



Groupement d'Intérêt Public
des Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P.

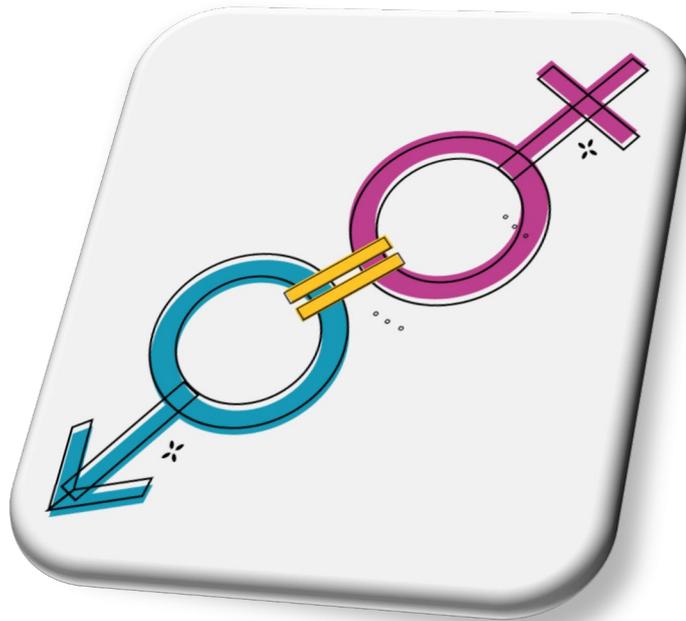
G.I.P.E.S d'Avignon et du
Pays du Vaucluse



Kevin MORAND

Promotion 2020-2023

Genre et soins infirmiers : une influence majeure



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 30 mai 2023

Sous la direction de Marie DELAHAIE

Note aux lecteurs et lectrices :

« 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 son auteur ».

Remerciements :

Tout d'abords, je tiens à remercier Mme DELAHAIE Marie, cadre formatrice à l'institut de formation en soins infirmier d'Avignon, de m'avoir choisi, soutenu et accompagné tout au long de ce travail de fin d'étude. Je la remercie pour son écoute, ses conseils et ses encouragements qui m'ont permis de vous présenter ce résultat. Je remercie également M. BONIFAZZI Flavien pour son accompagnement et son soutien durant ces trois années.

Merci également aux professionnels de santé qui ont pris du temps pour me rencontrer et répondre à mes questions sans lesquels je n'aurais pu avoir autant d'éléments.

Merci à l'ensemble des formateurs de l'IFSI d'Avignon pour avoir su transmettre leurs savoirs et pour leurs soutiens durant ses trois années.

Merci à l'ensemble de la promotion 2020-2023 mais plus particulièrement mon groupe de travaux dirigés ainsi que mon groupe pédagogique.

Et enfin, je tiens à remercier ma compagne et mes parents de m'avoir soutenu, accompagné et aidé pendant ses trois années de formation.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Situation d'appel	1
2.1 Description de la situation	1
2.2 Questionnement	3
3. Question de départ	5
4. Cadre de référence	6
4.1 La relation soignant/soigné	6
4.1.1 Définitions	6
4.1.2 Construction de la relation soignant/soigné	7
4.2 L'intégration dans une équipe soignante	10
4.2.1 Définitions	10
4.2.2 La cohésion d'équipe	11
4.2.3 L'intégration d'un nouveau soignant	12
4.3 Les représentations sociales	13
4.3.1 Du terme représentation aux représentations sociales	13
4.3.2 La représentation du genre	15
4.4 Synthèse du cadre de référence	17
5. Enquête exploratoire	18
5.1 Outil utilisé	18
5.2 Population choisie	18
5.3 Lieu d'investigation	19
5.4 Guide de l'outil	19
5.5 Grille d'analyse	19
5.6 Analyse	19
5.6.1 Entretien par entretien	19
5.6.2 Question par question	28
5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire	34
5.8 Limites de l'enquête	34
6. Problématique	35
7. Question de recherche et/ou hypothèse de recherche	36
8. Conclusion	36
9. Bibliographie	38
10. Table des annexes	41

1. Introduction

Aujourd'hui, la profession infirmière est constituée majoritairement de professionnel de sexe féminin. En effet, on compte, « *en 2021, 637 644 infirmières et infirmiers exerçant en France* » et on peut constater que « *86, 6% des infirmiers(ères) sont des femmes (552 109) et 13,4% infirmiers(ères) sont des hommes (85 535)* » (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2021). Issu d'une reconversion professionnelle, ancien diététicien et électricien, je me suis déjà heurté à cette disparité des sexes. En effet, les métiers du paramédicale sont majoritairement composés de personnel féminin et les métiers du bâtiment et des travaux publics (BTP) sont majoritairement composés de personnel masculin.

Cette différence de nombre m'interpelle et me pose plusieurs questions surtout celle de la place de l'infirmier homme dans les soins. Lors de mes stages, j'ai pu constater que les infirmiers et étudiants infirmiers n'étaient pas considéré de la même manière que les infirmières et étudiantes infirmières du côté du patient mais aussi de l'équipe soignante. En effet, ma situation d'appel m'a questionné sur la perception plus importante de mon genre que celle de mon statut d'étudiant infirmier. Je me suis donc penché sur le sujet et effectué mon travail de fin d'étude autour de ce sujet-là.

Dans un premier temps, je vais vous décrire la situation issue de mon parcours de stage qui a fait naître ma thématique et en ressortir ma question de départ. Dans un second temps, j'exposerai le cadre de référence concernant les représentations sociales, la relation soignant/soigné et l'intégration dans une équipe soignante afin de s'approprier ces notions pour favoriser la compréhension et cerner le sujet. Puis, pour confronter ma problématique avec le terrain, j'ai réalisé une enquête exploratoire en interviewant six professionnels de genre différents et de services différents. Je vous expliquerai la méthode choisie et vous présenterai les résultats de celle-ci. Pour conclure ce travail de fin d'étude, j'ai élaboré une problématique qui m'a mené à une question de recherche.

2. Situation d'appel

2.1 Description de la situation

J'ai effectué un stage lors de ma deuxième année de formation en soins infirmiers dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD), cette structure

accueil des personnes âgées dépendantes ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante et d'un suivi médical régulier. Dans cette EHPAD, vivent 80 résidents âgés de 60 à 100 ans.

Mon stage a duré 5 semaines et s'est déroulé de la façon suivante : la première semaine était coupée en deux, première partie sur 2 jours où je devais tourner avec les Aides-Soignantes (AS) ensuite la fin de la semaine, je devais la passer avec les Infirmières Diplômées d'État (IDE) durant laquelle je devais prendre en charge 2 résidents dans leur globalité et 8 autres pour les soins infirmiers. À partir de là, mes journées étaient rythmées de la même façon, j'arrivais le matin à 7h30 dans l'infirmerie, je prenais le chariot pour effectuer les glycémies capillaires ainsi que les injections d'insuline des résidents diabétiques. Ensuite, vers 8h, je récupérais le chariot des médicaments et faisais la distribution des médicaments. À 9h30, à la fin du tour des médicaments, je commençais les toilettes que j'avais en charge : Madame Raymonde et Madame Ginette. Mes toilettes finies, j'allais faire les soins de mes résidents dont j'avais la charge et aider l'infirmière pour la suite. À 12h, il y avait la distribution des médicaments et du contrôle de la glycémie ainsi qu'à 18h lors des repas.

Lors de ma première toilette effectuée auprès de Madame Raymonde, je m'aperçois que c'est une femme très gentille mais avec beaucoup de chagrin en elle. La résidente avait 81 ans, était autonome mais avait besoin de seulement une aide à la toilette au lavabo afin de lui faire les jambes et le dos. Cette personne souffrait beaucoup de solitude et demandait beaucoup à avoir de l'attention. En effet, Madame Raymonde ne recevait pas de visite de sa famille car celle-ci était originaire du Nord de la France. Elle me parlait de son fils et de son petit-fils dont l'âge était proche du mien. Je pris donc soin d'elle et pris énormément de temps pour qu'elle soit satisfaite. Les jours passèrent et je me posais beaucoup de questions sur l'allongement du temps passé à faire la toilette de Madame Raymonde, ce qui était une aide à la toilette qui me prenait au départ 30-40 minutes, au bout de 4-5 jours me prenait plus d'une heure.

Madame Raymonde, lors de la première rencontre, me fit beaucoup de compliments et comprit rapidement qu'on allait faire la toilette. Elle coopérait facilement et rapidement tout en discutant. Avec le temps, elle me demandait beaucoup plus de l'aider en me disant : « *je n'y arriverai pas toute seule à aller dans la salle de bain* », « *je n'y arriverai pas* », « *restez avec moi* », « *accompagnez-moi* », « *ce soir est ce vous qui me coucherez ? Parce que sinon personne ne s'occupera de moi* ». Elle pleurait beaucoup afin que je la console et simulait des petits

malaises afin de me tomber dans les bras. Elle cherchait beaucoup le contact et essayait de m'accaparer.

Lors de mon 6^{ème} jour de stage, j'ai compris qu'il fallait que je fasse quelque chose et que j'en parle à l'équipe soignante ainsi qu'avec la cadre de santé. En effet, la veille au soir je m'occupais d'accompagner une résidente jusqu'à l'ascenseur en lui donnant la main afin de lui faciliter la marche. Je passe devant Madame Raymonde et celle-ci me voit donner la main à une autre résidente. Madame Raymonde essaie tout d'un coup de nouer contact avec moi et essaye de me prendre la main également, cette tentative échoua. Arrivé à l'ascenseur, une aide-soignante reste dans l'ascenseur pour accompagner les résidents, Madame Raymonde monte dans celui-ci et me voit partir. Elle simule un malaise, l'aide-soignante m'appelle donc à l'aide j'accours afin de l'aider. Je vois Madame Raymonde tituber et me tomber dans les bras. Je monte donc avec elles dans l'ascenseur, une fois sortis de celui-ci, Madame Raymonde reprend ses esprits et commence à marcher à mes côtés afin que je l'accompagne jusque dans sa chambre. À ce moment-là, je comprends que l'attitude de Madame Raymonde est une simulation qui a pour but d'attirer mon attention. Je lui dis donc : *« j'ai compris que vous faite exprès pour que je reste avec vous, mais vous savez, vous n'êtes pas la seule à vivre ici, il faut également que je m'occupe des autres résidents. »*. Madame Raymonde, tout d'un coup, ne se sentait plus mal.

Après cet épisode, j'en ai parlé à l'équipe soignante et la décision fut que je devais mettre des distances avec cette résidente et donc changer de résident pour la toilette.

2.2 Questionnement

J'ai cherché à comprendre ce qui, dans cette situation m'interpellait. En effet, étant étudiant en soin infirmier (ESI), le temps passé avec le patient est parfois plus long que lorsque l'on est IDE ou AS. L'étudiant a plus de temps et peut donc prendre le temps de rester avec les patients. Dans la situation, Madame Raymonde a peut-être ressenti cette accessibilité plus importante chez moi et a peut-être eu l'impression que je m'occupais plus d'elle que les autres personnels soignants. Nous pouvons nous interroger sur cette temporalité : joue-t-elle un rôle important dans la relation de soin lorsque l'on a un statut d'étudiant ? Et dans le développement d'un lien affectif ou émotionnel chez le patient et/ou l'étudiant ? Peut-être que si j'avais été IDE, j'aurais vu le temps de prise en soins augmenter ce qui m'aurait alerté.

Au moment de la prise de conscience de l'allongement du temps de prise en charge de Raymonde, le fait d'inclure une autre personne dans la prise en charge (AS ou IDE) n'aurait peut-être pas mené à un attachement important de la patiente envers moi étudiant futur soignant. D'être en interaction avec deux soignants au lieu d'un seul permet de répartir son attention entre deux personnes, l'autre soignant peut réguler s'il voit trop de débordement affectif d'un côté ou de l'autre. Comment la triangulation dans le soin permettrait de réguler et d'adapter la bonne distance entre le soignant et le soigné ? Inclure un autre soignant dans la prise en charge veut dire utiliser un soignant de plus lors d'un soin qui demande qu'une seule personne. De nos jours, la pénurie de soignants est très alarmante et donc la charge de travail dans les services est très importante et intensive. La triangulation dans le soin est-elle toujours faisable ? La prise en charge des patients n'est-elle pas dégradée par celle-ci ?

Dans ma situation, Madame Raymonde se sent seule et a toute sa famille loin d'elle. Elle n'a aucun contact avec eux et est donc isolée socialement de sa famille. Elle a un petit fils qui a pratiquement mon âge, elle me l'a d'ailleurs précisé. On peut donc sûrement parler de « *transfert* » qui est selon Freud « *un phénomène universel de l'esprit humain, il décide du succès de toute influence médicale et en fait domine l'ensemble des relations d'une personne à son entourage humain* » (Collot, 2011, pp. 119-120), c'est-à-dire un processus au cours duquel des sentiments ou des désirs inconscients envers les premiers objets investis dans l'histoire d'un sujet se trouvent reportés sur une autre personne. En effet, Madame Raymonde a sûrement fait un transfert avec son petit fils et moi-même. Cela peut être bénéfique pour la création d'une alliance thérapeutique comme néfaste si le transfert persiste et s'ajoute des « *émotions libidinales* » (Collot, 2011, p. 121). De mon côté, je me demande si je n'ai pas fait un contre transfert dû à l'âge de Madame Raymonde qui se rapproche de celui de ma grand-mère ainsi qu'à sa manière d'être. Nous pouvons donc se demander si toute relation de soin engendre un transfert et/ou contre transfert ?

La relation soignant/soigné est bénéfique et doit apporter du positif au soigné mais aussi au soignant. Cela reste un échange, une interaction entre deux individus. Mais, dans ma situation, nous pouvons relever que la résidente se met en danger en simulant des malaises, bien sûr toujours à côté d'un soignant, et présente une perte d'autonomie due aux demandes excessives d'aide et de sollicitation. De plus, cette résidente me demandait, jour après jour une charge de travail de plus en plus importante et une gestion de ses actes et comportements très compliqué. Je me suis donc questionné sur le pourquoi du comment la relation que j'ai eu avec Madame

Raymonde a pu devenir néfaste pour elle mais aussi pour moi alors que la relation soignant/soigné devrait être bénéfique. Est-ce la posture, que j'ai eu avec, qui n'était pas adaptée ou bien la distance était-elle juste ? En effet, la posture joue un rôle important dans la relation de soin. Lorsque nous sommes étudiants, il est difficile de trouver la bonne posture aux yeux des résidents car nous sommes simplement étudiant et non soignant. Nous sommes vus à la fois comme un « *proche* » mais aussi comme un soignant. Il faut arriver à repositionner le cadre et s'affirmer en tant que soignant auprès des patients.

Mais en repositionnant le cadre et s'affirmant en tant que soignant peut nuire à la relation de soin créé au préalable et frustrer la patiente. Il y aura frustration quand la patiente est trop impliquée dans la relation. Donc nous pouvons nous demander où sont les limites de la relation soignant/soigné pour qu'il n'y ait pas de frustration et donc briser une alliance thérapeutique. Comment réagir face à une patiente tant impliquée dans la relation ?

Nous pouvons voir également que la situation se passe dans un lieu de vie, c'est-à-dire un EHPAD. Dans les lieux de vie, nous appelons les personnes y séjournant « *les résidents* » et non les patients car ces personnes-là vivent dans l'établissement et n'y sont pas pour une durée déterminée ou une courte durée. Madame Raymonde vit donc dans cet établissement donc cela favorise la création d'un lien avec les personnes y travaillant et y résidant. Nous pouvons donc se demander si la situation se serait passée si l'on avait été dans un service de court séjour.

Étant de sexe masculin, j'ai pu remarquer, lors de passage dans tous lieux de stage confondus, que mon genre ne passait pas inaperçu. J'étais soit pris pour un médecin soit élogié par les patientes. Le rapport avec l'équipe soignante se faisait plus naturellement que mes camarades étudiantes. J'en suis venu à me poser la question si le genre humain, homme/femme, n'influait pas la relation de soin avec le soigné mais aussi avec l'équipe soignante.

3. Question de départ

Pour ce travail, la question de départ sera :

« En quoi la représentation du genre du soignant influence la relation soignant/soigné et l'intégration dans l'équipe soignante ? »

4. Cadre de référence

4.1 La relation soignant/soigné

4.1.1 Définitions

La relation se définit comme « *un ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* » (Edition Larousse, s.d.) « *une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit. Ce sont des modalités pratiques, concrètes par lesquelles deux ou plusieurs personnes communiquent ou se fréquentent* » (Collectif, 2004, p. 2175). Elle est définie par Manoukian comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian, 2014, p. 5). C'est donc le lien que l'on a avec une ou plusieurs personnes dans un contexte particulier, influencé par l'expérience de chacun. « *Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens.* » (Manoukian, 2014, p. 5). Pour créer une relation, Manoukian explique qu'il y a des facteurs qui interviennent : les facteurs psychologiques (valeurs personnelles, représentations, préjugés, émotions, désirs etc.), les facteurs sociaux (appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture) et les facteurs physiques (perception propre à chacun, l'aspect physique, etc.).

Le soignant est défini comme une « *personne qualifiée qui effectue des interventions de prévention, de traitement ou de réadaptation auprès d'une personne soignée, d'une population (santé publique) dans le champ éducatif et des moyens qui lui sont octroyés.* » (Paillard, 2013, pp. 259-260). C'est donc un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins.

Le soigné est, selon le dictionnaire humaniste, un « *personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même. Envahie d'émotions, de facteurs stressants, la personne soignée perçoit des difficultés plus ou moins surmontable.* » (Paillard, 2013, pp. 200-201).

La relation soignant/soigné, selon le dictionnaire humaniste, est « *une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre*

d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience. Cette relation nécessite trois attitudes : Un engagement personnel de l'infirmier (...), Une objectivité (...), Un minimum de disponibilité. La relation soignante a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie. » (Paillard, 2013, p. 228).

D'après les définitions vues précédemment, la relation soignant/soigné est une relation mais n'est pas une relation comme les autres. Le soignant doit faire preuve d'empathie selon Carl Roger « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » » (cité par Simon, 2009, p. 29), de non jugement de valeur et doit faire abstraction de toutes ses représentations au regard du soigné pour pouvoir réaliser une bonne relation. Cela reste un travail difficile pour le soignant qui n'est toujours pas bien effectué car la base d'une relation comme Manoukian le dit se construit à partir de plusieurs facteurs cités précédemment dont les représentations faisant parti des facteurs psychologiques et de la culture faisant parti des facteurs sociaux. Ces facteurs doivent être bien que mal inhibé par le soignant mais ne le sont pas par le soigné. Pour gommer les représentations et les codes culturels du soigné bloquant la bonne mise en place d'une relation soignant/soigné, le soignant doit établir une relation de confiance et trouver une juste distance.

4.1.2 Construction de la relation soignant/soigné

Margot Phaneuf identifie différents types de relations que l'on a avec un patient lors de son séjour afin de créer un lien avec lui, « la relation que vous créez avec le client sont très importante, puisqu'elle se prolonge tout au long de l'épisode de soins » (Phaneuf, 2016, p. 127). Ce sont des relations évolutives les unes avec les autres et aboutissent à une relation de confiance. En effet, nous commençons par une « relation de civilités aux bonnes pratiques » (Phaneuf, 2016, p. 128) qui n'est pas véritablement une « relation puisqu'il n'y a pas création de liens ou d'engagement émotif entre les interlocuteurs » (Phaneuf, 2016, p. 128). C'est seulement des rituels de politesse et des rapports de courtoisie essentielle afin de faciliter la relation, rendre les rapports plus agréables et commencer une communication qui veut susciter la confiance. Ensuite, nous avons « la relation consommatoire » qui est une relation qui est tournée vers le patient, « tout est dirigé vers lui : les buts de l'échange, son contenu et les

comportements que vous adoptez en réponse à ce qu'il dit, demande ou fait. [...] Cette relation vise essentiellement à favoriser son bien-être physique et psychologique. » (Phaneuf, 2016, p. 129). Puis vient « *la relation fonctionnelle* » (Phaneuf, 2016, p. 129) qui correspond aux interactions quotidiennes avec le patient et son entourage. Elle permet de recueillir et de transmettre des informations. C'est cette relation qui va mener à une relation de confiance grâce à l'engagement que va fournir le soignant dans celle-ci.

➤ La relation de confiance

Tout d'abord, la confiance se définit comme un « *sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose* » (Edition Larousse, s.d.). Cette définition me paraît trop simple et ne reflète pas le processus psychologique de la création de cette confiance. Il me semble plus correcte de définir la confiance ; du point de vue de Gildas Richard, comme « *l'attitude que l'on a à l'égard de ceux que l'on pense connaître suffisamment pour en prévoir le comportement futur, [...] en ce sens nous faisons confiance aux personnes qui nous sont bien connues.* » (cité par Thominet, 2013, p. 28). Donc on fait confiance à quelqu'un que l'on croit connaître en ayant l'espoir d'un bien fait futur. Il y a donc une notion d'incertitude du futur lorsque l'on fait confiance. Une autre définition de la confiance me paraît essentielle, selon Mayer RC, Davis JH et Schoorman FD, la confiance est la « *volonté délibérée d'être vulnérable aux actions d'une autre partie fondée sur l'espérance que celle-ci accomplira une action importante pour la partie qui accorde sa confiance, indépendamment de la capacité de cette dernière à surveiller ou contrôler l'autre partie* » (cité par Phaneuf & Hamon-Mekki, La relation pour instaurer la confiance dans les soins, 2013, p. 30). Cette définition est vraie quand l'on prend une personne hospitalisée qui confie au soignant sa maladie, ses inquiétudes. En effet, le patient a l'espoir que les soignants accompliront les soins nécessaires pour le guérir. Selon Tazdaït T., la confiance est « *un état psychologique se caractérisant par l'intention d'accepter la vulnérabilité sur la base de croyances optimistes sur l'intentions (ou le comportement) d'autrui* » (cité par Phaneuf & Hamon-Mekki, L'information nécessaire pour une relation de confiance, 2013, p. 32). L'un des éléments principaux de la confiance est « *la relation entre le soignant et le soigné* » (Phaneuf & Hamon-Mekki, 2013, p. 33). Cette confiance repose « *sur les raisons de la rencontre, le consentement du patient et l'authenticité de la relation. Elle est à la fois donnée par le patient et reçue par le professionnel.* » (Thominet, 2013, p. 29). En effet, la confiance est un échange et se mérite. « *Le client vous « donne » sa confiance, mais il s'attend en retour à un engagement véritable de votre part. C'est la contrepartie du don de sa*

confiance. » (Phaneuf, 2016, p. 133). Elle se crée lorsque le patient est certain qu'il peut s'en remettre au soignant pour la satisfaction de ses besoins courants et même en cas de complications de son état. « *Il faut distinguer la confiance relationnelle, reposant sur l'honnêteté du personnel, et la confiance rationnelle, reposant sur la compétence perçue.* » (Phanuel & Hamon-Mekki, 2013, p. 31). Cette relation de confiance est un lien très fragile et peut se briser pour une incompréhension, un malentendu, un manque de vigilance, dans des situations complexes. « *La confiance qui relève des sentiments et des émotions s'élabore, se maintient ou disparaît, selon les situations et les relations qui s'y produisent.* » (Phanuel & Hamon-Mekki, 2013, p. 31). Il faut faire en sorte de « *cultiver* » cette confiance afin de garder ce lien intact car une fois perdu elle est dure à récupérer. « *« Cultiver » la confiance par la relation nécessite de la part du personnel soignant d'être au plus près des attentes des patients, de faire preuves de grandes qualités d'adaptation à chacun, de lui transmettre des informations claires, précises et adaptées et d'adopter des attitudes et des comportements empathiques.* » (Phanuel & Hamon-Mekki, 2013, p. 31). La relation de confiance engage une certaine proximité à avoir avec le patient, « *La relation avec le client présente certains paradoxes : elle doit être chaleureuse tout en demeurant professionnelle, elle doit être d'une certaine proximité, mais sans tomber dans la familiarité.* » (Phaneuf, 2016, p. 127). En d'autres termes, les paradoxes cités par Margot Phaneuf induisent l'existence de la notion de juste distance dans la relation soignant/soigné. En effet, la proxémie est essentielle pour « *établir une relation de confiance authentique avec le patient, et ainsi favorisant la communication lors du soin, tout en intégrant la notion de juste distance* » (Michon, 2013, p. 33).

