretien n'a pas été dérangé ; et les deux autres se sont faits à distance par téléphone. Concernant les services de ces infirmiers, les deux professionnels interrogés physiquement travaillent en EHPAD, et ceux interrogés à distance exercent en réanimation et en soins intensifs de cancérologie.

5.4 Guide des outils

5.4.1 Questionnaire

Le questionnaire que nous retrouvons en annexe I s'est construit autour de plusieurs items. Le premier avait pour objectif de connaître le profil du répondant : son sexe, sa tranche d'âge, le temps depuis lequel cette personne est diplômée, la catégorie de service dans lequel le répondant travail ainsi que son département. Ensuite les deuxième et troisième parties portaient sur le refus de soins à l'égard du répondant d'abord puis à l'égard d'un collègue qu'ils ont dû remplacer. Les professionnels devaient dire si le problème était lié au genre, à l'âge ou bien à une autre raison, laissant ainsi la place à une expression libre. Ces deux items se concluaient sur la fréquence de ces situations. Ensuite, dans une quatrième partie j'ai interrogé les infirmiers et infirmières sur leur rapport à la gêne dans les soins ainsi que sur leur refus de soins, en reprenant les mêmes questions que pour les deux items précédents : si c'était dû au genre, à l'âge, à une autre raison et enfin la fréquence de cette gêne ou de ce refus. Pour conclure cet entretien, les questions étaient ciblées sur la vie professionnelle. Cette partie débutait par leur ressenti quant à leur formation sur les stéréotypes. Ensuite, différentes questions sur la mixité des genres en service ont été posées, notamment si le répondant ressentait une différence de traitement professionnel entre lui et ses collègues du sexe opposé.

Le questionnaire se conclut sur une phrase de remerciement, avec mon adresse mail personnelle afin de laisser la possibilité aux répondants de me contacter en cas d'interrogation ou de demande de renseignements.

5.4.2 Entretiens

Pour entamer les entretiens, j'ai réalisé un guide d'entretien consultable en annexe III se basant sur six questions, faisant suite à ce qu'on appelle l'étalon sociologique. Cette première partie ne correspondant pas en soit à une question comporte l'identité fictive du professionnel interrogé, son âge ainsi que son expérience dans la profession.

Les questionnements qui ont suivi permettaient de balayer largement la problématique des stéréotypes tout en gardant le cap, c'est-à-dire sans trop dériver. La première posait les bases sur le sujet car elle consiste en la définition personnelle des stéréotypes. Elle se suivait par une question sur la formation et le ressenti : Le professionnel est-il assez formé aux représentations sociales et aux stéréotypes. La troisième question recentrait sur la relation homme-femme dans l'exercice et se suivait d'une question sur les handicaps ou privilèges liés au sexe. Également, la cinquième question consistait à la description d'une situation où les stéréotypes confrontaient le ou la professionnelle. Pour conclure, le répondant avait la possibilité d'ajouter des éléments ne rentrant pas dans les questions précédentes, par la suite j'ai pu prendre des coordonnées pour faire suivre ce Travail de Fin d'Étude auquel les personnes ont participé.

5.5 Grille d'analyse

5.5.1 Questionnaire

La construction du questionnaire s'est faite au travers de l'outil Google Form, incluant la mise à disposition automatique de graphiques précis, dont la plupart ont été conservés sans retouche en annexe. Pour les réponses ouvertes et celles demandant une réfection du graphique, l'outil Excel a été utilisé. L'ensemble des résultats et des tableaux et graphiques réalisés sont présentés en annexe II.

5.5.2 Entretiens

Afin de mener à bien les analyses d'entretiens, une grille d'analyse a été mise en place. Elle s'inspire du modèle présenté lors de nos enseignements et reprend donc les questions qui sont posées, du thème qui ressort dans ladite question et enfin la référence ou une certaine réponse à cette question. La grille d'analyse vierge est consultable en annexe V ; celle remplie suite aux entretiens se situe en annexe VI.

En conséquence, à la première question portant sur les stéréotypes, je me réfère à la définition citée plus haut dans le cadre de référence « *Expression ou opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché* ». Toutefois mon attitude durant l'entretien ; ou à défaut une relance ; lors de cette question a laissé une ouverture aux soignants pour continuer leurs avis sur le sujet.

Pour l'ensemble des questions suivantes, des précisions sont faites grâce aux résultats du questionnaire, dont les résultats ont pu être analysés pour la construction de cette grille d'analyse. Il ne peut y avoir de réponse précise ou juste car l'ensemble de ces questions (de la question 2 à la question 5) font appel à l'expérience, le ressenti ou l'avis des professionnels interrogés. La dernière question laisse la porte ouverte à l'infirmier interrogé à un développement, l'apport d'une nouvelle idée.

Enfin, la grille se termine par un emplacement lié à l'imprévu, c'est-à-dire ce qui a pu être dit ou ce qui a pu se passer qui ne rentre dans aucune catégorie précédente, ni même dans le cadre du mémoire.

5.6 Analyse

5.6.1 Questionnaire

5.6.1.1 Identité du répondant

Nous allons analyser les réponses de ce questionnaire, consultable en annexe II, dans l'ordre dans lequel il a été réalisé. Afin de simplifier la lecture et l'analyse des résultats, certaines réponses et tournures ont été modifiées. Par exemple, la catégorie *libéral* présente dans la troisième question a été remplacée par *domicile* afin d'englober par la même occasion les remplaçants d'IDE libéraux ou encore les professionnels d'Hospitalisation À Domicile (HAD). Ainsi dans un premier temps nous nous attaquons aux profils des infirmiers répondants, qui sont en grande majorité des femmes (89,8%), cela étant donc relativement représentatif de l'échelon national. En effet, ici seuls 10,2% d'hommes ont participé, et comme dit plus tôt dans ce travail, la moyenne nationale d'infirmiers hommes en exercice est de 13 à 14%. Ensuite, sur l'ensemble des répondants nous observons que la majorité possède un diplôme encore jeune, c'est-à-dire moins de 5 ans (66,5 % ; contre 21,3% de répondant qui ont plus de 10 ans de diplôme). Ensuite, à la question sur le type de service, deux secteurs ressortent majoritairement :

- Médecine court séjour et chirurgie d'un côté avec 36,5% des réponses ;
- Urgence/réanimation/SMUR/pompiers d'autres part qui concentre 26,9% des réponses.

Nous pouvons noter, en regardant le détail, qu'un grand nombre de répondants (environ 30) vient du département du Pas-De-Calais et exerce dans le secteur Urgence/réanimation. Ceci s'explique par le transfert via une de mes connaissances du questionnaire avant diffusion auprès de nombreux de ses propres collègues. Géographiquement d'ailleurs, deux régions se distinguent en termes de nombre de participants : la région des Hauts de France, avec 45 participants sur 197 (23%) et la région Auvergne-Rhône-Alpes avec 32 répondants (16,3%). Le rapport à la répartition nationale de professionnels ne peut être établi en raison du caractère restreint de la diffusion de cet outil. Toutefois, nous pouvons noter la présence dans les réponses d'infirmiers belges et suisses, respectivement 3 et 2 personnes. Cependant, 4 réponses sont jugées inexploitable car les répondant n'ont soit rien répondu, soit indiqué le service dans lequel ils travaillent. Une tournure de question plus précise comme « *Dans quel département géographique exercez-vous majoritairement ?* » aurait pu éviter cela.

5.6.1.2 Refus de soins

Dans la deuxième partie du questionnaire nous nous intéressons aux situations de refus auxquelles les répondants se sont confrontés. En raison des réponses (82,7% se sont déjà vu refuser un soin), nous pouvons penser qu'il s'agit d'un passage presque obligé dans la carrière d'un IDE. Les professionnels n'ayant jamais eu de situation pareilles (17,3%) n'ont pas répondu aux questions suivantes. A l'hypothèse d'une origine liée au genre, 62,6% des infirmiers expriment que là n'était pas la question. Toutefois, lorsque le genre devient problématique c'est plus lorsqu'il diffère de celui du patient (27,6%) que lorsqu'il est identique (0,4% des répondants). Ensuite, à la question « *ce refus est-il dû à l'âge ?* », 61,3% expriment « *Non* », contre 16,6% où le patient était plus âgé et 9,2% où le patient a environ le même âge. Enfin concernant les autres raisons causant ce ou ces refus, j'ai regroupé l'ensemble des réponses très variées dans des catégories adaptées. Selon les résultats, lorsque la raison n'est ni le genre ni l'âge, il s'agit principalement d'une problématique d'ordre culturel ou religieux (33 réponses sur 84) ou d'une non-adhésion aux soins (19 sur 84). Conjointement, nous pouvons noter des refus liés aux pathologies des patients, les rendant peut-être alors plus socialement acceptables : 10 réponses sur 84 concernent des troubles psychiatriques, et 9 réponses sur les troubles cognitifs. Sur l'ensemble de ces refus (163 réponses), les répondants expriment une fréquence assez faible : 66,3% d'exceptionnels ; 25,8% d'occasionnels et seul 8% de fréquents. Aucun répondant n'exprime de refus réguliers.

5.6.1.3 Remplacements dans les soins

Dans la troisième partie, les questions se ressemblent mais concernent un autre point de vue : celui de remplacer un ou une collègue s'étant vu refuser un soin. Sur les 197 répondants, 81,7% expriment avoir déjà effectué un remplacement. Les 18,3% n'ayant pas eu ce genre de situations n'ont pas eu accès aux autres questions. A la question sur une raison liée au genre, 46,6% expriment « *non* », mais nous notons un taux de 39,8% de réponses « *oui, le patient était d'un sexe différent* ». Ensuite, sur une hypothèse liée à l'âge : 67,7% des IDE répondent par la négation, 13,7% diront « *je ne sais pas* ». Cela laisse un faible taux de réponses positives (18,6%, se divisant de manière égale entre les 3 propositions faites), ce qui correspond à un nombre plus faible que lorsque le refus s'appliquait au répondant lui-même. Ensuite, lorsque la raison n'est ni l'âge ni le genre, elle est le plus souvent encore une fois liée à la culture ou à la religion (20 réponses sur 65). Arrivent ex-aequo à 8 répondants chacun sur 65 : la relation altérée avec le patient ainsi que la difficulté à faire le soin, entendez par là une problématique liée à l'expérience du soignant, à la dextérité et aux connaissances personnelles. La fréquence des remplacements se fait encore plus rare que lorsque le refus s'applique au répondant : 70,8 estiment les remplacements exceptionnels ; 25,5% occasionnels et 3,7% fréquents. Comme pour la partie précédente, aucun IDE n'exprime de fréquence régulière.

5.6.1.4 Ressenti dans les soins

Dans la quatrième section, les IDE sont interrogés sur leurs ressentis durant les soins. Un nombre important d'entre eux (73,1%) s'est déjà retrouvé gêné dans un soin. Sur l'ensemble des répondants toujours, la communauté se divise à la question « *avez-vous déjà refusé un soin ou demandé à un collègue de vous remplacer ?* ». En effet, 53,3% répondent positivement contre 46,7 qui disent « *non* ». J'ai repris le même schéma pour la continuité de cette section que les deux dernières parties. Concernant l'hypothèse sur le genre, 60,3% des 174 répondants disent « *non* » contre 33,3% qui affirment que c'est en raison du sexe qui différait de celui-du patient. Ensuite, par rapport à l'âge, les réponses sont plus nuancées que précédemment. Ils sont sur 176 réponses 51,7 % à répondre de manière négative mais 34,1% à dire que l'âge était sensiblement le même. Ces réponses sont plus nuancées probablement car il ne s'agit pas d'une situation de refus ou de non-soins mais plutôt d'un ressenti interne au professionnel. Le fait d'avoir le même âge à peu près que la personne soignée peut mener à des transferts sur la vie personnelle de l'IDE, d'autant plus lorsque la personne est du sexe opposé, j'émet donc en écho à mon cadre de référence une hypothèse liée à l'attirance et aux pensées parfois sexualisées

que l'on retrouve très souvent dans l'histoire de l'Homme, et qui n'échappe pas aux soignants. D'ailleurs, les raisons autres que les deux que je viens de traiter sont assez diverses. Contrairement aux parties passées, les raisons religieuses et culturelles ne sont pas au premier rang et ne correspondent qu'à 3 réponses sur 52. Au premier rang sur ces raisons nous retrouvons le contact difficile ou une agressivité du patient (11 réponses sur 52), suivi par les raisons liées à l'anatomie (érection, seins, ...) (9 réponses sur 52). Ensuite, au même nombre de réponses, la problématique du transfert ou du rapport à l'Histoire De Vie (HDV) arrive ex-aequo avec le fait que le soignant connaît le patient (8 réponses pour chacune des raisons). Cela conforte l'hypothèse que j'ai soumise plus haut. Enfin, la fréquence de cette gêne ou du refus de la part du soignant se fait très majoritairement de manière exceptionnelle (86,5% des 170 réponses), contre 12,4% de manière occasionnelle et seulement 1,1% de manière fréquente. Encore une fois, aucun IDE n'exprime de caractère régulier à cette ou ces situations.

5.6.1.5 Vie professionnelle

La dernière partie de ce questionnaire traite de la vie professionnelle. La première question de cette partie concerne la formation aux stéréotypes et aux a priori, elle divise en deux la communauté soignante sur le sujet puisque 50,3% estiment ne pas être assez formés sur le sujet. Par la suite, il était demandé aux IDE si une mixité des genres était présente dans leur service, ce qui est le cas dans 69,5% des 197 réponses. Juste après, la question concernait un changement d'ambiance au travail en raison de cette mixité. Sur les 167 répondants, 66,5% estiment que des changements positifs ont eu lieu, contre 32,9% qui affirment qu'aucun changement n'a eu lieu. Seul 0,6% estime qu'un changement négatif de l'ambiance a eu lieu en raison de cette mixité. Les deux questions qui suivent traitent des différences de traitement ou de considération en fonction du sexe et vis-à-vis des collègues et/ou de la hiérarchie. Ainsi, la première des deux questions concerne l'IDE répondant ; ils sont 73,1% des 197 IDE à estimer qu'aucun favoritisme existe, 8,6% qu'une certaine forme flagrante existe et enfin 18,3% de manière plus légère. Ensuite la deuxième question concerne un ou une collègue du sexe opposé, elle regroupe 59,9% de réponses négatives concernant du favoritisme contre 13,7% qui observent une forme de favoritisme de manière flagrante et enfin 26,4% de manière plus légère. Cette différence relative peut s'expliquer de plusieurs façons. Je retiens ainsi deux hypothèses : la première c'est que l'on aperçoit plus aisément les actions de favoritisme sur autrui que sur soi. La deuxième, qui peut être liée à la première, est qu'un favoritisme masculin existe bel et bien et les différences quantitatives s'expliquent par le grand nombre de femmes répondantes. Toutefois,

nous pouvons noter à la question suivante que 82,7% de l'ensemble des répondants sont satisfaits de cette mixité des genres. Bien que ce résultat soit très important, il serait intéressant de savoir pourquoi les 17,3% d'IDE restants ne sont pas satisfait de cette mixité des genres dans leur service. Suite à la dernière question sur le taux d'hommes dans le service, j'ai pu noter qu'en moyenne il y a 25,2% hommes dans un service, ce qui est supérieur aux chiffres au niveau national ; bien qu'une incohérence subsiste au niveau des réponses au questionnaire. En effet, comme dit plus haut : 30,5% des répondant affirment avoir une mixité des genres sur leur lieu d'exercice, ce qui représente 60 IDE. Or, à la dernière réponse, seuls 13 IDE renseignent un taux de 0% d'hommes dans leur service. A l'image de sections précédentes, peut-être aurai-je dû interdire l'accès à certaines questions en fonction de leur première réponse.

5.6.2 Entretien par entretien

5.6.2.1 *Entretien 1*

Le premier entretien a eu lieu dans une salle de repos d'un EHPAD avec un infirmier de 56 ans. Ce professionnel diplômé depuis 1982 dispose d'une expérience riche en service de réanimation où il a exercé pendant près de 10 ans. Par la suite il s'est dirigé auprès de services de chirurgie, de court-séjours, de SMUR puis finit sa carrière auprès de la population gériatrique. Cet entretien était dès le début biaisé car le professionnel disposait des questions que je souhaitais poser, ce qui m'a quelque peu déstabilisé. Cet IDE, avant l'enregistrement, a pris les rênes de l'entretien en m'interrogeant sur le choix de ce thème. Ce n'est qu'après une première phase d'échange que l'entretien officiel commença.

Cet échange n'avait pas de colonne vertébrale à proprement parler car globalement le discours que tenait ce professionnel était transversal et répondait à toutes les questions sans faire de réelle distinction. Dans ses paroles toutefois certains éléments ne faisaient pas écho au sujet de l'entretien mais plutôt à un bilan de carrière ou à une certaine forme de confession.

Ce que dira Luc (prénom fictif) vis-à-vis des stéréotypes c'est qu'il ne croit pas en leur existence, il nous parlera ainsi plus aisément de rapports entre humains sans apporter de question de genre. Néanmoins certaines phrases contredisent cette pensée première, par exemple Luc affirme que les homosexuels sont reconnaissables grâce à leur attitude et qu'ils incarnent l'idéal infirmier, ou que les soignantes sont des pipelettes disposant de ragots capables de renvoyer des collègues. Cette contradiction est intéressante car elle illustre bien la distinction entre ce que l'Homme pense et dit d'un côté et la réalité de ses actes de l'autre ; autrement dit

comment le politiquement correct s'impose dans une réponse courte mais s'égare dans le dialogue périphérique. Par la suite, Luc expose son parcours d'étudiant à l'époque des religieuses et de la complexité d'intégrer un monde féminin en tant qu'homme. Cet écart de temps, entre ses années de formation et aujourd'hui, il semble le regretter et pense que l'ambiance interne à l'équipe s'est dégradée avec le temps, sans pour autant incriminer la mixité des genres. Avec son expérience de faisant-fonction de cadre, il explique que lors des embauches il ne regardait pas le sexe du professionnel mais plutôt la qualité des soins, tout en admettant qu'un homme dans une équipe majoritairement féminine tempère les choses. C'est en fin de compte paradoxal car bien que les can-cans de ses collègues femmes semblent lui peser il admet que cette mixité fait du bien. Toutefois il ne pense pas que ce sont des stéréotypes mais plutôt quelque chose de naturel ou humain et préfère ainsi rire des stéréotypes. Selon lui, l'homme représente la force et la femme la douceur accompagnée de ragots. De manière inattendue d'ailleurs il m'explique que la population homosexuelle possède les qualités des deux genres sans leurs inconvénients, en faisant ainsi les meilleurs soignants.

En tant qu'homme, il a déjà eu affaire aux stéréotypes bien qu'il n'emploie pas ce terme. En effet, il lui est déjà arrivé de se faire appeler « *docteur* » et il a déjà eu de petites réflexions lors d'embauches telles que « *c'est bien vous êtes un homme* ». Cette réponse est en adéquation avec l'expression des répondants au questionnaire. Sur ces mots l'entretien se conclut et débouche sur un échange plus personnel non retranscrit entre Luc et moi-même.

5.6.2.2 Entretien 2

Le deuxième entretien se passe dans un EHPAD familial selon les dires de la directrice du site, auprès d'une infirmière renommée Mona dans la retranscription. Cette infirmière de 39 ans diplômée depuis 2008 a toujours exercé en gériatrie. Elle définit les stéréotypes comme « *Une idée préconçue, quelque chose de tout fait, de normé par la société sur quelque chose ou une personne* » ce qui se rapproche bien de la définition donnée par le Larousse ; elle précisera qu'on essaye de ne pas rentrer dans ces stéréotypes et qu'on tente de s'en défendre. Elle estime y être suffisamment sensibilisée dans un premier temps mais dans son développement elle exprime que l'enseignement se concentrait principalement sur les cultures sans que cela soit davantage poussé par un formateur ou un intervenant.

Concernant la relation homme-femme, Mona pense que c'est avant tout une question de personnalité et non de sexe. Toutefois elle trouve intéressant de travailler avec des hommes. Un

infirmier était présent quelques mois auparavant dans cet établissement et était très apprécié des résidentes ; parfois même confondu avec le docteur ou le chirurgien cardiaque. La grande majorité - presque totalité - du personnel est féminin et les résidentes étaient ravies de voir un homme qui était l'archétype, selon les dires de la professionnelle, de l'homme fort avec les muscles visibles à travers la blouse. Ce professionnel arrivait à réaliser des soins que le personnel féminin n'arrivait à faire que dans les cris et la douleur et constituait donc un véritable atout. Également elle me dit que au sein de l'équipe cet homme temporisait l'ambiance car il est posé et calme.