➤ La notion de juste distance

D'après le dictionnaire Larousse, la distance est un « *écart, différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités, etc.* » (Edition Larousse, s.d.). Cette définition me paraît trop simple et sous-entend une distance physique alors qu'elle n'est pas simplement physique. Certes, elle est quantifiée par une grandeur donc une distance physique mais il existe aussi une distance psychique. La distance d'un point de vue psychique est la distance que l'on met avec un individu mentalement lorsque l'on rentre en relation avec celui-ci.

Ici, la notion de juste distance prend en compte la distance physique et psychique et se discute lors de situation de soin. D'après Pascal Prayez « *la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places* » (cité par Paillard, 2013, p.

171). En effet, en situation de soin, nous sommes constamment introduits dans une relation avec autrui (le patient), une certaine distance doit être maintenue avec celui-ci afin d'avoir une prise en charge optimale. J'entends par là que le soignant ne doit pas refouler ses émotions et sentiments car il sera « *trop loin* » (Narfin, 2012, p. 9) et sera néfaste à la relation, il ne doit pas non plus se laisser envahir par ceux-ci car au contraire il sera « *trop près* » (Narfin, 2012, p. 9). Le soignant est face à une alternative : « *soit il privilégie la pathologie et l'aspect médical du patient, auquel cas la question de la distance thérapeutique ne se pose pas, mais le soignant risque alors d'agir de façon « standard » et froide au détriment du patient qui pourrait se sentir réduit à un simple dossier ; soit il privilégie sa relation au patient au risque d'engager sa propre personnalité et de perdre sa crédibilité de professionnel.* » (Narfin, 2012, pp. 9-10). Nous pouvons constater que la juste distance est basée sur les émotions et les sentiments ressenties par le soignant et non la proxémie de Edward T. Hall qui « *décrit les variations de distance existant dans les relations interpersonnelles* » (Michon, 2013, p. 32). Pour trouver la juste distance, il faut tout d'abord que le soignant accepte « *que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait alors preuve « d'intelligence émotionnelle » en reconnaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant.* » (Michon, 2013, p. 33). Donc adopter une juste distance est « *être responsable de ses actes et de ses paroles, agir avec notre conscience professionnelle et développer l'art du compromis et de la bienveillance.* » (Michon, 2013, p. 34).

4.2 L'intégration dans une équipe soignante

4.2.1 Définitions

Tout d'abord, nous allons définir ce qu'est une équipe soignante. Selon Mucchielli R., une équipe soignante est une « *mise en commun interdisciplinaire de travaux, d'actions professionnel-le-s afin de réussir ensemble aux objectifs communs (institutionnels, protocolaires ...), centrés vers la personne soignée. L'équipe soignante est constituée généralement de médecin, d'aide-soignant, d'infirmier et peut intégrer le kinésithérapeute, l'orthophoniste, le psychologue, le diététicien...* » (cité par Paillard, 2013, p. 56). On peut donc dire que l'équipe soignante est une équipe pluridisciplinaire. Pour Manoukian, « *la pluridisciplinarité indique une cohabitation de plusieurs professionnels rassemblés autour d'un même sujet, le malade, avec un objectif global identique : son mieux-être, voir sa guérison* » (Manoukian, 2014, pp. 19-20). Ce qui dit plusieurs acteurs, disciplines dit qu'il faut une collaboration entre ces acteurs afin de réaliser la meilleure performance ici ce sera la meilleure

prise en charge du patient. Selon Kerouac S., Pepin J. et Ducharme F « *la collaboration suppose le partage de valeurs et d'actions orientées vers le même but. Le centre d'intérêt de la discipline (infirmière) et les processus inhérents au Design du soin invitent l'infirmière, dans un esprit de partenariat, à faire preuve d'une collaboration avec les personnes, les familles, les communautés et les populations, de même qu'avec l'équipes des soins infirmiers et les équipes interprofessionnelles.* » (cité par Paillard, 2013, p. 55). Les relations avec les patients ne sont donc pas les seules importantes dans cette profession, les relations entre les professionnelles sont de la même importance car « *la communication est l'outil de la cohésion de l'équipe* » (Manoukian, 2014, p. 20) et « *pour agir, le groupe a besoin de cohésion* » (Daydé, Derniaux, Favre, & Gautier, 2018, p. 5). « *Une équipe n'existe et ne se donne à son travail que dans la mesure où elle présente une certaine cohésion* » (Mucchielli, 2013, p. 41). Il est donc inévitable que dans toute équipe il y est une cohésion, seul son intensité diffère d'une équipe à l'autre.

4.2.2 La cohésion d'équipe

La cohésion d'équipe « *désigne essentiellement la force des liens qui unissent les membres d'un groupe. Il s'agit d'un processus dynamique reflétant la tendance des coéquipiers à rester ensemble et à demeurer unis dans la poursuite de leurs objectifs.* » (Rousseau & Aubé, 2020). Selon S. Schachter, « *la cohésion représente la totalité des forces qui poussent les membres à rester dans le groupe... ; elle augmente avec la valence du groupe pour ses membres* » (cité par Mucchielli, 2013, p. 41). La performance de l'équipe est bien plus grande lorsqu'il y a une bonne cohésion de celle-ci, en effet « *lorsque les membres sont en mesure de se soutenir et de bien communiquer entre eux, le groupe a plus de chances de connaître un niveau élevé de performance* » (Rousseau & Aubé, 2020). Cela correspond à la sympathie des membres de l'équipe les uns aux autres que Schachter induit dans un critère d'augmentation de la valeur attractive de l'équipe pour ses membres, « *la valence du groupe [...] a deux sources principales : l'attrait que présentent les activités du groupe et l'attrait des membres les uns pour les autres* » (Mucchielli, 2013, p. 42).

Cette cohésion est donc possible grâce « *au partage des valeurs communes, à un fonctionnement opératoire, à la connaissance et la reconnaissance d'un but commun* » (Daydé, Derniaux, Favre, & Gautier, 2018, p. 5). S'ajoute à cela des « *intérêts affectifs* » (Daydé, Derniaux, Favre, & Gautier, 2018, p. 5) pour chacun des membres du groupe. C'est-à-dire, le souhait de faire partie d'un groupe, effectuer des actions collectives procurent des sentiments de satisfaction et d'autres sentiments propres à chacun qui influence le désir de faire partie du

groupe et donc augmente également la cohésion du groupe. Selon Mucchielli, cela est plus complexe. En effet, pour qu'il y est une cohésion, il faut qu'il y ait une confiance envers les partenaires dans le but de coopérer ensemble, « *la confiance envers les partenaires est le premier ciment direct de la coopération voulue et entretenue* » (Mucchielli, 2013, p. 42). Pour créer cette confiance, il faut dans un premier temps connaître les personnes même juste les voir, « *le fait de connaître et même seulement de voir les partenaires est déjà en soi générateur de confiance* » (Mucchielli, 2013, p. 42). Il faut également avoir déjà travaillé ensemble afin de « *tirer profit du passé commun* » (Mucchielli, 2013, p. 43). De plus, la taille de l'équipe soignante influence sur la cohésion. En effet, « *plus le groupe est nombreux, moins les membres sont satisfaits, [...] plus il y a de chances pour que se forment des sous-groupes et des cliques, [...] plus les problèmes interpersonnels prennent d'importance* » (Mucchielli, 2013, p. 46). En outre, la communication est un point clef dans la cohésion de l'équipe. Effectivement, il n'y a « *pas d'équipe sans liberté des communications internes* » (Mucchielli, 2013, p. 53).

L'équipe, en générale, recherche « *l'homéostasie, l'abaissement des tensions, aime la routine, les habitudes, les modèles. Mais lorsqu'il se produit un changement, un désaccord, une remise en cause de l'habitus, alors le groupe et ses membres peuvent être déstabilisé* » (Daydé, Derniaux, Favre, & Gautier, 2018, p. 6). La venue d'un nouveau membre de l'équipe fait partie d'un changement pour l'équipe et peut être sujet de déstabilisation de l'équipe. Ici, se pose la question de l'intégration d'un nouveau membre de l'équipe.

4.2.3 L'intégration d'un nouveau soignant

L'intégration, selon le dictionnaire Le petit Robert, est une « *opération par laquelle un individu ou un groupe s'incorpore à une collectivité, à un milieu* » (Collectif, 2004, p. 1348). L'intégration « *vient du terme latin integrare, qui signifie rendre entier. L'intégration est donc un processus actif qui permet à une personne de se rapprocher d'un groupe en adoptant les conditions et les valeurs de ce même groupe* » (Dacheville & Peinturier, 2022, p. 24). On peut donc voir dans cette définition que l'intégration requière des actions du côté du nouveau soignant mais aussi du côté de l'équipe intégrant le professionnel. En effet, la structure d'accueil est composée d'individus aux personnalités différentes, de pathologies spécifiques, de patients spécifiques, de matériels spécifiques, d'une organisation de travail déjà établie et de modes relationnels établies entre les personnes et le nouveau soignant est composé d'une personnalité propre, d'une expérience antérieure et d'une habitude d'un certain mode de communication professionnelle et personnelles. Tous ces critères vont s'opposer lors de l'intégration du nouveau

soignant et donc « *l'arrivée d'un nouveau soignant dans un service pose problème de la confrontation de logiques et d'habitudes différentes* » (Brizon, 2002, p. 7). De plus, « *l'arrivant doit découvrir de nouvelles règles, de nouveaux lieux, d'autres modes de fonctionnement, de nouvelles personnalités* » (Brizon, 2002, p. 7) ce qui est une charge de travail intellectuelle important pour ce nouveau soignant qui faut prendre en compte lors de son intégration. C'est pour cela que « *l'équipe a un rôle à jouer dans la tolérance des premiers jours notamment sur le niveau d'exigences qui peut être demandé en début de prise de poste* » (Dacheville & Peinturier, 2022, p. 25). Cependant, le nouveau soignant doit savoir s'adapter à la nouvelle façon de travailler et à la nouvelle organisation qui lui est proposé afin de pouvoir être autonome le plus rapidement possible et mettre à profit ses compétences.

« *Cette intégration remet en cause les rôles et la place de occupés par les autres membres de l'équipe* » (Brizon, 2002, p. 8) car elle induit la réflexion sur leur manière de travailler, leurs savoirs, leurs connaissances des règles de l'organisation du fait de leur transmission au nouveau venu.

4.3 Les représentations sociales

4.3.1 Du terme représentation aux représentations sociales

Il me semble judicieux d'énoncer une définition du mot représentation avant de commencer tout travail à ce sujet. D'après le dictionnaire Larousse, représentation du latin « *repraesentatio* » est, d'un point de vue psychologique, une « *perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet.* » (Edition Larousse, s.d.). Donc une représentation est une image mentale singulière, propre à chaque individu et dépendante de l'histoire et du vécu du sujet. Le terme social quant à lui se définit comme « *ce qui se rapporte à une société, à une collectivité humaine considérée comme une entité propre* » (Edition Larousse, s.d.).

Mais avant de parler de représentation sociale, je voudrais introduire les représentations mentales qui sont le préambule des représentations sociales. Le terme mental se définit comme « *ce qui se passe exclusivement dans l'esprit, intérieurement, sans s'exprimer ou se manifester extérieurement. Relatif aux fonctions intellectuelles, au psychisme* » (Edition Larousse, s.d.). Les représentations mentales sont donc « *des entités de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système* » (Mannoni, 2016, p. 8). C'est-à-dire une image, une perception sans reproduction de l'objet, de la situation

construite par le sujet grâce à ses facultés cognitives dépendantes du substrat neurophysiologique. En effet, un individu est toujours en interaction avec un milieu et cette interaction et les caractéristiques du milieu aboutissent à la construction de telle ou telle représentation mentale. M. Mannoni l'explique bien « *Le cerveau humain est organisé pour traiter des informations absentes, qui ne correspondent à aucune perception, grâce à sa fonction anticipatoire. Celle-ci, [...], introduit à la représentation, chez l'homme notamment, les émotions liées aux aléas de la perception et les relations à autrui, toujours très fortement contextualisées, qui se traduisent au niveau verbal par le récit qu'en fait le sujet.* » (Mannoni, 2016, p. 10). Il ne peut donc pas avoir de représentation sans émotion, relation et parole. Puisque les émotions et les relations sont ce qui vont créer les représentations mentales chez le sujet et la parole va permettre au sujet de les verbaliser. M. Mannoni donne une définition claire de ce qu'est une représentation mentale : « [...] *les représentations mentales chez l'homme sont donc des images chargées émotionnellement, des reflets d'objets, des reproductions symboliques à contenu figuratif, que l'on se re-présente ou que l'on re-présente à d'autres intentionnellement dans la perspective d'une communication d'informations intellectuelles ou affectives qui ont valeur dans l'échange interhumain.* » (Mannoni, 2016, p. 12). On peut donc voir que cette définition des représentations mentales est presque similaire à la définition de représentation du Larousse sauf qu'il ajoute des mots importants singuliers à l'être humain tels que les émotions de manière intentionnelle, des informations intellectuelles ou affectives.

Une fois tous ces termes définis et expliqués, il ne reste plus qu'à éclairer le passage de la représentation mentale (plus ou moins formée et enfermée dans une conscience individuelle) à la représentation sociale (pièce d'une pensée collective partagée). Selon M. Mannoni, une représentation sociale est « [...] *une image mentale représentée qui, au cours de son évolution, aurait acquis une valeur socialisée (partagée par un grand nombre) et une fonction socialisante (participant à l'élaboration d'une interprétation du réel valide pour un groupe donné à un moment donné de son histoire).* » (Mannoni, 2016, p. 14). Il dit également que la valeur socialisée et la fonction socialisante de cette représentation sont acquise par l'échange entre les univers psychiques et sociaux à l'intérieur d'une même sphère culturelle de l'individu. Ainsi ces représentations mentales sont partagées avec une collectivité et deviennent sociales. C'est donc dû à la sphère culturelle que les représentations sont créées. D'après Mme Jodelet, les représentations sociales sont « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble*

social. » (Jodelet, 2012, p. 53). On peut donc voir, grâce à ces définitions, que les représentations sociales sont placées à la frontière du psychologique et du social, elles permettent aux personnes et aux groupes de maîtriser leur environnement et d'agir sur celui-ci. Jodelet et Mannoni sont en accords sur les cinq caractères fondamentaux de la représentation sociale. Elle est toujours représentation d'un objet. En effet, d'après les définitions vues ci-dessus, il n'y a pas de représentation sans objet. Elle a un caractère imageant c'est-à-dire qu'elle va permettre de comprendre des notions abstraites par l'image. Elle a un caractère symbolique et signifiant, elle permet donc de symboliser un objet afin de lui donner un sens. Elle a un caractère constructif car la représentation construit la réalité sociale. Enfin, elle a un caractère autonome et créatif car elle a une influence sur les comportements et les attitudes des individus.

4.3.2 La représentation du genre

➤ Définition et approche du concept

Tout d'abord, selon le dictionnaire Larousse, le genre est un « *concept qui renvoie à la dimension identitaire, historique, politique, sociale, culturelle et symbolique des identités sexuées* » (Edition Larousse, s.d.). Selon Quilliou-Rioual, « *du latin genus « origine, naissance ». Le genre est une catégorie d'analyse qui permet de décrire le masculin et le féminin comme constructions sociales. Employé au singulier, il désigne l'organisation sociale des rapports entre hommes et femmes, rapport social lui-même considéré comme une institution* » (Quilliou-Rioual, 2014, p. 5). Selon Mme Jacques, « *Le genre compose trois éléments du système social ; le contenu social arbitraire des différences entre les sexes ; le singulier (le genre, et non les genres) pour penser la partition ; une notion de niveau pour reconsidérer des rapports asymétriques masculin/féminin. Le genre définit les inégalités sociales homme/femme comme différence naturelle.* » (Jacques, 2013, p. 19) En effet, la relation entre les hommes et les femmes sont différentes selon les cultures et les sociétés « [...] *il s'agit d'une représentation intellectuelle qui appartient au registre de la culture* » (Saliou-Legeas, 2013, p. 23). 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. Comme au XXI^{ème} siècle « *l'homme est associé traditionnellement au dehors, la femme en dedans (dans l'espace domestique).* » (Jacques, 2013, p. 19). Mais, selon Quilliou-Rioual, « *être une femme en 1789 ne signifie pas la même chose que l'être aujourd'hui* »

(Quilliou-Rioual, 2014, p. 1). En effet, la femme d'aujourd'hui, dans notre culture française, n'est plus soumise à son mari et ne doit pas se contenter seulement d'entretenir la maison et d'élever ses enfants. Elle est plus indépendante, libre et ambitieuse. Quant à l'homme qui avait une représentation de macho, agressif et fort, de nos jours, il peut avoir le rôle d'élever ses enfants comme subvenir aux besoins de sa famille en travaillant. Il y a moins de clivage entre les représentations de l'homme et de la femme. Ils cohabitent dans des espaces sociaux sans gêne ni honte. Le rapport au genre opposé est devenu quelque chose de commun. Mais pour certaines cultures, sociétés mais aussi religions, la femme est toujours soumise à l'homme. La relation et la mixité entre un homme et une femme peuvent donc être mal perçues en fonction de la culture, société ou religion du sujet. Le choc de deux cultures différentes impacte la vie du sujet et il va accepter le rapport à l'autre en fonction du regard qu'il porte sur le genre.

Cette représentation du genre a donc une influence sur la pratique en soins infirmiers.

➤ Influence du genre sur la pratique en soin infirmier

Parmi les pratiques professionnelles, les soins relationnels sont touchés par l'influence du genre du soignant. En effet, « *Femmes et hommes aborderaient [...] différemment les patients. La relation spontanée des hommes serait plus franche, mais la relation professionnalisée, en termes de relation d'aide, relèverait d'une approche plus féminine.* » (Saliou-Legeas, 2013, p. 23). Les soins relationnels seraient donc mieux abordés par les femmes que par les hommes, du moins, les femmes mettraient plus de formes à leur propos afin d'apporter le meilleur au patient. Mme Saliou-Legeas parle de « *savoir-faire féminin* » concernant ces soins relationnels.

Les moments de crises et les soins d'urgences sont gérés plus facilement par les hommes. La représentation de l'homme a été vue précédemment et c'est pour cela que l'homme infirmier est plus souvent appelé à gérer ces moments de crise, pour son image « *autoritaire et sa force physique* » (Le Boeuf, 2020, p. 42). Cette représentation de l'homme « *peut être un piège, en obligeant les hommes à se situer dans la virilité* ». Pour les soins d'urgence ou « *soins dit aigus* », l'homme a une image de technicien, habille de ses mains, « *on sait que la culture technique est un des éléments constitutifs de l'identité masculine* » (Jacques, 2013, p. 20). En effet, l'homme est représenté comme l'individu qui doit nourrir sa famille par le travail et donc la technicité et l'habileté qui l'exige. De plus, « *les infirmiers s'orientent plus majoritairement dans les soins aigus (anesthésie, urgences, etc.)* » (Le Boeuf, 2020, p. 41).

Concernant les soins intimes, les infirmiers sont plus souvent confrontés à des refus de faire ce genre de soin chez des femmes soignées mais les infirmières n'échappent également pas au refus chez des hommes (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). Ces refus sont beaucoup plus vus dans le secteur libéral qu'en hôpital d'après Mme Salou-Legeas, « *ces désirs sont peu exprimés ouvertement de la part des personnes soignées à l'hôpital, alors qu'en secteur libéral, les patients les posent en condition.* ». Cependant, il n'y a pas seulement le soigné qui refuse d'être soigné par le genre opposé mais les soignants aussi des difficultés à soigner des patients de genre opposé et se rapprochant de leur âge quand cela implique l'intimité corporelle.

Les pratiques de gestion sont également marquées par le genre, notamment les pratiques d'encadrement. En effet, selon plusieurs étudiants interrogés sur ce sujet, qu'ils soient homme ou femme, « *s'accordent à dire qu'ils préfèrent être encadrés par des hommes plutôt que des femmes* » mais pour trouver du soutien lors de difficultés rencontrées ils se rapprocheraient plus des professionnelles féminines (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). De plus, les infirmiers seraient plus sollicités pour résoudre des problèmes concernant les outils informatiques du service, « *les outils informatiques susciteraient à priori plus d'engouement chez les hommes* » (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). Enfin, le genre influencerait sur la gestion d'une équipe, d'après Mme. Saliou-Legeas « *les hommes seraient plus à même de gérer les situations de conflit, disposant de plus d'humour et de capacités d'apaisement. La présence d'un ou de plusieurs hommes dans une équipe tempérerait les commérages et atténuerait la compétitivité entre soignants.* » (Saliou-Legeas, 2013, p. 24).

Les différences entre les genres que l'on a traitées concerne surtout des soignants débutant leurs exercices professionnels. Avec l'expérience, les différences s'atténuent car l'Homme est en constante évolution et s'adapte en rapport à ses erreurs. « *Les femmes soignantes oseraient emprunter les façons de faire des hommes. Elles s'en inspirent, elles les adoptent et s'équipent de nouvelles façons de faire qui leur paraissent plus opérationnelles ou aidantes. En parallèle, les hommes, une fois professionnels, assumeraient leur part plus sensible, ils s'autoriseraient davantage à exprimer leurs faiblesses, leurs peurs, leurs émotions par exemple. Ils révéleraient leur côté culturellement féminin* » (Saliou-Legeas, 2013, p. 25).

4.4 Synthèse du cadre de référence

Par ce cadre de référence, nous avons pu voir que la relation soignant/soigné se construisait par le biais de l'emboîtement de plusieurs relations afin d'aboutir à une relation de confiance. Celle-

ci n'est pas présente sans avoir une certaine proximité avec le patient et donc adopter une juste distance avec celui-ci. Le genre va donc influencer la construction de cette relation soignant/soigné et selon le sexe du soignant et du soigné, elle ne s'établit pas de la même manière. De plus, nous avons pu rappeler ce qu'est une équipe soignante et qu'il n'y avait pas d'équipe sans cohésion d'équipe. Cette cohésion est influencée par le genre des soignants. Enfin, l'intégration d'un nouveau membre dans l'équipe fait partie inerrante de la profession infirmière et celle-ci peut être influencé par le genre.

Le genre peut donc influencer sur les soins infirmiers et donc la relation soignant/soigné mais également dans l'équipe soignante et son intégration. Tous cela est dû aux représentations que l'on se fait de l'homme ou de la femme. Mais l'Homme est en constante évolution et donc la profession et les professionnelles aussi, ce qui explique le gommage de ces influences avec l'expérience.

5. Enquête exploratoire

5.1 Outil utilisé

Pour mon enquête exploratoire, j'ai effectué six entretiens centrés semi directifs : *« l'entretien semi-directif est donc une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie de partage de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire. »* (Imbert, 2010, p. 25), ce qui m'a permis donc de recueillir le vécu et les représentations de chaque professionnel interrogé. J'ai effectué des entretiens centrés semi-directifs pour permettre à mes interlocuteurs d'être libre de parole sans sortir de mon cadre de référence car j'avais au préalable élaboré un guide d'entretien qui m'a permis de garder un fil conducteur.

5.2 Population choisie

J'ai interrogé six professionnels de santé de sexe différents dans trois services différents. Un infirmier et une infirmière du même service afin d'avoir l'avis de deux professionnels travaillant ensemble, avec des points de vue différents dans le même service et donc des idées convergentes et/ou divergentes, ce qui m'a permis d'analyser les réponses en fonction du sexe de l'interviewé.

5.3 Lieu d'investigation

J'ai choisi trois lieux d'investigation où exercent professionnels homme et femme, comme un service de médecine, le service des urgences et l'exercice en libéral. Pour chacun des lieux, un professionnel homme et un professionnel femme ont été interrogés.

5.4 Guide de l'outil

Le guide d'entretien m'a permis d'avoir un fil rouge lors de mes entretiens. Lorsque l'interlocuteur a dérivé du sujet traité, grâce à ce guide, j'ai pu le remettre en direction du sujet en lui posant les questions de relance que j'avais préparé. Ce guide est constitué d'une question inaugurale qui est une question d'ouverture, ensuite l'entretien a été guidé par mes soins grâce à des questions d'ouvertures élaborées par thème en fonction de ma question de départ. Cela m'a permis de poser le moins de question possible afin d'avoir des réponses plus développées et intéressante. On peut voir, en annexe I, le guide que j'ai élaboré afin de mener cet entretien.

5.5 Grille d'analyse

Afin de réaliser mon analyse de mes entretiens, j'ai élaboré deux grilles pour faire une analyse croisée des données. Une grille d'analyse par entretien, c'est-à-dire, une grille constituée des questions que je poserai durant l'entretien avec les réponses associées qui me paraîtront pertinentes. Ensuite une deuxième grille qui est par question. Celle-ci se compose de la question posée et toutes les réponses de chaque professionnel interrogé afin d'avoir une analyse critique et comparative. On retrouvera ces grilles en annexe IV.

5.6 Analyse

5.6.1 Entretien par entretien

➤ Entretien IDE 1 : Christine

Le premier entretien s'est déroulé dans une salle de repos du cabinet libérale dont j'ai décidé d'interviewer les professionnels. Cette professionnelle est une femme d'une soixantaine d'année diplômée depuis 40 ans et qui a effectué 5 ans dans un service de neruo-rumatologie puis 5 ans dans un service de pneumologie. Elle a ensuite enchainé avec 30 ans de libérale où elle compte y finir sa carrière. Cette IDE était très stressée avant l'entretien et a été pris de cours car son collègue l'a informé seulement 10 minutes avant mon arrivé. Elle ne savait pas trop pourquoi je venais et quel type d'entretien cela allait être. Cet entretien fut difficile à mener dû

au stress des deux partis car, il était mon premier mais aussi dû aux réponses brèves et peu riches de l'IDE.

Ce que dira Christine vis-à-vis de la relation soignant/soigné c'est qu'elle s'établit grâce à l'empathie, le relationnel du soignant et à la connaissance du soigné. Elle définit l'empathie comme « *recevoir, mais avec une barrière et éviter que ça nous touche* » (L43). Elle évoque brièvement la relation de civilité définie par Phaneuf lorsqu'elle dit « *c'est se présenter* » (L29). Christine trouve qu'établir une relation de confiance est « *très facile* » (L32) car les patients sont dans une situation vulnérable et donc on a besoin des infirmiers. L'adaptation du soignant semble être, pour elle, la clef de la relation de confiance. Elle assimile également le fait d'être accepté par le patient comme une relation de confiance. Cette IDE trouve difficile d'avoir une juste distance avec ses patients étant donné que cela fait des années qu'elle s'occupe d'eux.

Concernant l'influence du genre du soignant sur la relation soignant/soigné, Christine estime que le relationnel n'est pas le même avec le sexe opposé : « *on n'a pas le même relationnel avec une femme et un homme* » (L57-58). De plus, elle introduit un critère de maturité ou de vieillesse car elle trouve qu'elle a plus de problème avec les hommes actuellement que quand elle avait 30 ans. Elle constate aussi qu'il y a eu une évolution depuis l'obtention de son diplôme par rapport à la représentation du genre car elle dit qu'avant si c'était un infirmier les patientes n'acceptent pas les soins alors que maintenant il n'y a plus de soucis.

En ce qui a trait de l'intégration dans une équipe soignante, Christine trouve que la cohésion d'équipe est un frein à cette intégration : « *c'est difficile parce qu'on on fait bloc [...] on est soudé* » (L76), elle se trouve méfiant du nouveau soignant tout en l'accueillant car elle ressent une peur de casser cette cohésion d'équipe. Elle pense également qu'il y a une part de responsabilité dans la bonne intégration dans une équipe des deux côtés, de l'équipe soignante mais aussi du nouveau membre : « *En milieu hospitalier. Bon, ça, c'était mal passé, mais je pense que cela venait de lui.* » (L92).

Christine ne trouve pas que le genre influence dans l'intégration dans une équipe et trouve un avantage à avoir des infirmiers et des infirmières dans la même équipe car elle estime que « *la mixité c'est positif* » (L107).

➤ Entretien IDE 2 : Nicolas

Le deuxième entretien s'est passé au même endroit que le premier, c'est-à-dire dans la salle de repos du cabinet libérale. Ce professionnel est un homme âgé d'une quarantaine d'année et est diplômé depuis 2006. Nicolas a toujours exercé au domicile des patients car il a effectué 2 ans et demi dans le service d'hospitalisation à domicile (HAD) puis est parti en libéral. Dans ses paroles, cependant, certains éléments ne reflétaient pas le sujet de l'interview, mais plutôt ressemblaient à une revue de carrière.

Concernant la relation soignant/soigné, Nicolas dit qu'elle s'établit dès la rencontre physique avec le patient en échangeant avec lui de sa pathologie et des soins que l'on va lui procurer. Il m'est donc en évidence qu'il y a une interaction entre deux personnes au minimum, lui-même et le patient dans le but d'engager un soin. Il dit également qu'une fois les soins lancés, la discussion qui était d'ordre professionnel se disperse vers le personnel. Pour établir une relation de confiance, Nicolas pense que l'adaptation est la compétence phare. Et là, il parle d'adaptation sur le discours qu'il aura selon le patient qui l'aura en face de lui. Pour cela, il essaie de voir les réactions des patients lorsqu'il lance un sujet afin de voir s'ils sont prêts à développer sur ce sujet-là : « *en fait, on s'adapte, hein, c'est de toute façon un métier d'adaptation* » (L24-25). Au niveau de la juste distance, Nicolas aborde brièvement la proxémie avec ses termes, « *au niveau du métrage* » (L40) et dit que pour lui cela lui semble compliqué dans ce métier. Son discours m'évoque qu'il y aurait une juste distance propre à chacun qui doit être malléable pour les soignants afin de s'adapter à la juste distance du patient, « *[...] y a certains patients qui ne veulent pas, qui ne comprennent pas, donc il faut être, entre guillemets, familier chez certains ou du moins de se sentir plutôt familier [...] et d'autres patients, on est très distant, on reste très cadré sur le soin et on ne va pas plus loin.* » (L43-46). Il exprime bien le fait que l'expérience permet justement de malléer cette juste distance.

Ce que dira Nicolas sur l'influence du genre sur la relation soignant/soigné est que pour lui il y en a une. Elle est surtout due au niveau de soins touchant la zone de l'intimité (pansement, injection, toilette...) et touchant plus les hommes soignants envers les patientes dû à certaines confessions où les hommes ne sont pas tolérés mais aussi aux représentations sociales. Malgré cela, il n'a pas rencontré de refus de soin, c'est plutôt de la gêne du patient. Il dit également que selon les représentations des patients homme, la femme (soignante) n'a pas forcément raison alors que l'homme a toujours raison, ce qui décrédibilise la femme soignante, « *les garçons ont toujours raison et les femmes pas forcément* » (L209).

Par rapport au point de l'intégration dans une équipe soignante, l'infirmier a surtout parlé de son vécu. Il dit que pour lui lorsqu'il a intégré son service il s'attendait à être présenté à tout le monde et que tout le monde se présente et que lorsqu'il faisait partie des « *ancien* » la formation des nouveaux arrivant permettait l'intégration.

Nicolas pense que l'intégration est influencée par le genre mais n'a pas donné d'explication à cette influence.

Il trouve, de son expérience, que le genre peut être un inconvénient si l'on est un homme pour être recruté dans le milieu libéral dû fait que l'on va chez les patients et qu'il y a beaucoup de toilettes. Car pour lui, s'il n'y avait pas une notion d'urgence, dans le cabinet où il exerce en ce moment, il n'aurait pas été pris du fait que ce soit un homme.

➤ Entretien IDE 3 : Pauline

Le troisième entretien s'est déroulé dans la salle de repos du service. L'IDE est une professionnelle âgée de 42 ans et diplômée depuis 2015. C'était une ancienne aide-soignante qui travaillait au Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Elle était au pool infirmier pendant 3 ans puis est rentrée dans le service des urgences et y est depuis 5 ans.

À propos de la relation soignant/soigné, Pauline dira, en service d'urgence, qu'elle s'établit dans un premier temps essentiellement par le dialogue mais aussi par le toucher. La réassurance du patient paraît être primordiale pour Pauline afin d'établir une bonne relation avec lui. Cette réassurance plus toutes les informations que l'on va lui donner sur la prise en charge que l'on va lui faire permet, selon Pauline, d'établir une relation de confiance. Car elle souligne bien qu'avec un patient méfiant, la relation et la prise en charge sera plus compliquée. Pour cette professionnelle, la juste distance est propre à chacun car elle dépend de l'affect que met le soignant dans la relation, « *la juste distance, c'est propre à chacun parce qu'on a tous un peu notre affect qui rentre dans la relation* » (L25-26) mais elle dit que la juste distance dépend aussi du soigné et de ce qu'il dégage qui crée une ambiance par son attitude, sa douleur, ses pathologies, son motif de venue, son humeur ou/et son âge, « *elle est propre à chacun, il y a des fois y a des gens où on sent tout de suite y a une barrière, y a une distance et y a comme un seuil à pas franchir et y a d'autres personnes où spontanément on va pouvoir entrer plus en contact et on y aura plus facilement le toucher.* » (L30-32). Elle exprime également le fait qu'il y a toujours une barrière physique entre le soignant et le soigné « *un bureau [...] la barrière* » (L28-29).

En ce qui à trait de l'influence du genre sur la relation soignant/soigné, Pauline pense que le genre influence la relation car elle a assisté à plusieurs situations qui le démontre. Elle dit que le soignant homme dérange les patients homme et femme sur le côté de la pudeur, de la nudité jusqu'à aller au refus de soin, « *il y a un rapport au corps et à l'intimité qui dérange quand le soignant est homme* » (L53-54). En effet, elle raconte que lors de soin intimes que ce soit un patient ou une patiente il y a une plus grande gêne qui s'installe entre le soignant et le soigné lorsqu'il s'agit d'un soignant homme, « *le soignant homme dérange certaines prises en charge dans le sens où il y a beaucoup de pudeur* » (L42-43), « *Plus femme parce qu'il y a cette pudeur de la nudité qui parfois dérange la femme* » (L51-52), « *le patient était gêné de se voir faire une toilette intime par un homme* » (L58-59). Pauline pense que la femme a un côté maternant qui rassurerait la personne soignée alors que l'homme aurait un côté rassurant par rapport à la force que la femme n'aurait pas et du coup aurait plus de poigne pour gérer les patients avec des troubles psychiatriques. Elle dit également que les représentations chez les patients par rapport au médecin et à l'infirmière sont souvent les mêmes, c'est-à-dire, que le médecin soit un homme et que l'infirmière soit une femme. Lorsque c'est l'inverse les patients sont souvent surpris et dérangé par cette situation.

Ce que dira Pauline sur l'intégration dans une équipe soignante c'est qu'il faut accepter l'autre comme il est et de faire avec la personne qu'il est, de le prendre dans sa globalité, « *On regarde bon son sexe, OK mais ce n'est pas la première chose qu'on regarde mais de son âge, de son passé, de son caractère, de sa façon d'intégrer les choses quand on apprend* » (L85-87). Elle dit également que d'avoir une bonne cohésion d'équipe peut faciliter l'intégration du nouveau soignant dans une équipe, « *dans une équipe solidaire, unis, ça sera plus facile d'intégrer quelqu'un* » (L92-93). De plus, l'infirmière exprime le fait que l'intégration est équipe dépendante et dépendant également de l'affinité qui peut se créer avec la nouvelle personne.

Concernant l'influence du genre dans l'intégration, Pauline pense que le genre n'influence pas l'intégration mais trouve que les hommes passent mieux que les femmes lorsqu'ils sont étudiants et ont moins de soucis. Car, d'après elle, les femmes entre elles sont « *des chipies* » (L107).

Pauline trouve qu'avoir un homme dans son équipe est un avantage pour certains soins surtout lorsqu'il y a de la violence présente chez des patients, l'équipe est contente et rassuré.

➤ Entretien IDE 4 : Anthony

Le quatrième entretien s'est déroulé dans une salle du service au calme. Anthony est un professionnel âgé de 42 ans et diplômé depuis 2013. Il a toujours travaillé dans un service d'urgence.

En ce qui concerne la relation soignant/soigné, Anthony dit qu'il l'établit par le biais du dialogue, en expliquant et en disant toutes les informations qu'il possède au patient. Il dit que son dialogue est adapté au patient sans utiliser trop de terme technique afin qu'il comprenne bien la situation. Il exprime succinctement une relation asymétrique entre le soignant et le soigné, « *on pourrait dire que le soignant a une primeur en étant au-dessus du soigné.* » (L21-22). De plus, il dit que la confiance permet d'établir une relation soignant/soigné et que la confiance vient lorsque le patient a compris pourquoi il était là et ce qui allait se passer. Pour Anthony la relation de confiance est une relation où il n'y a pas « *de freins, de gêne, de non-dits entre le patient* » (L15) et lui avec pour objectif de « *l'avoir à sa cause* » (L17) afin de « *faire une alliance thérapeutique permanente durant le soin* » (L17). Enfin, Anthony parle de la juste distance comme un concept variable selon les situations rencontrés, l'état psychique du soignant et l'âge et le sexe du soigné. Il conclut sur ce point en disant qu'il n'y a pas de juste distance pour lui et qu'elle dépend de ce que le soignant met dans la relation et ce que le patient perçoit.

Ce que dira Anthony sur l'influence du genre sur la relation soignant/soigné c'est qu'elle ne devrait pas exister mais étant donné que nous sommes des être humains et non des robots, il pense qu'il y a une influence. Dans un premier temps, il fait plus un focus par rapport à l'influence du genre du soigné sur le soignant en disant que selon le genre du soigné, le soignant ne va pas engager et établir la relation de la même façon, « *peut-être qu'on va être plus maternant ou maternel au sexe opposé* » (L38), « *ça peut l'influencer sur le principe de : est-ce que je vais être plus dans l'affect, est-ce que je vais être plus dans le pragmatique, est-ce que je vais être plus dans l'écoute, est-ce que je vais être plus directif, dans la façon dont on va aborder les choses.* » (L41-43). Il pense également que le patient n'aura pas les mêmes demandes ou souhaits selon le sexe du soignant en face de lui due à la génération ou la culture du patient. Il conclut par le fait que l'hôpital est un service public et que si lui en tant qu'homme est chargé d'un secteur et qu'il est le seul infirmier, le patient ou la patiente et lui n'auront pas le choix que de s'adapter à la situation malgré le malaise.

À propos de l'intégration dans une équipe soignante, Anthony dit que c'est « *personne-dépendante* » (et que le comportement et la posture du nouveau arrivant jouent sur son intégration. Il exprime le fait qu'il faut être dans la « *bienveillance, l'écoute et l'entraide* » (L58) afin de bien intégrer les nouveaux arrivants et que cela fait partie de nos compétences du diplôme d'état. Il parle de distance et de tension qui peuvent apparaître lorsque les soignants n'ont pas envie d'accompagner le nouveau arrivant. Il dit que l'intégration des étudiants infirmiers se passe de la même manière que les nouveaux soignant, que c'est les mêmes facteurs qui rentrent en compte. L'attitude et le comportement de la nouvelle personne et la bienveillance, l'envie et l'humilité du soignant permet une bonne intégration et donc d'arriver à travailler main dans la main. De plus, il souligne un facteur important qui dégrade l'intégration d'une nouvelle personnalité qui est le temps. En effet, il dit que « *la charge de travail est en perpétuelle augmentation* » (L80), ce qui donnerait moins de temps à la formation et donc à l'intégration des nouveaux soignants. Anthony exprime le fait que la cohésion d'équipe peut être un frein dans l'intégration du fait que lorsqu'un professionnel donne son avis positif ou négatif sur la nouvelle recrue, l'équipe suit cet avis sans faire son propre avis individuel. Anthony dit bien qu'il faut essayer de passer outre cela et prendre de la hauteur car la représentation d'une personne peut être différente pour une autre personne, « *Chacun doit avoir son propre avis, son propre jugement, parce qu'il peut y avoir des affinités qui ne passeront pas parce qu'ils ont un comportement, parce qu'ils ont une coupe de cheveux, parce qu'ils ont une dégaine, un tatouage, peu importe.* » (L92-95). Il parle aussi de la liberté d'expression dans un groupe afin de ne pas avoir de jugement sur nos pensées.

En ce qui à trait de l'influence du genre dans l'intégration d'un nouveau soignant, Anthony pense qu'elle existe et le justifie par le fait que l'homme rentre dans un milieu féminin et qu'une présence masculine dans un milieu féminin est toujours bien pris. Mais il dit que cela influence « *au départ* » (L107-108), « *les 15 premiers jours* » (L108-109) parce qu'après les compétences primes sur le genre. Il exprime le fait que d'autres facteurs peuvent entrer en compte sur l'influence sur l'intégration comme l'âge, le parcours de vie du nouveau soignant mais que le sexe rentre dans ses facteurs d'influence mais pour une durée limitée.

Anthony pense qu'être un homme est désavantageux pour certaines populations de patients par rapport à leur religieux, où les femmes ne peuvent pas être touché par un autre homme que leur mari, ou leur génération. Il conclut l'entretien en disant qu'avoir une mixité dans un équipe est une bonne chose dû à la mixité des tempéraments de chacun qui enrichie les façons de voir les

choses. De plus, il exprime le fait que les hommes sont plus posés et prennent moins des choses à cœur que les femmes auraient mal pris.

➤ Entretien IDE 5 : Brenda

Le cinquième entretien s'est passé dans la salle de soin du service de pneumologie. Les bruits des sonnettes ont donc parasité l'enregistrement mais la transcription de cet entretien n'a posé aucune difficulté. Brenda est une professionnelle âgée de 26 ans et diplômée en 2020. Elle a commencé par exercer dans le service de pédopsychiatrie mais c'est rendu compte au bout de 9 mois que ce service ne lui convenait pas donc elle s'est orientée vers un service de médecine, la pneumologie où elle exerce depuis 2 ans et demi.

Par rapport à la relation soignant/soigné, Brenda dit qu'elle est dans la communication et que c'est donc s'interroger sur le motif d'entrée du patient, ses besoins et sur la prise en charge qu'on va lui donner. Elle exprime le fait qu'il y a une relation de confiance que se crée avec le patient par la communication, par les réponses à ses questions, par la prise en compte de ses besoins et par la réassurance. De plus, Brenda dit que pour avoir une juste distance il ne faut pas « *rentrer dans la familiarité* » (L19-20) puis reprend le fait que « *chaque soignant [...] a sa notion de distance avec le patient* » (L23). Elle trouve également que d'avoir cette distance c'est compliqué avec certains patients dû à leur âge et leur vécu et que des liens peuvent se créer entre le patient et le soignant, plus ou moins fort. Elle conclut par le fait que cette juste distance dépend non pas seulement du soignant mais aussi du patient.

Ce que dira Brenda sur l'influence du genre dans la relation soignant/soigné c'est que lorsque le soignant est un homme, la patiente a plus tendance refuser les soins intimes dû à la pudicité de celle-ci alors que certains patients seront plus confiants d'avoir un homme dû à leur grande taille et leur force. Elle dit que les soignant homme sont beaucoup confondu avec les médecins par les patients et elle l'explique par le fait qu'il y est que des femmes dans son service et qu'un homme soignant ce n'est pas courant. Elle fait donc référence à des stéréotypes de la part des patients.

Concernant l'intégration dans une équipe soignante, Brenda explique qu'elle se passe par la présentation du nouveau soignant à l'équipe et la présentation de l'équipe au nouveau soignant puis l'explication du fonctionnement du service. Elle dit également qu'il faut le mettre en confiance et à l'aise pour qu'il y est une bonne intégration. De plus, elle exprime le fait que

selon la personne intégrant l'équipe, il va y avoir une distance obligatoire à mettre comme avec les étudiants infirmiers car ce sont des étudiants.

En ce qui a trait de l'influence du genre dans l'intégration dans un équipe, Brenda pense que le genre n'influence pas cette intégration mais dit quand même que « *ça fait plaisir quand on a des hommes* » (L68) pour les transferts dû à leurs « *gros bras* » (L69).

Brenda trouve qu'être un homme soignant comporte un inconvénient pour les soins intimes car il y a plus de refus de soin, elle m'a donné un exemple sur un jeune homme d'une vingtaine d'année qui ne voulait pas se faire faire la toilette par un soignant homme car il était gêné. Par contre, elle trouve plus d'avantages à être un homme soignant car « *les hommes sont beaucoup plus cool* » (L88) et « *ça fait un bras costaud en plus, il est moins prise de tête* » (L91). D'après Brenda, les hommes apaiseraient l'équipe soignante au niveau relationnel et la soulageraient au niveau physique.

➤ Entretien IDE 6 : Arnaud

Le dernier entretien s'est déroulé dans une pièce calme du service de pneumologie car certaines infirmières et aides-soignantes étaient en pause à ce moment-là. Arnaud est un professionnel âgé de 37 ans et diplômé en 2021. Il a effectué tous ses cursus dans la santé car il a fait un baccalauréat science médicosocial et a été ambulancier. Il a intégré le service de pneumologie durant la 2^{ème} ou 3^{ème} vague de la Covid.