De son côté, Mona a déjà eu des difficultés dans le soin en raison de son sexe, c'était lorsqu'elle exerçait en centre médico-éducatif, étant de petite taille elle se sentait moins considérée et écoutée que ses collègues masculins. Dans cet EHPAD actuel il arrive que des résidents hommes avec des troubles cognitifs aient des gestes déplacés mais cette infirmière arrive à faire la part des choses : c'est la démence qui agit et non l'homme. D'autres collègues cependant ont du mal à faire le distinguo et semblent affectés par ces gestes. Personnellement, Mona dit n'avoir jamais été confrontée aux stéréotypes en raison de son sexe. Elle ajoute que le fait d'exercer en gériatrie peut faire passer pour un professionnel de seconde main et regrette cette vision que certains soignants ont, ainsi elle défend son point de vue sur l'exercice gériatrique. Après un moment de réflexion, elle repense aux résidents ayant des propos racistes envers certains de ses collègues donnant ainsi lieu à des relais, mais toujours dans un contexte de troubles cognitifs. Hors de la problématique des troubles cognitifs, il arrive que certaines résidentes refusent les soins intimes s'il s'agit d'un homme.

Mona conclut notre échange sur sa déception vis-à-vis de certaines familles. Elle regrette que la prise en charge de résidents se résume pour des familles à une consommation de soins, c'est-à-dire que la famille paie pour une place en structure et qu'ainsi l'équipe soignante dans sa globalité doit rendre le résident immortel. Ce changement peut être lié au fait que l'établissement est familial et de petite envergure mais le manque de respect dont certaines personnes font preuve la désole.

5.6.2.3 Entretien 3

Pour le troisième entretien, j'ai fait appel à une connaissance infirmière du nord de la France, qui m'a dès lors conseillé un collègue de réanimation. Cet infirmier renommé de manière fictive Kevin a 26 ans et dispose d'une expérience dans un service d'urgences d'un centre hospitalier.

Il a fait partie des répondants au questionnaire donc voit globalement la ligne de l'entretien. Kevin pense que les stéréotypes n'existent que peu chez les soignants, pour plusieurs raisons selon lui : le fait que chacun des professionnels soient identiques sur le plan vestimentaire et grâce à la part de professionnalisme dont chacun fait preuve. Il ne définit pas réellement ces stéréotypes mais explique volontiers que ce qu'il retient de son expérience c'est la consommation de soins faite par les patients arrivant aux urgences, venant même à comparer ce service à un drive de fast-food ; ainsi que la problématique posée par la différence de sexes entre soignant et soigné, notamment lorsque le soignant est un homme et la patiente est une femme dans les soins intimes ou dénudant. Ressort également la question de l'âge chez les infirmiers, un jeune en âge serait alors moins pris au sérieux et peu importe son genre par la patientèle.

D'ailleurs, Kevin ne se sent pas assez formé aux stéréotypes, bien qu'il pense que la communication est la clef de voûte de toute la prise en charge et que cela s'améliore avec l'expérience il regrette de ne pas avoir été assez sensibilisé voire formé à ceci, surtout dans les cas d'agressivité découlant des stéréotypes des patients. Par la suite ce professionnel exprime une grande satisfaction à l'idée de travailler en équipe, d'une part car ses collègues femmes sont contentes sur le plan physique pour manipuler les patients et d'autre part, bien qu'il admette le caractère stéréotypé de ses propos, car l'homme infirmier en équipe apporte de la bonne humeur et de la légèreté. Selon lui, les soignantes sont sujettes au fait de se crêper le chignon et que de fait il y aurait une moins bonne ambiance dans les équipes purement féminines. Actuellement il travaille dans une équipe composée à 50% d'hommes et 50% de femmes et chacun peut apporter son point de vue. Les femmes sur le côté obstétrique et gynécologique possiblement moins maîtrisé par les hommes pour exemple, cet infirmier regrette de ne pas être assez formé à ce niveau-là également. Ce qui fait la grande différence, selon-lui, c'est la communication. Bien qu'il ne soit pas au travail pour se faire des amis, Kevin me dit qu'une fois dans un cadre professionnel il faut mettre de côté toute animosité et avoir sa posture de soignant ; mais ce qui importe ce n'est pas le sexe de ses collègues mais la façon dont ils travaillent.

Ensuite, selon les collègues femmes de Kevin, il est plus facile de s'intégrer dans une équipe en étant un homme ; il tente d'expliquer ceci par le fait que les hommes ne se « *prennent pas la tête pour des conneries* » mais se demande si le sexe joue réellement un rôle dans ce processus d'intégration. Il donne l'exemple d'un infirmier qui arrive dans un contexte d'équipe en conflit où l'intégration se fait plus difficilement, ou encore dans une équipe fixe depuis

plusieurs années où un choc générationnel peut avoir lieu. Ce qui compterait principalement selon lui c'est de ne pas prendre parti et de rester professionnel, enfin faire preuve d'intelligence en reprenant ses mots. Pour la question suivante concernant sa confrontation aux stéréotypes, il dit sourire quand cela lui arrive car il n'y donne que peu de crédit. Lorsqu'une patiente relativement jeune a besoin d'un électrocardiogramme il passe la main à une collègue femme afin de ne pas rentrer en conflit et de respecter la pudeur. Ce souhait de ne pas entrer en conflit avec un patient est très important selon lui car lors d'une prise en charge aux urgences, c'est-à-dire aux prémices d'une hospitalisation éventuelle, si le patient se braque l'équipe risque de se retrouver coincée avec des refus de soins et cela sera délétère pour tout le monde. Passer le relais à une femme est chose aisée car il y a toujours des soignantes dans un service d'après Kevin. Pour pousser ce raisonnement j'ai questionné cet infirmier sur la réciprocité des soignantes femmes, c'est-à-dire : appellent-elles un soignant homme pour un soin intime tel une pose de sonde urinaire. Selon ce professionnel : oui ; bien que les patients hommes soient moins gênés que les femmes concernant l'intime. Toutefois il trouve dommage de ne pas pouvoir effectuer ces soins de manière asexuée, posant ainsi l'idée que des patientes redoutent le regard sexué du soignant, doutant ainsi de sa posture de professionnel soignant.

Le principe de l'hôpital public lui tient à cœur, celui d'un centre de soins sans distinction de culture, de sexe ou de milieu. Il conclura par le fait que ces stéréotypes n'ont en effet pas leur place dans les soins ; ceux menés par les patients lui posent ainsi un problème moral, faisant ainsi le lien avec sa comparaison plus tôt sur la consommation de soins tel un drive de fast-food.

5.6.2.4 Entretien 4

Pour le dernier entretien j'ai contacté un membre de famille d'une connaissance à moi, exerçant en service de soins intensifs hématologiques dans le sud du pays. J'ai pu effectuer un entretien par téléphone relativement rapide car les réponses ont été concises et directes. Cette jeune diplômée renommée Chrystelle a obtenu son diplôme en Juillet 2019 et définit les stéréotypes comme une attribution de traits et de caractéristiques à un genre. Elle ne pense d'ailleurs pas que la question des stéréotypes doive être traitée ou qu'une formation soit nécessaire dans le cadre scolaire ou d'une formation, selon elle il s'agit d'une question d'ordre sociétal qui ne peut être réglée autrement que par la population générale.

Depuis le début de son exercice, c'est-à-dire en moins de deux ans, elle n'a jamais travaillé avec des hommes. Selon les dires, la présence d'un homme apaise les tensions mais Chrystelle pense plutôt que la bonne ambiance d'un service découle de bonnes conditions de travail et d'une relation de confiance avec les différents professionnels ; non pas du genre de la personne. De la même façon, elle n'observe aucune différence dans son établissement à l'embauche, ce n'est pas le sexe qui fera la différence mais plutôt les valeurs et l'expérience professionnelle. Il arrive que certains patients effectuent des actions misogynes mais là aussi, le service soit purement féminin n'empêche pas des différences de réactions des différentes professionnelles. Ainsi, certaines resteront passives par crainte d'escalade et d'autres comme Chrystelle vont cadrer le patient et reposer les règles de bonne conduite. Toutefois, dans son parcours d'étudiante, elle me raconte qu'elle fut en stage avec un étudiant homme qui était identifié comme médecin par certains patients. Cette infirmière regrette la présence de ces stéréotypes de l'homme qui dirige et de la femme qui exécute.

Également, elle me raconte un passage durant sa formation où la présence des stéréotypes l'a marqué, c'était en soins relationnel. Selon le formateur, les femmes possèdent des qualités comme la douceur ou l'empathie alors que l'homme dispose de la forme physique. Selon elle, cela peut freiner de futurs professionnels à s'engager dans la formation et un travail se révèle nécessaire. Ainsi elle contredit ses propos initiaux concernant la place des stéréotypes dans l'enseignement et pense qu'en plus de changements sociétaux certains apports théoriques dans l'enseignement scolaire ou supérieur sont à réfléchir car ils sont omniprésents.

5.6.3 Question par question

5.6.3.1 *Comment définiriez-vous les stéréotypes ?*

Pour cette première question, je remarque avec le recul que seules les deux professionnelles femmes ont répondu en donnant une définition subjective. Ainsi, Mona définit cette idée comme « *Une idée préconçue, quelque chose de tout fait, de normé par la société sur quelque chose ou une personne* » ; Chrystelle pense plutôt que cela correspond aux « *actions, les comportements et les traits de caractères, de personnalités et traits physiques que l'on conditionne ou que l'on attribue aux genres, qu'ils soient masculins ou féminins* ». Ces deux définitions se ressemblent car elles disent qu'il s'agit d'une idée attribuée à une personne, bien que la dernière professionnelle interrogée fasse un réel zoom sur la question du sexe. Les deux infirmiers n'ayant pas répondu précisément tentent d'expliquer la présence de ces stéréotypes

dans le métier et se questionnent même sur leur existence et légitimité à être appelés « stéréotypes ». Je rappelle que selon le Larousse, un stéréotype est une « *Expression ou opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché* ». Nous avons pu voir dans les résultats du questionnaire que leur présence dans les prises en soins existe bel et bien malgré leur fréquence relativement faible. Cette absence de réponse précise de la part des deux infirmiers peut s'expliquer par la complexité à cerner cette problématique et à ne pas sortir du politiquement correct.

5.6.3.2 *Pensez-vous être formé aux questions des représentations sociales, des stéréotypes ?*

Pour la suite, les réponses sont très disparates. Déjà dans les résultats au questionnaire les réponses à cette question étaient relativement égales et environ 50% des soignants ne se sentent pas assez formés à cette problématique. Le premier professionnel préfère rigoler des stéréotypes et ne répondra pas précisément à la question. Mona, la deuxième infirmière estime l'être assez mais développe sa réponse en avouant à demi-mot ne pas avoir eu de réel formation ou module à ce sujet en me disant « *C'était quelque chose d'assez succin, il n'y avait pas de partie vraiment de formation liée à ça.* ». Kevin, le troisième professionnel sera plus catégorique dans sa réponse est avoue clairement ne pas l'être et regrette ceci car les manifestations découlant des stéréotypes des patients peuvent être violentes et actuellement seule l'expérience permet de faire face à ceci. Chrystelle, la quatrième infirmière, ne pense pas que la solution soit dans des formations mais qu'elle se trouve dans la société et que seule celle-ci est capable de faire bouger les choses. Ces deux derniers professionnels sont jeunes et expriment à eux deux une volonté de changement, certes d'une manière totalement différente mais un basculement dans la vie quotidienne tout de même. Cela ne semble pas les atteindre de manière flagrante ; bien que les entretiens fussent à distance pour eux deux ; et expriment même une banalisation de ces actes.

5.6.3.3 *Que pensez-vous de la relation homme-femme dans l'exercice professionnel ?*

Pour cette troisième sollicitation, les quatre infirmiers sont unanimes : les relations professionnelles dépendent avant tout de la personne et non de son sexe. Luc résume la pensée générale en affirmant « *Je pense qu'il y a des gens qui passent mieux avec des personnes que d'autres, qu'ils soient hommes ou femmes* ». Toutefois les deux hommes interrogés ajoutent qu'une différence de caractère est notable et que les soignantes femmes ont tendance à impacter de manière négative l'ambiance ou les relations internes en raison de leurs comportements

illustrés par les infirmiers hommes comme des disputes ou encore des ragots. Kevin dit même que *« entre mecs il y a toujours une bonne ambiance, on ne se prend pas la tête pour des conneries, on ne se crêpe pas le chignon »* Selon eux, les hommes ont tendance à tempérer une équipe car ils prennent du recul plus facilement, voire apportent humour et légèreté de manière générale. Chrystelle est dubitative sur ce point car elle ne l'a pas vu en service mais exprime d'ailleurs ne pas avoir travaillé avec beaucoup d'hommes et est une jeune diplômée. Mona m'a expliqué que le seul infirmier homme venu travailler a tempéré l'équipe et me dit-même qu'il fallait saisir les opportunités créées par les stéréotypes auprès des patients et résidents car cela pouvait faciliter les soins.

5.6.3.4 Certains professionnels sont-ils privilégiés au quotidien en raison de leur sexe ?

Les deux infirmières femmes se sentent parfois moins entendues et considérées dans leur rôle de soignant en raison de leur sexe, car elles partagent les mêmes expériences que les deux hommes qui sont parfois confondus avec le médecin et mieux écoutés dans les négociations ou les soins. Les deux soignants hommes me racontent de manière identique que selon leurs propres collègues femmes il est plus simple d'être embauché ou intégré dans une équipe en étant de sexe masculin, au détriment de la législation encadrant les embauches, ce qu'ils contredisent. Luc me confie tout de même *« A l'embauche j'ai eu 2 ou 3 réflexions de gens qui m'ont dit « c'est bien vous êtes un homme » »*. Ils pensent malgré ceci que tout dépend des compétences relationnelles et professionnelles de chacun comme l'exprime Chrystelle, la quatrième infirmière, concernant les embauches dans son établissement privé : *« là où je travaille ils sont vraiment basés sur notre expérience et les valeurs que l'on représente et qui nous animent »*. Selon le questionnaire près de 60% des professionnels n'observent pas de handicaps ou privilèges envers leurs collègues du sexe opposé. Environ 73% des soignants n'observent pas de handicaps ou privilèges en raison de leur sexe également.

5.6.3.5 Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez été confronté aux stéréotypes ?

Ces quatre infirmiers ont tous eu des anecdotes à me raconter sur leurs expériences professionnelles. Ce sont de petites actions qui les marquent et qui illustrent le creux encore présent entre les deux sexes. Pour Luc, le premier infirmier, ce qui le marque surtout ce sont les fois où il est confondu avec un médecin car c'est un homme d'âge mûr ; c'est également ce qui a marqué Chrystelle la quatrième professionnelle lorsqu'elle était en stage avec un étudiant

homme lui-même confondu. Mona m'explique « *on n'a à l'heure actuelle pas eu de refus de soins de la part d'un homme pour un infirmier. C'était plus pour aide-soignante, pour les toilettes intimes* » ; bien qu'elle se sente bien à ce niveau, elle pointe du doigt le racisme présent chez les patients déments. Ce racisme peut se retrouver de la même manière chez des patients aux urgences selon Kevin, qui fut parfois méprisé en raison de son jeune âge mais qui ne semble pas impacté par ceci et préfère sourire de ces situations : « *on m'a déjà dit que j'étais jeune et que j'étais idiot quoi mais après... Ça ne m'empêche pas de dormir le soir quoi.* ». Il met de lui-même des barrières ou des relais dans les soins dès qu'un possible conflit arrive afin de garder une qualité de soins optimale.

5.6.3.6 Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Seuls les deux entretiens menés à distance, auprès de Kevin et Chrystelle, ont apporté de la matière à cette question. Ces deux professionnels n'utilisent pas les mêmes mots mais disent que les stéréotypes n'ont pas à exister dans le monde des soins et qu'un travail sur ce sujet est nécessaire. Kevin prend position en affirmant que « *les stéréotypes qu'ils soient sur l'origine du personnel soignant, sur sa religion n'ont pas de place à l'hôpital public* » Chrystelle pense d'ailleurs que ce travail doit prendre place auprès de la population dans le cadre de l'enseignement scolaire et supérieur et pense ainsi « *qu'il est important que dans les IFSI et de manière générale il y ait un gros travail sur tout ce qui est stéréotypes, les qualités que l'on accorde à chacun en raison de son genre* »

5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire

Cette double enquête fut extrêmement riche et différents éléments en ressortent. Tout d'abord nous pouvons noter que d'après le questionnaire, une grande majorité des professionnels ont été confrontés aux stéréotypes dans leurs soins entraînant parfois des refus de soins, sans pour autant que cela soit de manière régulière. Ces stéréotypes, seule la moitié des soignants pensent y être assez formés.

Quant aux entretiens menés, ils se sont tous révélés complets et suffisamment développés. Les réponses apportées par chacun des professionnels se révèlent être non seulement très personnelles mais aussi propres aux générations et aux expériences. Globalement, les infirmiers interrogés ne semblent pas dérangés à outrance par les stéréotypes qu'ils rencontrent, seuls deux expriment une légère exaspération à ce sujet.

5.8 Limites de l'enquête

Le premier élément qui me semble important de rappeler à la fin de cette analyse des données c'est le contexte sanitaire actuel et les différentes restrictions qui sont mises en place dans le cadre de la lutte de la Covid-19. Bien que cela n'ait pas eu de conséquences sur le questionnaire puisqu'il fut totalement virtuel ; les demandes d'entretien effectuées auprès de différents établissements sont souvent revenues négatives. En effet, j'ai dû faire face en parallèle de mon stage libéral au suivi régulier de 7 demandes d'entretien, dont 5 sont revenues négatives. Sur les établissements demandés au total, il y avait 2 centres-hospitaliers qui ont refusé la demande, 3 EHPAD dont l'un des directeurs m'a expliqué au téléphone qu'en raison de la crise sanitaire et du manque de personnel dans son établissement il ne pouvait accepter la demande, une clinique privée et un cabinet d'infirmiers à domicile qui n'ont jamais donné de réponses malgré mes relances. En résumé, ce ne sont que deux EHPAD qui ont accepté mes demandes, et de manière très rapide puisqu'en deux jours seulement j'avais une date de rendez-vous.

Également, à l'instar des autres étudiants, je me suis confronté à la problématique du premier entretien en guise de test. C'est-à-dire que cet entretien fut le pionnier de différentes corrections que cela soit mon attitude face au professionnel ou encore la tournure des phrases et questions posées. De plus, deux de ces entretiens nécessitaient des retranscriptions chronophages, allant jusqu'à 3 jours pour le plus long des quatre. Finalement, c'est après le temps que j'ai couru car je craignais d'être hors délais. J'ai pris un risque en décidant de mener une double enquête, l'analyse des résultats du questionnaire dans ses moindres détails et la reprise des graphiques afin de les rendre les plus lisibles possible s'est étalé sur près d'une semaine, en parallèle de mon stage. Cela représente près de 40 heures de travail, comprenant la rédaction dans ce document.

6 Problématique

A la suite de cette double enquête j'observe que les stéréotypes sont présents de partout certes mais ce n'est pas pour autant qu'ils impactent la vie professionnelle ou personnelle des soignants. L'humour est parfois utilisé pour les faire disparaître ou les dépasser. En effet les stéréotypes remontent loin dans l'histoire de l'Homme au sens large, c'est-à-dire de l'humain. Peu importe la période temporelle ou la localisation géographique, ils ont toujours existé à travers l'humour, les violences ou encore les actes de la vie quotidienne que j'ai pu citer plus tôt dans ce travail.

Des personnes se sont battues contre ces stéréotypes et principalement pour l'égalité des sexes, menant la société où elle est actuellement. Aujourd'hui nous sommes dans notre société européenne globalement proche de l'égalité des sexes à de nombreux points de vue. Très peu de professions voire aucune n'est interdite aux femmes, le congé parental aux pères a été acté récemment, les débats laissent la place aux deux sexes et de nombreux autres progrès pourraient être cités. Toutefois, malgré l'ensemble des efforts et la volonté de changer de manière fondamentale il arrive que des dérapages aient lieu. Parfois ce sont des femmes qui font preuve de violences injustifiées vis-à-vis du genre, parfois ce sont des violences sexuelles faites par des hommes qui ne sont pas écoutées, d'autres fois ce sont de simples blagues sexistes qui laissent un écart entre les hommes et les femmes.

Après les entretiens que j'ai pu mener et les réponses au questionnaire qui a réuni près de 200 infirmiers je ne suis plus sûr de l'importance de soulever la différence des genres car elle ne semble plus aussi conflictuelle que ce à quoi je pensais. Ma vie de jeune homme me fait découvrir de nouvelles choses chaque jour que cela soit au niveau professionnel ou personnel, la question de la différence des sexes rapporte parfois au côté sensuel de la vie mais il ne s'agit finalement que d'une lucarne dans un tableau globalement lisse. Oui il y a des conflits dans les services mais sont-ils réellement liés aux sexes des professionnels ? Oui nous observons des différences de comportement entre les hommes et les femmes mais est-ce fondamental ? Un meilleur apprentissage durant la formation infirmière sur ce thème pourrait-il limiter les refus de soins auxquels font faces de nombreux infirmiers en France ? Une égalité totale des sexes est-elle possible dans un domaine aussi sensible qu'est l'humain avec ses défauts, ses besoins et ses envies ?