Par rapport au point de la relation soignant/soigné, Arnaud dit qu'il l'établit, dans un premier temps, en utilisant la relation de civilité par le biais de « *mots d'usage* » (L9-10) et du sourire. Il dit que la plaisanterie, rebondir sur la parole positive des patients et répondre à leurs besoins permettent également d'établir une bonne relation soignant/soigné. Il exprime le fait que lorsqu'il reçoit un retour des patients tel que des remerciements, il sait que le lien, la relation est effectuée et que la relation de confiance s'établit. Arnaud dit qu'il existe une distance professionnelle à respecter mais qui n'empêche pas d'effectuer des soins individualisés pour chaque patient. On voit dans son discours que lorsque le patient dépasse la limite de distance que Arnaud s'est fixé inconsciemment celui-ci essaie de trouver des solutions afin qu'il n'y ait pas de malaise.

Concernant l'influence du genre dans la relation soignant/soigné, Arnaud pense que le genre influence la relation. Il dit que lorsque ses collègues féminines prennent en charge des patients,

il se peut qu'il y ait des mots déplacés ou des mauvaises réactions alors que quand c'est lui qui les prend en charge, il n'y a pas tout ça. Il justifie cette influence par le fait qu'il est un homme d'une quarantaine d'année avec les cheveux blancs et le masque, du coup les patients pensent souvent qu'il est le médecin. Il conclut par l'hypothèse que l'homme représenterait l'autorité.

En ce qui a trait de l'intégration dans une équipe soignante, Arnaud exprime le fait qu'« *il y a toujours un petit temps d'observation* » (L63) lorsqu'un nouveau membre intègre l'équipe. Et malgré cette intégration physique, il dit que le nouveau membre ne « *fait pas trop parti [...] de l'équipe pendant plusieurs semaine* » (L64). Il parle aussi que de faire partie de l'équipe intégralement ça vient avec le temps en faisant son travail et ça permet de donner confiance à l'équipe. C'est en donnant confiance à l'équipe que l'intégration se fait naturellement. De plus, il dit qu'il faut être conscient que lorsque tu intègres une nouvelle équipe, celle-ci est déjà en place et que toi tu viens perturber un peu cette harmonie par ta nouvelle personnalité. Donc il faut leur montrer que tout va bien et que tu es là pour travailler et pas chambouler l'équipe. Arnaud exprime bien le fait qu'il faut qu'il y ait des efforts fait des deux côtés, du côté de l'intégrant et du côté de l'équipe.

Au niveau de l'influence du genre dans l'intégration d'une équipe, Arnaud pense que le sexe influence cette intégration mais qu'il n'est pas déterminant. Il trouve qu'il y a d'autres facteurs aussi qu'il joue tels que l'âge, la maturité et l'expérience passé. Il exprime le fait que le genre influence dans le sens que l'homme, vu comme un être humain plus fort que la femme, va pouvoir être plus aidant physiquement. Il conclut par le fait qu'il ne pense pas que ce soit un facteur qui joue plus qu'un autre.

Arnaud trouve seulement un avantage au sexe du patient dans l'intégration dans un équipe et c'est d'être un homme afin de pouvoir aider physiquement l'équipe.

5.6.2 Question par question

➤ Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?

Pour cette première question, les six infirmiers sont unanimes sur un point, la relation soignant/soigné s'établie par le dialogue, la communication. Seulement Pauline nous parle qu'elle s'établit également par le touché, « *ça va être aussi par le toucher.* » (L12). Si on se réfère à la définition du dictionnaire humaniste : « *une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur*

d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience. Cette relation nécessite trois attitudes : Un engagement personnel de l'infirmier (...), Une objectivité (...), Un minimum de disponibilité. La relation soignante a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie. », on peut observer que les six infirmiers sont dans le juste concernant cette relation mais qu'il manque des éléments importants, ceux de la communication non verbale évoqué brièvement par seulement une infirmière, Pauline. Le terme d'empathie est abordé par une seule soignante, Christine et en donne une définition, « *le terme d'empathie, c'est recevoir, mais avec une barrière et éviter que ça nous touche.* » (L43). Cette définition se rapproche très peu de celle donnée par Carl Rogers, « *être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* » mais a quelques similitudes. De plus, tous les soignants cherchent à élaborer une relation de confiance avec le soigné afin de faciliter la relation soignant/soigné. Ils essaient tous de l'élaborer grâce à la réassurance, à la communication de toutes les informations nécessaires aux patients, à la subvention des besoins du patient. Ils sont unanimes sur le fait qu'il faut s'adapter au patient afin d'établir une relation de confiance avec lui. Seul Arnaud fait référence à la « *relation de civilités aux bonnes pratiques* » vue par Phaneuf, quand il dit « *forcément un peu les mots d'usage, quoi, le « Bonjour » mais un peu avec le sourire* » (L9-10). Tous les infirmiers font référence aux autres relations vues par Phaneuf afin de construire une relation de confiance. À la « *la relation consommatoire* » quand ils parlent de subvenir aux besoins du patient, se centrer sur lui et à « *la relation fonctionnelle* » quand ils parlent de donner toutes les informations nécessaires aux patients et de lui faire comprendre pourquoi il est ici. Concernant la juste distance, les infirmiers libéraux trouvent qu'avoir une juste distance se n'est pas possible étant donné que l'on va chez eux et qu'ils y vont depuis des années. Ils disent quand même qu'il faut s'adapter au patient car certains veulent qu'il y ait une distance et d'autres non. Pour les infirmiers hospitalisés, ils sont unanimes sur le fait que cette juste distance est propre à chacun et dépend du soigné et du soignant. Comme le dit Pauline, « *la juste distance, c'est propre à chacun parce qu'on a tous un peu notre affect qui rentre dans la relation* » (L25-26). Anthony et Brenda se rejoignent sur le point que la juste distance dépend du patient, son âge, son sexe, son vécu. Arnaud, quant à lui, explique prendre

en compte la singularité du patient afin de procurer des soins individualisés tout en gardant une distance professionnelle.

➤ Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?

Concernant cette deuxième question, les 6 infirmiers sont d'accords sur le fait que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné, de plus ils m'ont tous parlé seulement du soignant homme. Pour les infirmiers libéraux, ils disent avoir eu beaucoup de refus au départ car il y avait des hommes infirmiers dans le cabinet et les patientes ne voulaient pas d'homme. Alors que pour les infirmiers hospitaliers, il y a des refus de soins mais vu que la condition ne peut pas être imposé par le patient on remarque plus une gêne constatée lors des soins intimes entre un soignant homme et une soignée femme. En effet, Mme Salou-Legeas a dit, concernant les refus de soin, « *ces désirs sont peu exprimés ouvertement de la part des personnes soignées à l'hôpital, alors qu'en secteur libéral, les patients les posent en condition.* ». D'après les dires de Pauline, « *le soignant homme dérange certaines prises en charge dans le sens où il y a beaucoup de pudeur, selon le soin* » (L42-43), donc l'homme dérangerait lors de soins intimes que ce soit un soigné ou une soignée, « *l'homme chez l'homme où le patient était gêné se voir faire une toilette intime par un homme.* » (L58-59). Sur ce point-là, tous les soignants interrogés se rejoignent. De plus, Pauline dit avoir « *un côté peut-être aussi maternant chez la femme qui rassure la personne soignée* » (L45). On le retrouve chez Mme Salou-Legeas quand elle dit « *la relation professionnalisée, en termes de relation d'aide, relèverait d'une approche plus féminine.* ».

La moitié des infirmiers pensent que, selon les soins, l'homme infirmier est plus rassurant dû à sa représentation d'homme « *fort, grand, autoritaire* ». Selon Le Bœuf, l'homme est plus rassurant grâce à son image « *autoritaire et sa force physique* ». Arnaud l'exprime par le fait que lorsque ses collègues femme s'occupent d'un patient et que ça se passe mal quand c'est lui qui intervient, il n'y a pas de soucis, « *quand c'est moi qui les prends en charge, je n'ai jamais un mot de travers, jamais un geste déplacé* ». Pauline, Brenda et Arnaud relèvent le fait que les hommes soignants sont souvent confondus avec le médecin car dans la représentation des patients le médecin est un homme et la femme une infirmière. Pauline l'exprime dans son discours, « *il y a un côté un peu le médecin dans les esprits des gens, le médecin est un homme et l'infirmière est une femme* » (L52-53). De plus, Nicolas infirmier libérale, nous dit que les patients ont une représentation de l'homme ayant toujours raison et la femme pas forcément.

Anthony a relevé que la culture et la religion du patient fait influencer le genre du soignant qui prendra en charge ce genre de patient. En effet, Saliou-Legeas dit que le genre « [...] s'agit d'une représentation intellectuelle qui appartient au registre de la culture ».

Pour finir, Christine qui est une infirmière proche de la retraite nous parle d'une évolution qu'il y a eu sur l'influence du genre par rapport à cette relation soignant/soigné. Elle nous dit qu'au début de sa profession le genre influencé beaucoup et que maintenant cette influence a tendance à diminuer voir à disparaître. En effet, selon Quilliou-Rioual, « être une femme en 1789 ne signifie pas la même chose que l'être aujourd'hui » et c'est de même pour les hommes. Les représentations changent et les esprits s'ouvrent plus vers l'égalité des sexes.

➤ Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignants ?

Par rapport à cette troisième question, seulement trois infirmiers m'ont donné un semblant de définition de l'intégration pour eux. L'infirmier libérale et l'infirmière de pneumologie disent que l'intégration se fait par la présentation des membres de l'équipe et du nouveau membre, Nicolas rajoute l'aspect de formation qui permet l'intégration. Quant à Pauline l'infirmière des urgences, explique qu'il nous faut prendre le nouveau membre comme il est dans sa globalité et sa singularité. Je rappelle que la définition de l'intégration, selon Dacheville et Peinturier, « est donc un processus actif qui permet à une personne de se rapprocher d'un groupe en adoptant les conditions et les valeurs de ce même groupe ». Un infirmier sur deux interrogés pensent que la cohésion d'équipe influence l'intégration d'un nouveau membre mais ne sont pas d'accord sur ses points d'influences. En effet, deux infirmiers trouvent plus qu'avoir une bonne cohésion est un frein pour l'intégration d'un nouveau membre, Christine trouve que cela engendre une peur des membres de l'équipe que le nouveau membre « casse » (L78) l'équipe, cette peur est peut-être relié la déstabilisation provoqué par un changement dans l'équipe, « mais lorsqu'il se produit un changement, un désaccord, une remise en cause de l'habitus, alors le groupe et ses membres peuvent être déstabilisé » (Daydé, Derniaux, Favre, & Gautier, 2018, p. 6). Anthony trouve que la forte cohésion de l'équipe influence les membres de celle-ci par le biais d'un avis d'un membre, qui va être suivit par la totalité de l'équipe, sur le nouveau soignant. On a pu voir, dans le cadre de référence, que la communication était un point clef dans la cohésion d'équipe mais une communication libre, selon Mucchielli, il n'y a « pas d'équipe sans liberté des communications internes ». Alors que Pauline pense que la cohésion d'équipe améliore l'intégration d'un nouveau soignant car tous les soignants seront sur la même

longueur d'onde, en effet, selon Rousseau & Aubé « *lorsque les membres sont en mesure de se soutenir et de bien communiquer entre eux, le groupe a plus de chances de connaître un niveau élevé de performance* ». Les deux infirmiers des urgences pensent que l'intégration est dépendante de l'équipe et/ou de la personne encadrante mais aussi du comportement et de l'attitude qu'aura le nouveau soignant. Cela est en accord avec ce que dit Dacheville et Peinturier quand ils parlent que le nouveau et l'équipe jouent un rôle dans cette intégration. De plus, les infirmiers de médecines relèvent le point qu'il faut mettre en confiance le nouveau membre mais aussi il faut que le nouveau membre mette en confiance l'équipe qu'il intègre, et pour cela Arnaud dit bien qu'il faut faire son travail correctement et en adéquation avec ce que l'équipe attend donc adapter ses nouvelles règles et nouveaux fonctionnements, « *l'arrivant doit découvrir de nouvelles règles, de nouveaux lieux, d'autres modes de fonctionnement, de nouvelles personnalités* » (Brizon, 2002, p. 7).

➤ Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?

Pour cette quatrième question, il y a 5 infirmiers sur 6 qui pensent que le genre influence sur l'intégration dans l'équipe. Malheureusement, ils ne m'ont pas donné trop d'arguments par rapport à cette pensée. Nicolas pense qu'il influence sur le recrutement dans le milieu libéral, car il dit que s'il n'avait pas posé sa candidature durant une période de crise, d'urgence du cabinet il n'aurait pas été pris car il est un homme. Pauline fait référence au stage lors des études, les étudiants seraient plus intégrés que les étudiantes du fait « *qu'entre femme c'est vrai que l'on est des chipies* » (L105-106). Mais selon Saliou-Legeas, on pourrait le transposer au soignant directement car « *les hommes seraient plus à même de gérer les situations de conflit, disposant de plus d'humour et de capacités d'apaisement. La présence d'un ou de plusieurs hommes dans une équipe tempérerait les commérages et atténuerait la compétitivité entre soignants.* ». (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). Brenda et Arnaud, quant à eux, trouvent que cela influence dans le fait que l'homme est vu comme un être fort physiquement et donc capable de plus aider physiquement l'équipe et donc sera mieux accepté. Mais en contre parti, Anthony et Arnaud trouvent que le genre n'est pas un facteur déterminant dans l'intégration et Anthony dit bien qu'il peut influencer certes mais pour lui seulement quelques jours car après ses compétences vont prendre le dessus sur son sexe.

- Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.

Concernant cette dernière question, deux avantages à être un homme sont ressorti et un inconvénient. La mixité de l'équipe soignante semble être un atout et encre dans les mœurs des soignants. En effet, cinq infirmiers sur six pensent qu'avoir une équipe mixte est positif. Positif pour l'ambiance de l'équipe, ce que relève Anthony quand il dit « *les hommes, on est un peu plus passe au-dessus des regards pourris ou les bonjours bof ou elle ne m'a pas dit « Bonjour » aussi. Alors que le côté féminin peut-être attacherait plus de valeur et du coup ça pourrait être plus néfaste à l'ambiance* » (L140-144), Pauline lorsqu'elle dit que les femmes entre elles sont « *des chipies* » (L86) et Brenda quand elle dit « *je trouve que les hommes sont beaucoup plus cool en soit dans le sens où il y a moins d'histoires. Voilà c'est plus tranquille au niveau relationnel* » (L87-89). On peut voir que Saliou-Legeas est du même avis que nos soignants interviewés, « *les hommes seraient plus à même de gérer les situations de conflit, disposant de plus d'humour et de capacités d'apaisement. La présence d'un ou de plusieurs hommes dans une équipe tempérerait les commérages et atténuerait la compétitivité entre soignants.* ». Le deuxième avantage relevé est le fait que l'homme est vu comme un être fort physique et permettrait d'apporter plus d'aide dans la manutention des patients et dans la gestion des conflits avec les patients violents. Pauline l'exprime en se remémorant une situation qu'elle a vécu « *c'était un ambulancier SMUR, grand, baraqué, costaud, c'est vrai que dans le service des urgences avoir ce genre de soignant ça aide, ça aide une équipe dans le cadre de l'agressivité pouvoir contentonné quelqu'un et le maintenir* » (L116-118), Brenda en parle à la ligne 89-90, « *quand il y a un homme qui vient dans l'équipe, ça fait un bras costaud en plus* » ainsi que Arnaud à la ligne 90-91, « *dans le sens que tu sais que tu vas avoir de l'aide par exemple, pour remonter les patients, tout ça* ». Cela est également en accord avec ce que l'on a vue dans les représentations sociales, lorsque Le Bœuf dit que « *l'homme est pris pour son image autoritaire et sa force physique* ». Enfin, un inconvénient important est ressorti concernant le sexe masculin du soignant qui est le refus de soin important pour ce genre de soignant par les patients de sexe féminin. Dans le milieu libérale, Nicolas le dit « *un homme en libérale s'est un inconvénient au niveau des nursings, au niveau de certains soins auprès des femmes, au niveau de certaines confession aussi qui font que les hommes ce n'est pas tellement toléré* » (L193-195) mais on le retrouve aussi en milieu hospitalier surtout chez les femmes de culture ou religieux où l'homme est mal vu de toucher la femme, Anthony nous en parle « *sur*

la population maghrébine et notamment féminine où il est préférable, entre guillemets, que ce soit une femme selon les soins qu'on doit lui apporter de par leur religion, de par leur leurs croyances, de par leurs traditions, certaines personnes préfèrent que ce soit un soignant de sexe féminin, dans ce cas-là. De plus c'est vrai que selon les soins qu'on doit réaliser pour les personnes âgées quand c'est un homme qui arrive, certaines personnes peuvent avoir une certaine réticence, on va dire ou appréhension plutôt » (L119-125). Ce qui a été dit est en accord avec les dire de Saliou-Legeas, le refus de soin concernant les soins intimes sont plus souvent vue chez les soignants hommes.

5.7 Synthèse de l'enquête exploratoire

Cette enquête fut très riche d'information et plusieurs éléments en émergent. Tout d'abords, les entretiens menés se sont tous avérés suffisamment approfondis et exhaustifs. Les réponses fournies par chacun de ces professionnels se révèlent non seulement très personnelles, mais aussi spécifiques à leur expérience et à leur génération. Globalement les infirmiers interviewés semblent avoir adopté la mixité des équipes soignantes et trouvent que c'est un plus pour la prise en charge des patients mais aussi de la gestion de l'équipe. Cela permet d'avoir des approches différentes selon le soignant ainsi que des regards et idées différentes. De plus, la mixité peut poser soucis lors de certains soins touchant la sphère intime du patient. Lorsqu'il est de sexe opposé au soignant plus particulièrement lorsque le patient est une femme et le soignant un homme, le refus de soin est plus présent. Malgré tout, cette mixité permet également de passer la main au collègue de sexe opposé afin de faire adhérer le soin refusé par le patient. Il semble donc qu'il y ait une influence du genre dans les soins infirmiers comme dans tout métier majoritairement dominé par le même genre.

5.8 Limites de l'enquête

Ce travail ne peut être généralisé étant donné que l'on a le retour d'expérience que de six infirmiers/infirmières. C'est donc une analyse qualitative mais pas quantitative. J'aurais aimé pouvoir m'entretenir avec beaucoup plus d'infirmiers afin d'affiner ce travail et avoir des résultats bien plus généralisables.

Ma timidité m'a fait défaut dans la conduite des entretiens mais aussi mon manque d'expérience dans ce domaine-là. Cela m'aurait permis d'avoir des discours plus développés contenant plus d'informations afin d'obtenir une analyse bien plus approfondie. De plus, les deux premiers entretiens furent des entretiens tests car par la suite, j'ai pu revoir ma posture envers les

professionnels ainsi que les tournures des questions posées. En outre, la retranscription m'a pris un temps faramineux, ce qui m'a fait courir après le temps afin de rendre ce travail en temps et en heure, d'autant plus que j'étais dans un lieu de stage où je travaillais du lundi au vendredi étant en 7h.

Enfin, les deux premiers entretiens concernés des professionnels du milieu libérale et ma question sur la relation soignant/soigné avec la juste distance était biaisé par le fait qu'ils vont chez le domicile des patients et pendant une très longue durée. Christine le dit très bien lorsqu'elle dit qu'ils font presque parti de la famille.

6. Problématique

À la suite de cette enquête exploratoire, nous avons pu voir que la relation soignant/soigné se construisait par le biais de l'emboîtement de plusieurs relations afin d'aboutir à une relation de confiance. Celle-ci n'est pas présente sans avoir une certaine proximité avec le patient et donc adopter une juste distance avec celui-ci. En réponse à la question de départ concernant la relation soignant/soignant, le genre va donc influencer la construction de cette relation soignant/soigné et, selon le sexe du soignant et du soigné, ne s'établit pas de la même manière. De plus, les entretiens avec les professionnels de santé nous ont apporté le fait que les hommes ont plus d'influence sur cette relation surtout sur le point du refus de soin envers le sexe opposé quand la relation concerne les soins intimes. Le genre n'étant pas le seul souci de ces refus de soin mais la culture, la religion du patient en ont une grande part de responsabilité. Malgré tout, cette mixité permet également de passer la main au collègue de sexe opposé afin de faire adhérer le soin refusé par le patient.

Ensuite, nous avons pu rappeler ce qu'est une équipe soignante et qu'il n'y avait pas d'équipe sans cohésion d'équipe. L'intégration d'un nouveau membre dans l'équipe fait partie inerrante de la profession infirmière. Les entretiens nous ont mené à la conclusion que cette intégration était influencée par la cohésion de l'équipe mais aussi par la personnalité du nouveau membre. Le genre n'a pas ou guère d'influence sur cette intégration mais il influence bien sur la cohésion de l'équipe. La mixité des équipes soignantes semble avoir été adoptée par les soignants interviewés et en sont plutôt ravis. Ils trouvent que c'est un plus pour la prise en charge des patients mais aussi de la gestion de l'équipe.

Le genre peut donc influencer sur les soins infirmiers et donc la relation soignant/soigné mais également dans l'équipe soignante. Tous cela est dû aux représentations que l'on se fait de l'homme ou de la femme. Mais l'Homme est en constante évolution et donc la profession et les professionnelles aussi, ce qui explique le gommage de ces influences avec l'expérience.

Fort de ce constat, il me semble important d'explorer la notion de mixité dans les soins infirmiers et l'impact quelle peut avoir. Cette mixité permet d'avoir des approches différentes selon le soignant et soignante ainsi que des regards et idées différentes au sein de l'équipe soignante mais également dans la relation avec le soigné.

7. Question de recherche et/ou hypothèse de recherche

Ma réflexion me mène à me poser la question de recherche suivante :

En quoi la mixité des équipes soignantes impacte les soins infirmiers et la dynamique d'équipe ?

8. Conclusion

C'est lors de mon premier stage en deuxième année que j'ai été confronté à ma question de départ qui m'a fait écho à des réflexions de type « *t'es un homme, c'est plus facile pour vous ?* ». Je me suis demandé si c'était vraiment le cas et j'ai donc décidé d'entamer une réflexion sur ce sujet-là. Mon cadre de référence m'a permis d'acquérir des savoirs sur les représentations sociales plus particulièrement du genre mais aussi sur les traits d'une équipes soignantes. Après avoir confronté ce cadre de référence aux entretiens menés auprès de professionnels, j'observe que la représentation du genre est différente pour tout le monde mais ce n'est pas pour autant qu'elle impacte la vie professionnelle ou personnelle des soignants. La mixité des équipes soignantes semble être un point clef pour la gestion de celle-ci mais aussi pour la prise en charge des patients. En effet, passer la main à son collègue de sexe opposé permet quelque fois de débloquer une situation bloquée, car cette personne aura un regard, une réflexion et une manière d'approche différente à la nôtre mais elle sera vue également différemment par le patient.

Il me semblait qu'être un homme infirmier pouvait être plus facile qu'être une femme infirmière car tout au long de mes études, j'ai pu entendre de la part de mes collègues « *t'es un homme ça passe toujours bien avec vous* ». Mais ce travail de fin d'étude m'a permis d'ouvrir les yeux sur ce point-là. Il ne me semble pas que ce soit plus facile ou plus difficile selon notre genre mais

ce qui influence réellement c'est notre posture, notre personnalité et nos compétences. Le genre peut influencer l'acceptation dans l'équipe quelques jours mais si on n'est pas compétent ou notre posture est mauvaise, il n'y a plus d'influence. De plus, ce travail m'a permis de comprendre, d'accepter et de repérer certaines situations de soins qui vont être problématiques par rapport à mon sexe et donc de passer la main plus facilement à mes collègues si la situation l'exige.

Il me semble donc qu'il y ait une influence du genre dans les soins infirmiers comme dans tout métier majoritairement dominé par le même genre. De plus, de plus en plus d'homme choisissent d'exercer le métier d'infirmier, ce genre d'influence va s'amener à s'estomper dans le temps.

9. Bibliographie

- Beltran, V. (2022, février). Intégrer une nouvelle équipe, un défi à relever. *Métiers de la petite enfance*, pp. 32-33.
- Brizon, H. (2002). *L'intégration de nouveaux soignants*. Paris: Masson.
- Clavagnier, I. (2013, Octobre). Soigner au masculin. *La revue de l'infirmière*, pp. 26-28.
- Cludy, L. (2012, Décembre). Le métier d'infirmière, subtil équilibre entre technique et relation. *La revue de l'infirmière*, pp. 33-35.
- Collectif. (2004). *Le petit Robert - dictionnaire de la langue française*. Paris: Le Robert.
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod. Consulté le Juin 21, 2022
- Dacheville, A., & Peinturier, A. (2022, novembre-décembre). L'intégration des nouveaux salariés. *Soins aides-soignantes*, pp. 24-25.
- Daydé, M.-C., Derniaux, A., Favre, N., & Gautier, S. (2018). *L'interdisciplinarité en pratique*. Paris: Initiative Santé.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021, Janvier 1). *Etudes et statistiques*. Récupéré sur Ministère des solidarités et de la santé: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- Divay, S. (2013, Octobre). Groupe professionnel infirmier : vers la mixité ou la neutralisation de genre. *La revue de l'infirmière*, pp. 21-22.
- Edition Larousse. (s.d.). *Larousse*. Récupéré sur [larousse.fr](https://www.larousse.fr) : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne: <https://www.larousse.fr>
- Griesser, A.-C. (2010). *Petit précis d'organisation des soins interdisciplinarité*. Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Hamon-Mekki, F., & Maroudy, D. (2013, octobre). La relation de confiance dans les soins. *La revue de référence infirmière : soins*, pp. 27-54.
- Imbert, G. (2010, septembre). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 23-34.

- Jacques, J. (2013, Octobre). La question du genre dans la profession infirmière. *La revue de l'infirmière*, pp. 18-20.
- Jodelet, D. (2012). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Le Boeuf, D. (2020, Mai). Genre et santé. *La revue de référence infirmière : soins*, pp. 24-48.
- Mannoni, P. (2016). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaire de France.
- Manoukian, A. (2014). *La relation soignant/soigné*. Paris: Editions Lamarre.
- Michon, F. (2013, Mars). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Le revue de référence infirmière : Soins*, pp. 32-34.
- Mucchielli, R. (2013). *Le travail d'équipe*. Issy-les-Moulineaux: Entreprise.
- Narfin, R. (2012, Février). Trouver la juste distance thérapeutique. *L'aide-soignante*, pp. 9-10.
- Paillard, C. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier*. Noisy-le-grand: Setes.
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant/soigné : l'accompagnement thérapeutique*. Québec, Canada: Chenelière Education.
- Phanuel, D., & Hamon-Mekki, F. (2013, octobre). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *La revue de référence infirmière : Soins*, pp. 30-31.
- Phanuel, D., & Hamon-Mekki, F. (2013, octobre). L'information nécessaire pour une relation de confiance. *La revue de référence infirmière : Soins*, pp. 32-33.
- Prayez, P. (2003). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Quilliou-Rioual, M. (2014). *Identités de genre et intervention sociale*. France: Dunod. Récupéré sur <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/identites-de-genre-et-intervention-sociale--9782100702428.htm>
- Rousseau, V., & Aubé, C. (2020, juin 3). La cohésion d'équipe : pour des gains d'efficacité. Montréal, Quebec. Récupéré sur <https://www.revuegestion.ca/la-cohesion-d-equipe-pour-des-gains-d-efficacite>
- Roy, B., Holmes, D., & Chouinard, V. (2011, Décembre). Contribution à une éthique de la sollicitude - Masculinités. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 38-48.

Saliou-Legeas, M. (2013, Octobre). Hommes et femmes infirmiers, quelles différences dans les soins. *La revue de l'infirmière*, pp. 23-25.

Simon, E. (2009, Mars). Processus de conceptualisation d'"empathie". *Recherche en soins infirmiers*, pp. 28-31.

Thominet, P. (2013, octobre). Ethique et relation de confiance. *La revue de référence infirmière : soins*, pp. 28-29.

10. Table des annexes

Annexe I : Guide d'entretien	I
Annexe II : Autorisations d'entretiens.....	II
Annexe III : Retranscription des entretiens	IV
Annexe IV : Grilles d'analyses.....	XXIV
Annexe V : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	XXXVIII

Annexe I : Guide d'entretien

Entretien semi-directif mené dans le cadre du travail de fin d'étude

Question inaugurale : « *En quoi la représentation du genre du soignant influence la relation soignant/soigné et l'intégration dans l'équipe soignante ?* »

Question 1 :

Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?

Question 2 :

Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?

Question 3 :

Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?

Question 4 :

Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?

Question 5 :

Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.

Annexe II : Autorisations d'entretiens



CENTRE HOSPITALIER D' [REDACTED]
[REDACTED] AU
[REDACTED] CEDEX 9
DIRECTION DES SOINS
04 3 [REDACTED] (secrétariat)

[REDACTED], le [REDACTED]
Le Directeur Coordonnateur Général des Soins
[REDACTED]

Monsieur Kevin MORAND
[REDACTED] e
8 [REDACTED]

Nos Réf. : KR/MP/23
Vos Réf. : votre courrier du [REDACTED]

Objet : TFE

Monsieur,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame [REDACTED], cadre de santé des Urgences au 04 [REDACTED] ou Madame [REDACTED] au 04 [REDACTED]
- Pour les services de Médecine, prendre contact avec la direction des soins au 04 [REDACTED] afin de vous communiquer les coordonnées des services souhaités

pour définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

POUR LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS
LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE

CENTRE HOSPITALIER D' [REDACTED]
DIRECTION DES SOINS

M. J. [REDACTED]

AUTORISATION DE RETRSCRIPTION ET DIFFUSION D'UN ENTRETIEN

Je soussigné.e [redacted] autorise M^{me} Norma Kern à retranscrire fidèlement l'interview du [redacted] concernant le sujet de travail de fin d'étude « le genre du soignant et la relation soignant/soigné » et à diffuser la retranscription.

Fait à [redacted] le [redacted]

Signature de la personne interviewée

Signature du bénéficiaire

AUTORISATION DE RETRSCRIPTION ET DIFFUSION D'UN ENTRETIEN

Je soussigné.e [redacted] autorise M^{me} Norma Kern à retranscrire fidèlement l'interview du [redacted] concernant le sujet de travail de fin d'étude « le genre du soignant et la relation soignant/soigné » et à diffuser la retranscription.

Fait à [redacted] le [redacted]

Signature de la personne interviewée

Signature du bénéficiaire

Annexe III : Retranscription des entretiens

Entretien n°1. Christine, IDE 1

- 1 **Moi : Alors du coup, quand est-ce ? Quand avez-vous eu votre diplôme ?**
- 2 Christine : 1983.
- 3 **Moi : En 1983 et ça fait combien ?**
- 4 Christine : 30 ans, 30 ans, 40.
- 5 **Moi : 40 ans.**
- 6 Christine : 40, oui, oui, oui, il y a 30 ans que je suis libéral et 40 ... 40 ans de diplôme.
- 7 **Moi : Et du coup, depuis combien de temps vous exercez en tant que libéral ?**
- 8 Christine : Alors, il y a 30 ans.
- 9 **Moi : Vous avez commencé directement ?**
- 10 Christine : Non non, non. Il y a 40 ans que je travaille ... que j'ai eu mon diplôme puisque c'était
- 11 en 83. J'ai fait 10 ans en milieu hospitalier et là ça fait 30 ans que je suis libérale. Je m'arrête
- 12 en juillet.
- 13 **Moi : Du coup, dans quel service vous étiez quand vous étiez dans le milieu hospitalier ?**
- 14 Christine : Le milieu hospitalier, il y avait, quand je suis rentrée, on n'avait pas un poste
- 15 directement, il fallait qu'on fasse les remplacements, donc j'ai fait les urgences, la chirurgie,
- 16 chirurgie thoracique, néphrologie et neurorhumatologie. Et après ? Je suis restée donc 5 ans en
- 17 neuro rumato et j'ai fait 5 ans de pneumologie.
- 18 **Moi : Donc maintenant, vous êtes au courant du sujet ou pas ?**
- 19 Christine : Non
- 20 **Moi : C'est le genre du soignant et la relation soignant/soigné. Donc comment établissez-**
- 21 **vous une relation soignant soignée avec vos patients ?**
- 22 Christine : Comment je ?
- 23 **Moi : Comment vous établissez une relation soignant soignée avec vos patients.**
- 24 Christine : La relation ?
- 25 **Moi : Il n'y a pas de fausse réponse.**
- 26 Christine : Déjà, c'est l'empathie, c'est connaître la personne, c'est... En milieu libéral, c'est
- 27 beaucoup plus facile parce que c'est nous qui intervenons chez la personne, donc c'est
- 28 comprendre et accepter dans le milieu où il vit, hein, qui n'est pas toujours ... Ce n'est pas
- 29 toujours évident, hein ? Voilà. Je dirais l'empathie, le relationnel, c'est se présenter, c'est...
- 30 **Moi : Oui, et vous ? Du coup, vous construisez une relation de confiance avec la personne**
- 31 **et comment vous l'établissez ?**

32 Christine : C'est très facile, c'est très facile parce que les gens ont besoin de nous, ils sont dans
33 une situation bien souvent difficile avec un besoin d'aide. Donc quand on arrive, on est un peu,
34 on est très bien accepté et voilà. Et puis nous, on s'adapte à leur environnement.

35 **Moi : Et du coup, vous devez prendre une juste distance avec les patients ? Vous arrivez**
36 **à établir une juste distance ?**

37 Christine : C'est difficile de parce que quand moi j'ai des patients, ça fait 30 ans que je vais donc
38 une distance, ce n'est pas possible.

39 **Moi : Une distance, pas une distance physique mais une distance émotionnelle.**

40 Christine : Émotionnelle ? Ouais, c'est difficile. Ben oui hein ? C'est très difficile. L'émotion,
41 elle y est. Et puis on fait bien souvent partie de la famille. Après, quand on y va 3 fois par jour,
42 c'est... L'émotion, c'est difficile, hein ? Et l'empathie justement, c'est, c'est éviter que ça nous
43 touche. Le terme d'empathie, c'est recevoir, mais avec une barrière et éviter que ça nous touche.
44 Mais bon, ça c'est difficile.

45 **Moi : Et est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence sur cette relation**
46 **soignant/soigné ?**

47 Christine : ne comprends pas beaucoup le terme « genre »

48 **Moi : Le sexe.**

49 Christine : Ah le sexe ! Alors la question, c'était ?

50 **Moi : Est-ce que vous pensez que le sexe du coup du soignant il influence sur la relation**
51 **soignante.**

52 Christine : Bien sûr. Ah oui, oui.

53 **Moi : Par rapport à quoi est-ce que vous pouvez développer ?**

54 Christine : Par rapport à quoi ? Ben parce que parce qu'il faut qu'il y ait une distance. Voilà, je
55 veux dire, on va plus avoir... Euh ... Comment expliquer ça ? Bah surtout en vieillissant hein.
56 Moi j'ai plus de problèmes avec les hommes maintenant que quand j'en avais 30 hein donc je
57 suis obligée de garder une distance avec... Donc on n'a pas le même relationnel avec une femme
58 et un homme.

59 **Moi : Mais vous, personnellement ou vous le voyez par rapport au patient ?**

60 Christine : Oui, oui, c'est le patient.

61 **Moi : C'est le patient qui a plus de réticence avec le sexe ?**

62 Christine : Non pas de réticence, au contraire... Euh... Non, maintenant, moi je me souviens
63 dans mes premières années d'études de libéral, c'était beaucoup d'infirmières libérales. Et puis,
64 à un moment donné, il y a eu un infirmier qui est arrivé, ça posait des problèmes avec les
65 patientes qui ne voulaient pas un homme. Maintenant, à l'heure actuelle, il y a aucun souci.

66 **Moi : Ça a changé ?**

67 Christine : Oui, oui, ça a changé. Là, j'ai vu l'évolution, hein ? Un homme accepte facilement
68 que ce soit une infirmière et nous, on a 2 infirmiers dans l'équipe, ça pose aucun problème et

69 dès qu'il y a quelqu'un qui rentre, on leur dit : « *nous, il y a des infirmiers hommes, c'est tous*
70 *ou points.* ». Voilà et ça pose plus de problème, très rarement.

71 **Moi : Et du coup lors de votre exercice libéral et lors de vos exercices en hospitalier,**
72 **comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante d'un nouveau soignant ?**

73 Christine : D'un nouveau soignant c'est difficile parce que on fait bloc, on s'entend bien (rire)
74 et donc quand il arrive un nouveau. Parce que là, moi je vais m'arrêter 2 mois-là. Euh ... Et
75 donc quand il arrive quelqu'un, on est, on est méfiant, on est, on l'accueille. Et... Voilà, c'est,
76 c'est difficile parce qu'on on fait bloc, hein, on est, on est 4 là et on est soudé. Ce n'est pas dans
77 toutes les équipes qu'ils s'entendent bien. Nous ça marche bien donc quand il arrive quelqu'un,
78 on se dit « *mon Dieu, pourvu qu'il ne casse pas l'équipe* ».

79 **Moi : C'est la cohésion quoi ?**

80 Christine : Ouais !

81 **Moi : Et au niveau des étudiants infirmiers, vous en avez déjà eu ?**

82 Christine : Des ?

83 **Moi : Des étudiants infirmiers**

84 Christine : Alors moi non, on était 50 et il y en avait 3.

85 **Moi : Quand vous étiez à l'hôpital ?**

86 Christine : Attendez pendant les études ?

87 **Moi : Non, pendant votre exercice.**

88 Christine : Dans l'exercice, non on n'avait pas.

89 **Moi : Vous n'avez jamais eu d'étudiants infirmiers ?**

90 Christine : On en avait un.

91 **Moi : Un. Et comment ça se passe l'intégration de l'étudiant ?**

92 Christine : En milieu hospitalier. Bon, ça, c'était mal passé, mais je pense que cela venait de lui.
93 Et la libérale on a eu des élève infirmier. Ça s'est très bien passé.

94 **Moi : Vous l'intégrez comme un nouveau soignant ?**

95 Christine : Ah oui oui, aucun problème. Je pense qu'avec le temps ce phénomène de genre il
96 n'y en a plus ...

97 **Moi : Même avec l'intégration ? Car la prochaine question c'était est ce que le genre du**
98 **soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?**

99 Christine : Non, non, non. On a eu une collègue qui était enceinte, on a eu un remplaçant homme
100 qui a été très bien intégré. Il n'y a pas eu de problème. Ni dans l'équipe, ni avec les patients.

101 **Moi : Ok du coup, cela va très vite. Est-ce que vous pouvez me raconter, du coup, une**
102 **situation où le genre du soignant a été un avantage ou un inconvénient dans la prise en**
103 **charge d'un patient ou dans l'intégration dans l'équipe ?**

- 104 Christine : Non, cela s'est toujours bien passé
- 105 **Moi : Du coup, un avantage ?**
- 106 Christine : Moi je trouve que dans l'équipe, avoir des infirmiers et infirmières, cela soude et
107 puis il n'y a pas de conflits euh... La mixité c'est positif.
- 108 **Moi : Pouvez-vous développer ? C'est positif par rapport à quoi ?**
- 109 Christine : Je n'en sais rien mais bon c'est reconnu hein, quand c'est mixte c'est toujours euh...
110 non, non ...
- 111 **Moi : Vous vous êtes déjà retrouvé dans un service pas mixte ? Composé que de femmes ?**
- 112 Christine : Oui, oui, quand je suis arrivé dans l'équipe que j'étais là. On était 3 filles et cela
113 c'était bien passé aussi. J'ai eu de la chance. Il n'y a pas eu de problème.
- 114 **Moi : Bon ok super, vous avez répondu à toutes mes questions.**
- 115 Christine : Oui, j'espère que ...
- 116 **Moi : Oui, je vais me débrouiller avec ça, merci.**

Entretien n°2. Nicolas, IDE 2

- 1 **Moi : Donc, quand avez-vous eu votre diplôme ?**
- 2 Nicolas : En 2006. Du coup, ça fait, ça fait 10, 17 ans.
- 3 **Moi : Depuis combien de temps du coup, vous vous exercez en tant que libéral ?**
- 4 Nicolas : En tant que libéral depuis 2010, donc ça fait 12-13 ans.
- 5 **Moi : Et dans quel service vous étiez ?**
- 6 Nicolas : J'ai fait de l'HAD. En fait, j'ai toujours fait du domicile, moi ça va toujours plus donc
7 quand j'ai eu mon diplôme je l'ai eu dans la Loire à côté de Saint-Étienne. J'ai cherché une HAD
8 parce que c'était la possibilité d'être salarié. On ne peut pas exercer de suite dans le libéral, donc
9 j'ai fait du salariat et donc j'avais trouvé de l'HAD donc j'ai fait l'HAD d'Avignon, la Dar pendant
10 2 ans et demi et après je suis parti en domicile en libéral.
- 11 **Moi : Par rapport au thème de mon TEFÉ, je vais vous poser 5 questions, donc la**
12 **première, c'est comment établissez-vous une relation soignant soigné avec vos patients ?**
- 13 Nicolas : Alors Ben, elle s'établit dès la rencontre puisqu'on vient chez lui. Donc on arrive
14 puisqu'ils nous ont appelé souvent. Donc on intervient, on parle de la pathologie, de pourquoi
15 on vient quels soins sont à faire. Et après, une fois que le soin s'engage souvent, c'est là où on
16 parle de choses plus personnelles ou de choses plus banales et générales aussi. Mais souvent,
17 toujours quand on arrive chez le patient, comme on vient pour des soins, c'est toujours à côté,
18 c'est très professionnel au début et après on a une tendance à plus se disperser parce que... Il
19 faut une discussion enfin voilà, moi j'aime bien parce que je parle beaucoup aussi donc j'aime
20 bien. Voilà, ça permet, mais quand on arrive, c'est toujours très professionnel. C'est toujours
21 par rapport axé sur sa pathologie et le pourquoi il nous fait venir.

22 **Moi : Du coup, vous établissez une relation de confiance ?**

23 Nicolas : Oui, oui, de confiance. Après, on va, on va chez... Chaque patient est différent.
24 Chaque patient a une façon aussi différente d'aborder les choses, donc c'est très... En fait, on
25 s'adapte, hein, c'est de toute façon un métier d'adaptation, hein ? Parce qu'on va chez eux, donc
26 il faut, on sait chez certains patients quoi dire et chez d'autres non. Quel thème aborder d'autres
27 non. On connaît aussi. Moi, ça fait déjà plus de 16 ans, donc on sait quel terme. Voilà, on sait
28 aussi là. Comment dire le passé du patient donc, mais on est obligé, oui, il faut, on arrive à
29 s'adapter. En fait, faut s'adapter aux patients et qu'est-ce qu'on va lui dire et de quoi on va parler.
30 Et voilà certains patients, ils ne vont pas vouloir qu'on parle de leur pathologie. Certains patients
31 il y a des choses qui sont cachées aussi parce que les familles ne disent pas tout, notamment
32 pour les cancers. Donc c'est une question, c'est en fait, on s'adapte aux patients alors des fois au
33 début c'est un petit peu un peu le ping-pong, on essaye, on envoie des choses et on voit comment
34 ils réagissent mais... Oui, après, tout dépend le soignant. Moi je parle beaucoup, donc c'est... je
35 ne peux pas rester comme ça, faire un soin et partir, ça ce n'est pas possible.

36 **Moi : Et au niveau de la juste distance, est-ce que vous arrivez à enfin ? Que pouvez-vous**
37 **m'en dire ?**

38 Nicolas : Alors oui non, mais il y a une... j'avais vu une théorie en plus au niveau ... j'avais vu
39 au niveau du métrage comment on se tient, c'est compliqué dans notre métier. Ben ça hein c'est
40 rompu. Moi j'avais fait donc mon travail là-dessus et au final tout a explosé dès que j'ai
41 commencé à travailler parce qu'il y a théorie il y a une pratique et c'est très compliqué, surtout
42 chez certains patients hein. Parce que de garder ces distances ce n'est pas possible en fait y a
43 certains patients qui ne veulent pas. Qui ne comprennent pas, donc il faut être entre guillemets,
44 familier chez certains, ou du moins de se sentir plutôt familier, et ce n'est pas mon tempérament,
45 mais on est un peu obligé parce que c'est comme ça qu'ils veulent qu'on leur parle et d'autres
46 patients, on est très distant, on reste très cadré sur le soin et on ne va pas plus loin. Mais ça, c'est
47 avec l'expérience qu'on le sait. Mais de rester très professionnel, ça s'est très compliqué, surtout
48 à domicile. En fait, on va chez eux, c'est trop compliqué. C'est voilà, on est, on est dans leur
49 maison. Tout peut être abordé. C'est difficile parce qu'il en action, le tutoiement aussi, plutôt
50 facile. Entre les échanges, le COVID, un peu remanié, les choses, mais entre ce que vous
51 propose un café alors et ces temps-là, c'est des temps aussi qui sont importants parce que ça
52 permet d'aborder d'autres thèmes qu'on n'aurait peut-être pas forcément engagés juste pour un
53 soin, un pansement ou une injection ou autre. Donc, mais c'est c'est très compliqué à, c'est du
54 c'est du cas par cas.

55 **Moi : Est-ce que vous pensez que le genre de soignants, c'est à dire le sexe du soignant**
56 **influence la relation soignant/soigné ?**

57 Nicolas : Alors pour faire certains soins, oui, ne nous le cachons pas, puisque nous, on intervient
58 sur des choses très générales, un peu comme un généraliste. En fait, on a, on peut faire des
59 pansements, des injections, donc y a des pansements qui sont placés où... donc on a la chance
60 d'avoir nous des garçons et des filles dans l'équipe. On a certains patients, on leur demande si
61 ça soit un homme, ce n'est pas gênant. L'inverse, c'est plutôt rare. Mais bon, l'homme,
62 notamment pour les reconstructions mammaires ou des pansements qui sont plutôt placés sur
63 des parties intimes, des toilettes aussi. Mais ça c'est très rare. Ça a été au tout début. On a
64 quelques patientes qui ne voulaient pas d'hommes. Et puis petit à petit, parce que c'était
65 compliqué dans la gestion de l'équipe, au niveau des plannings, donc finalement elles ont dit

66 oui, puis maintenant...De toute façon qu'on a des patients pour des nursing, on leur dit, « *il y a*
67 *des garçons et ils viendront. Est-ce que ça vous dérange ou pas ?* » Et maintenant plus du tout.
68 Oui, c'est vrai que peut-être plus pour les pansements, des patients qui ne sont pas forcément
69 chroniques.