7 Question de recherche

Pour ce travail, la question de recherche sera :

« En quoi les soignants sont-ils impactés par les stéréotypes dans leurs relations de soins ? »

8 Conclusion

Ce travail touche désormais à sa fin et avec lui 8 mois de recherches, d'études et d'analyses. Mes proches et mes professeurs de l'institut de formation trouvaient mon sujet et ma question de départ prometteurs et qualifiaient ce thème d'« *inhabituel* » ; tout comme les différentes personnes ayant participé à ma phase exploratoire. Aborder un thème sur la question des genres semble adapté aux grands débats sociétaux actuels mais m'a parfois mis dans une position instable entre le politiquement correct et mon point de vue d'homme étudiant infirmier. Les stéréotypes sont présents depuis des siècles pour ne pas dire depuis toujours, leurs évolutions sont parallèles aux différentes sociétés et en même temps complètement subjectifs car il n'y a rien de plus personnel que l'avis que l'on a des autres, d'un groupe social extérieur au sien. Parfois, c'est au domaine artistique de faire bouger les codes sociaux pour avancer dans le débat, non sans mal comme nous avons pu le voir. Mais là où certains auront le souhait de faire bouger les représentations sociales, d'autres comme les soignants ne se poseront pas la question et feront avec ; parce que soigner et prendre soin de l'autre n'est pas une idée comme une autre mais bel et bien une conviction que chacun des quatre infirmiers interrogés partagent. Il reste du chemin à parcourir à ces débats sociaux, ils ne conviennent pas à tout le monde et chacun est libre d'en penser ce qu'il souhaite. Toutefois, peut-être que mettre en lumière les inégalités des genres ; et de manière générale l'ensemble des inégalités sociales et des représentations sociales ; est une nouvelle étape dans l'évolution de la société française. La première étape dans la résolution d'un problème est d'admettre qu'il y en a un ; ainsi les combats menés au quotidien par les associations, les instances politiques, les citoyens impliqués peuvent se définir comme des actions concrètes de résolution. Les stéréotypes sont connus de tous, y compris des soignants qui doivent y faire face. Toutefois cela n'impacte pas toujours leur exercice. Des exceptions il y en a, dès lors faire face peut se révéler complexe. Parfois, le dialogue suffit mais il est des situations où il faut savoir donner le relais à un collègue pour continuer à prendre soin de l'autre. Le combat le plus dur à présent, pour moi comme pour les quelques 720.000 infirmiers en France, sera celui de ses propres stéréotypes.

9 Bibliographie

9.1 Sites internet

<https://www.actusoins.com/5576/rapport-de-la-drees-la-profession-infirmiere-en-chiffres.html>

<https://www.cairn.info/>

<https://cdi.erfpp84.fr/index.php>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/fiche_technique_fptlv_formation_continue_professionnels_sante_paramedicaux_2013_01_31.pdf

<https://www.ifpvps.fr/profession-infirmier/>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277649?sommaire=4318291>

<https://www.larousse.fr/>

<https://www.letemps.ch/monde/transgenres-coeur-bataille-toilettes>

<https://www.staffsante.fr/contenu/combien-dinfirmiers-en-france-au-1er-janvier-2019/>

9.2 Ouvrages littéraires

Badinter, E. (1986). *L'un est l'autre : Des relations entre hommes et femmes* (French Edition) (Odile Jacob éd.). Editions O. Jacob.

Bourdieu, P., & Nice, R. (2002). *Masculine Domination* (1^{re} éd.). Stanford University Press.

Colliere, M. F., & Diebolt, E. (1988). *Pour Une Histoire Des Soins Et Des Professions Soignantes*. Amiec Publications.

Courbin, L., Hounkpatin, L. & Perez, A. (2010). Philosophie et ethnopsychiatrie : rencontre avec une « pensée fabricante ». *Cliniques méditerranéennes*, 1(1), 239-258. <https://doi.org/10.3917/cm.081.0239>

Edrom, J., Guérin, R., Griot, W., Smolovic, K. & Villard, F. (2018). Pour un usage du stéréotype en Histoire. *Hypothèses*, 1(1), 93-102. <https://doi.org/10.3917/hyp.171.0093>

EPHESIA. (1995). La place des femmes : Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales. Paris: La Découverte.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

Fraïssé, C. & Stewart, I. (2008). Articulation entre deux formes de croyances : principe d'incorporation et stéréotypes de sexe [1]. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 77(1), 15-28.

Héritier, F. (1996). Masculin/féminin : La pensée de la différence (OJ.SC.HUMAINES) (French Edition) (0 éd.). O. Jacob.

Jablonka, I., & S. (2015). *Le corps des autres (Non Fiction) (French Edition)*. French and European Publications Inc.

Lévy, I., & Cadiou, L. (2012). *Le guide des acteurs d'urgence face aux pratiques culturelles et religieuses - notions théoriques et applications pratiques à l'usage des sapeurs-pompiers, secouristes, ambulanc.* SETES.

Roy, B., Holmes, D. & Chouinard, V. (2011). Contribution à une éthique de la sollicitude - Masculinités et genre dans la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 38-48.

Sommaire des annexes

Annexe I – Questionnaire	I
Annexe II – Résultats du questionnaire.....	IV
Annexe III – Guide d’entretien.....	XVI
Annexe IV – Retranscription des entretiens	XVII
Annexe V – Grille d’analyse type d’entretiens vierge.....	XXXIV
Annexe VI – Grille d’analyse type d’entretiens remplie	XXXV
Annexe VII – Autorisation de diffusion du travail de fin d’étude.....	XXXVII

Annexe I - Questionnaire

Exercice infirmier, la question du genre et des stéréotypes

*Obligatoire

Quelques questions sur vous

Vous êtes : *

- ☐ Homme
- ☐ Femme
- ☐ Autre : _____

Vous avez : *

- ☐ Entre 18 et 25 ans
- ☐ Entre 25 et 35 ans
- ☐ Entre 35 et 50 ans
- ☐ + de 50 ans

Vous êtes diplômé depuis : *

- ☐ 1 an ou moins
- ☐ Entre 1 et 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ + de 10 ans

Dans quel type de service exercez-vous ? *

- ☐ Intérimaire
- ☐ Gériatrie ou SLD
- ☐ Médecine ou court séjour
- ☐ Urgence ou réanimation ou SMUR ou sapeurs-pompiers
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Libéral
- ☐ Autre : _____

Dans quel département exercez-vous majoritairement ?

Votre réponse : _____

Le refus

Un patient vous a-t-il déjà refusé un soin ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Le refus

Ce refus est-il dû à votre sexe ? *

- ☐ Oui, le patient était du même sexe
- ☐ Oui, le patient était d'un sexe différent
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Ce refus est-il dû à l'âge ? *

- ☐ Oui, le patient avait environ le même âge
- ☐ Oui, le patient était plus jeune
- ☐ Oui, le patient était plus âgé
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Ce refus est-il dû à une autre raison (culture, religion, etc.) ? Si oui, pouvez-vous la citer ?

Votre réponse : _____

Ce ou ces refus sont-ils : *

- ☐ Exceptionnels (1 à 6 fois par an)
- ☐ Occasionnels (1 fois ou 2 par mois)
- ☐ Fréquents (1 fois ou 2 par semaine)
- ☐ Réguliers (tous les jours ou presque)

Le remplacement

Avez-vous déjà dû remplacer un ou une de vos collègues dans un soin, dans le cadre d'un refus ? *

☐ Oui

☐ Non

Le remplacement

Était-ce en raison du sexe de votre collègue ? *

☐ Oui, le patient était du même sexe

☐ Oui, le patient était d'un sexe différent

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Était-ce en raison de l'âge de votre collègue ? *

☐ Oui, le patient était environ du même âge

☐ Oui, le patient était plus jeune

☐ Oui, le patient était plus âgé

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Ce refus est-il dû à une autre raison (culture, religion, etc.) ? Si oui, pouvez-vous la citer ?

Votre réponse _____

Cette ou ces situations sont-elles : *

☐ Exceptionnelles (1 à 6 fois par an)

☐ Occasionnelles (1 fois ou 2 par mois)

☐ Fréquentes (1 fois ou 2 par semaine)

☐ Régulières (Tous les jours ou presque)

Votre ressenti

Vous-êtes vous déjà retrouvé gêné dans un soin ? *

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous déjà refusé de faire un soin ou demandé à un collègue de vous remplacer ? *

☐ Oui

☐ Non

Cette gêne ou ce refus était-il en raison du sexe ?

☐ Oui, le patient était du même sexe

☐ Oui, le patient était d'un sexe différent

☐ Non

☐ Je ne sais pas

Cette gêne ou ce refus était-il en raison de l'âge ?

☐ Oui, le patient était environ du même âge

☐ Oui, le patient était plus jeune

☐ Oui, le patient était plus âgé

☐ Non

☐ Je ne sais plus

Cette gêne ou ce refus était-il dû à une autre raison (culture, religion, etc.) ? Si oui, pouvez vous la citer ?

Votre réponse _____

Cette ou ces situations sont-elles :

☐ Exceptionnelles (1 à 6 fois par an)

☐ Occasionnelles (1 fois ou 2 par mois)

☐ Fréquentes (1 fois ou 2 par semaine)

☐ Régulières (Tous les jours ou presque)

Vie professionnelle

Vous sentez-vous suffisamment formé(e) vis-à-vis des stéréotypes et des à-prioris présents dans votre exercice professionnel ? *

- ☐ Oui
☐ Non

Dans votre service, une mixité des genres est-elle présente, aides-soignant(e)s compris(e) ? *

- ☐ Oui
☐ Non

Cette mixité a-t-elle apporté un changement dans la vie au travail

- ☐ Oui, en bien
☐ Oui, en pire
☐ Non

Ressentez-vous, à votre égard, des différences de traitement ou de considération venant de vos collègues ou de la hiérarchie (embauche aisée, intégration plus facile, faveurs diverses, comportement plus avenant, ...) ? *

- ☐ Oui, de manière flagrante
☐ Oui, de manière plus légère
☐ Non

Concernant votre ou vos collègues de sexe opposé, ressentez-vous des différences de traitement ou de considération venant de vos collègues ou de la hiérarchie (embauche aisée, intégration plus facile, faveurs diverses, comportement plus avenant, ...) ? *

- ☐ Oui, de manière flagrante
☐ Oui, de manière plus légère
☐ Non

Etes-vous satisfait(e) de cette mixité des genres ? *

- ☐ Oui
☐ Non

Quel est le ratio homme/femme dans les soignants du service (AS et IDE), approximativement ? *

Pour cette question, "0" correspond à 0% d'hommes dans le service ; "10" correspond ainsi à un service composé uniquement d'hommes (100%). Les nombres intermédiaires permettent de nuancer votre réponse, 1 signifiant 10%, 2 signifiant 20%, 3 signifiant 30%, etc.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0% d'hommes dans le service

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

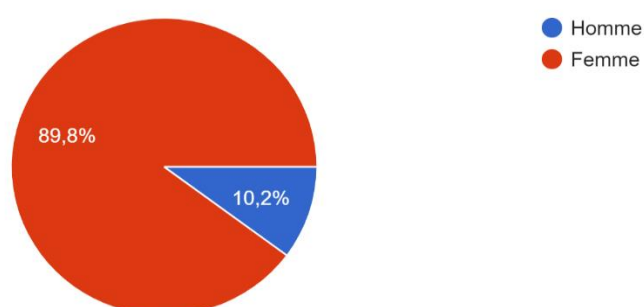
100% d'hommes dans le service

Annexe II – Résultats du questionnaire

Section 1 : Identité du répondant

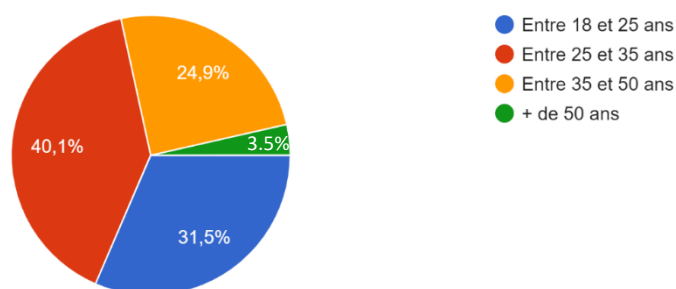
Vous êtes :

197 réponses



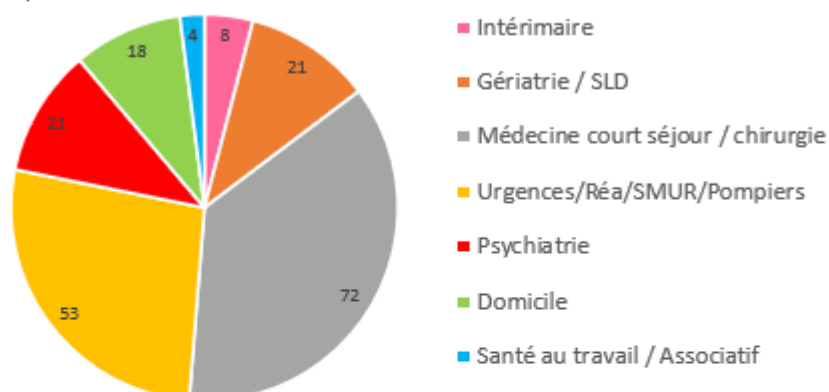
Vous avez

197 réponses



Dans quel type de service exercez-vous ?

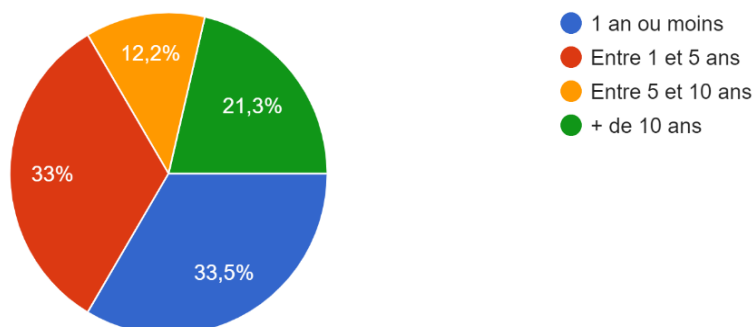
197 réponses



Type d'exercice	Nombre	Taux
Intérimaire	8	4,1
Gériatrie / SLD	21	10,7
Médecine court séjour / chirurgie	72	36,5
Urgences/Réa/SMUR/Pompiers	53	26,9
Psychiatrie	21	10,7
Domicile	18	9,1
Santé au travail / Associatif	4	2,0
Total	197	100

Vous êtes diplômé depuis

197 réponses

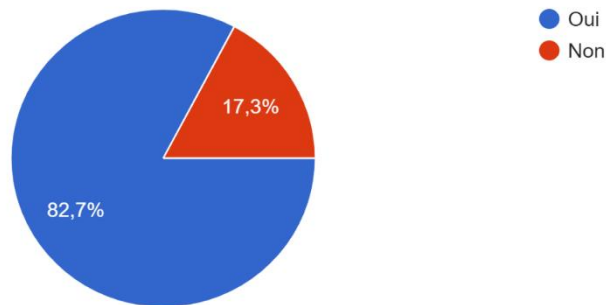


Régions d'exercice	Nombre	Taux
Auvergne Rhône Alpes	32	16,2
Bourgogne Franche Comté	5	2,5
Bretagne	3	1,5
Centre-Val de Loire	5	2,5
Corse	3	1,5
Grand Est	7	3,6
Hauts-de-France	45	22,8
Ile-De-France	17	8,6
Normandie	17	8,6
Nouvelle Aquitaine	13	6,6
Occitanie	17	8,6
Pays de la Loire	6	3,0
Provence-Alpes-Côtes d'Azur	15	7,6
DROM-TOM	2	1,0
Suisse	4	2,0
Belgique	2	1,0
Inexploitable	4	2,0
Total	197	100

Section 2 : Refus de soins

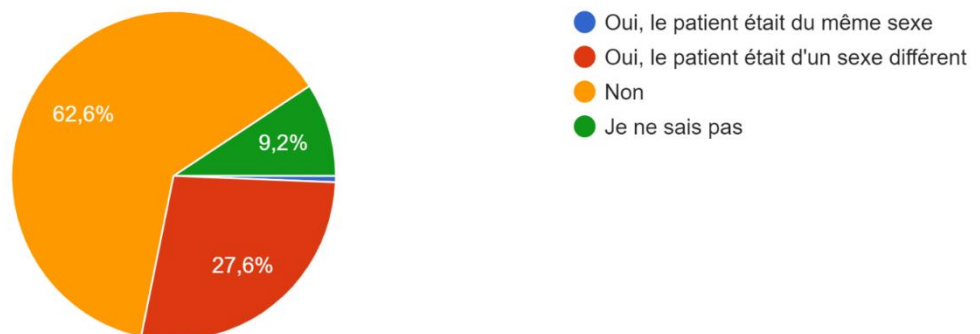
Un patient vous a-t-il déjà refusé un soin ?

197 réponses



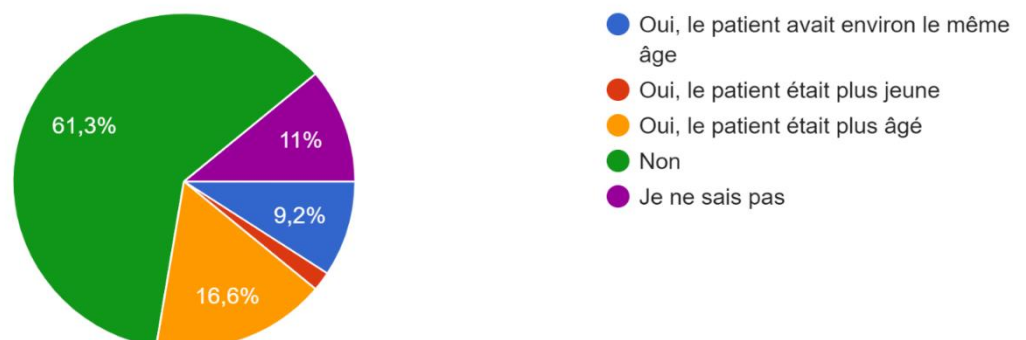
Ce refus est-il dû à votre sexe ?

163 réponses

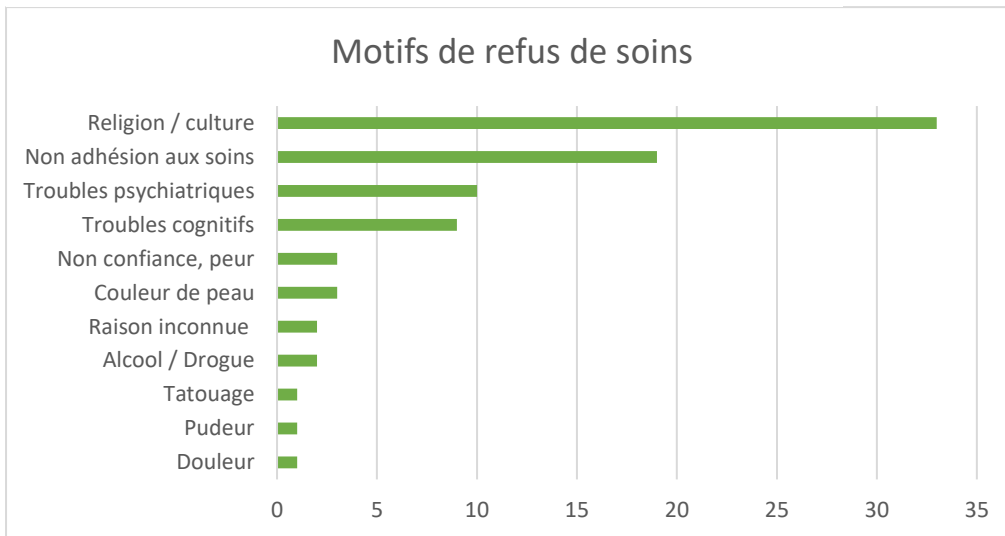


Ce refus est-il dû à l'âge ?

163 réponses



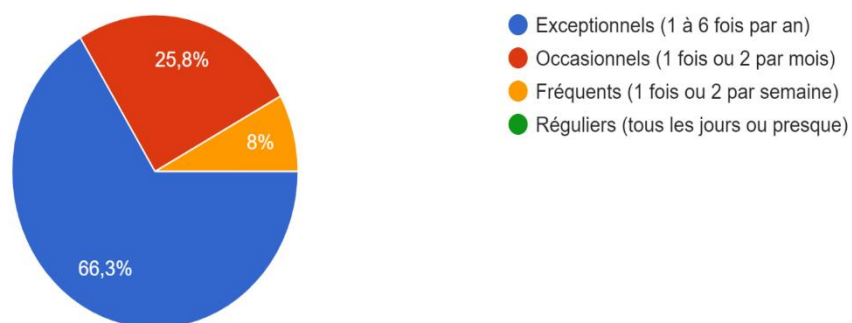
Ce refus est-il dû à une autre raison, si oui laquelle ?