70 **Moi : C'est toujours au premier rendez-vous que ça se voit ?**

71 Nicolas : Alors on demande, alors quand, quand le patient nous appelle, admettons la patiente
72 nous appelle pour une reconstruction mammaire par exemple hein, on leur dit, « *il y a des*
73 *garçons dans l'équipe, est-ce que ça vous dérange ou pas ?* ». Si elle nous dit « *oui* », alors on
74 lui dit que « *On va faire en sorte que ça ne soit pas les garçons et les filles qui viennent mais*
75 *qu'il peut y avoir parce que ça peut arriver où on est 2 garçons à travailler* » on travaille
76 toujours à 2 et « *qu'on n'aura pas le choix* » et là-dessus par contre on ne leur laisse pas cet effet
77 de surprise et l'impossibilité. Voilà on les avertit quand même.

78 **Moi : Du coup dans votre service, enfin, quand vous étiez en HAD ou en libéral, comment**
79 **se passe l'intégration d'un nouveau soignant dans l'équipe ?**

80 Nicolas : Alors l'HAD, moi je suis arrivé, c'était un peu une période compliquée. Moi, j'avais
81 fait une journée, une première journée et je n'avais pas mon diplôme que j'avais déjà signé le
82 contrat parce que l'HAD était en plein remaniement, y a eu plein de départs, ça a été très
83 compliqué. Là c'était très tendu donc j'ai eu mon diplôme le lendemain, j'ai déménagé et j'ai
84 attaqué en fait parce qu'ils avaient un besoin criant de personnel et quand je suis arrivé, il y
85 avait une équipe qui était sympa au niveau infirmier mais qui était très remontée contre la cadre
86 et le système administratif de l'HAD. Il y eu plein de départ quand j'y étais et c'était un peu
87 conflictuel. Nous on n'était pas là-dedans, parce qu'on était deux infirmiers fraîchement arrivé.
88 C'était très compliqué, il y a eu plein de départ, il y a eu des réunions avec la cadre, avec le
89 système administratif et des infirmiers. Il y a eu des vagues de départ et on s'est retrouvé
90 finalement au bout de 6 mois les plus ancien avec ma collègue infirmière parce qu'il y avait des
91 conflits enfaite. L'intégration, les infirmiers avaient fait un pique-nique pour intégrer mais en
92 fait ce pique-nique était déguisé plus pour... c'était un peu une sorte de réunion syndical sans
93 syndicat mais c'était un peu une réunion pour parler de tous ces problèmes. Nous on s'attendait
94 à avoir un pique-nique d'intégration où l'on présente tout le monde mais c'était un pique-nique
95 de revendication. Et nous on leur a bien expliqué que l'on n'était pas réellement concerné car
96 on venait d'arriver. Mais ça ils l'ont tout à fait entendu, ils ne nous ont pas obligé d'être dans
97 ce mouvement-là. D'ailleurs la cadre nous avait prévenu de ne pas nous mêler de ces affaires-
98 là.

99 **Moi : Du coup quand vous étiez le plus ancien, comment vous intégriez les nouveaux**
100 **soignants ?**

101 Nicolas : L'HAD s'était assez demandé au niveau des élèves, on en avait très régulièrement, on
102 avait quasiment un élève avec nous. Je trouve euh... vous passez toute la journée avec l'élève
103 puisque vous avez une voiture, vous partez du soir au matin avec l'élève. Donc euh... et les
104 nouveau soignant, il y avait beaucoup d'interim enfaite, nous s'était une période un peu
105 compliquée, il y avait des intérimaires et il y avait beaucoup de jeune diplômé qui venaient et
106 qui partaient. C'était pendant un an, ça a été assez compliqué parce qu'on n'avait pas vraiment
107 d'équipe fixe, il y avait un turn over énorme, énorme, énorme. Après ça s'est un peu stabilisé,
108 petit à petit, il y en a qui se sont ancrés. Ça s'est bien passé mais c'est vrai que l'on a beaucoup

109 formé, beaucoup formé, beaucoup formé...On avait l'impression de toujours formé des
110 collègues qui partaient, qu'on reformait qui partaient, et on était assez récent dans la boîte
111 enfaite. C'était un peu compliqué.

112 **Moi : Il n'y a pas eu le temps d'avoir une cohésion du coup vue que vous étiez récent ?**

113 Nicolas : Si, il y avait quelques infirmières, on allait boire le café chez lui, on boire l'apéro chez
114 l'autre. Il y avait une cohésion, surtout que moi j'étais pas du tout de la région, je ne connaissais
115 rien enfaite moi d'Avignon. Je ne connaissais absolument rien de la région et je n'avais aucune
116 connaissance qui habitent là. Mais si, petit à petit, mais c'était des personnes que finalement
117 restaient quelques mois puis partaient euh ... non le noyau dur j'étais avec Audrey, c'était
118 l'infirmière qui est arrivé en même temps que moi, si là par contre on a gardé des liens, là-
119 dessus, si, si on se voyait régulièrement, juste avec elle finalement, on est devenu en 6 mois les
120 plus anciens, voilà. Puis moi je suis parti et elle je sais qu'est parti faire du domicile après vers
121 Villeneuve.

122 **Moi : Et au niveau du libérale, l'intégration du nouveau soignant ?**

123 Nicolas : Alors, donc j'ai fait plusieurs équipes car c'est assez rare de se poser de suite sur une
124 équipe. J'ai fait du... j'avais une collègue de l'HAD qui n'est pas resté qui est venu momentanément
125 et qui est parti faire du domicile, du libéral et qui m'a demandé si j'étais intéressé de faire des
126 remplacements. Donc euh c'est vrai que moi c'était un peu mon chemin professionnel, c'était
127 un peu ce que je voulais faire donc ça m'a permis d'avoir un pied dedans, de voir que ça me
128 plaisait et assez rapidement elles m'ont demandé si je pouvais intégrer l'équipe puisqu'elles
129 avaient de plus en plus de patients et besoin de, d'un collègue en plus. Donc j'avais commencé
130 à faire du remplacement en Juin et en septembre j'arrêtais l'HAD et donc je partais en domicile.
131 Il faut savoir aussi qu'il y avait euh je me suis un peu dépêché parce qu'il y avait une nouvelle
132 loi qui c'était mise en place sur les quotas et il fallait que je me dépêche parce qu'après je
133 n'avais peut-être pas cette possibilité de m'installer là où mes collègues étaient donc ça a un
134 peu précipité les choses.

135 **Moi : Et vous n'avez pas ressentis de problème d'intégration ?**

136 Nicolas : Non, non, non, non on s'entendait bien. Donc Cristelle, je la connaissais bien de
137 l'HAD et sa collègue qui a monté le cabinet je ne la connaissais pas mais ça s'est bien passé.
138 Après on s'est séparé au bout de 2 ans de libérale, on avait des chemins différents au niveau
139 professionnel mais on n'a pas gardé de mauvaise... Non, non, non ça s'est bien passé. Après ce
140 n'est pas des personnes que je voyais en dehors du boulot mais ça s'est toujours bien passé.

141 **Moi : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans une
142 équipe ?**

143 Nicolas : Ah oui, oui, oui, oui. Oui ça c'est sûr. Enfaite là vous avez donc vu ma collègue, ça
144 fait depuis 2012 que je travaille avec, elle a su fédérer euh on est 5 en tout fédéré des infirmières,
145 elle les a fait venir de formation de... et on reste un noyau où l'on s'entend très bien et ça en
146 libérale ce n'est pas toujours le cas enfaite. J'ai eu fait des cabinets où elles ne se supportaient
147 pas, il n'y avait pas d'intégration. Souvent le remplace, il est là pour remplacer dans des
148 périodes un peu critiques donc ça reste toujours très professionnel euh... et euh... enfaite on
149 vous montre la tournée mais vous travaillez seul. Vos collègues, vous ne les voyez finalement
150 pas. Si vous avez un fonctionnement où il y a une infirmière qui travaille tel jour et la collègue le
151 lendemain. Enfaite vous vous appelez mais vous ne vous voyez jamais. Nous on a un
152 fonctionnement un peu différent, c'est-à-dire que l'on se réunit à midi et on y tient. Donc ça

153 prend du temps mais ça permet de se voir et ça dans la profession c'est très rare. Finalement
154 des fois les patients connaissent plus notre histoire de vie que nos collègues parce que on se
155 confit plus à nos patients que l'on voit presque tous les jours que le collègue que l'on ne voit
156 pas enfaite on l'a au téléphone on fait la relève, il est tard on ne s'attarde pas sur des choses
157 personnelles. Donc oui, oui, oui, la souvent quand vous avez trouvé des collègues avec qui vous
158 vous entendez bien, pas que ce soit des amis mais que ce soit au niveau professionnel qu'il y
159 est une bonne entente souvent vous restez. Ça fait la force de l'équipe et ça en libérale ce n'est
160 pas toujours le cas. J'ai eu fais des cabinets où elles s'entendaient pas du tout du tout. Elles
161 travaillent, elles étaient là parce qu'elles avaient monté ça ensemble, il y en avait une qui avait
162 racheté les parts de l'autre et du coup par nécessité elles travaillaient ensemble, elles n'étaient
163 pas du tout dans la même cohésion.

164 **Moi : Par rapport au sexe, vous pensez que cela y jouait ?**

165 Nicolas : Non, non, non, non, non. C'est après, il y a beaucoup d'infirmière à domicile qui ne
166 font que du domicile parce qu'elles ont un caractère que le travail en équipe s'est compliqué.
167 Du coup, le travail en équipe est compliqué donc le travail avec sa collègue est compliqué.
168 Donc comme on ne se voit pas ça peut fonctionner comme ça mais il y a toujours des tensions.
169 Je suis sur des réseaux sociaux d'infirmière et ça clash très souvent. J'ai dans la famille, des
170 cousines, qui font infirmières libérales et s'est pareil, ça clash assez souvent. C'est un métier
171 où ça clash assez souvent. Vous êtes seul, votre collègue vous ne le voyez pas et il est souvent
172 là pour le boulot et des fois ça ne fonctionne pas par rapport au planning, par rapport au patient
173 par rapport à ces choses-là, la façon de travailler. Et vous êtes dans une équipe, vous ne pouvez
174 pas partir comme ça comme un salarié et des fois c'est compliqué, vous faite avec et voilà. Ça
175 je l'ai vue en libérale, en remplacement, je le voyait dans des équipes, elles étaient pas du tout
176 faites pour travailler ensemble, elles avaient une façon complètement opposé de travailler de
177 faire les choses mais parce que c'était leur boulot, le libéral c'est difficile de quitter une
178 patientèle pour en reformer une autre et elles faisaient avec, c'étaient tendu quand même les
179 relations des fois juste sur un cahier, jamais elles ne s'appelaient et voilà c'était un peu spéciale.
180 Vous n'avez pas l'impression de travailler en équipe, vous avez l'impression de travailler avec
181 deux infirmières complètement différentes.

182 **Moi : Est-ce que vous pouvez me racontez une situation où le sexe du soignant a avantaagé**
183 **l'intégration dans une équipe ou la prise en charge d'un patient ? Vous avez une situation**
184 **en tête ?**

185 Nicolas : A Avantaagé ?

186 **Moi : A avantaagé ou a été un inconvénient dans l'intégration dans l'équipe ou dans la**
187 **prise en charge d'un patient ?**

188 Nicolas : Euh, euh ben oui ça peut être très simple. Quand j'ai intégré ce cabinet, je l'ai intégré
189 parce qu'un de mes collègues masculins qui était en arrêt de travail. Et ils avaient un besoin
190 criant de soignant, enfaite il manquait quelqu'un c'était très tendu, une de mes collègues avait
191 dû arrêter ses vacances pour venir travailler parce qu'il manquait énormément fin c'était très
192 compliqué enfaite, ils travaillaient tout le temps, il y avait une surcharge de travail, il y avait un
193 épuisement professionnel qui était en train de se créer et enfaite on a parlé de moi mais ça a été
194 compliqué au début parce que j'étais un homme et un homme en libérale s'est un inconvénient
195 au niveau des nursings, au niveau de certains soins auprès des femmes, au niveau de certaines
196 confession aussi qui font que les hommes c'est pas tellement toléré. Du coup, au début, ça avait
197 été je pense ... que j'ai intégré parce qu'il y avait cette notion d'urgence, il y avait un

198 épuisement professionnel et il n'y avait pas trop de choix enfaite hein. Du coup je l'ai intégré
199 par rapport à ça. Peut-être si j'avais été une fille je l'aurais été de suite. Après au niveau de
200 patient, avec mon collègue on ne peut pas dire que l'on cadre les choses, non parce que l'on
201 essaye, nous les patients on a vraiment cette tendance à leur, pas les imposer mais leur avertir
202 que de toute façon il y a des garçons, il y a des filles, on a des fois des comportements masculins
203 qui sont un peu misogyne et tout mais on recadre direct, on ne laisse rien s'installer. Comme
204 on se voit tous les jours, comme on se parle beaucoup avec nos collègues, on ne laisse rien
205 s'installer c'est-à-dire que si l'on voit qu'il y a un comportement qui peut être déplacer ou autre
206 envers une collègue féminine de suite c'est recadré et on dit au patient que si cela ne lui convient
207 pas le soin s'arrête et ça ne s'est quasiment jamais arrivé souvent le patient s'excuse et puis ...
208 sa arrive assez rarement. Des fois pour des pansements, mais c'est plus un comportement, les
209 garçons ont toujours raison et les femmes pas forcément mais ça s'est vite recadrer, ce n'est pas
210 des situations qui sont problématique puisqu'elles sont recadrées de suite.

211 **Moi : Donc dès que le cadre est posé il n'y a plus de soucis ?**

212 Nicolas : Dès que le cadres est posé, non voilà, on le cadre assez rapidement puisque le soin,
213 on demande toujours pour quel soin on vient et dès qu'alors, enfaite on explique qu'il y a des
214 hommes et des femmes, sur Entraigues on est 2 cabinets comme ça. Du coup, on préfère avertir
215 puisqu'on sait qu'il y a d'autre possibilité et on leur dit qu'il y a d'autre cabinet où ils sont que
216 des femmes. Du coup voilà, le patient n'est pas pris à défaut ou se sent mal à l'aise et après peut
217 nous rejeter cette faute en nous disant « *vous ne m'avez pas laissé le choix, je ne voulais pas*
218 *d'homme, je ne voulais pas de femme* ». Non c'est cadré du départ enfaite.

219 **Moi : Ben merci beaucoup, c'était très enrichissant.**

Entretien n°3. Pauline, IDE 3

1 **Moi : Du coup, est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots votre profession**
2 **?**

3 Pauline : Alors, j'ai 42 ans, je suis infirmière diplômée depuis 2015. Auparavant, j'ai été pendant
4 10 ans aide-soignante. J'ai travaillé essentiellement en centre hospitalier et un peu à domicile
5 quand j'étais aide-soignante, j'ai fait beaucoup de Siad. Depuis mon diplôme d'infirmière, j'ai
6 bossé dans plusieurs services puisque j'ai été au poules infirmier. Et puis là, je suis infirmière
7 depuis 5 ans aux urgences.

8 **Moi : Comment établissez-vous une relation soignant/soignée avec vos patients ?**

9 Pauline : Euh, essentiellement par le dialogue. Dès l'accueil en fait, ça dépend aussi du poste
10 qu'on occupe, mais notamment aux urgences. Quand on est infirmière à l'accueil, la relation se
11 fait tout de suite par le dialogue. Puis ça peut être aussi pour certains problèmes. Enfin, quand
12 on reçoit des patients selon la pathologie et l'âge de la personne, ça va être aussi par le toucher.
13 On va rassurer beaucoup puisqu'il y a quand même une notion de stress quand la personne
14 arrive aux urgences, donc il y a, il y a toute une relation à mettre en place tout de suite pour
15 apaiser les choses et aussi rassurer.

16 **Moi : Ok, et vous établissez du coup une relation de confiance avec ces procédés ?**

17 Pauline : De confiance, c'est je ne sais pas si c'est le mot, la confiance parce que ce n'est pas
18 toujours évident. En tout cas, le fait de pouvoir rassurer la personne et lui expliquer ce qui va
19 se passer, comment ça va se passer, de suite, effectivement ça va peut-être mettre la personne

20 en confiance et donc la relation sera meilleure. C'est la personne qui est méfiante et qui n'a pas
21 confiance, ça sera une relation plus compliquée et le soin du coup en découlera aussi
22 différemment. Selon le lien qu'on établit dès le départ avec la personne.

23 **Moi : La notion de juste distance vous pensez qu'elle existe ? Est-ce que vous pouvez me**
24 **la définir ?**

25 Pauline : Alors, la juste distance, c'est propre à chacun parce qu'on a tous un peu notre affect
26 qui rentre dans la relation, moi par exemple, je suis quelqu'un qui a du mal à parler proche des
27 gens. Donc c'est vrai que je vois par exemple à l'accueil entre nous et la personne qui arrive y
28 aura un bureau qui va, je pense mettre une distance, entre la personne qui est sur un brancard il
29 y aura la barrière, donc il y a quand même une juste distance mais avec une barrière, une limite.
30 Après, elle est propre à chacun, il y a des fois y a des gens où on sent tout de suite y a une
31 barrière, y a une distance et y a comme un seuil à pas franchir et y a d'autres personnes où
32 spontanément on va pouvoir entrer plus en contact et on y aura plus facilement le toucher.
33 Quand on va faire un soin, qu'on va retourner la personne, on ne va pas avoir de difficulté à
34 l'apprendre contre nous alors que d'autres personnes on va sentir qu'il y a une barrière et une
35 gêne, peut-être, ça doit dépendre aussi de l'âge et le motif de venu aussi parce qu'il y a toute
36 une ambiance, il y a la douleur, si la personne a des troubles cognitifs, c'est un tout. Mais pour
37 chaque personne ça va être au cas par cas.

38 **Moi : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné**
39 **?**

40 Pauline : Je pense que oui. Selon le public visé.

41 **Moi : Est-ce que vous pouvez développer, pourquoi vous pensez que oui ?**

42 Pauline : Je pense que oui, pour l'avoir vu à plusieurs reprises, il peut arriver que le soignant
43 homme dérange certaines prises en charge dans le sens où il y a beaucoup de pudeur, selon le
44 soin, et j'ai déjà vu des personnes refuser un soin parce que la personne était un homme. Il y a
45 un côté peut-être aussi maternant chez la femme qui rassure la personne soignée, que ce soit
46 chez la personne âgée ou chez l'enfant. En revanche, pour d'autres situations de soins, l'homme
47 va être plus rassurant dans le sens où l'homme a la force que la femme n'a pas, donc le genre
48 influence, mais le type de soins aussi, je dirais.

49 **Moi : Ok, et vous disiez que le genre masculin était défavorable selon les soins, mais c'est**
50 **pour des patients hommes ou des patients femmes ou pour les 2.**

51 Pauline : À plus femme finalement. Plus femme parce qu'il y a cette pudeur de la nudité qui
52 parfois dérange la femme, quand l'infirmier ou l'aide-soignant homme propose les soins,
53 notamment les soins intimes. Donc il y a un rapport au corps et à l'intimité qui dérange quand
54 le soignant est homme. Pas toujours, hein ? Il y a des personnes qui vont vous dire que peu
55 importe le soignant, il y a le côté professionnel qui va rentrer en jeu et donc homme ou femme,
56 ça ne dérangera pas. Mais j'ai déjà vu des personnes femmes, des femmes, pardon refuser le soin
57 parce que le soignant était un homme. En revanche, l'homme... Ah ça peut aussi, remarquez !
58 J'ai déjà vu des sondages par exemple de l'homme chez l'homme où le patient était gêné de se
59 voir faire une toilette intime par un homme.

60 **Moi : Ok et au niveau des soins qui, enfin, qui sont favorisés par les soignants hommes.**
61 **Vous parliez de quels types de soins ?**

62 Pauline : Alors souvent, j'ai quand même remarqué que l'homme est plus rassuré selon les soins
63 mais selon aussi aux médecins, un médecin homme peut être aura plus d'aplomb qu'un médecin
64 femme, une espèce de je ne vais pas dire macho, mais presque. Il y a un côté un peu le médecin
65 dans les esprits des gens, le médecin est un homme et l'infirmière est une femme. Et du coup
66 quand c'est inversé parce que on le vit beaucoup, il y a beaucoup de femmes médecins
67 maintenant et quand l'infirmier est un homme et la femme médecin arrivent et ben spontanément
68 le patient va s'adresser à l'infirmier en lui disant : « *C'est vous le médecin* » « *ah, non non, c'est*
69 *ma collègue femme* ». « *Ah* » et là on sent le : « *ah* ». Il y a un petit côté dérangeant. Après les
70 soins de force, c'est peut-être plus pour les publics à psychiatriques où l'infirmier homme va
71 avoir plus de poigne et va pouvoir un peu plus être en force dans le soin que la femme.

72 **Moi : Ok, merci. Comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux**
73 **soignants ?**

74 Pauline : Plutôt bien, plutôt bien. Aux urgences, c'est très mitigé. Enfin, je dirais qu'il y a
75 presque autant d'hommes que de femmes. Donc hop, peu importe, ça n'influence pas la façon
76 d'intégrer le soignant, que ce soit un homme ou une femme intégrera de la même façon. Et pour
77 la petite histoire, en ce moment, aux urgences, on a un homme qui est devenu femme. Et ça n'a
78 pas gêné pour l'intégration dans l'équipe. Voilà, on a appris comme il l'est... comme elle l'était,
79 puisqu'il faut l'appeler « elle », elle a changé son prénom. Bon, ça ne nous a pas perturbé plus
80 que ça.

81 **Moi : Pour vous c'est quoi l'intégration ?**

82 Pauline : D'un soignant ?

83 **Moi : L'intégration dans une équipe, qu'est-ce que ça vous évoque ?**

84 Pauline : Ça m'évoque accepter l'autre comme il est. On regarde bon son sexe, OK mais ce n'est
85 pas la première chose qu'on regarde mais de son âge, de son passé, de son caractère, de sa façon
86 d'intégrer les choses quand on apprend, quand on est dans l'apprentissage ou quand un collègue
87 nous voit arrive, ouais c'est l'accepter comme il est, je dirais. L'intégration la première des
88 priorités ça serait ça et de faire avec la personne qu'il est.

89 **Moi : Et la cohésion de l'équipe peut influencer du coup l'intégration du nouveau**
90 **soignant, vous pensez ?**

91 Pauline : Euh ouais, c'est oui, ça peut ça peut parce que dans une équipe solidaire, unis, ça sera
92 plus facile d'intégrer quelqu'un que dans une équipe où il y a des disparités et des querelles, je
93 dirais, mais moi, je ne l'ai pas vécu en tout cas, je ne l'ai pas vécu. Non, on a toujours eu la
94 bienveillance d'accueillir correctement un nouveau soignant.

95 **Moi : Et au niveau des étudiants infirmiers ou des élèves aides-soignants ?**

96 Pauline : De la même façon, je dirais, mais encore une fois après, c'est aussi dépendant des
97 équipes. On entend beaucoup de gens dire ouais, selon les équipes, on se sent mal reçu, mal
98 encadré ou pas intégré. Je pense que selon les équipes et du coup l'affinité qui va se faire ou pas
99 avec la nouvelle personne, eh ben ça influencera la relation.

100 **Moi : Et le genre, le genre du soignant ou de l'étudiant, vous pensez que ça n'influence**
101 **pas l'intégration ?**

102 Pauline : Je ne pense pas. Donc ça dépend des services, peut-être, en tout cas aux urgences. Je
103 n'ai pas remarqué que le genre influence l'acceptation de l'autre ou l'intégration. Je, mais je
104 peux me tromper. Peut-être je suis naïve. Quoi que, c'est vrai que vous les hommes, j'ai
105 l'impression que vous passez mieux que les femmes lors de vos stages. Parce qu'entre femme
106 c'est vrai que l'on est des chipies. Je ne pourrais pas expliquer pourquoi je ressens ça.

107 **Moi : Pouvez-vous me raconter une situation où le genre du soignant était un avantage**
108 **dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou de la prise en charge d'un patient ?**
109 **Avantage ou inconvénient du coup ?**

110 Pauline : Ouais alors, attends, il faut que je cherche une situation ... Où ça a été un avantage,
111 j'ai l'exemple de situation comme on le retrouve souvent aux urgences dans le cadre d'une
112 personne alcoolisé et violente. Quand on sait que la personne avec qui on va travailler, qui vient
113 d'être recruté ou pas d'ailleurs, est un homme un peu costaud, on est content de l'avoir dans
114 son équipe parce qu'il a pu facilement maîtriser cette personne qui essaie de se lever du brancard
115 pour venir nous donner des coups, on ne sait pas. En tout cas j'ai en mémoire, c'était un
116 ambulancier SMUR, grand, baraqué, costaud, c'est vrai que dans le service des urgences avoir
117 ce genre de soignant ça aide, ça aide une équipe dans le cadre de l'agressivité pouvoir
118 contentonné quelqu'un et le maintenir. Ouai j'ai cette situation là en tête où on était content de
119 voir notre collègue grand et baraqué.

120 **Moi : Merci d'avoir répondu à toutes mes questions**

121 Pauline : De rien

Entretien n°4. Anthony, IDE 4

1 **Moi : Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots s'il vous plaît ?**

2 Anthony : Bon je m'appelle Anthony donc j'ai 42 ans ça fait 10 ans que je suis infirmier dans
3 un service d'urgence du département, j'ai eu mon diplôme il y a, ... dans la foulée donc j'ai
4 enchaîné avec les urgences donc il y a environ 10 ans en 2013. Et depuis, je suis toujours dans
5 le même service. Je suis là pour répondre à tes questions.

6 **Moi : Bon, alors comment établissez-vous une relation soignante/soignée avec vos patients**
7 **?**

8 Anthony : J'essayais d'établir une relation soignant/soignée par la confiance, par le dialogue et
9 en essayant de plus possible d'expliquer le pourquoi du comment, pourquoi je fais ça, comment
10 je le réalise, quels sont le but, quels sont les effets attendus, les effets recherchés, et pas
11 forcément employé de façon régulière des termes techniques, l'objectif étant qu'ils comprennent
12 la situation et ce pourquoi on est là. Et à partir de là, être le plus clair possible pour commencer
13 à avoir une forme de confiance qui s'instaure réciproquement.

14 **Moi : Donc, vous parlez de confiance, c'est quoi la relation de confiance pour vous ?**

15 Anthony : C'est-à-dire qu'il n'est pas de frein ou de gêne ou de non-dits entre le patient et nous
16 et s'il y a des choses que je souhaite qu'il comprenne les bienfaits ou pas, l'objectif étant de
17 l'avoir à ma cause et de faire une alliance thérapeutique permanente durant le soin.

18 **Moi : Est-ce que vous pensez qu'il y a une juste distance à avoir et qu'est-ce que pour**
19 **vous, la juste distance ?**

20 Anthony : J'ai envie de vous retourner la question, que c'est pour vous la juste distance entre
21 soignant et soigné ? De prime abord, on pourrait dire que le soignant a une primeur en étant au-
22 dessus du soigné. Maintenant, est-ce que c'est totalement le cas ? Je ne crois pas. La juste
23 distance, je pense que chaque situation est différente et particulière concernant le professionnel,
24 ça peut être un moment de fatigue, un moment de, comment dirais-je, de situation qui le renvoie
25 à quelque chose et fait miroir. Du coup, forcément, la juste distance peut être variée, altérée en
26 fonction aussi de l'âge du patient, du sexe du patient. Donc il n'y a pas de, à mon sens, la juste
27 distance, c'est que chacun y met dedans, que ce soit le professionnel, ce qui veut bien y mettre
28 et le patient comment il perçoit les choses aussi.

29 **Moi : Ok.**

30 Anthony : Ça vous va ?

31 **Moi : Oui, très bien, merci. Du coup ce que vous pensez que le genre du soignant influence**
32 **la relation soignant/soigné, le genre, c'est à dire le sexe et du soignant.**

33 Anthony : Je pense que de près d'abord, il faut que ça n'influence pas que chaque patient est
34 individuel. Chaque soignant est un être individuel et propre, chacun a sa personnalité.
35 Maintenant nous sommes aussi en contrepartie, nous ne sommes pas des robots, c'est ce qui fait
36 aussi la richesse de ce métier. Nous sommes des humains et l'humain ben forcément influence
37 ou pas la prise en charge ou peut être qu'avec un certain type de patient d'un certain âge, peut-
38 être qu'on va être plus maternant ou maternel au sexe opposé. Donc oui je pense
39 qu'effectivement le genre peut influencer les relations et la prise en charge.

40 **Moi : Et en quoi ça peut l'influencer, vous pensez ?**

41 Anthony : Ben ça peut l'influencer sur le principe de : est-ce que je vais être plus dans l'affect,
42 est-ce que je vais être plus dans le pragmatique, est-ce que je vais être plus dans l'écoute, est-ce
43 que je vais être plus directif, dans la façon dont on va aborder les choses. Le professionnel, moi,
44 je pense que oui, effectivement, je peux évoluer, changer, m'adapter aux situations du patient,
45 au sexe du patient et inversement je pense aussi que ce soit au niveau générationnel, culturel,
46 le patient peut aussi émettre des souhaits ou demander des choses qui soient différentes en
47 fonction du sexe du soignant. Maintenant, la réalité est faite que le jour où, dans le service dans
48 lequel je suis, bah si aujourd'hui c'est moi qui me dois de m'occuper en tant qu'homme de ce
49 secteur et de cette patiente ou de ce patient, l'institution fait que malgré tout on n'aura pas le
50 choix, il faudra s'adapter, qu'il s'adapte, lui et moi aussi après des fois on peut essayer de changer
51 avec nos collègues de travail, inverser si ça pose vraiment problème. Mais il n'empêche que
52 voilà on est un service public et que chacun devra fournir des efforts si cela est gênant.

53 **Moi : Ok, et dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante**
54 **des nouveaux soignants ?**

55 Anthony : Ça c'est toujours pareil, c'est un peu individuel, c'est propre à chacun, c'est
56 l'intégration des nouveaux soignants, c'est comment ils vont se comporter, quels vont être sa
57 posture. Je pense qu'on doit être le plus possible dans la bienveillance et dans l'écoute et dans
58 l'entraide surtout, surtout dans ce type de service où on voit des choses qui ne sont pas forcément
59 drôles tous les jours ou ça peut affecter par moment ou avec la fatigue, et il est de notre devoir
60 et puis c'est dans notre cursus, hein, dans notre DE aussi d'être un petit peu, d'accompagner nos
61 pères. Donc on est dans notre rôle de s'aider entre nous en permanence, toute façon, c'est
62 l'objectif, hein. Si on commence à être dans la difficulté de mal accompagné ou que le nouveau,
63 la nouvelle personnalité arrive, le nouveau professionnel arrive, et qu'on ne veut pas trop

64 l'accompagner. Forcément lui aussi, il va se mettre un peu à l'écart, ça peut créer des distances,
65 des tensions et ce n'est pas le but. Le but c'est d'essayer de travailler tous en bonne harmonie et
66 de façon intelligente.

67 **Moi : Et au niveau des étudiants infirmiers ?**

68 Anthony : C'est la même chose, c'est la même chose, c'est comment va se comporter l'étudiant,
69 comment nous allons, nous l'appréhender, comment nous nous allons lui expliquer les choses,
70 comment nous allons l'associer aux soins que nous réalisons au quotidien, l'associer à nos prises
71 en charge, ne pas hésiter à le mettre à l'aise, ne pas hésiter à dire nous en tant que professionnel,
72 ben je ne sais pas car on ne peut pas tout savoir et inversement pour les étudiants, ce n'est pas
73 là le problème. Le but c'est qu'après dans l'ensemble on essaye de travailler main dans la main
74 à essayer de trouver des solutions, à réfléchir de comment on peut améliorer la prise en charge,
75 comment on peut aider le mieux possible les nouveaux arrivants étudiants et ça, ça passe par
76 l'échange. Le problème de ce service c'est qu'on n'a pas toujours le temps. La temporalité fait
77 que, et la réalité du terrain, n'avons pas toujours les moyens humains et temporalité toujours
78 pareil de s'en occuper correctement parce qu'il a une charge de travail qui est en perpétuelle
79 augmentation et on souhaiterait mieux par moment les prendre en charge, ce qui n'est pas
80 toujours possible. Après, c'est à eux aussi de comprendre que des fois on n'a pas le temps. Et
81 puis s'il faut y revenir, il ne faut pas qu'ils existent à revenir sur les choses qui n'ont pas compris.
82 C'est, on est acteur de notre, de notre profession, de notre rôle. Il ne faut pas qu'on subisse les
83 choses, voilà donc il ne faut pas hésiter à prendre les choses en main et à demander des choses.

84 **Moi : Est-ce que vous pensez que la cohésion d'équipe interagit dans l'intégration de de**
85 **nouveaux soignants ?**

86 Anthony : La cohésion d'équipe peut influencer, oui, l'intégration des nouveaux soignants.
87 Après, il faut faire 2 choses bien distinctes, je pense, par rapport à ça, c'est que malgré ce que
88 peut être dit positif ou négatif, la communauté professionnelle face aux nouveaux étudiants,
89 chacun doit faire preuve, de prendre de la hauteur et de se dire : « *bon, OK mes collègues, ils*
90 *disent ça, mais moi, qu'est-ce que j'en pense ?* » Chacun doit avoir son propre avis, son propre
91 jugement, parce qu'il peut y avoir des affinités qui ne passeront pas parce qu'ils ont un
92 comportement, parce qu'ils ont une coupe de cheveux, parce qu'ils ont une dégaine, un tatouage,
93 peu importe. Donc je pense qu'il est important que chacun d'abord fasse son propre avis sur des
94 trucs factuels, pas sur des on-dit, et qu'ensuite que la cohésion d'équipe, ben, soit assez libre, la
95 parole soit assez libre et ouverte pour pouvoir échanger sans avoir une pression de jugement ou
96 de penser : « *bah lui il pense ça ce n'est pas bien. Et pourquoi là ça c'est ça* », ça on s'en fiche.
97 Il faut que ce soit factuel qui ait des trucs concrets, donc je pense que oui c'est important la
98 cohésion d'équipe, mais il ne faut pas être submergé par ça et il faut avoir son propre regard et
99 essayer d'avoir sa propre autonomie et sa façon de penser.

100 **Moi : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe**
101 **soignante ?**

102 Anthony : C'est marrant, j'ai eu un gros débat quand j'étais étudiant avec un copain sur ce sujet-
103 là, je pense que oui, effectivement, on est quand même dans un milieu féminin et que, de
104 premier abord, la majorité étant du sexe opposé, je pense que ça influence un petit peu au départ.
105 Quand on va travailler avec des professionnels au féminin, je pense que les 15 premiers jours,
106 oui. Ensuite, malgré tout, on reste des professionnels de santé et que ça, après, peut-être qu'on
107 laissera un peu plus d'un bénéfice du doute et encore que mais après, si l'étudiant, on parle
108 toujours de l'étudiant, hein, c'est ça ?

109 **Moi : L'étudiant et le nouveau soignant**

110 Anthony : C'est la même chose, de toute façon je pense qu'au bout d'un moment, il faut que
111 l'étudiant ou le nouveau soignant il fasse ses preuves et que le sexe ne rentre plus en compte.
112 Autant au départ, on peut être un peu plus à l'écoute, un peu plus attentionné, mais ce n'est pas
113 qu'une question de sexe et c'est aussi peut être en fonction de l'âge, de parcours de vie, y a pleins
114 choses qui rentre en compte, mais oui, le sexe rentre dedans mais ce n'est pas une fin en soi,
115 c'est sur un délai ou une durée limitée je pense.

116 **Moi : Est-ce que vous pouvez me raconter une situation où le genre du soignant est un**
117 **avantage dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des**
118 **patients ? Un avantage ou un inconvénient ?**

119 Anthony : Alors là où je travaille actuellement dans le genre oui, notamment sur la population
120 maghrébine et notamment féminine où il est préférable, entre guillemets, que ce soit une femme
121 selon les soins qu'on doit lui apporter de par leur religion, de par leur leurs croyances, de par
122 leurs traditions, certaines personnes préfèrent que ce soit un soignant de sexe féminin, dans ce
123 cas-là. De plus c'est vrai que selon les soins qu'on doit réaliser pour les personnes âgées quand
124 c'est un homme qui arrive, certaines personnes peuvent avoir une certaine réticence, on va dire
125 ou appréhension plutôt. Maintenant tout se fait, il suffit, comme je le disais précédemment, le
126 plus important, à mon sens, c'est de prendre le temps quand, dans la mesure du possible, hein
127 c'est toujours pareil si c'est une situation d'urgence, on n'a pas le temps, donc on fait et on n'a
128 pas le choix. Mais d'expliquer le pourquoi du comment, comment ça se passe et en général, on
129 arrive à trouver des solutions et ça se passe généralement bien, peu importe le soin quel qu'il
130 soit. Mais la temporalité toujours pareille, elle influence et ce n'est pas tout le temps le cas. Et
131 vous pouvez redire la question du coup.

132 **Moi : Mais du coup, je vais vous demander de raconter une situation où le genre du**
133 **soignant était un avantage ou un inconvénient dans l'intégration d'un nouveau soignant**
134 **ou dans la prise en charge d'un patient.**

135 Anthony : Donc ça c'est par rapport au soignant/soigner. Ensuite entre professionnel de santé,
136 je n'ai pas d'exemple précis à donner. Maintenant, je pense que quand même c'est bien qu'il y
137 ait une mixité, que ce ne soit pas que des hommes, pas que des femmes parce que l'on a tous
138 nos tempéraments. Et je trouve que c'est plus riche qui est mixité du genre en tant qu'équipe
139 soignante. Peu importe la catégorie professionnelle, que ce soit à AS, ASH, IDE ou médecins,
140 et il me semble que c'est important qu'il y ait une mixité. Parce que chacun apporte sa façon de
141 voir qui est différente par rapport aux gens, hein. Je dirais, ça fait cliché, mais c'est que les
142 hommes, on est un peu plus passe au-dessus des regards pourris ou les bonjours bof ou elle ne
143 m'a pas dit « *Bonjour* » aussi. Alors que le côté féminin peut-être attacherait plus de valeur et
144 du coup ça pourrait être plus néfaste à l'ambiance mais encore que... ce n'est même pas sûr.
145 Mais je n'ai pas d'exemple précis qui me viennent en tête.

146 **Moi : Je pense que ça me suffit largement et merci beaucoup.**

147 Anthony : Merci à vous Kévin.

Entretien n°5. Brenda IDE 5

1 **Moi : Vous pouvez vous présenter en quelques mots.**

2 Brenda : Ouais, bien sûr. Alors moi, c'est Brenda, infirmière depuis 3 ans maintenant, depuis 3
3 ans maintenant, j'ai commencé par de la Pédopsychiatrie pendant 9 mois, ça ne me convenait
4 pas forcément donc après, j'ai terminé en pneumologie depuis là 2 ans et demi du coup.

5 **Moi : Est-ce que vous pouvez donner votre âge ?**

6 Brenda : 26.

7 **Moi : Donc comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?**

8 Brenda : Pour moi, c'est déjà dans la communication qui est très importante, c'est savoir
9 pourquoi le patient est là, quels sont ses besoins, comment on va mettre en place une prise en
10 charge, en discuter aussi en équipe pour qu'il est le meilleur accompagnement possible vers la
11 guérison on espère. Donc la communication, la confiance, bien sûr. C'est ça la relation
12 soignant/soigné.

13 **Moi : Et du coup, la relation de confiance, comment vous l'établissez ?**

14 Brenda : Beaucoup de communication en lui disant, en lui répondant bien à ces questions, on
15 fait attention à ses besoins, en le rassurant énormément.

16 **Moi : Ce que vous pensez qu'il y a une juste distance à avoir avec le patient ?**

17 Brenda : Je pense que oui, c'est très important.

18 **Moi : C'est quoi pour vous, la juste distance ?**

19 Brenda : Pour moi, il ne faut pas qu'il y ait trop de copinage. En tout cas, il ne faut pas rentrer
20 dans la familiarité.

21 **Moi : Vous pensez que la juste distance, c'est propre à chacun ? Est-ce que vous pouvez
22 essayer de développer ?**

23 Brenda : Pour moi, chaque soignant, en fait, a sa notion de distance avec le patient. Parfois,
24 c'est un peu plus compliqué que d'autres d'avoir cette distance là rien que par rapport à l'âge du
25 patient par rapport à son vécu aussi, des fois on se retrouve assez... Voilà par rapport à son
26 vécu. Il y a pas mal de choses. Après il y a des liens qui peuvent être, qui peuvent se créer entre
27 le soignant et le patient. Il y a des liens qui sont beaucoup plus forts avec certains que d'autre.
28 Et c'est vrai que moi je dis, je dirais que ça dépend du patient et ça dépend du soignant aussi
29 ouais.

30 **Moi : Et est-ce que vous pensez que le genre soignant, du coup le sexe du soignant
31 influence dans la relation soignant/soignée ?**

32 Brenda : Moi je pense que oui, je pense que ça peut aussi ce n'est pas mon cas particulièrement,
33 mais je pense que ça peut.

34 **Moi : En quoi ça peut influencer ? Vous pouvez développer ?**

35 Brenda : Moi, ce que j'ai constaté, c'est qu'il y a des femmes par exemple, qui ne veulent pas
36 d'hommes concernant par exemple les toilettes et vont refuser parce qu'elles sont pudiques. Il y
37 en a qui se seront plus en confiance, avec des hommes parce qu'ils sont grands, ils sont forts et
38 ça les rassure. Il y en a aussi qui vont les confondre à des médecins pour certains des fois vue
39 que l'on est beaucoup, beaucoup de femmes quand ils voient des hommes, vu que ce n'est pas
40 courant. Je pense qu'ils ont plutôt contents les patients, de voir des hommes.

41 **Moi : Dans votre service, comment se passe l'intégration d'un nouveau soignant dans**
42 **l'équipe soignante ?**

43 Brenda : C'est-à-dire ?

44 **Moi : Ben pour vous, l'intégration d'un soignant, c'est quoi ?**

45 Brenda : Pour nous, l'intégration d'un soignant, c'est quoi ? Bah déjà. Peut-être commencer à
46 lui explique le fonctionnement en fait. Il se présente, on lui présente l'équipe aussi. Euh... Ils
47 sont quand même bien intégrés dans l'équipe. Ouais, ils sont quand même bien intégrés dans
48 l'équipe. Les personnes sont vite à l'aise, on arrive quand même à les mettre en confiance et à
49 l'aise assez rapidement.

50 **Moi : Ça, c'est dû à la cohésion de votre équipe ? Vous pensez ?**

51 Brenda : Ouais, je pense qu'en pneumologie, on a une assez bonne équipe, on s'entend bien, on
52 se fait confiance aussi. On se fait beaucoup confiance, on délègue, on délègue aussi, on arrive
53 à déléguer pas mal. Ça c'est bien aussi. Y a des services. Enfin, y a des gens qui n'arrivent pas
54 à déléguer.

55 **Moi : Et au niveau des étudiants ?**

56 Brenda : Ils sont plutôt contents. C'est ce qui nous disent hein. Après je ne sais pas, mais en tout
57 cas c'est ce qui nous disent quand ils partent, ils sont plutôt contents. L'intégration se fait aussi
58 au sein de l'équipe avec les patients, ça se passe assez bien aussi généralement. Euh. Voilà...

59 **Moi : Elle se fait de la même manière que le nouveau soignant ?**

60 Brenda : Après ce n'est pas pareil, ce n'est pas pareil parce que c'est des étudiants. Bien sûr, il
61 y a cette distance, comme tout à l'heure que tu parlais, qu'on peut mettre parce que c'est un
62 étudiant, mais généralement ça se passe très bien. Ouais.

63 **Moi : Et du coup, est-ce que vous pensez que le genre du soignant ou de l'étudiant**
64 **influence sur l'intégration dans l'équipe ?**

65 Brenda : Je ne pense pas. Ouais je ne pense pas ça je pense pas ouais.

66 **Moi : Un homme ne s'intègre pas plus facilement qu'une femme dans l'équipe ?**

67 Brenda : Non je ne pense pas. Après c'est vrai que ça fait plaisir quand on a des hommes, hein,
68 en tant que soignant et tout ça, hein, parce que voilà, rien que pour les porter les gros bras quoi.
69 Mais après ouais. Enfin en tout cas, en tant qu'étudiant, non je ne pense pas. On n'a pas se
70 ressenti là.

71 **Moi : Et en tant que soignant ?**

72 Brenda : En tant que soignant l'équipe peut être pas forcément, mais ce que je disais tout à
73 l'heure, je pense au niveau des patients, oui, il peut y avoir des distances qui peuvent se mettre
74 si un homme ou une femme en fonction, si elle est plus ou moins à l'aise avec quoi.

75 **Moi : Racontez-moi une situation où le sexe du soignant a été un avantage ou un**
76 **inconvenient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge**
77 **des patients.**

78 Brenda : Moi, je pensais à un jeune qu'on avait eu à un moment donné là. Pareil, c'était au
79 niveau de la toilette, donc il était plutôt jeune. Je crois qu'il avait 19 ou 20 ans et très gêné du
80 coup pour faire la toilette, pour que ça soit une femme. À ce moment-là, on a eu de la chance,
81 on avait ben celui qui va descendre te répondre. On avait un homme et il demandait à chaque
82 fois un homme, ou alors sa compagne quand elle venait. Là, ça a été quand même... Ce n'est
83 pas un inconvénient. Après on respectait son choix, n'y a pas de souci hein bien sûr, mais voilà,
84 c'est là le frein qu'il peut y avoir au sujet du genre. Après niveau positif. C'est, c'est très bien
85 quand il y a des hommes.

86 **Moi : Mais par rapport à quoi ?**

87 Brenda : Par rapport au fait que bon déjà je trouve que les hommes sont beaucoup plus cool en
88 soit dans le sens où il y a moins d'histoires. Voilà c'est plus tranquille au niveau relationnel et
89 en plus de ça comme je t'ai dit, on n'est que des femmes. Donc quand il y a un homme qui vient
90 dans l'équipe, ça fait un bras costaud en plus, il est moins prise de tête. Et oui, ce n'est pas prise
91 de tête, c'est beaucoup plus cool et puis ça change du fait d'être qu'entre filles.

92 **Moi : Ben merci beaucoup.**

93 Brenda : J'espère que j'ai pu répondre à tes questions.

Entretien n°6. Arnaud IDE 6

1 **Moi : Est-ce que tu peux te présenter en quelques mots ?**

2 Arnaud : Alors je suis infirmier depuis 2 ans. Voilà, avant j'étais ambulancier pendant 12 ans.
3 Et j'ai tout mon cursus dans le médical, donc j'ai eu un bac science médicosocial. Et puis après
4 voilà ambulancier et là infirmier depuis 2 ans, j'ai intégré l'hôpital pour le renfort COVID en
5 fait pendant la 2 ou 3e vague du COVID voilà. Je suis en service de pneumologie.