Motif	Nombre
Douleur	1
Pudeur	1
Tatouage	1
Alcool / Drogue	2
Raison inconnue	2
Couleur de peau	3
Non confiance, peur	3
Troubles cognitifs	9
Troubles psychiatriques	10
Non adhésion aux soins	19
Religion / culture	33
Total	84

Ce ou ces refus sont-ils :

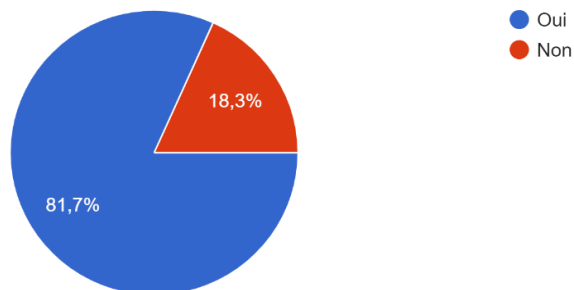
163 réponses



Section 3 : Remplacement

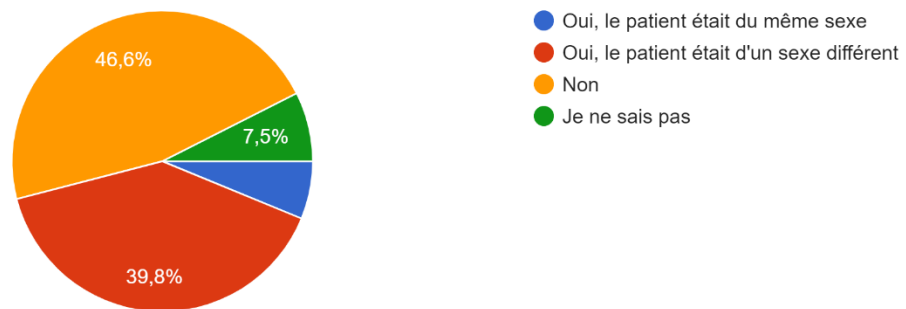
Avez-vous déjà dû remplacer un ou une de vos collègues dans un soin, dans le cadre d'un refus ?

197 réponses



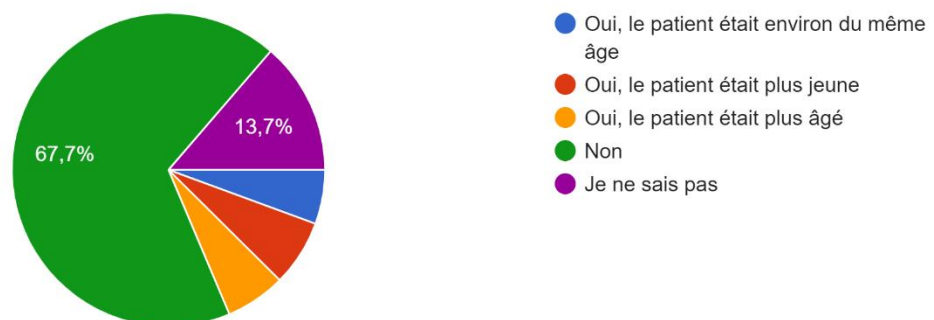
Était-ce en raison du sexe de votre collègue ?

161 réponses

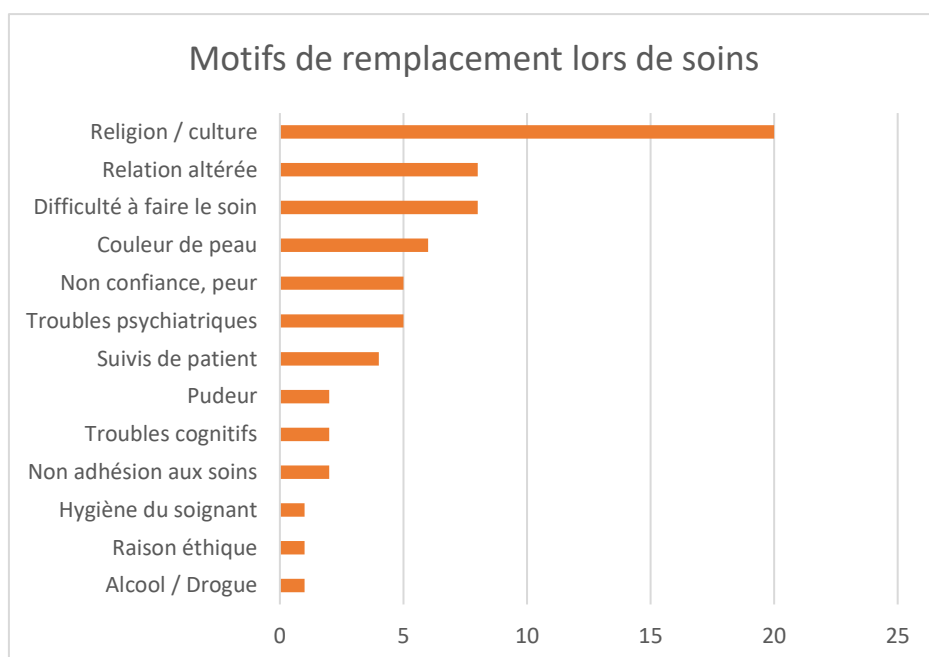


Était-ce en raison de l'âge de votre collègue ?

161 réponses



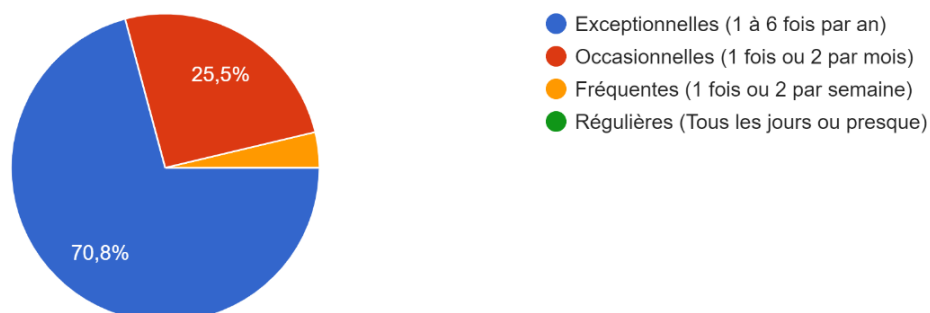
Ce remplacement est-il dû à une autre raison, si oui laquelle ?



Motif	Nombre
Alcool / Drogue	1
Raison éthique	1
Hygiène du soignant	1
Non adhésion aux soins	2
Troubles cognitifs	2
Pudeur	2
Suivis de patient	4
Troubles psychiatriques	5
Non confiance, peur	5
Couleur de peau	6
Difficulté à faire le soin	8
Relation altérée	8
Religion / culture	20
Total	65

Cette ou ces situations sont-elles :

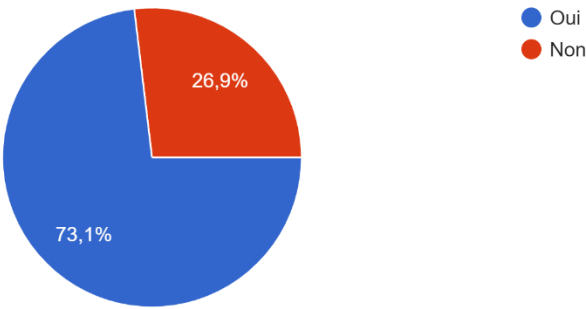
161 réponses



Section 4 : Ressenti

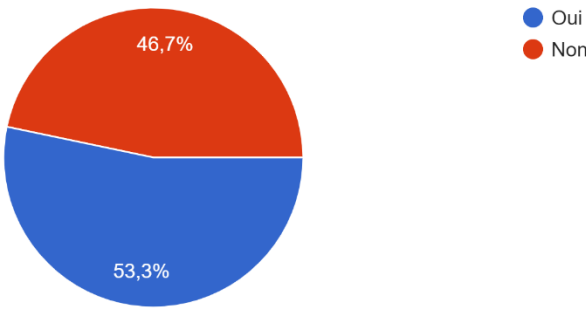
Vous-êtes vous déjà retrouvé gêné dans un soin ?

197 réponses



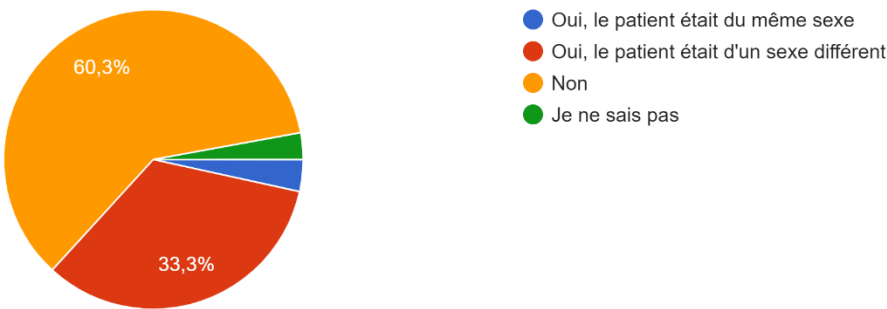
Avez-vous déjà refusé de faire un soin ou demandé à un collègue de vous remplacer ?

197 réponses



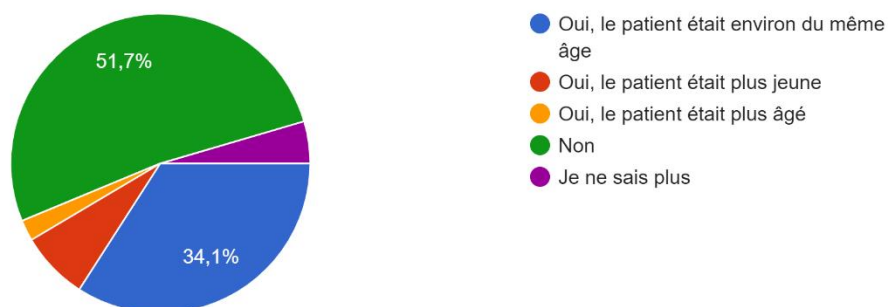
Cette gêne ou ce refus était-il en raison du sexe ?

174 réponses

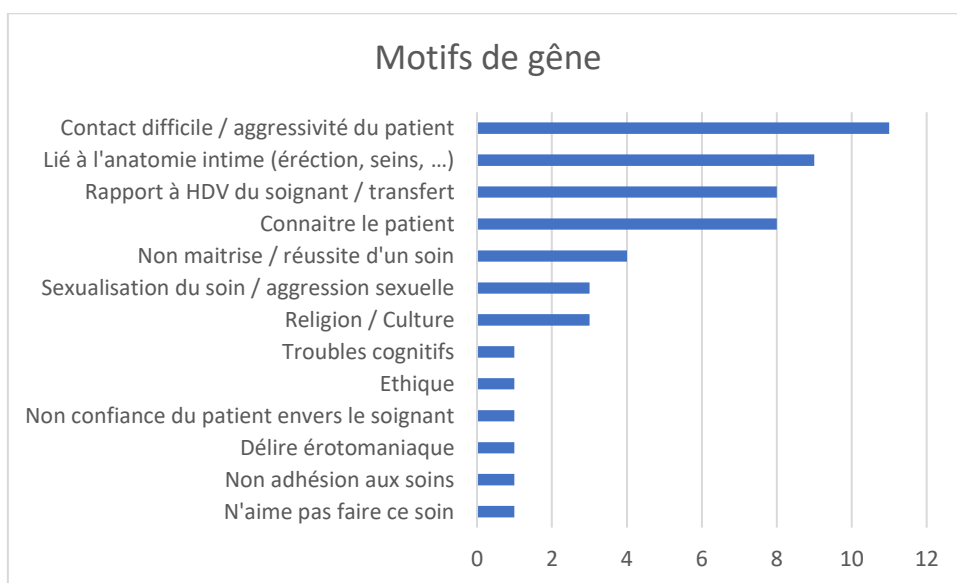


Cette gêne ou ce refus était-il en raison de l'âge ?

176 réponses



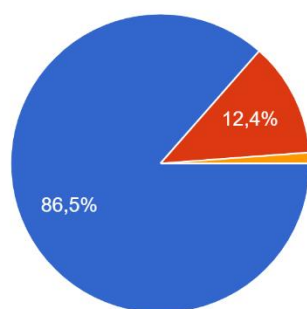
Cette gêne ou ce refus était-il dû à une autre raison, si oui laquelle ?



Motifs de gêne	Nombre
N'aime pas faire ce soin	1
Non adhésion aux soins	1
Délire érotomane	1
Non confiance du patient envers le soignant	1
Ethique	1
Troubles cognitifs	1
Religion / Culture	3
Sexualisation du soin / agression sexuelle	3
Non maîtrise / réussite d'un soin	4
Connaitre le patient	8
Rapport à HDV du soignant / transfert	8
Lié à l'anatomie intime (érection, seins, ...)	9
Contact difficile / agressivité du patient	11
Total	52

Cette ou ces situations sont-elles :

170 réponses

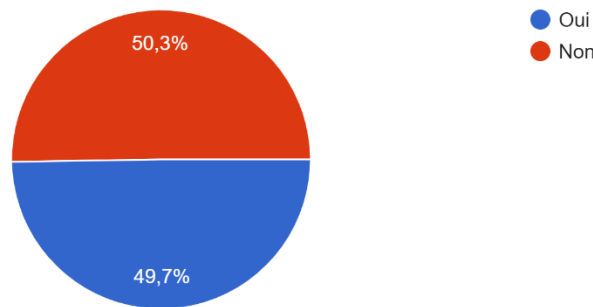


- Exceptionnelles (1 à 6 fois par an)
- Occasionnelles (1 fois ou 2 par mois)
- Fréquentes (1 fois ou 2 par semaine)
- Régulières (Tous les jours ou presque)

Section 5 : Vie professionnelle

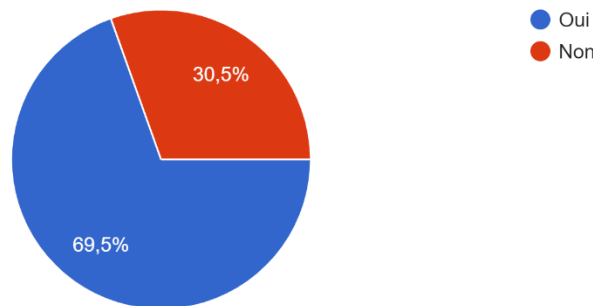
Vous sentez-vous suffisamment formé(e) vis-à-vis des stéréotypes et des à-prioris présents dans votre exercice professionnel ?

197 réponses



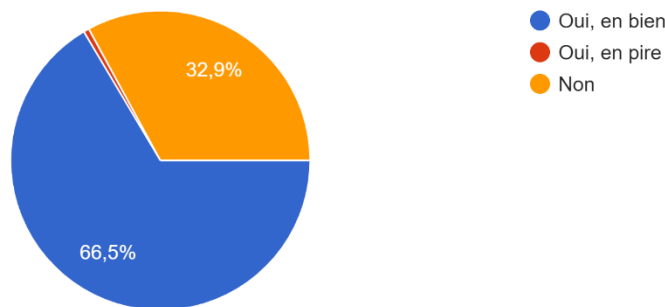
Dans votre service, une mixité des genres est-elle présente, aides-soignant(e)s compris(e) ?

197 réponses



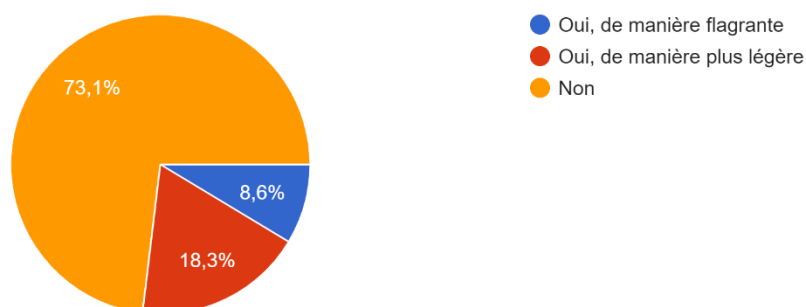
Cette mixité a-t-elle apporté un changement dans la vie au travail

197 réponses



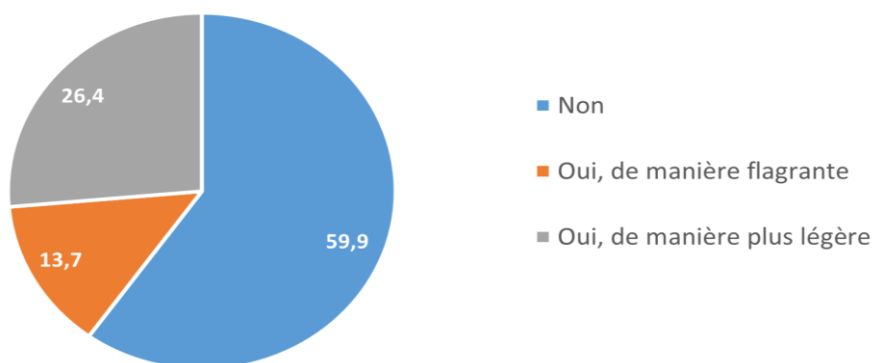
Ressentez-vous, à votre égard, des différences de traitement ou de considération venant de vos collègues ou de la hiérarchie (embauche aisée, int...faveurs diverses, comportement plus avenant, ...) ?

197 réponses



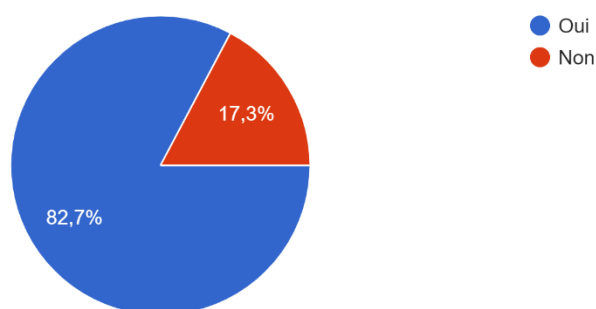
Concernant votre ou vos collègues du sexe opposé, ressentez vous des différences de traitement ou de considération venant de vos collègues ou de votre hiérarchie ?

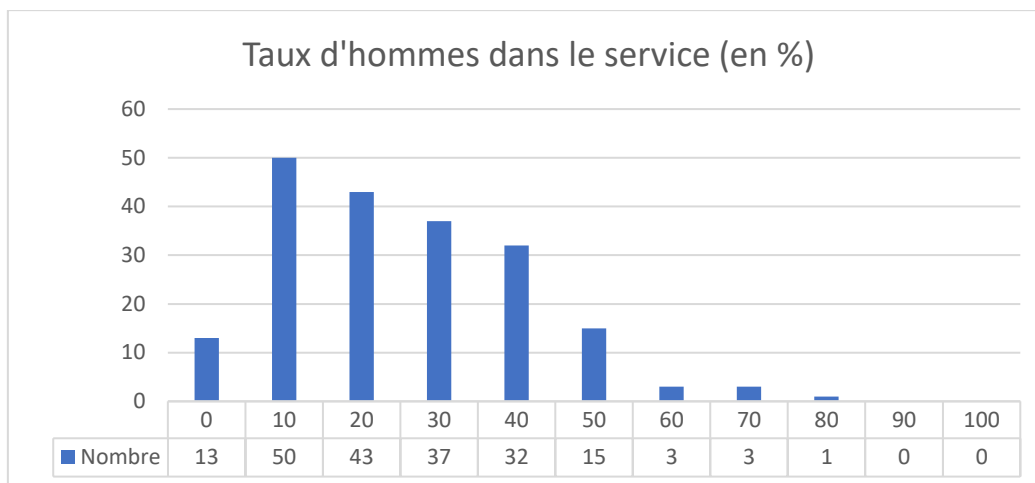
197 réponses



Etes-vous satisfait(e) de cette mixité des genres ?

197 réponses





Taux hommes dans service	Nombre
0	13
10	50
20	43
30	37
40	32
50	15
60	3
70	3
80	1
90	0
100	0
Total	197
Moyenne	25,2

Annexe III – Guide d’entretien

Entretiens semi-directifs menés dans le cadre du mémoire « Infirmière au masculin »

Question de départ : « *Quel impact ont les stéréotypes sur l'exercice professionnel soignant dans la prise en soins des patients ?* »

Question 1

Comment définiriez-vous les stéréotypes ?

Question 2

Pensez-vous être formé aux questions des représentations sociales, des stéréotypes ?

Question 3

Que pensez-vous de la relation homme-femme dans l'exercice professionnel ?

Question 4

Au sein de l'équipe, certains professionnels sont-ils privilégiés ou handicapés au quotidien en raison de leur sexe ? (Relations internes, soins, ...)

Question 5

Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez été confronté aux stéréotypes durant votre formation infirmière ou lors de votre exercice professionnel ?

Question 6

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe IV : Retranscription des entretiens

Entretien n°1, 15 Mars 2021. De 14h15 à 14h45. Luc, IDE 1

- 1 Moi : Je vois que vous avez pu prendre connaissances des petites questions que je vais vous
2 poser, vous êtes le premier entretien que je fais.
- 3 Luc : Si on le loupe tant pis pour nous [rires] ; mais tu peux me tutoyer maintenant
- 4 **Moi : Je vais te tutoyer il n'y a pas de soucis pour ça [rires], l'entretien sera retranscrit dans**
5 **mon mémoire et sera anonymisé. Du coup vous êtes diplômé depuis combien de temps ?**
- 6 Luc : Depuis 1982, j'ai exercé 10 ans en réanimation, après 12 mois de faisant-fonction en
7 maison de retraite, après chirurgie, médecine, urgences, SMUR et puis finalement je suis revenu
8 en maison de retraite. Il ne me reste pas beaucoup d'années, il me reste 4 ans. J'ai fait beaucoup
9 du public et j'ai terminé par le privé. Tu n'as pas des gens qui travaillent dans le public qui sont
10 haut-placé dans le public ? Si ? Bon alors je ne te dis pas pourquoi. Voilà, c'est intolérable.
- 11 Moi : Et vous êtes dans cet EHPAD depuis combien de temps ?
- 12 Luc : Depuis le 6 novembre, il y a un turn-over dans le privé qui est important.
- 13 Moi : Du coup tu as pris connaissances des questions, du coup je vais...
- 14 Luc : Non mais, au début c'était un peu compliqué parce que, est-ce qu'il y a vraiment des
15 stéréotypes dans la prise en charge, dans les soins. C'est vrai qu'il y a des hommes il y a des
16 femmes, moi j'ai connu quand il y avait même des religieuses, c'était autre chose. Les
17 religieuses je ne peux pas trop en parler car c'étaient des supérieures, car on vient des religieuses
18 quand même. On a une vocation un peu religieuse, corps et âme à merci à la profession et
19 compagnie. Le jour où tu voudras prendre des vacances et que ton cadre ne voudra pas tu feras
20 comme les autres tu ne les prendras pas. Moi j'ai commencé ASH et aide-soignant, donc j'ai
21 toujours connu une mixité, mais supérieure femme. Le stéréotype, je pense qu'il y a des gens
22 qui passent mieux avec des personnes que d'autres, qu'ils soient hommes ou femmes. C'est
23 vrai que pour une personne qui est tétraplégique qui voit arriver un homme elle dit « oh bah je
24 vais moins avoir mal », mais ce n'est pas toujours le cas.
- 25 Moi : Pourquoi est-ce qu'elle aurait moins mal cette personne ?
- 26 Luc : Parce que l'homme, la robustesse. Des choses comme ça, le muscle. Moi ce n'était pas
27 mon cas. Après il y a des choses, mais il faut peut-être couper le micro. Les femmes sont
28 toujours dans le pipelettes et compagnie, et ça lasse les résidents et les malades. Ils sont là pour
29 qu'on leur parle d'eux, de notre vie. Mais les petits « can-can » ils n'aiment pas ça. Moi ce que
30 je retiendrai de ma profession c'est que j'en ai marre de ces can-can, qui peuvent aller loin.
- 31 Moi : Jusqu'où vous pensez ?
- 32 Luc : Jusqu'au renvoi de la personne ou quelque chose comme ça, parce qu'ils vont loin
33 maintenant. Moi à mon époque on n'allait pas si loin. On se recevait. Il suffit que l'on te traite
34 d'obsédé ou de je-ne-sais-pas-quoi. Mais nous à notre époque il y avait une ambiance tellement
35 familiale dans ces maisons, dans ces hôpitaux que ça ne serait jamais allé aussi loin parce que
36 c'était impensable. On était soudés, maintenant le monde du travail c'est chacun pour soi, mais
37 ce n'est pas à toi que je vais l'apprendre car tu es jeune. Après le stéréotype, il y a aussi l'image
38 que les gens véhiculent de l'infirmière. Il y en a qui sont mignonnes il faut le reconnaître, quand
39 ce sont des jeunes qui sont en chirurgie qui nous disent « elle est mignonne » bah c'est vrai

40 qu'elles sont mignonnes, maintenant on nous a mis des pantalons. Pourquoi on nous a mis des
41 tuniques, pour le confort mais pour autre chose aussi parce qu'avant avec les blouses qui étaient
42 longues ou pas assez longues il y avait des fantasmes. Je pense que tu as dû regarder des bandes-
43 dessinées, des choses comme ça et compagnie. Quand tu as choisi la profession d'infirmier on
44 ne t'a pas traité de tous les noms d'oiseaux ?

45 Moi : Quand j'ai commencé j'ai fait un bac ST2S, Sciences et Techniques du Sanitaire et du
46 Social et quand je suis arrivé en première, nous étions 2 garçons.

47 Luc : Tu as de la chance, moi j'étais tout seul.

48 Moi : Et c'est vrai que souvent des collègues qui étaient en littéraire ou en scientifique disent
49 « *ah bah tu feras une belle infirmière* », au féminin.

50 Luc : Et ils pensaient à autre chose même, c'est sûr. En BP sanitaire j'étais le seul gars, durant
51 ma formation d'aide-soignant on était 2, en formation d'infirmier on était 13 hommes pour 12
52 femmes mais c'était voulu par l'IFSI. C'était un IFSI psychiatrique et c'était voulu car ils ne
53 voulaient pas s'embêter avec le can-can des filles, ils nous l'ont dit dès le premier cours. On
54 était homogène. Tu sais que nous les hommes quand on a quelque chose à dire on se le dit et
55 c'est oublié. Une femme ne te le dira jamais et ça ne sera jamais oublié, et le temps que tu
56 découvres ce qu'elle a à te dire tu seras déjà dehors, surtout dans le privé. Mais ce n'est pas
57 pour ça que j'ai choisi le privé, c'est pour un autre truc. Les hommes se sont des homosexuels
58 s'ils vont dans la formation, ça c'est bien connu. C'est bien prouvé. Pour te rassurer, j'ai
59 travaillé avec 4 homosexuels dans ma vie, ils ont un avantage qu'aucun homme et aucune
60 femme n'a : ils ont la douceur gestuelle d'une femme et ils ont le caractère d'un mec, donc les
61 can-can on ne les a pas. Parce que nous, on ne peut pas dire que l'on soit brusque mais on est
62 des hommes quoi. J'ai travaillé avec 4 homosexuels et ils étaient adorés, adulés par les résidents,
63 les patients disaient « *je veux que ce soit lui* ». On n'y pense pas, on les critique mais ils ont les
64 2 qualités et je pense que ce sont les meilleurs soignants qui puissent exister. J'en suis persuadé.
65 Alors, ça évolue un peu car avant tu avais des cadres qui étaient surtout des femmes, maintenant
66 il y a quelques cadres, à l'IFSI vous devez avoir des cadres qui sont masculins, donc qui font
67 évoluer la chose ?

68 Moi : Oui, sur Avignon nous avons 5 ou 6 hommes.

69 Luc : Combien dans la promotion ?

70 Moi : Alors, on est une promotion de 150, sur les 150 il doit y avoir une dizaine d'hommes à
71 peu près.

72 Luc : Et sur les 10, combien qui sont homos ?

73 Moi : Alors ça, cela ne me regarde pas.

74 Luc : Parce que ça se voit très rapidement, je veux dire par le gestuel... Mais tant mieux il faut
75 qu'on en embauche beaucoup des gens comme ça, j'en suis persuadé.

76 **Moi : Est-ce que vous pensez aujourd'hui avec votre expérience être assez formé aux**
77 **questions des représentations sociales et des stéréotypes ?**

78 Luc : On en rigole, on en a toujours rigolé. Quand une jolie infirmière arrive et que les résidents
79 disent « *oh elle était mignonne l'infirmière de ce matin* », moi je rajoute « *oui, vous avez le*
80 *vieux cet après-midi* ». Mais c'est normal, toi quand tu vas arriver sur ton poste on va dire « *le*
81 *petit jeune* », l'infirmière à côté dira « *oui, mais il sera comme moi un jour* ». Ce qu'on veut
82 c'est de la qualité des soins. Quand je faisais faisant-fonction de cadre je ne regardais pas si

c'était un homme ou une femme. Dans les IFSI ils doivent regarder ça dans leurs choix. En 1982 je me suis présenté à l'école d'Annonay au temps des religieuses, les hommes étaient refusés. La directrice m'avait dit « *les hommes et les femmes dans la même classe je ne veux pas ça* ». Mais elle était religieuse. Après ça a évolué : « *les hommes entre hommes je n'aime pas bien* ». Et puis elle a bien été obligée de, puis il y a eu d'autres directeurs. Avant c'était une élite, ce n'étaient que les filles. D'ailleurs elles jouent à la poupée ou à l'infirmière. Mais ils ont bien été obligés de s'y mettre, parce que là où les directions ont vu les choses importantes et c'est ce que me disait la directrice ici, et elle a raison : « *un homme dans une équipe, ça tempère tout* ». Alors j'essaye de dire d'arrêter les bêtises, que ce sont des histoires de bonnes femmes. Mais il faut se méfier, car le can-can c'est contagieux. Tu verras, et moi ça m'a un peu contaminé [rires]. On arrive à être contaminé à force d'en entendre. Mais cela tempère bien dans une équipe et je pense que beaucoup de chefs de services, d'IFSI ont accepté plus facilement des hommes à un moment.

Moi : *Qu'en est-il de la question des représentations sociales ou des stéréotypes vis-à-vis des patients ou des résidents, qu'en pensez-vous ?*

Luc : Lorsque tu arrives et qu'il y a une résidente âgée, elle ira plus facilement vers toi ; si c'est son mari à côté il ira plus facilement vers ta copine si physiquement vous êtes aussi mignons l'un que l'autre. Mais c'est humain il me semble. Quand je suis arrivé ici, un résident de 92 ans préférerait voir une fille quand on me présentait. On en est restés là on a éclaté de rire, il a toujours été attiré par les jolies filles mais c'est normal, car ça lui rappelait sa jeunesse. Mais dans les soins je n'ai jamais eu de remarques. En chirurgie, quand tu as une opération de l'appendicite avec une gamine de 17/18 ans, c'est un conseil que je te donne, n'y va pas. Ou tu y vas à deux avec une fille. Car tu es sûr d'avoir un problème, que ton œil a trop regardé à droite ou à gauche. Il faut savoir déléguer. En cas de soucis, je remplace il n'y a pas de problème. Mais il n'y a pas d'entrave aux soins. Mais c'est bien quand tu as des mannequins dans une équipe pour les personnes qui travaillent avec [rire]. Ce qui importe c'est la qualité des soins. J'ai trouvé des choses qui sont ridicules, que l'infirmière est une servante, ce sont les religieuses qui voulaient ça. Le docteur arrivait « *Dr je vous mène* », « *Dr je fais ceci* », « *vous voulez un café Dr ?* ». Dans une commune il y avait le maire et puis le docteur. Mais non, tu auras moins de problèmes homme-femme en maison de retraite qu'en médecine ou chirurgie.

Moi : Pourquoi donc ?

Luc : Les mentalités n'ont pas tant évolué que ça, je pense que c'est le contraire. Le fait d'accepter de se faire soigner par quelqu'un de plus jeune ou du même âge mais différent de sexe n'a pas évolué. Alors que les personnes âgées... Je vois, le médecin a prescrit des ovules gynéco, je trouve ça inadmissible d'ailleurs il va ramasser son avoiné ; parce qu'on est obligé de mettre des ovules à des personnes de 99 ans pour qui la sexualité c'est quelque chose de caché avec leur mari. On ne peut pas dire que nous faisons ça sur la place publique mais c'est soi-disant plus extraverti. La grand-mère me dit « *vas-y, je suis dans le soins* », mais je ne sais pas... Tu as quelqu'un de 20 ans... Moi je ne le ferai pas. Je préfèrerais dire au médecin « *vas-y* ». Il faut se méfier, tu aurais ta copine qui te dit « *un gars à l'hôpital m'a mis un ovule* » ... Je ne sais pas une fois devant le fait accompli. Moi ma femme me dit ça je dirais « *ils sont culotés, en plus je suis du milieu j'aurai pu te la mettre* ». Mais aller trifouiller... Par contre il y a un truc que tu vas adorer c'est « *merci docteur* », ce n'est pas méchant mais... [rires]. Mais il faut vite remettre les choses au point, le médecin a fait des années d'étude alors s'il est à côté...

Moi : *Vous en avez déjà un peu parlé, est-ce que au sein de l'équipe actuelle ou durant votre carrière vous avez assisté ou vécu des situations de privilège ou de handicap en raison de*

130 *votre sexe ? Autre que le fait qu'on vous appelle Docteur, dans les relations internes, à*
131 *l'embauche, ...*

132 Luc : A l'embauche j'ai eu 2 ou 3 réflexions de gens qui m'ont dit « *c'est bien vous êtes un*
133 *homme* ». Qu'est-ce que cela veut dire, je n'en sais rien. Je pense que c'est au niveau de
134 l'équipe, les deux dernières équipes on ne m'a rien dit. Par contre dans la dernière maison de
135 retraite, c'était une équipe qui avait trop l'habitude de travailler entre femmes. Et là quand tu
136 es au milieu tu ne sais pas bien où te situer. Ou encore « *oh un homme, ça va faire du bien à*
137 *l'équipe* ». Mais je ne sais pas si on fait du bien ou si on fait du mal, au bout d'un mois elle doit
138 se dire « *oh put**** il a un sale caractère celui-là, il aurait mieux fait de rester où il était* ».
139 Mais pour l'embauche je ne sais pas... Quand je faisais des embauches ce n'est pas ce que je
140 regardais. Mais il y a une grande différence c'est que nous, nous n'enfanterons jamais. A
141 l'époque les hommes n'avaient pas de jours de grossesse, maintenant on les a... Quand tu seras
142 papa tu me diras ce que ta surveillante va dire [rires]. Par contre, certains disent que cela fait
143 partie de la profession, qu'ils ont beaucoup de femmes donc il faut accepter le fait qu'elles aient
144 des jours de grossesse. Ce qui est plus compliqué c'est que des fois elles sont arrêtées 6 mois à
145 l'avance. Une fois en réunion, on avait rigolé, Annie disait « *j'en ai marre, si ça continue je ne*
146 *vais embaucher que des hommes, elles sont toutes enceintes ces femmes* », mais s'il n'y avait
147 pas les hommes elles ne seraient pas enceintes [rires], elle éclate de dire « *oui mais elles sont*
148 *arrêtées 6 mois à l'avance* » mais qu'est-ce que tu veux, c'est comme ça. Je ne sais pas si les
149 femmes s'arrêtent mieux que les hommes à part la grossesse, il faudrait faire une enquête là-
150 dessus, je ne sais pas. Une maman qui a des enfants a tendance à s'arrêter plus facilement quand
151 ses gamins sont malades. Je n'en sais rien. Je pense qu'il faut remonter 15 ans en arrière pour
152 dire qu'un chef du personnel embauche plus facilement un homme qu'une femme. Dans le privé
153 je ne sais pas parce que tu as des directeurs, des directeurs adjoints qui sont hommes. Au niveau
154 national aux (nom du groupe de l'EHPAD) le directeur et le directeur adjoint sont des hommes,
155 mais après c'est toutes des directrices, qui ont des poignes d'homme. A l'embauche c'est surtout
156 le curriculum vitae, dans le public il n'y a qu'un avantage, c'est qu'on peut améliorer son
157 curriculum vitae très rapidement. C'est-à-dire D.U. de ci, D.U. de ça. Pas des formations de
158 manutentions parce que cela n'apporte rien tout le monde les a faits, mais des D.U., va plus
159 loin. D.U. sur la douleur, D.U. sur le pansement, et là tu auras un plus quoi. Mais après je ne
160 sais pas... Si, tu fais 20 ans aux urgences de Carpentras, tu montes à Valence où ils cherchent
161 quelqu'un pour les urgences ils vont dire « *on va prendre Tom pour les urgences* » par rapport
162 à ces nouvelles infirmières qui arrivent ou par rapport à une qui sort du long séjour. C'est là-
163 dessus que Mélodie [cadre de santé de l'établissement] m'a embauché parce que j'avais
164 beaucoup d'expérience, j'avais un D.U. de gériatrie, un D.U. de réa elle a dû se dire « *bon bah*
165 *en urgence il va se démerder, si j'ai un problème en gériatrie il va se démerder* ». C'est un peu
166 comme qu'on fait. Elle était peut-être contente que ce soit un homme pour verrouiller un peu
167 son équipe, mais elle dit peut-être le contraire. Je ne sais pas quoi te dire.

168 Moi : C'est déjà beaucoup, j'ai énormément de matière. On a fait le tour il me semble mine de
169 rien.

170 Luc : Parce que toi tu pensais quoi exactement ? Tu avais quoi comme idée, l'homosexualité tu
171 pensais que ça perturberait. Tu peux couper hein, nous ne sommes plus dans les choses à
172 rajouter hein.

- 1 Moi : Vous êtes diplômée depuis quand ?
- 2 Mona : Depuis 2008
- 3 Moi : Sans indiscretion, vous avez quel âge ?
- 4 Mona : Je vais avoir 40 ans
- 5 **Moi : Vous avez toujours exercé en gériatrie ou vous avez un peu fait autre chose ?**
- 6 Mona : Toujours en gériatrie, j'avais fait un peu d'intérim. En 2008 je n'avais pas 18 ans encore
- 7 et avant j'avais déjà un parcours en stagiaire, remplaçante éducatrice sur les établissements
- 8 médicaux de la Teppe [établissement médical local]. Après quand j'ai été diplômée ça a été la
- 9 gériatrie.
- 10 **Moi : Je vais du coup vous posez quelques petites questions, si vous avez envie de développer**
- 11 **la question, de dire ce que vous pensez cela sera avec grand plaisir. Cela sera toujours utile.**
- 12 **Comment définiriez-vous les stéréotypes ? A quoi vous pensez quand vous entendez ce mot ?**
- 13 Mona : De manière générale ? Une idée préconçue, quelque chose de tout fait, de normé par la
- 14 société sur quelque chose ou une personne.
- 15 Moi : Et qu'est-ce que vous pensez de ces stéréotypes ?
- 16 Mona : On essaye toujours de s'en défendre quoi, de pas y rentrer dedans et de s'en méfier.
- 17 **Moi : Durant votre formation ou votre exercice, est-ce que vous avez été sensibilisée à ces**
- 18 **questions des représentation sociales, des stéréotypes ?**
- 19 Mona : Je pense oui, dans mon souvenir ça reste assez vague parce que bon c'était quand même
- 20 2005-2008 ça fait un moment mais c'était surtout axé sur les cultures, les gens de types
- 21 méditerranéens qui criaient beaucoup des choses comme ça. Axé sur les cultures il me semble
- 22 oui, après c'étaient des notions il n'y a jamais eu de choses plus poussées, plus établies que ce
- 23 soit par un formateur ou par un intervenant. C'était quelque chose d'assez succin, il n'y avait
- 24 pas de partie vraiment de formation liée à ça.
- 25 **Moi : Durant votre formation ou votre exercice vous avez sûrement dû collaborer avec des**
- 26 **hommes, qu'est-ce que vous pensez justement de cette relation homme-femme dans**
- 27 **l'exercice, que ce soient des collègues, vis-à-vis des patients ?**
- 28 Mona : Et bah c'est... ça dépend vraiment de la personne avant d'être de son genre, de son
- 29 sexe. Après, je sais qu'en formation il y avait très peu de garçons dans ma promotion. J'étais
- 30 dans un groupe où justement il y avait deux des garçons sur le peu des hommes. Mais ils ont
- 31 rencontré, on échangeait forcément de nos expériences, et que ce soit en stage ou même vis-à-
- 32 vis des formateurs on ressentait qu'il y avait une différence dans le traitement, voilà. Ici très
- 33 récemment on a eu un infirmier qui est resté 2 ans et c'était vraiment super intéressant d'avoir
- 34 un homme que ce soit dans l'équipe mais aussi vis-à-vis des résidentes.
- 35 Moi : Pourquoi c'était intéressant du coup ?
- 36 Mona : C'était super, après c'était quelqu'un de très posé, très calme et qui avait un bon sens
- 37 de l'équité on va dire et de l'écoute et du coup c'était quelqu'un qui temporisait beaucoup les
- 38 choses, donc ça au sein de l'équipe. Vis-à-vis des résidentes c'était quelqu'un qui était vu,
- 39 d'abord assez souvent confondu avec un médecin, voir même des fois avec le chirurgien

40 cardiaque ; et puis les dames elles ont beau avoir 90 ans, donc c'était en plus quelqu'un qui était
41 très bien bâti avec vraiment tout ce qu'on peut de l'archétype de l'homme avec des muscles
42 avec la tenue qui collait ses biceps [rires]. Du coup elles craquaient, elles le trouvaient très
43 mignon et c'était rigolo de les voir. Elles étaient contentes quand c'était Bernard, elles disaient
44 « *vous avez vu ses gros bras ?* » [rires], elles disaient vraiment ça c'était touchant. Voilà, on a
45 eu une dame même, une résidente qui l'aimait beaucoup, qui avait un soin très très difficile à
46 faire, c'était compliqué elle était très algique, on avait beaucoup de mal à lui défaire ses doigts
47 et avec mon autre collègue femme ça se passe dans les cris et la douleur ; et puis lui il suffisait
48 d'arriver, je ne le croyais pas moi au début, je lui dis « *je vais regarder comment tu fais* » et
49 rien que quand elle entendait « *vous voulez bien vous détendre et ouvrir* » et elle commençait à
50 ouvrir sa main un petit peu quoi. Donc il y avait pour elle vraiment un impact sur un... Même
51 la douleur quoi.

52 ***Moi : Donc vous avez déjà un peu expliqué cette situation, est-ce que vous par exemple au***
53 ***quotidien, durant vos stages ou votre exercice actuel, il y a des fois où vous sentez que votre***
54 ***sexe peut être un frein ou au contraire peut être un accélérateur dans la prise en charge,***
55 ***dans les relations ; en interne ou avec les patients ?***

56 Mona : Alors ça dépend vraiment avec quel type de public on est, quand j'avais fait des
57 remplacements dans des structures médico éducatives c'est vrai que le fait d'être une femme
58 parfois ça peut être perçu comme, en plus moi je suis de taille petite, donc du coup c'était parfois
59 un frein avec des jeunes hommes psychotiques ou qui... Je sentais que j'étais moins entendue,
60 moins écoutée qu'un homme peut l'être. Clairement des fois c'était bien qu'un homme soit dans
61 l'équipe parce qu'il était plus respecté, à ce stade là c'était... Autant des fois avec la personne
62 âgée démente et l'homme il y a aussi ces mains baladeuses quoi donc c'est compliqué aussi.
63 Après ça dépend de l'évolution de notre âge et de nos expériences aussi, moi je vois bien que
64 ça vient de leur démente et que ce n'est pas eux qui viennent me toucher les fesses. Parfois je
65 sais que d'autres collègues peuvent en être affectées. Moi personnellement parce que j'arrive à
66 faire le distinguo quoi. Oui parfois c'est un peu handicapant entre guillemets de ne pas être un
67 homme. D'être LA fille au milieu des hommes.

68 ***Moi : Cette question rejoint un peu les deux dernières, est-ce que vous avez déjà été***
69 ***confrontée aux stéréotypes ?***

70 Mona : Personnellement non, je me suis toujours sentie bien. Je ne me suis jamais sentie
71 illégitime, personne ne m'a fait sentir illégitime dans ma profession tant par mes supérieurs que
72 par mes collègues ou patients ou résidents. Après moi je me suis posé des questions sur le
73 simple fait de tatouages sur le bras ou les mains parce que j'avais été confrontée pendant mes
74 études, justement avec un collègue garçon de ma promotion qui avait aussi des tatouages et des
75 piercings, donc là ça avait mené à des réflexions qu'on avait en groupe. Mais moi non je ne me
76 suis jamais sentie illégitime... C'est ça non ? Pas spécialement ? Après il y a toujours le
77 stéréotypes de l'infirmière en gériatrie peut-être aussi, qui est un peu de seconde main. Qui
78 n'est pas considérée par la profession en général voilà alors que finalement on se rend compte
79 qu'il faut être très autonome parce qu'il n'y a jamais de médecin autour de nous et que voilà...
80 [rires]. Non sinon après ce que je peux dans l'observation, de ce que je peux voir, des résidents
81 parfois qui peuvent être durs envers les personnes noires, parfois très durs « *qu'est-ce qu'elle*
82 *fait la négresse, je ne veux pas qu'elle me touche* » voilà donc il y a les passages de relais qui
83 sont constitués. Après chez nous ça arrive dans un contexte où souvent les gens sont déments.
84 Donc c'est pour ça qu'on s'adapte à eux en fait parce qu'on se rend compte que la démente
85 prend le dessus. Également par rapport aux hommes qui pouvaient venir on a des dames qui
86 refusaient aussi d'être vu nues et prises en charge par des hommes et dans ce cas-là on a toujours
87 réussi à passer le relais à des collègues femmes.

88 Moi : Vous avez toujours le moyen, que ce soit infirmier ou aide-soignant, de faire passer ce
89 relais ?

90 Mona : Aide-soignant toujours parce qu'elles sont toujours deux. Et on n'a à l'heure actuelle
91 pas eu de refus de soins de la part d'un homme pour un infirmier. C'était plus pour aide-
92 soignante, pour les toilettes intimes. Ici Bernard il n'y a jamais eu de soucis il a toujours été
93 accepté. Au contraire elles le voulaient toutes [rires]. Quand on arrivait derrière c'était
94 beaucoup moins bien quoi [rires]. C'était surtout la couleur de peau et le sexe masculin.

95 ***Moi : Et qu'en est-il du rapport de cet infirmier homme avec les résidentes, est-ce qu'il y***
96 ***avait peut-être venant de collègues une sorte de jalousie ou de concurrence ?***

97 Mona : Non, bah du coup moi je m'en servais en fait. Quand je voyais que je n'arrivais pas à
98 faire passer les choses pour une résidente ou qu'il y avait des choses un peu compliquées je lui
99 demandais lui d'essayer. En fait c'était un outil car comme il y arrivait mieux, il était respecté
100 par ces résidentes et du coup on s'en servait comme d'un atout dans l'équipe pour essayer de
101 faire passer des choses. Lui par-contre je pense que des fois ça devait un peu le gêner parce
102 qu'on lui disait « *tu les fais craquer* » [rires] donc lui ça devait le gêner je pense mais nous on
103 s'en servait, voilà. C'était un outil... Enfin on ne le voyait pas lui comme un outil mais [rires]...
104 Non non pas de jalousie du tout, tout ce qui peut permettre un peu l'ouverture dans le soin c'est
105 bon à prendre.

106 ***Moi : Vous avez parlé à deux reprises de cette notion de respect, au moment du centre***
107 ***médico-éducatif puis là maintenant. Est-ce que vous sentez toujours respectée ou des***
108 ***fois cette notion fait défaut ou disparaît un peu ?***

109 Mona : Bah après nous on travaille avec des personnes âgées ici, donc les résidents ont encore
110 beaucoup cette notion de respect vis-à-vis du corps infirmier où on est encore les descendants
111 du corps médical et où on est très respectés, après c'est plus maintenant les familles qui sont de
112 moins en moins respectueuses, qui remettent beaucoup en question toute notre prise en charge
113 et qui devient vraiment une relation mercantile. « *On paye, vous nous devez qu'il soit en bonne*
114 *santé, qu'il ne vieillisse pas, qu'il n'attrape pas la Covid, qu'il marche toujours, qu'il mange*
115 *toujours et qu'il ne meurt jamais* ». Voilà donc en fait on se retrouve avec la mission impossible
116 de rendre les gens éternels. Ça c'est vrai qu'avant enfin en peu de temps donc je ne sais pas si
117 c'est particulièrement lié au fait qu'on est une petite structure et que la famille a beaucoup de
118 place mais les rapports entre famille et soignants ont beaucoup changé. Après je pense que c'est
119 vraiment majoré par la fermeture de l'EHPAD pendant la Covid, lié aux mesures sanitaires du
120 coup il y a peut-être à la fois... C'est très contradictoire, il y a des gens pour qui ça va générer
121 beaucoup plus de confiance, qui ont relâché... Mais il y d'autres fois, c'est rare mais cela prend
122 des proportions, où il y a un réel manque de respect. Ils téléphonent au médecin malgré qu'on
123 ait mis des choses en place. Voilà on a observé, on a vu, on a interpellé, les médecins ont mis
124 des choses en place. Malgré ça, les familles rappellent les médecins derrière et mettent en cause
125 nos observations et nous discréditent en fait et ça c'est vrai que c'est assez usant et assez
126 nouveau.

127 ***Moi : Nous avons fait un peu le tour, est-ce que globalement vous avez quelque chose à***
128 ***rajouter ? Des questions ?***

129 Mona : Oui du coup, je me demandais sur ce sujet-là pourquoi interroger une femme ?

130 Moi : Parce que cela serait presque contre-productif de ne pas venir voir votre point de vue
131 justement. C'est comme dans tout problème en fin de compte, si on reste cloisonné et que l'on
132 ne regarde pas un point de vue extérieur on avance moins bien. Puis la profession est composée
133 à 85% de femmes ce serait dommage de ne pas venir vous voir.

134 Mona : Après je n'ai pas d'observation particulière... Rien [rires].

Entretien n°3, 24 Mars 2021. De 17h10 à 17h58. Kevin, IDE 3

1 Moi : Bonjour, comment allez-vous ? Peut-on se tutoyer ?

2 Kevin : Oui sans soucis, et bien ça va je suis en repos aujourd'hui donc parfait [rires].

3 Moi : Donc tu travailles en réanimation c'est ça ?

4 Kevin : Oui c'est ça, j'y travaille depuis 1 an et j'ai fait des urgences pendant 2 ans et demi.

5 Moi : ***D'accord, tu es diplômé depuis quand ?***

6 Kevin : Je le suis depuis Juillet 2017, je suis encore un jeune diplômé on peut dire, je crois
7 qu'on le reste longtemps. Mais on devient vite vieux dans les services en vrai, l'espérance de
8 vie d'un infirmier dans un service c'est très peu. Je crois que la moyenne dans le métier c'est 7
9 ans, des dinosaures qui restent 15 ans dans les services il n'y en a plus beaucoup.

10 Moi : Oui en effet, et sans indiscretion quel âge as-tu ?

11 Kevin : J'ai 26 ans

12 Moi : Je ne sais pas si notre contact en commun t'a parlé du sujet.

13 Kevin : Non elle ne m'en a pas parlé mais j'ai répondu à ton questionnaire donc je vois de quoi
14 tu veux parler.

15 ***Moi : Du coup, comment pourrais-tu définir les stéréotypes ?***

16 Kevin : Chez les soignants du coup ? Tu te centres côté patient ou côté soignant ?

17 Moi : Pour cette question nous allons prendre de manière plus générale.

18 Kevin : Chez les soignants il y en a assez peu, j'ai rarement vu des collègues faire des
19 différences entre des hommes ou des femmes, des différences d'âges ou même des différences
20 de milieu. Forcément tu as toujours un a priori sur les gens parce que forcément tu les juges au
21 visuel. Après tu te centres sur l'hospitalier, tu ne parles pas du préhospitalier ? En hospitalier
22 chez les soignants il y a peu de stéréotypes véhiculés parce que forcément on porte tous la même
23 tenue dans l'équipe et puis après chacun a sa posture de soignant, son professionnalisme et on
24 fait fi de ça pour la plupart, je n'ai jamais vu d'infirmier refuser des soins à un patient ; déjà on
25 n'a pas le droit ; on reste professionnel dans notre pratique. De manière générale ça se passe
26 très bien, les patients sont de plus en plus dans la consommation de soins, je te parle de mon
27 côté urgences où les gens arrivaient avec un souci et ce n'est rien de plus que du drive. Tu
28 arrives, tu as un problème, tu veux que ce soit réglé vite et bien sans que cela te coûte cher.
29 Après les stéréotypes tu peux en avoir, tu as le rapport entre patient femme et soignant homme
30 qui pouvait poser problème, on pouvait te prendre un peu à la légère quand tu es jeune. Avoir
31 un infirmier jeune devant soi... Ou un médecin, mais le médecin a justement ce mot
32 « médecin » qui fait que tu es tout de suite pris au sérieux que ce soit pour une femme ou un
33 homme, mais quand tu es un infirmier jeune... Notamment quand tu fais de l'accueil et que tu
34 brasses énormément de gens et que tu es amené à être vraiment au contact des gens, ce qui n'est
35 pas toujours une bonne chose, c'est très fatigant d'ailleurs l'accueil, et bien tu peux ne pas être
36 pris en sérieux parce que tu es jeune. Après, moi en tant qu'homme, j'ai eu des dames qui m'ont
37 demandé d'avoir une femme mais c'est plus par pudeur et nous par respect et par pudeur nous
38 le faisons également. Je ne fais pas d'électrocardiogramme à une jeune mineure. Il y a assez de

39 femmes dans le service pour avoir la possibilité de répondre correctement à ça. Après quand tu
40 respectes l'intimité et la pudeur des gens souvent ils ne refusent pas des soins parce que tu es
41 un homme. Il y a aussi le côté intra-hospitalier qui fait que quand tu es dans un service, et tu
42 verras vraiment la différence avec les libéraux, tu es dans ton milieu à toi et les gens viennent
43 à toi. Ils ne sont pas dans leur milieu à eux et leur niveau d'exigence n'est pas le même. J'ai eu
44 des soucis en faisant du libéral sur mes stages de ne pas pouvoir rentrer dans des maisons parce
45 que j'étais un homme. Les gens chez eux ont des principes qu'ils t'imposent. C'est la différence
46 avec le milieu hospitalier où c'est toi qui gères la barque, chez eux ce sont eux qui gèrent. Donc
47 soit tu te plies soit tu dégages, ça marche un peu comme ça... Pas chez tout le monde cela reste
48 une minorité, il y en a qui sont fermes là-dessus, ça m'est arrivé une ou deux fois mais c'est
49 tout tu vois ? Mais après c'est surtout l'intimité et la pudeur qui pouvaient freiner certaines
50 personnes qui ont un rapport au corps... Qui ne veulent pas être soignées par des hommes, tu
51 sais ? Quand tu es une femme à l'hôpital j'ai rarement eu le problème mais de toi-même tu le
52 fais quand il y a un geste qui nécessite d'être dénudé. Soit tu fais intervenir tes collègues si tu
53 vois que cela gêne ; il y a des gens qui s'en foutent hein. J'ai déjà fait des électrocardiogrammes
54 à des filles qui avaient mon âge et ça ne leur posait pas de problème. Tu leurs poses la question
55 mais dans tous les cas tu respectes l'intimité : tu fermes la porte, tu n'es pas quatre dans la
56 pièce... Après il y a des gens que ça ne dérange pas et puis il y en a que ça dérange, il faut
57 respecter le patient et puis communiquer, ça se passe bien.

58 ***Moi : Te sens-tu assez formé aux stéréotypes ? J'ai posé la question dans le questionnaire***
59 ***mais fais-tu parti de ces personnes qui se sentent assez formées à cette question ?***

60 Kevin : Non, je ne pense pas être assez formé. Après c'est difficile de dire oui ou non, je pense
61 que c'est l'habitude et la communication à mettre en place qui arrivent avec la confiance en soi.
62 Je pense que c'est la communication qui peut venir à bout de ce genre de stéréotypes tu sais ?
63 En fait on est assez peu formé que cela soit à l'IFSI ou en service à vraiment avoir un échange
64 avec ton patient, cela s'acquière avec l'expérience, ta posture. Ce serait assez difficile de dire
65 « *oui je suis assez formé* » parce que non on n'est pas formé ni sensibilisé à ça. On est assez
66 peu formé voire pas du tout à répondre aux manifestations qui vont venir après les stéréotypes,
67 tu as des gens qui peuvent devenir complètement agressifs, qui peuvent se braquer, être dans le
68 refus de soins. Tout ça c'est du relationnel qui s'acquière avec l'expérience, avec la pratique,
69 la confiance en soi et puis l'assurance. Ce serait fi de dire « *oui je suis assez formé* », non je ne
70 le suis pas.

71 ***Moi : Que penses-tu de la relation homme-femme dans l'exercice professionnel ?***

72 Kevin : Entre soignants ou avec les patients ?

73 Moi : Nous pouvons faire les deux.

74 Kevin : En équipe je trouve ça ultra bénéfique d'avoir des équipes mixtes, déjà tes collègues
75 femmes sont super contentes de te voir même pour le côté physique quand il faut porter,
76 notamment en réanimation où l'on manipule beaucoup les patients. Tu as un côté physique
77 assez présent. Après avec les hommes de manière générale tu apportes, c'est purement
78 stéréotypé, un peu de légèreté et de bonne humeur. Tu sais entre mecs il y a toujours une bonne
79 ambiance, on ne se prend pas la tête pour des conneries, on ne se crêpe pas le chignon tu vois ?
80 Là en réanimation on est à peu près 50/50, une équipe assez jeune, il y a une super dynamique
81 de groupe, on rigole beaucoup. Je suis complètement pour la mixité. Les filles apportent un
82 autre regard sur le patient, elles ont un autre point de vue. On est amené à faire de l'obstétrique
83 ou de la gynécologie aux urgences donc les filles là... Elles apportent leur expérience là-dessus
84 et nous on est un peu ignares, déjà on n'est pas formés. A l'IFSI je n'ai pas appris à m'occuper
85 d'une prééclampsie ou d'un choc hémorragique sur une grossesse intra-utérine. Ce sont des

choses pour lesquelles je me suis formé aux urgences parce que je n'avais pas le choix ; et la gynéco de manière générale ; donc les filles apportent leur expérience voilà. Les filles qui sont maman comprennent mieux ce qui se passe, elles l'ont vécu, elles savent trouver les mots parce que toi ce n'est pas vraiment ton domaine quoi. On est complémentaires entre hommes et femmes. Je n'ai jamais eu de problème avec une de mes collègues parce que c'est une femme, il y a des gens qui sont plus ou moins faciles, qui ont plus ou moins de caractère, avec qui tu as plus ou moins d'affinité. Je ne m'entends pas avec tous mes collègues ce ne sont pas tous mes potes. Les équipes purement féminines je trouve qu'il y a une moins bonne ambiance au travail. Il y a beaucoup de copinage et si tu n'es pas meilleure pote avec ta collègue tu n'as pas la même relation quoi. Les hommes apportent plus de légèreté je trouve. On bosse, on ne rigole de rien et de tout. Après avec les patients cela se passe très bien, à partir du moment où tu es poli, courtois et que tu ne prends pas les gens de haut, que tu communique... Je pense qu'il y a une importance du relationnel là-dedans. Je reviens un peu sur ce que je disais tout à l'heure, il y a des personnes qui vont avoir des manifestations de violence, des refus de soins, des gens qui se braquent, tout ça c'est du relationnel à mettre en place, il faut essayer de discuter mais de manière générale les gens t'écoutent. Tu portes la blouse, on a quand même un statut à l'hôpital. Les gens sont en position de faiblesse tu arrives toujours à pouvoir communiquer avec eux. Il faut savoir les rassurer, leur expliquer ce qu'il se passe, comprendre la pathologie et vulgariser avec des mots pour pouvoir leur apporter les réponses à leurs questions et cela se passe très très bien. Moi, en réanimation, je n'ai jamais eu de patient ou patiente qui a refusé de se faire soigner par un médecin parce qu'il a une couleur de peau différente par un infirmier parce que c'est une femme ou un homme. Après aux urgences j'étais avec des médecins de couleur et ils se sont déjà confrontés à des réflexions qui n'ont pas lieu d'être à l'hôpital. Dans ce cas-là il faut aussi savoir se positionner, que ces réflexions n'ont pas leur place ici, que c'est un médecin et que l'on doit avoir du respect pour chacun, pour la profession, qu'il est là pour apporter son aide et que si on n'en veut pas c'est la porte. C'est pas compliqué on est à l'hôpital public on ne choisit pas son personnel soignant parce que c'est une femme, parce qu'il est blanc ou noir. On n'est pas content c'est dehors [rires]. Après tu peux avoir ce genre de réflexions avec des personnes qui ne sont plus maîtres de leurs capacités, des réflexions de bas instinct chez des gens ivres, assez lourds avec le personnel féminin. Là aussi il faut savoir se positionner et savoir se serrer les coudes entre collègues. Aussi il y en a qui ne sont pas forcément très corrects oralement avec du personnel féminin, ivre ou psy, voilà... Après je pense que les filles ont assez de caractère pour pouvoir y répondre, elles sont un peu habituées à ce genre de comportement pas très respectueux. Voilà c'est du comportement que tu ne peux pas cautionner toi en tant que soignant et collègue, il faut aussi savoir dire stop. Il y a des rappels au règlement qui peuvent être fait par les cadres de santé, on a déjà eu le coup. Les cadres sont aussi là pour ça. Et puis si ça ne va pas bah on trouve des solutions. Pour les gens, avoir un cadre face à eux... Ils ont déjà un autre discours, il montre qu'ils dépassent les bornes mais ça n'arrive jamais quoi. Une fois tu vois. Je divague un peu [rires].

Moi : C'est très intéressant dans tous les cas donc il n'y a pas de soucis. Est-ce que au sein de l'équipe, de la tienne, de celle dans laquelle tu as été aux urgences il y a des professionnels qui sont ou ont été privilégiés ou handicapés en raison de leur sexe ?

Kevin : Le personnel féminin dit toujours que c'est plus facile de s'intégrer dans une équipe quand tu es un homme. Personnellement je n'ai jamais compris cette réflexion, je trouve que les relations féminines sont parfois plus conflictuelles que quand tu as des collègues masculins qui sont là pour rigoler et faire le taff et qu'on ne se prend pas la tête pour des conneries. On est professionnels je pense qu'on est capable de bien se tenir mais cela peut nuire à l'ambiance générale d'une équipe. Mais non je ne trouve pas, je ne pense pas... Après il faudrait voir la réponse que donnent les collègues femmes à ce genre de question. Je pense qu'elles diront que

c'est plus difficile pour elle de s'intégrer à une équipe. Après tu peux avoir des différents purement relationnels mais est-ce que le sexe à un rôle là-dedans ? On peut ne pas être d'accord mais il faut savoir être pro, on n'est pas des bêtes. C'est toujours idiot d'envoyer balader un collègue. Est-ce que les jeunes infirmières qui débarquent sont moins prises au sérieux parce qu'elles sont des femmes ? Peut-être... Par l'équipe de manière générale ? Peut-être. Après j'ai surtout l'impression que l'équipe est surtout en attente de voir ce que tu vaux, quelles sont tes capacités professionnelles et puis un peu de capacité sociale hein, savoir discuter avec tes collègues. De manière générale cela se passe super bien. Après il faudrait poser la question à une collègue féminine qui commence, voir un petit peu son ressenti. Après c'est toujours propre à chacun je pense, on parle de relationnel, de ressenti, ce sont des choses propres à chacun, ça dépend de notre affect, de ce qu'on attend du boulot, ça dépend le service dans lequel on tombe et le moment où on tombe. Des fois on peut arriver dans des situations compliquées pour un service en général et puis tomber au milieu de tout ça, tu vois ? Après il y a des gens qu'on ne peut pas apprécier, il y a des gens qui sont ouvertement en conflit au milieu d'un service donc forcément ça met une super ambiance, t'imagines bien. Tu peux avoir des ambiances un peu conflictuelles comme ça dans les équipes ; moi je trouve que dans des équipes closes qui ont peu de brassage, où tu as des personnels qui sont là depuis longtemps avec des caractères forts, parfois des effets de génération aussi où tu vas avoir un recrutement de trois infirmiers qui ont 25 ans, et puis il n'y en a pas eu depuis donc tu n'as pas de jeunes de 20 ans, et de l'autre côté tu en a qui ont 40 ans, tu vas avoir des écarts générationnels comme ça qui font qu'on a du mal à se comprendre. On n'a pas les mêmes centres d'intérêt, euh... Enfin moi en tant qu'homme j'ai rarement été mêlé à ce genre de problème. Tu arrives tu fais ton taff, voilà quoi tu n'as pas de raison de prendre parti. Les gens faut aussi qu'ils soient intelligents et qu'ils laissent leurs conflits à la porte du service quoi. On ne te demande pas d'être pote avec tous tes collègues, de sortir au restaurant le soir, on te demande de faire correctement ton taff.

Moi : Est-ce que tu aurais une situation en tête ou as-tu déjà été, même si tu en as déjà pas mal parlé, confronté aux stéréotypes soit durant ta formation soit durant ton exercice ?

Kevin : Oui plusieurs fois, mais ça me fait doucement sourire tu vois quand j'y suis confronté. J'y donne assez peu de crédit donc cela m'a assez peu marqué. Je te parlais de l'électrocardiogramme tout à l'heure : un soin où tu as besoin de dénuder au niveau du torse, j'ai déjà eu des femmes qui m'ont demandé à ce que ce soit fait par une femme et pas par un homme. Dans ce cas-là qu'est-ce que tu veux dire ? Tu dis « *bah d'accord je vais vous trouver une collègue, si c'est possible on peut répondre à cette attente* ». Voilà ça ne sert à rien d'aller au conflit quoi. Par respect pour la pudeur tu le fais. Si tu te braques et que tu dis « *non mais attendez je suis professionnel de santé je suis autant un homme qu'une femme* » ça peut s'entendre tu vois mais tu vas aller t'opposer au patient, cela peut entraîner après des difficultés dans le soin, un froid après même si j'ose dire. Puis tu as toujours un risque que ton patient se braque ou fasse un refus de soin pour une connerie quoi. Alors que des infirmières ou des aides-soignantes il y en a partout tu vois, il y a rarement des services où il n'y a que des hommes. C'est ce genre d'attentes auxquelles tu dois répondre. Après j'ai déjà été confronté à des personnes comme je t'avais raconté qui n'avaient plus leurs capacités intellectuelles, comme les gens ivres qui ont des remarques déplacées envers mes collègues femmes aux urgences, envers des médecins de couleur aussi. Moi en tant qu'homme... Si, on m'a déjà dit que j'étais jeune et que j'étais idiot quoi mais après... Ça ne m'empêche pas de dormir le soir quoi. Mais les gens tu les recadres, il faut savoir être clair sans être agressif, être franc et expliquer les choses comme ils veulent puis c'est l'hôpital public, ils ne sont pas là pour choisir, on n'est pas en clinique à choisir quel anesthésiste va t'endormir quoi. Il y a des soins à faire on les fait dans les meilleures conditions possibles, s'il y a une gêne au niveau de la pudeur et de la nudité, bah on trouve une solution tout simplement. Il ne faut pas se braquer, mais ça c'est un travail sur

184 soi, c'est du développement de professionnalisme, de posture professionnelle et puis ça se passe
185 bien. Après de moi-même je ne vais pas aller sonder une jeune de 26 ans s'il y a ma collègue
186 femme qui est à côté qui a la possibilité de le faire, il faut avoir un minimum de bon sens et de
187 respect pour la pudeur, notamment dans les services d'urgence où ce sont des services où il y a
188 beaucoup de va et viens, si tu as l'occasion d'y passer ou d'y travailler tu verras que la pudeur
189 est une notion assez difficile à mettre en place. Pourquoi, parce que tu es sans arrêt au contact
190 des gens puis toi en tant que professionnel la pudeur ce n'est pas forcément ta priorité absolue
191 parce que tu es pressé de faire autre chose, que des gens torse-nu tu en vois quinze par jour et
192 que pour toi, tu veux passer à autre chose et que le médecin rentre, mais les médecins sont assez
193 mal formés là-dessus, à ce respect de pudeur, donc tu vas avoir une porte ouverte pour un soin
194 un peu dénudant... Donc cela peut gêner des gens... Mais cela reste du respect et du bon sens
195 et ça pour le coup on l'apprend bien à l'IFSI en première année. Il faut être intelligent quoi,
196 avoir du recul et se mettre à la place des gens, dans leur passif et puis tu trouves des solutions
197 quoi.

198 ***Moi : Tu parles beaucoup des soins sur des patientes femmes où les faire en tant qu'homme***
199 ***est difficile du coup il vaut mieux envoyer une collègue femme mais qu'en est-il du***
200 ***contraire ? Est-ce que c'est naturel pour une soignante femme de vous envoyer, vous***
201 ***hommes, sur une pose de sonde sur un homme ?***

202 Kevin : Exactement, tout à fait. Alors sur un électrocardiogramme chez un homme je n'ai
203 jamais vu des hommes être gênés que ce soit une collègue femme, enfin nous on est sans cesse
204 torse nu donc... Dans le privé je pense que ça ne dérange pas grand monde ; après des hommes
205 pudiques il y en a. Après comme tu dis cela marche dans les deux sens, c'est du bon sens. C'est
206 plus rare mais j'ai déjà eu des collègues femmes me demander de faire un soin plutôt dénudant
207 chez un homme jeune, qui ont le même âge qu'elle, tu vois ? Après ce qui est dommage dans
208 cette relation homme soignant et femme patiente c'est qu'elles ont toujours peur qu'on n'ait
209 pas un regard professionnel, qu'on ait un regard pervers alors que voilà... Ça c'est la posture,
210 il faut aussi savoir se positionner et avoir la posture professionnelle. Faire ça correctement pour
211 qu'elle soit à l'aise, tu vois ? Pour que le soin se passe bien hein, mais oui j'ai déjà sondé des
212 hommes parce que c'était un homme jeune, enfin jeune c'est toujours relatif par rapport à l'âge
213 de ton professionnel [rires]. Cela me semble naturel d'accepter de trouver le moyen de le faire
214 pour ma collègue, par respect pour les choix du patient, par respect pour ses convictions, pour
215 le bon déroulement du soin et par respect pour la pudeur du patient. Tu te doutes bien que le
216 soin va beaucoup mieux se passer si on est à l'aise que si ton patient est déjà gêné. Il y a des
217 soins qu'il peut refuser, j'ai déjà eu des gens de confession musulmane qui ont refusé des soins,
218 là pour le coup tu peux avoir un réel problème dans tes stéréotypes. Ce sont des gens qui
219 refusent, surtout des patientes féminines, d'être soignées par un homme. Alors là tu as un vrai
220 problème parce que la religion rentre dans ça, il ne faut pas oublier qu'on est à l'hôpital public
221 qui est athée, que tu n'es pas là pour choisir quel médecin ou quel soignant te soignera, alors
222 soit tu trouves une solution et tu peux faire comprendre. Si tu arrives à trouver des gens qui
223 travaillent en maternité, en obstétrique je pense que tu pourrais, je n'en connais pas hein je ne
224 pourrai pas t'orienter, je pense que ces gens-là ont un autre regard sur la relation soignant
225 homme et patiente femme. J'ai déjà vu des gens de confession religieuse différentes, surtout
226 musulmane, qui refusaient des soins sous seul prétexte que le soignant était un homme. Et là...
227 Qu'est-ce que tu veux faire ? Bah écoute tu trouves une solution pour essayer de répondre
228 correctement à... Il ne faut pas se braquer, ça ne sert à rien c'est contre-productif, cela ne sert
229 à rien d'aller au conflit vers un patient. Tu vas perdre ton sang-froid, ta position de soignant,
230 ton soin ne se passera pas, ton patient va se braquer. Tout ce qui va aboutir c'est que toi tu vas
231 être en colère, ton patient va être en colère, il y aura un refus de soin, tout le monde aura perdu.
232 C'est l'expérience, je pense que dans les services d'urgence où tu as un turn-over dans les

233 soignants, euh dans les patients pardon, tu seras plus à même de croiser ces gens-là que dans
234 un service de médecine où tu as 14 patients. Donc... Après... On explique les principes de
235 l'hôpital public qui sont les mêmes partout, à savoir que l'hôpital est athée, que les gens qui
236 exercent sont des professionnels qui ne sont pas là pour du voyeurisme et qu'il n'y a aucune
237 raison que le soin se passe mal, on essaye un peu de répondre aux problématiques comme on
238 peut. Tu vas trouver une pièce qui est réellement à l'écart, faire vraiment respecter la pudeur et
239 demander à une de tes collègues femmes de faire le geste dénudant. Après tu peux aussi sortir
240 de la pièce le temps que la dame passe la blouse, ça ne coûte rien tu vois ? Ce sont des choses
241 qui mettent des grains de sable dans notre organisation mais qui sont indispensables pour
242 trouver une compliance entre les deux, pour que le soin se passe bien.

243 Moi : On a fait un peu le tour de la question

244 Kevin : J'ai parlé un peu de tout et de rien je ne sais pas si cela t'aide beaucoup.

245 ***Moi : Dans tous les cas c'est très intéressant, il n'y a pas de soucis pour ça. Justement c'est***
246 ***très riche et on arrive un peu à la fin. Est-ce que toi tu aurais quelque chose à rajouter par***
247 ***rapport à tout ça ?***

248 Kevin : Moi en tant que paramédical qui ai travaillé longtemps aux urgences, les stéréotypes
249 qu'ils soient sur l'origine du personnel soignant, sur sa religion n'ont pas de place à l'hôpital
250 public, et je parle pour ce que je connais donc je ne parlerai pas du privé. Cela vaut aussi bien
251 pour les soignants que pour les patients. Je n'ai pas à avoir de convictions religieuses affichées,
252 je n'ai pas à trier mes patients en fonction de leurs convictions religieuses, de leur origine, de
253 leur milieu social aussi ; mais ce n'est pas dans ma pratique. Je vois mal un soignant avoir ce
254 genre de convictions assez peu humanistes. En tant que soignant tu n'es pas amené à faire ce
255 genre de raccourcis, en tout cas quand tu portes la blouse. Quand tu es en privé tu fais ce que
256 tu veux ; mais dans les lits il y a des gens donc il faut avoir du respect. Les patients de leur côté
257 n'ont pas à avoir ce genre d'à priori, ce genre de freins à leur santé avec toi, ils passent la porte
258 de l'hôpital c'est inconcevable. Tu ne peux pas refuser les soins parce que tel médecin est de
259 couleur ou parce que tel collègue est un homme. On peut trouver des compromis quand il y a
260 une gêne et mettre en place des choses pour que le soin se passe dans de bonnes conditions,
261 qu'il y ait une compliance au soin. Je mets entre parenthèse mais un soin qui se passe bien est
262 un soin qui est adhéré par le patient. Si ton patient n'est pas totalement d'accord avec le soin,
263 qu'il ne l'a pas compris, qu'il est gêné par telle ou telle chose car c'est à l'encontre de ses
264 principes que ce soit au niveau de la pudeur, au niveau tout simplement homme-femme. Si tu
265 vas à l'encontre de ça sans lui expliquer pourquoi tu n'auras pas cette compliance, cette
266 adhésion au plan de soins, et là tu vas dans le mur. Soit ça va mal se passer soit ton patient ne
267 va pas suivre la ligne de conduite qui lui est demandée. C'est comme faire de la VNI à quelqu'un
268 qui est opposant : tu vas dans le mur, tu vois ? Bah là c'est pareil. L'hôpital public n'est pour
269 moi par un lieu qui est fait pour avoir l'expression des stéréotypes reçus, de tes convictions
270 religieuses, voilà tout ça cela va être à la fois pour les patients et les soignants. Ce n'est pas non
271 plus un lieu pour que tes collègues subissent ce genre de stéréotypes, je pense notamment aux
272 agressions verbales qui peuvent devenir physiques de la part d'hommes sur des collègues
273 femmes. Il faut savoir dire non. Il ne faut pas laisser couler quoi. Il faut respecter le cadre et
274 tout se passe bien et après s'il y a un souci tu trouves le moyen d'échanger avec tes collègues,
275 de faire un switch. Qu'est-ce que je pourrai te dire de plus... Euh... Je n'ai jamais vu de collègue
276 venir me voir en me disant « *je ne m'occuperai pas de tel patient* » parce que ce patient est
277 d'une certaine religion. Ce n'est jamais arrivé heureusement, d'ailleurs je ne l'aurai pas
278 entendu. Je ne sais pas comment tu peux avoir ce genre de réflexions. Le moment où tu
279 retrouves plus les stéréotypes des patients, et ce n'est pas vraiment des stéréotypes mais plutôt
280 l'expression d'une pudeur. Voilà je ne sais pas si tu dois faire le tri entre tout ça mais est-ce que

281 dans la tête des gens, enfin oui c'est forcément un stéréotype tu me diras parce que dans la tête
282 des gens avoir un homme en face de soi c'est forcément un regard sexuel sur le corps de la
283 femme alors que tu es juste professionnel de santé et que tu es là pour [bégaiement] exécuter le
284 soin, pardon, donc si, c'est un de leurs stéréotypes tout à fait. Euh.... C'est la posture quoi, tu
285 dois répondre à ça par ta posture de professionnel. Tu peux expliquer tout simplement, ça m'est
286 déjà arrivé de le faire on me dit « *bah non j'aimerais bien une femme* » et je dis « *vous savez*
287 *madame, je suis un professionnel de santé, je suis peut-être un homme mais je suis là pour*
288 *travailler. Je ne suis pas là pour avoir un regard pervers ou avoir des idées sexuelles là-dessus.*
289 *Est-ce que cela vous dérange que ce soit moi* ». Puis les gens n'ont pas forcément le courage
290 de le dire, parfois tu les sens gênés mais tu ne sais pas pourquoi. Tu leur poses la question « *Est-*
291 *ce que vous préférez avoir une femme ?* », « *Ah bah oui je préférerais quand même avoir une*
292 *femme* ». Tu vas chercher une collègue femme, un électrocardiogramme ça dure deux minutes,
293 c'est tout. Mais oui je pense que ce côté, alors c'est ce que je vie souvent le plus donc je dirai
294 que c'est le principal, mais le côté stéréotype dans la tête d'une patiente envers un personnel
295 soignant homme est présent à partir du moment où tu vas à l'encontre de sa pudeur. Pour moi
296 c'est la principale représentation que j'ai vécu dans ma pratique professionnelle et ce sont les
297 choses qui embêtaient le plus les femmes. Du coup le stéréotype de l'homme comme ayant un
298 regard pervers et sexuel sur n'importe quelle portion de peau qu'elle peut avoir. C'est la chose
299 que j'ai vu le plus, c'est personnel à mon vécu, à ma pratique pour avoir travaillé dans des
300 milieux où tu croises beaucoup de gens où tu es amené à faire de l'obstétrique, amené à faire
301 de la pédiatrie et puis avoir des gens de tous milieux. Je pense que si tu interrogues du personnel
302 qui travaille avec des personnes plus âgées, souvent ces personnes âgées n'ont pas ce genre de
303 considération envers un personnel masculin ou un personnel féminin, tu vois ? Tu as quand
304 même assez peu de petits vieux qui vont siffler l'infirmière quand elle passe et assez peu de
305 petites vieilles qui vont être contre un électrocardiogramme avec un... Tu vois ? Il y a aussi ce
306 rapport à l'âge qui fait que quand tu as un âge proche tu peux être plus gêné, je pense que les
307 femmes jeunes peuvent avoir des stéréotypes un peu plus marqués, tu peux avoir des gens d'un
308 milieu social plus élevé qui peuvent avoir ce genre de considération aussi de faire gaffe à...
309 Avoir de la pudeur. C'est propre à chacun je pense, à leur éducation, c'est propre à leur vécu
310 aussi comme je disais. Voilà, mais de manière générale ça se passe bien... Mais... En discutant
311 avec toi on le vit au quotidien, ces représentations et stéréotypes. On le vit au quotidien et cela
312 influe notre non-verbal et il faut savoir... Ça se travaille au quotidien et ça s'acquiert avec la
313 posture professionnelle, ce qu'on apprend un peu à l'IFSI et beaucoup avec le terrain, et puis
314 voilà, quand tu dialogues quand il y a un souci et bien ça se passe bien. Après dans l'équipe
315 euh... Pour revenir, non je n'ai pas eu de collègues exprimer des refus de travailler avec tel ou
316 tel soignant en fonction de sa religion, de sa couleur de peau, en fonction de son âge. Non,
317 souvent c'est juste parce qu'ils n'ont pas tellement le feeling avec ce personnel-là en particulier,
318 tu vois ? C'est pas leur ami du coup on ne peut pas... Voilà quoi. Je n'ai jamais reçu de refus
319 d'une de mes collègues de travailler avec moi tu vois ? Et c'est pareil cela n'a pas lieu d'être,
320 tu n'es pas en colonie de vacances, tu n'es pas là pour choisir avec qui tu travailles et qui tu ne
321 travailles pas.

322 Moi : Alors dans les règles oui, mais personnellement en stage je l'ai déjà vu.

323 Kevin : Ouais mais malheureusement ce n'est pas le genre de commentaires ou de réflexions
324 qui ont lieu d'être à l'hôpital public en fait, on fait le même métier, on travaille ensemble on est
325 tous dans le même bateau. Tu n'es pas censé discriminer un personnel soignant ou un patient et
326 avoir un jugement sur lui sous simple prétexte qu'il a des origines, une autre religion ou une
327 autre couleur de peau quoi. C'est très peu constructif puis c'est complètement idiot quoi. Puis
328 en tant que professionnel de santé quand tu as ce genre d'idées en tête et que tu commences
329 déjà à pas être d'accord parce que dans l'équipe tu as un soignant d'une autre origine, je

330 n'imagine pas la pratique professionnelle, comment ce professionnel soigne les gens. Cela finit
331 toujours par retomber sur la tête du patient, tu vois ? La communication, ce n'est pas le sujet
332 mais tu as tes stéréotypes qui vont nuire à la communication entre deux soignants, ou entre un
333 patient et un soignant, bah forcément c'est délétère dans la prise en charge. La relation entre
334 l'expression d'un stéréotype à l'hôpital et l'adhésion aux soins et le bon déroulement du soin et
335 la guérison on l'espère à la fin ; ce qui est quand même le but dans la plupart des cas ; bah
336 forcément c'est délétère. Mais on n'est pas là pour ça quoi. Voilà, écoute là maintenant je n'ai
337 pas d'autre... Ah on a accueilli des migrants aux urgences, car nous ne sommes pas très loin de
338 Calais, je n'ai pas eu de remarque de mes collègues, de refus de s'occuper de patients parce
339 qu'il est d'une origine étrangère. Là tu as la barrière de la langue qui peut rentrer en compte
340 mais c'est un peu hors sujet. Voilà... Mais je pense qu'on le vit au quotidien mais il faut avoir
341 une posture... Tu peux facilement... Il y a des gens idiots un peu partout mais tu ne peux pas
342 avoir ce genre de considération déjà dans l'équipe et même pour tes patients et te dire soignant.
343 Tu vas nuire au bon déroulement des soins dans le service en général, à la communication qui
344 est très importante qu'elle soit orale et écrite [inaudible sur enregistrement]. Je vois mal un
345 soignant afficher ouvertement des convictions religieuses et du coup être discriminant et puis
346 soigner correctement les gens. Tu vas forcément avoir un moment où le [retranscription
347 approximative : bât blesse]. Après on n'est pas dans la tête des gens et on n'est pas là pour les
348 éduquer. Si leur éducation n'a pas été faite correctement et qu'ils ont des stéréotypes
349 monstrueux sur le... Enfin qu'est-ce que tu veux y faire quoi, tu vois ? Tu ne peux pas changer
350 leur condition mais tu peux trouver des solutions pour que l'hospitalisation ou en tout cas le
351 soin se passe correctement et qu'ils adhèrent au projet de soins, ce qui est le but et que ça se
352 passe bien. Voilà j'espère avoir bien répondu à tes questions, ne pas trop avoir divagué.

353 Moi : Non, tout est très intéressant et tout est exploitable donc à ce niveau-là c'est parfait en
354 fait.

355 Kevin : Là maintenant comme ça à vif je n'ai pas trop d'autres situations qui pourraient
356 m'interloquer plus que ça. Après ce sont des situations qui ne me blessent pas forcément, parce
357 que je me mets une barrière à ça. Est-ce que j'ai déjà subi ce genre de stéréotypes je dirai oui.
358 De ne pas être pris au sérieux parce que tu es un homme, oui. De te voir refuser des soins parce
359 que tu es un homme, oui, surtout dans le cadre de la pudeur comme je te disais tout à l'heure.
360 Je pense que c'est vraiment le truc, je ne sais pas si tu l'as trouvé chez d'autres dans ton
361 questionnaire mais c'est vraiment le domaine où quand tu commences à toucher à ça notamment
362 pour les femmes tu as une expression majorée de leurs stéréotypes. Est-ce que mes collègues
363 femmes sont moins prises au sérieux qu'un homme, je pense qu'elles te diront « oui ». Je ne
364 suis pas là pour avoir une opinion là-dessus car je ne le subis pas mais ça il faudrait leur poser
365 la question. Mais voilà... Ecoute. Je te refais signe si jamais j'ai une situation particulière à te
366 raconter.

367 **Moi : Il n'y a pas de soucis, en tout cas cela serait avec plaisir. Je te remercie d'avoir pris ce**
368 **temps pour discuter avec moi, faire cet entretien.**

Entretien n°4. 24 Avril 2021. De 15h45 à 15h58. Chrystelle, IDE 4

1 Moi : Depuis combien de temps es-tu diplômée ?

2 Chrystelle : J'ai été diplômée en Juillet 2019

3 **Moi : Et actuellement tu travailles dans quel service ?**

4 Chrystelle : Je suis en soins intensifs hématologiques depuis plus d'un an. Je n'ai fait que de la
5 cancérologie, enfin de l'hématologique, depuis mon diplôme, mais j'ai travaillé avant dans un
6 hôpital public pendant 9 mois avant de venir travailler où je suis actuellement.

7 ***Moi : D'accord, comment définirais-tu les stéréotypes, de manière générale.***

8 Chrystelle : Les stéréotypes se sont les actions, les comportements et les traits de caractères, de
9 personnalités et traits physiques que l'on conditionne ou que l'on attribue aux genres, qu'ils
10 soient masculins ou féminins, d'après moi.

11 ***Moi : Tu penses être assez formée à ces stéréotypes, ces représentations sociales ?***

12 Chrystelle : En soit dans notre pratique professionnelle, les stéréotypes de genre ne sont pas
13 forcément très fréquents, c'est rare qu'un patient me dise « ah bah vous êtes bien une fille »
14 quoi. Parce qu'on prend soin d'eux et parce qu'on s'inquiète. Mais je ne pense que c'est une
15 formation qui doit être faite à l'IFSI en tout cas, je pense que c'est vraiment quelque chose qui
16 doit être remanié de manière sociétale et pas inculqué à l'IFSI ou par notre scolarité quoi.

17 Moi : Est-ce que vous pensez que des formations internes à l'établissement puissent être
18 nécessaires ?

19 Chrystelle : Je ne vois pas comment une formation propre à l'établissement serait plus utile
20 qu'un changement réel, sociétal en fait.

21 ***Moi : Que penses-tu de la relation homme-femme dans l'exercice professionnel ?***

22 Chrystelle : Moi malheureusement j'ai assez peu travaillé avec des hommes, le premier endroit
23 où j'ai travaillé il y avait deux médecins hommes et trois médecins femmes et en termes
24 d'infirmiers il y en avait un mais il était sur ma contre-équipe de jour donc je ne le voyais que
25 très peu. Après on me dit souvent que lorsqu'il y a un homme dans l'équipe cela apaise les
26 tensions, je ne l'ai pas vu. Très clairement ce n'est pas quelque chose que j'ai eu remarqué ou
27 quoi que ce soit. Je pense que ce qui apaise les tensions c'est surtout d'avoir de bonnes
28 conditions de travail et avoir une vraie relation de confiance avec les différentes personnes de
29 l'équipe parce que là j'ai travaillé quelques mois avec un homme dans mon équipe. Qu'il était
30 là avant, qu'il n'est plus là maintenant bah... Cela ne change pas grand-chose quoi.

31 ***Moi : Est-ce que au sein de l'équipe certains sont privilégiés ou handicapés au quotidien en
32 raison de leur sexe ? Que cela soit à l'embauche, dans les soins, dans les relations internes.***

33 Chrystelle : A l'embauche je n'ai pas l'impression, là où je travaille ils sont vraiment basés sur
34 notre expérience et les valeurs que l'on représente et qui nous animent. Moi actuellement j'ai
35 une équipe, que ce soit en équipe de jour ou ma contre-équipe de nuit nous ne sommes que des
36 femmes dans le service. Et en termes de médecins je crois qu'il n'y a qu'un interne qui est un
37 homme, sinon dans le service il n'y a que des femmes. Je ne trouve pas qu'il y ait forcément de
38 difficultés, parfois il y a des patients qui sont un peu... Misogynes, un peu sexiste et qui vont
39 faire tout pour faire craquer quelqu'un mais que ce soit, après ça dépend tout du caractère de la
40 personne qui est en face et du répondant de l'infirmière ou de l'aide-soignante. Parce qu'un
41 patient peut être très sexiste et misogyne envers une de mes collègues qui du coup par son
42 caractère laisse passer par peur de la confrontation et si moi je récupère le patient il est cadré
43 en deux minutes et il a compris qu'il n'avait pas intérêt à parler comme ça.

44 ***Moi : Et durant ton parcours d'étudiante peut-être avez-vous déjà été en stage avec des
45 infirmiers hommes ou que vous avez eu des collègues étudiants hommes. Sentiez-vous des
46 privilèges ou dans handicaps à ce niveau-là ?***

47 Chrystelle : Alors en termes d'équipe par forcément mais en tant qu'étudiant si un collègue
48 étudiant prenait le même patient en charge que moi, par exemple lui et moi étions en contre-
49 équipe, si je demandais au patient comme cela s'était passé la personne répondait « *oui, le*
50 *docteur ?* ». Non, ce n'est pas le docteur c'est un étudiant infirmier. Et c'est vrai qu'il y a
51 vraiment ce truc, dès qu'un patient voit un homme « *ah attend je te laisse il y a le docteur* » et
52 si la médecin femme rentre on va dire « *bonjour madame l'infirmière* ». C'est ancré et malgré
53 la féminisation très importante des études de médecine qui maintenant comptent plus de
54 femmes que d'hommes, on continue d'avoir ce truc de l'homme c'est le médecin et la femme
55 c'est l'infirmière. L'homme il dirige et la femme elle fait.

56 ***Moi : Peux-tu me raconter une situation où tu as été confronté aux stéréotypes, durant la***
57 ***formation ou pendant ton exercice ?***

58 Chrystelle : C'était plutôt à l'IFSI, il y a eu des trucs, généralement c'était en soins relationnels.
59 La fameuse empathie, la fameuse douceur innée des femmes. Bah les hommes va falloir
60 travailler pour avoir la même. Je trouve ça complètement aberrant en fait, comme quoi certaines
61 qualités sont intrinsèques aux femmes que les hommes ne sont pas capables d'avoir hors gros
62 travail ; par contre les femmes pour se faire entendre il va falloir taper du poing quoi, parce
63 vous êtes tellement douces qu'on ne vous entend pas. Par contre les hommes s'ils disent une
64 connerie on ne les remettra pas en doute, et c'est vrai que je trouve ça très dommage parce que
65 ça peut bloquer certains futurs infirmiers ou futurs aides-soignants dans ce rôle du « *il faut que*
66 *je fasse peur, il faut que je me fasse entendre et il ne faut pas que je sois trop doux car ce n'est*
67 *pas ce qu'on attend de moi* ». Et au contraire cela peut bloquer certaines infirmières femmes
68 justement à se laisser tromper dans des situations compliquées.

69 ***Moi : Aurais-tu quelque-chose à rajouter, par rapport à notre échange, au sujet ?***

70 Chrystelle : Je pense qu'il est important que dans les IFSI et de manière générale il y ait un gros
71 travail sur tout ce qui est stéréotypes, les qualités que l'on accorde à chacun en raison de son
72 genre et je trouve cela très dommage. Je trouve que c'est quelque chose d'important qui doit
73 être travaillé de manière profonde dans les IFSI pour qu'il n'y ait plus ce déséquilibre entre :
74 les hommes ont ces qualités là et les femmes ont ces qualités là et maintenant il va falloir
75 travailler, cravacher pour avoir les autres, tu vois ? Je pense que ce travail doit être sociétal dans
76 l'éducation parentale mais également dans l'éducation que cela soit à l'école ou dans
77 l'enseignement supérieur où l'on continue quand même de genrer vraiment tout ce qui est
78 qualités, émotions, empathie tout ça c'est dommage en fait parce que cela peut bloquer certains
79 futurs soignants dans leur pratique alors que cela n'a pas lieu d'être. Voilà.

Annexe VI – Grille d’analyse d’entretiens vierge

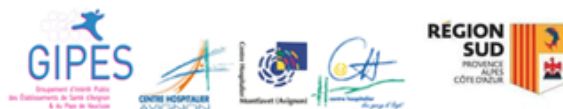
Thème	Question posée	Cadre de référence	Verbalisation IDE
Stéréotypes	Comment définiriez-vous les stéréotypes ?	Selon le Larousse, un stéréotype correspond à une « <i>Expression ou opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché</i> ».	
Formation	Pensez-vous être formé aux questions des représentations sociales, des stéréotypes ?	La formation infirmière comprend des enseignements sur la prise en soins et les aspects relationnels, toutefois d’après le questionnaire lié à ce TFE : 50% des répondant ne se sentent pas assez formé à ce niveau.	
Relation	Que pensez-vous de la relation homme-femme dans l’exercice professionnel ?	Selon le questionnaire, 82,7% des IDE sont satisfaits de cette mixité des genres. La législation française oblige une mixité en entreprise	
Privileges et handicaps	Au sein de l’équipe, certains professionnels sont-ils privilégiés au quotidien en raison de leur sexe ?	La loi encadre les écarts de salaires et les discriminations à l’embauche. Selon le questionnaire, environ 60% des IDE n’observent aucune différence de relations pour les professionnels du sexe opposé.	
Expérience	Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez été confronté aux stéréotypes durant votre formation ou durant votre exercice professionnel ?	Selon le questionnaire, presque la globalité des répondants se sont déjà vu refuser un soin et/ou ont dû remplacer un(e) collègue et/ou se sont retrouvés gêné dans un soin.	
	Avez-vous quelque chose à rajouter ?		
Imprévu			

Annexe VI – Grille d’analyse d’entretiens remplie

Thème	Question posée	Cadre de référence	Verbalisation IDE
Stéréotypes	Comment définiriez-vous les stéréotypes ?	Selon le Larousse, un stéréotype correspond à une « <i>Expression ou opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché</i> ».	IDE 1 : « est-ce qu’il y a vraiment des stéréotypes dans la prise en charge » (L.14) ; « il y a aussi l’image que les gens véhiculent de l’infirmière. Il y en a qui sont mignonnes il faut le reconnaître » (L. 37) IDE 2 : « Une idée préconçue, quelque chose de tout fait, de normé par la société sur quelque chose ou une personne » (L.14) IDE 3 : « Chez les soignants il y en a assez peu » (L. 18) ; « tu as le rapport entre patient femme et soignant homme qui pouvait poser problème, on pouvait te prendre un peu à la légère quand tu es jeune. » (L. 28) IDE 4 : « Les stéréotypes se sont les actions, les comportements et les traits de caractères, de personnalités et traits physiques que l’on conditionne ou que l’on attribue aux genres, qu’ils soient masculins ou féminins » (L. 8)
Formation	Pensez-vous être formé aux questions des représentations sociales, des stéréotypes ?	La formation infirmière comprend des enseignements sur la prise en soins et les aspects relationnels, toutefois d’après le questionnaire lié à ce TFE : 50% des répondant ne se sentent pas assez formé à ce niveau.	IDE 1 : « On en rigole, on en a toujours rigolé. » (L. 78) IDE 2 : « Je pense oui » (L. 18) ; « Axé sur les cultures il me semble oui, après c’étaient des notions il n’y a jamais eu de choses plus poussées, plus établies que ce soit par un formateur ou par un intervenant. C’était quelque chose d’assez succin, il n’y avait pas de partie vraiment de formation liée à ça. » (L.20)
			IDE 3 : « Non, je ne pense pas être assez formé » (L. 57) ; « On est assez peu formé voire pas du tout à répondre aux manifestations qui vont venir après les stéréotypes » (L. 62) IDE 4 : « Mais je ne pense que c’est une formation qui doit être faite à l’IFSI en tout cas, je pense que c’est vraiment quelque chose qui doit être remanié de manière sociétale » (L. 14)
Relation	Que pensez-vous de la relation homme-femme dans l’exercice professionnel ?	Selon le questionnaire, 82,7% des IDE sont satisfaits de cette mixité des genres. La législation française oblige une mixité en entreprise	IDE 1 : « Je pense qu’il y a des gens qui passent mieux avec des personnes que d’autres, qu’ils soient hommes ou femmes » (L. 21) ; « Tu sais que nous les hommes quand on a quelque chose à dire on se le dit et c’est oublié. Une femme ne te le dira jamais et ça ne sera jamais oublié, et le temps que tu découvres ce qu’elle a à te dire tu seras déjà dehors » (L. 54) IDE 2 : « ça dépend vraiment de la personne avant d’être de son genre, de son sexe » (L.27) IDE 3 : « En équipe je trouve ça ultra bénéfique d’avoir des équipes mixtes » (L. 70) ; « entre mecs il y a toujours une bonne ambiance, on ne se prend pas la tête pour des conneries, on ne se crêpe pas le chignon » (L. 74) IDE 4 : « on me dit souvent que lorsqu’il y a un homme dans l’équipe cela apaise les tensions, je ne l’ai pas vu » (L. 24)

Privilèges et handicaps	Au sein de l'équipe, certains professionnels sont-ils privilégiés au quotidien en raison de leur sexe ?	La loi encadre les écarts de salaires et les discriminations à l'embauche. Selon le questionnaire, environ 60% des IDE n'observent aucune différence de relations pour les professionnels du sexe opposé.	IDE 1 : « A l'embauche j'ai eu 2 ou 3 réflexions de gens qui m'ont dit « c'est bien vous êtes un homme ». » (L. 132) IDE 2 : « Je sentais que j'étais moins entendue, moins écoutée qu'un homme peut l'être » (L. 57) ; « Oui parfois c'est un peu handicapant entre guillemets de ne pas être un homme. D'être LA fille au milieu des hommes. » (L. 63) IDE 3 : « Le personnel féminin dit toujours que c'est plus facile de s'intégrer dans une équipe quand tu es un homme » (L. 121) ; « Après tu peux avoir des différents purement relationnels mais est-ce que le sexe à un rôle là-dedans ? » (L. 128) IDE 4 : « là où je travaille ils sont vraiment basés sur notre expérience et les valeurs que l'on représente et qui nous animent » (L. 33) ; « L'homme il dirige et la femme elle fait » (L. 54)
Expérience	Pouvez-vous me raconter une situation où vous avez été confronté aux stéréotypes durant votre formation ou durant votre exercice professionnel ?	Selon le questionnaire, presque la globalité des répondants se sont déjà vu refuser un soin et/ou ont dû remplacer un(e) collègue et/ou se sont retrouvés gêné dans un soin.	IDE 1 : « <u>Par contre</u> il y a un truc que tu vas adorer c'est « <i>merci docteur</i> » » (L. 124) IDE 2 : « Personnellement non, je me suis toujours senti bien » (L. 67) ; « des résidents parfois qui peuvent être durs envers les personnes noires » (L. 77) ; « on n'a à l'heure actuelle pas eu de refus de soins de la part d'un homme pour un infirmier. C'était plus pour aide-soignante, pour les toilettes intimes » (L. 85)
			IDE 3 : « Oui plusieurs fois, mais ça me fait doucement sourire tu vois quand j'y suis confronté. » (L. 153) ; « Si on m'a déjà dit que j'étais jeune et que j'étais idiot quoi mais après... Ça ne m'empêche pas de dormir le soir quoi. » (L. 167) ; « s'il y a une gêne au niveau de la pudeur et de la nudité, bah on trouve une solution tout simplement. » (L. 171) IDE 4 : « C'était plutôt à l'IFSI, il y a eu des trucs, généralement c'était en soins relationnels. La fameuse empathie, la fameuse douceur innée des femmes » (L. 58)
/	Avez-vous quelque chose à rajouter ?	/	IDE 1 : Caduque car hors enregistrement IDE 2 : / IDE 3 : « les stéréotypes qu'ils soient sur l'origine du personnel soignant, sur sa religion n'ont pas de place à l'hôpital public » (L. 232) ; « Cela vaut aussi bien pour les soignants que pour les patients » (L. 234) IDE 4 : « Je pense qu'il est important que dans les IFSI et de manière générale il y ait un gros travail sur tout ce qui est stéréotypes, les qualités que l'on accorde à chacun en raison de son genre » (L. 70)
Imprévu			IDE 1 : « Parce que ça se voit très rapidement, je veux dire par le gestuel... Mais tant mieux il faut
			qu'on en embauche beaucoup des gens comme ça, j'en suis persuadé. » (L. 74) IDE 2 : « les familles qui sont de moins en moins respectueuses, qui remettent beaucoup en question toute notre prise en charge et qui devient vraiment une relation mercantile. » (L. 105) IDE 3 : / IDE 4 : /

Annexe VII – Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Tom BARBE

Promotion : 2018/2021

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

Infirmière au masculin

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le ... 21/05/2021 Signature :

Infirmière au masculin

Dans le milieu du soin, les questions de l'intimité et de la subjectivité sont prédominantes, il est parfois complexe d'exercer hors des stéréotypes ancrés dans la société. L'objectif de ce travail de fin d'étude est de comprendre comment se sont installés ces stéréotypes et comment arriver à se positionner en tant que soignant homme, à compétences et chances égales dans la profession. Ainsi, en partant de constats de la vie quotidienne nous répondrons ensemble à la question de départ suivante : « *Quel impact ont les stéréotypes sur l'exercice professionnel soignant dans la prise en soins des patients ?* ». Afin de répondre à cette question de départ, différentes lectures d'ouvrages et d'articles seront nécessaires, ils s'articuleront autour de 3 grands axes : les stéréotypes dans leur histoire, leur construction et leur appropriation par la société ; l'exercice infirmier qui a fortement évolué depuis les prémices de la profession et enfin la prise en soins qui n'est pas toujours aisée. Ce cadre de référence aidera à la rédaction d'un questionnaire et d'un guide d'entretiens semi-directif. De nombreux professionnels ont participé au questionnaire donnant ainsi des résultats variés paraissant comme représentatifs de la profession en France. Les entretiens seront menés auprès de deux infirmiers hommes et deux infirmières femmes qui, grâce à leurs expériences, amèneront différents points de vue sur la question de départ. Enfin, ce travail montre le ressenti de professionnels diplômés et l'impact qu'ont ces stéréotypes sur leur propre exercice, ainsi cela me conduira à la rédaction d'une question de recherche qui débouche sur la conclusion de ce mémoire.

Soins – Genre – Stéréotypes – Positionnement professionnel – Homme

Nurse in masculine

Into health's jobs, notions of intimate and subjectivity are predominant, it is sometimes difficult to work with stereotypes which are anchor in the society. The goal of this end of course assignment is to understand how these stereotypes settled in and how to position ourselves as a man nurse, with equal abilities and chances into the profession. Thereby, by taking daily findings we will answer together to the initial question: "*Which impact do the stereotypes have on the caregiver's professional exercise into the patient management ?*". In order to answer this question, different books and articles' reading will be necessary, they'll be articulated around 3 axes : stereotypes in their history, their structure and their appropriation by society, the caregiver's professional exercise which has highly evolved since job's first steps and then the patient management which is not always easy. This framework will help to redact a questionnaire and a semi-structured interview guide. Many professionals did participate to questionnaire giving various results representatives from the profession in France. Interviews will take place over two nurses men and two nurses women who, thanks to their experiences, will bring different point of view to the initial question. Finally, this work shows the graduates' feeling and the stereotypes' impact on their own exercise, then this will lead me to the research issue which unblock the conclusion of this dissertation.

Nursing – Gender – Stereotypes – Professional positioning - Man