6 **Moi : Est-ce que tu peux me donner, ton âge ?**

7 Arnaud : Bah j'ai 37 hein.

8 **Moi : Comment établis-tu une relation soignant/soigné avec tes patients ?**

9 Arnaud : Alors moi quand j'arrive dans une chambre, bon, voilà forcément un peu les mots
10 d'usage, quoi, le « *Bonjour* » mais un peu avec le sourire. Voilà toujours essayer de plaisanter.
11 Et puis j'essaie toujours de rebondir sur ce que les gens ils me disent toujours un peu sur le
12 positif. Et surtout moi j'établis la relation, en fait, en montrant que je suis là pour eux, que
13 j'essaie de bien faire les choses. S'il me demande de mieux les installer, je les installe enfin qui
14 même ce qui me demande si ça a l'air pénible à faire, je le fais et ils voient qu'ils peuvent
15 compter sur moi comme ça quand ils ont besoin, quand ils ont besoin. Moi c'est comme ça et je
16 sais que le lien s'est fait quand, selon la manière dont ils me disent « *merci* » ou s'ils me disent
17 « *Vous êtes gentils* », c'est des choses que j'entends souvent. Donc voilà bon, bien sûr, ils
18 comparent aussi un peu à d'autres soignants, donc tu sais toi que tu fais un peu plus que l'autre,
19 c'est tout ça, ça montre qu'ils ont confiance en toi. Et voilà, moi c'est, c'est le but que je cherche
20 à atteindre quand je prends quelqu'un en charge, de savoir qu'ils ont confiance. Enfin, il arrive
21 toujours un moment où ils montrent qu'ils ont confiance, voilà.

22 **Moi : Et est-ce que tu penses qu'il faut garder une certaine distance avec les patients ?**

23 Arnaud : Ah Ben oui. C'est comme si tu perds cette distance. Moi je plaisante toujours, j'ai
24 toujours l'air... Je pense que c'est ça que... j'essaie de leur montrer qu'ils ne sont pas un patient
25 à la suite d'un autre patient à la suite d'un autre patient, comme si c'était de l'usinage. Je leur
26 fais toujours des soins où j'essaie de jamais employer les mêmes mots avec l'un qu'avec l'autre,
27 qu'il voit qu'ils ne sont pas uniques mais que je voilà, je suis là pour m'occuper d'eux et pas
28 comme un patient à la chaîne et du coup... mais je ne perds jamais de vue que ce n'est pas des
29 personnes de la famille, ça, je n'ai jamais eu de soucis avec ça de faire le, de garder la distance
30 professionnelle et je n'ai jamais eu de problème avec ça. Si vraiment parce que c'est déjà arrivé
31 il y a des patients qui essaient de demander ton numéro parce qu'ils s'entendent bien, ils ont
32 toujours l'impression que ça se passe mieux. C'est souvent les patients qui sont un petit peu
33 esseulé dans la vie, tout ça. Là, j'essaie de trouver des solutions ou bah des fois il faut être direct
34 en disons que ce n'est pas possible mais y en a qui essayent. Mais moi en tout cas, je sais
35 toujours garder la distance, je n'ai pas de souci avec ça.

36 **Moi : Est-ce que tu penses que le sexe du soignant influence dans la relation**
37 **soignant/soigné ?**

38 Arnaud : Je pense, ouais, parce que ça m'est arrivé tellement de fois que les collègues féminines
39 me disent « *avec moi, il dit si, il dit ça* » par exemple, un homme avec une collègue féminine.
40 Et moi, quand c'est moi qui les prends en charge, je n'ai jamais un mot de travers, jamais un
41 geste déplacé, que ça enfin déplacé, pas forcément à connotation sexuelle, mais un geste, voilà
42 pas sympa, on va dire. Voilà enfin, ce n'est pas tout le temps, mais je veux dire, c'est récurrent
43 quoi. Et je vois que quand j'arrive dans une pièce, je sais que, par exemple, des fois j'en joue
44 quand ça ne se passe pas bien dans une chambre comme ils pensent, en plus que je suis un
45 homme avec des cheveux blancs, j'ai 37 ans avec le masque, quand j'arrive, ils pensent souvent
46 que je suis médecin donc même sans rien dire, et même s'ils me disent pas « *bonjours docteur* »
47 ou quoi quand j'arrive et que ça se passe pas très bien et, ben, on voit que la personne elle se
48 calme alors que si c'était une collègue féminine ça changerait rien quoi ça je vois que je, enfin
49 voilà, c'est ce que j'ai constaté. Je pense que ça influence pas mal la relation qu'il y a, après ça
50 dépend. Les hommes, ils se sentent bien parce que c'est le masculin, donc entre hommes voilà,
51 et les femmes je pense que c'est plus peut être elle pense que je suis docteur du coup...

52 **Moi : L'homme représente l'autorité tu penses ?**

53 Arnaud : Un peu. Ouais, je pense que... ouai ouai, c'est ce que j'ai constaté. Pourtant ça ne fait
54 pas longtemps que je fais ça. Mais pendant les ambulances, c'était déjà. Je le vois même plus
55 maintenant qu'avant dans les ambulances.

56 **Moi : Et du coup, dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe**
57 **soignante des nouveaux soignant ?**

58 Arnaud : Là ça va hein ? Là ça fait Ben depuis début novembre donc ça fait 6 mois que je suis
59 dans mon nouveau service. Bah les filles comme quand je suis arrivé en pneumo, elles les ont
60 toujours... de toute façon dès qu'il y a un homme qui arrive, pour revenir sur le fait parce que
61 c'est ce que j'entends le plus, elles sont contentes parce que ça va faire un peu des bras. Ça me
62 fait un peu des bras, voilà, pour les aider à remonter, on en parlait tout à l'heure encore quand
63 je suis arrivé et voilà. Et puis bon, et mais bon après. Il y a toujours un petit temps d'observation,
64 tu fais pas trop partie encore un peu de l'équipe pendant plusieurs semaines, même là, dans mon
65 nouveau service, je sens pour l'instant ils savent pas s'ils peuvent avoir confiance, ils peuvent
66 se confier, pas se confier donc mais ça vient avec le temps ça, moi ça m'inquiète pas, je fais
67 mon travail je pense que moi je montre qu'en faisant mon travail bien c'est comme ça en fait

68 que comme je fais avec les patients en fait c'est ça faut toujours rassurer les gens en fait
69 finalement.

70 **Moi : La cohésion de l'équipe qui t'a accueilli, tu penses que c'est un frein à l'intégration ?**

71 Arnaud : Non, je ne pense pas non. C'est juste que Ben, il faut être conscient que quand t'arrives,
72 t'arrives dans une équipe qui est déjà en place donc c'est un peu à toi de montrer que ça va. C'est
73 sûr qu'eux, il faut qu'il fasse un effort un peu aussi, si je sens que tous les regards sont un peu
74 pas sympa ou un peu de travers ou les gens un peu distants, c'est sûr que ce n'est pas. Ça n'aide
75 pas quoi ? Mais en ce qui me concerne, je sais que quand tu arrives dans une équipe, il faut, il
76 faut toujours si tu places une petite touche d'humour un truc comme ça, ça passe toujours bien.

77 **Moi : Est-ce que tu penses que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe
78 soignante ?**

79 Arnaud : Je pense ouais, ce n'est pas déterminant à mon avis, c'est un tout hein, ce n'est pas le
80 que le sexe. Je pense qu'il y a l'âge aussi. Il y a la maturité. Comme peut être ton expérience
81 passée aussi. Mais le, je pense que le genre ouais, ça influence dans le sens, comme je te disais
82 qu'ils savent qu'ils vont avoir un peu d'aide justement que quand ça ne se passe pas bien et qu'il
83 y a un homme, un qui peut être impressionnant et les aider. Parce que c'est, c'est quand même
84 très féminin comme équipe dans un hôpital. Bon après je ne sais pas si c'est je ne pense pas que
85 ce soit hyper déterminant, un facteur qui joue plus qu'un autre, je ne pense pas. C'est un tout,
86 je pense.

87 **Moi : Et du coup, la dernière question, est-ce que tu peux me raconter une situation où le
88 sexe du soignant a été un avantage ou un inconvénient dans l'intégration du soignant
89 auprès de l'équipe ou dans la prise en charge du patient ?**

90 Arnaud : Oui comme je te disais, quand je suis arrivé à un avantage, dans le sens que tu sais
91 que tu vas avoir de l'aide par exemple, pour remonter les patients, tout ça. En inconvénient ?
92 Non, je n'ai pas vu que ce soit un homme ou une femme. Je n'ai pas vu d'inconvénient
93 particulièrement. Ben comme je sais que j'ai souvent entendu qu'ils étaient contents parce que
94 ça ferait de l'aide. Parce que ça ferait de l'aide, voilà surtout physique, on va dire. Après, non,
95 je n'ai pas vu de... je n'ai pas de situation où ça a été un inconvénient.

96 **Moi : Ben merci beaucoup de tes réponses.**

97 Arnaud : Avec plaisir.

Entretien de l'IDE 1

Questions	Verbatim de l'IDE
Q1 : Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?	L26-28 : [...] c'est l'empathie, c'est connaître la personne, c'est... En milieu libéral, c'est beaucoup plus facile parce que c'est nous qui intervenons chez la personne, donc c'est comprendre et accepter dans le milieu où il vit [...] L32 - 34 : [...] les gens ont besoin de nous, ils sont dans une situation bien souvent difficile avec un besoin d'aide [...] on s'adapte à leur environnement. L40-41 : [...] L'émotion, elle y est. Et puis on fait bien souvent partie de la famille. Après, quand on y va 3 fois par jour
Q2 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?	L56-58 : [...] les hommes maintenant que quand j'en avais 30 hein donc je suis obligée de garder une distance avec... Donc on n'a pas le même relationnel avec une femme et un homme. L62-65 : [...] je me souviens dans mes premières années d'études de libéral, c'était beaucoup d'infirmières libérales. Et puis, à un moment donné, il y a eu un infirmier qui est arrivé, ça posait des problèmes avec les patientes qui ne voulaient pas un homme. L67-68 : [...] j'ai vu l'évolution, hein ? Un homme accepte facilement que ce soit une infirmière et nous, on a 2 infirmiers dans l'équipe, ça pose aucun problème [...]
Q3 : Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?	L73-78 : D'un nouveau soignant c'est difficile parce que on fait bloc, on s'entend bien [...] quand il arrive quelqu'un, on est, on est méfiant, on est, on l'accueille [...] on est soudé [...] Nous ça marche bien donc quand il arrive quelqu'un, on se dit « mon Dieu, pourvu qu'il ne casse pas l'équipe ».
Q4 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?	L99-100 : Non, non, non. On a eu une collègue qui était enceinte, on a eu un remplaçant homme qui a été très bien intégré. Il n'y a pas eu de problème. Ni dans l'équipe, ni avec les patients.
Q5 : Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.	L106-107 : Moi je trouve que dans l'équipe, avoir des infirmiers et infirmières, cela soude et puis il n'y a pas de conflits euh... La mixité c'est positif.

Entretien de l'IDE 2

Questions	Verbatim de l'IDE
<p>Q1 : Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?</p>	<p>L13-19 : [...] elle s'établit dès la rencontre puisqu'on vient chez lui [...] on intervient, on parle de la pathologie, de pourquoi on vient quels soins sont à faire. Et après, une fois que le soin s'engage souvent, c'est là où on parle de choses plus personnelles ou de choses plus banales et générales aussi [...] c'est très professionnel au début et après on a une tendance à plus se disperser parce que... Il faut une discussion [...]</p> <p>L29, [...] faut s'adapter aux patients et qu'est-ce qu'on va lui dire et de quoi on va parler.</p> <p>L32-34 : [...] on s'adapte aux patients alors des fois au début c'est un petit peu un peu le ping-pong, on essaye, on envoie des choses et on voit comment ils réagissent [...]</p> <p>L42-44 : [...] de garder ces distances ce n'est pas possible en fait y a certains patients qui ne veulent pas. Qui ne comprennent pas, donc il faut être entre guillemets, familier chez certains, ou du moins de se sentir plutôt familier [...]</p> <p>L45-46 : [...] et d'autres patients, on est très distant, on reste très cadré sur le soin et on ne va pas plus loin.</p>
<p>Q2 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?</p>	<p>L60-64 : « On a certains patients, on leur demande si ça soit un homme, ce n'est pas gênant. L'inverse, c'est plutôt rare. Mais bon, l'homme, notamment pour les reconstructions mammaires ou des pansements qui sont plutôt placés sur des parties intimes, des toilettes aussi. Mais ça c'est très rare. Ça a été au tout début. On a quelques patientes qui ne voulaient pas d'hommes. »</p>
<p>Q3 : Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?</p>	<p>L92-93 : Nous on s'attendait à avoir un pique-nique d'intégration où l'on présente tout le monde [...]</p> <p>L107 : [...] l'on a beaucoup formé [...]</p> <p>L108-109 : On avait l'impression de toujours formé des collègues qui partaient, qu'on reformait qui partaient [...]</p> <p>L156-158 : [...] souvent quand vous avez trouvé des collègues avec qui vous vous entendez bien, pas que ce soit des amis mais que ce soit au niveau professionnel qu'il y est une bonne entente souvent vous restez. Ça fait la force de l'équipe [...]</p>
<p>Q4 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?</p>	<p>L145 : Ah oui, oui, oui, oui. Oui ça c'est sûr.</p>
<p>Q5 : Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.</p>	<p>L193-195 : [...] un homme en libérale s'est un inconvénient au niveau des nursings, au niveau de certains soins auprès des femmes, au niveau de certaines confession aussi qui font que les hommes ce n'est pas tellement toléré [...]</p> <p>L207-2808 : [...] mais c'est plus un comportement, les garçons ont toujours raison et les femmes pas forcément [...]</p>

Entretien de l'IDE 3

Questions	Verbatim de l'IDE
Q1 : Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?	<p>L9 : [...] essentiellement par le dialogue [...]</p> <p>L10-11 : [...] la relation se fait tout de suite par le dialogue [...]</p> <p>L11-12 : [...] quand on reçoit des patients selon la pathologie et l'âge de la personne, ça va être aussi par le toucher.</p> <p>L14-15 : [...] il y a toute une relation à mettre en place tout de suite pour apaiser les choses et aussi rassurer.</p> <p>L18-20 : [...] le fait de pouvoir rassurer la personne et lui expliquer ce qui va se passer, comment ça va se passer, de suite, effectivement ça va peut-être mettre la personne en confiance et donc la relation sera meilleure.</p> <p>L25-26 : [...] la juste distance, c'est propre à chacun parce qu'on a tous un peu notre affect qui rentre dans la relation [...]</p> <p>L29-30 : [...] il y a quand même une juste distance mais avec une barrière, une limite.</p>
Q2 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?	<p>L42-48 : [...] il peut arriver que le soignant homme dérange certaines prises en charge dans le sens où il y a beaucoup de pudeur, selon le soin, et j'ai déjà vu des personnes refuser un soin parce que la personne était un homme. Il y a un côté peut-être aussi maternant chez la femme qui rassure la personne soignée, que ce soit chez la personne âgée ou chez l'enfant. En revanche, pour d'autres situations de soins, l'homme va être plus rassurant dans le sens où l'homme a la force que la femme n'a pas, donc le genre influence, mais le type de soins aussi, je dirais.</p> <p>L53-54 : [...] il y a un rapport au corps et à l'intimité qui dérange quand le soignant est homme.</p> <p>L54-56 : Il y a des personnes qui vont vous dire que peu importe le soignant, il y a le côté professionnel qui va rentrer en jeu et donc homme ou femme, ça ne dérangera pas.</p> <p>L56-57 : [...] des femmes [...] refuser le soin parce que le soignant était un homme.</p> <p>L58-59 : [...] l'homme chez l'homme où le patient était gêné se voir faire une toilette intime par un homme.</p> <p>L62-53 : [...] j'ai quand même remarqué que l'homme est plus rassurant selon les soins [...] un médecin homme peut être aura plus d'aplomb qu'un médecin femme, une espèce de je ne vais pas dire macho, mais presque. Il y a un côté un peu le médecin dans les esprits des gens, le médecin est un homme et l'infirmière est une femme.</p> <p>L69-71 : [...] les soins de force, c'est peut-être plus pour les publics à psychiatriques où l'infirmier homme va avoir plus de poigne et va pouvoir un peu plus être en force dans le soin que la femme</p>
Q3 : Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?	<p>L84 : [...] accepter l'autre comme il est</p> <p>L87-88 : L'intégration la première des priorités ça serait ça et de faire avec la personne qu'il est.</p> <p>L91-92 : [...] dans une équipe solidaire, unis, ça sera plus facile d'intégrer quelqu'un que dans une équipe où il y a des disparités et des querelles [...]</p> <p>L98-99 : [...] l'affinité qui va se faire ou pas avec la nouvelle personne, eh ben ça influencera la relation.</p>
Q4 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?	<p>L104-106 : [...] vous les hommes, j'ai l'impression que vous passez mieux que les femmes lors de vos stages. Parce qu'entre femme c'est vrai que l'on est des chipies.</p>
Q5 : Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.	<p>L111-120 : Ouais alors, attends, il faut que je cherche une situation ... Où ça a été un avantage, j'ai l'exemple de situation comme on le retrouve souvent aux urgences dans le cadre d'une personne alcoolisé et violente. Quand on sait que la personne avec qui on va travailler, qui vient d'être recruté ou pas d'ailleurs, est un homme un peu costaud, on est content de l'avoir dans son équipe parce qu'il a pu facilement maîtriser cette personne qui essayait de se lever du brancard pour venir nous donner des coups, on ne sait pas. En tout cas j'ai en mémoire, c'était un ambulancier SMUR, grand, baraqué, costaud, c'est vrai que dans le service des urgences avoir ce genre de soignant ça aide, ça aide une équipe dans le cadre de l'agressivité pouvoir contentonné quelqu'un et le maintenir. Ouai j'ai cette situation là en tête où on était content de voir notre collègue grand et baraqué.</p>

Entretien de l'IDE 4

Questions	Verbatim de l'IDE
<p>Q1 : Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?</p>	<p>L8-13 : <i>J'essayais d'établir une relation soignant/soignée par la confiance, par le dialogue et en essayant de plus possible d'expliquer le pourquoi du comment, pourquoi je fais ça, comment je le réalise, quels sont le but, quels sont les effets attendus, les effets recherchés, et pas forcément employé de façon régulière des termes techniques, l'objectif étant qu'ils comprennent la situation et ce pourquoi on est là. Et à partir de là, être le plus clair possible pour commencer à avoir une forme de confiance qui s'instaure réciproquement.</i></p> <p>L15 : <i>[...] qu'il n'est pas de frein ou de gêne ou de non-dits entre le patient et nous [...]</i></p> <p>L16-17 : <i>[...] l'objectif étant de l'avoir à ma cause et de faire une alliance thérapeutique permanente durant le soin.</i></p> <p>L21-22 : <i>[...] on pourrait dire que le soignant a une primeur en étant au-dessus du soigné.</i></p> <p>L22-26 : <i>La juste distance, je pense que chaque situation est différente et particulière concernant le professionnel, ça peut être un moment de fatigue, un moment de, comment dirais-je, de situation qui le renvoie à quelque chose et fait miroir. Du coup, forcément, la juste distance peut être variée, altérée en fonction aussi de l'âge du patient, du sexe du patient.</i></p> <p>L26-27 : <i>[...] la juste distance, c'est que chacun y met dedans [...] ce qui veut bien y mettre [...]</i></p>
<p>Q2 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?</p>	<p>L37-38 : <i>[...] avec un certain type de patient d'un certain âge, peut-être qu'on va être plus maternant ou maternel au sexe opposé [...]</i></p> <p>L41-47 : <i>Ben ça peut l'influencer sur le principe de : est-ce que je vais être plus dans l'affect, est-ce que je vais être plus dans le pragmatique, est-ce que je vais être plus dans l'écoute, est-ce que je vais être plus directif, dans la façon dont on va aborder les choses le professionnel, moi, je pense que oui, effectivement, je peux évoluer, changer, m'adapter aux situations du patient, au sexe du patient et inversement je pense aussi que ce soit au niveau générationnel, culturel, le patient peut aussi émettre des souhaits ou demander des choses qui soient différentes en fonction du sexe du soignant.</i></p> <p>L49-52 : <i>[...] l'institution fait que malgré tout on n'aura pas le choix, il faudra s'adapter, qu'il s'adapte, lui et moi aussi après des fois on peut essayer de changer avec nos collègues de travail, inverser si ça pose vraiment problème. Mais il n'empêche que voilà on est un service public et que chacun devra fournir des efforts si cela est gênant.</i></p> <p>L119-125 : <i>notamment sur la population maghrébine et notamment féminine où il est préférable, entre guillemets, que ce soit une femme selon les soins qu'on doit lui apporter de par leur religion, de par leur leurs croyances, de par leurs traditions, certaines personnes préfèrent que ce soit un soignant de sexe féminin, dans ce cas-là. De plus c'est vrai que selon les soins qu'on doit réaliser pour les personnes âgées quand c'est un homme qui arrive, certaines personnes peuvent avoir une certaine réticence, on va dire ou appréhension plutôt</i></p>
<p>Q3 : Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?</p>	<p>L55-57 : <i>[...] c'est un peu individuel, c'est propre à chacun, c'est l'intégration des nouveaux soignants, c'est comment ils vont se comporter, quels vont être sa posture.</i></p> <p>L57 : <i>[...] qu'on doit être le plus possible dans la bienveillance et dans l'écoute et dans l'entraide [...]</i></p> <p>L59-61 : <i>[...] il est de notre devoir et puis c'est dans notre cursus, hein, dans notre DE aussi d'être un petit peu, d'accompagner nos pères.</i></p> <p>L68-72 : <i>c'est comment va se comporter l'étudiant, comment nous allons, nous l'appréhender, comment nous nous allons lui expliquer les choses, comment nous allons l'associer aux soins que nous réalisons au quotidien, l'associer à nos prises en charge, ne pas hésiter à le mettre à l'aise, ne pas hésiter à dire nous en tant que professionnel, ben je ne sais pas car on ne peut pas tout savoir et inversement pour les étudiants [...]</i></p> <p>L75-76 : <i>ça passe par l'échange.</i></p> <p>L76-79 : <i>La temporalité fait que, et la réalité du terrain, n'avons pas toujours les moyens humains et temporalité toujours pareil de s'en occuper correctement parce qu'il a une charge de travail qui est en perpétuelle augmentation [...]</i></p> <p>L90-96 : <i>Chacun doit avoir son propre avis, son propre jugement, parce qu'il peut y avoir des affinités qui ne passeront pas parce qu'ils ont un comportement, parce qu'ils ont une coupe de cheveux, parce qu'ils ont une dégaine, un tatouage, peu importe. Donc je pense qu'il est important que chacun</i></p>

	<i>d'abord fasse son propre avis sur des trucs factuels, pas sur des on-dit, et qu'ensuite que la cohésion d'équipe, ben, soit assez libre, la parole soit assez libre et ouverte pour pouvoir échanger sans avoir une pression de jugement ou de penser [...] L98-99 : il faut avoir son propre regard et essayer d'avoir sa propre autonomie et sa façon de penser [...]</i>
Q4 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?	<i>L103-106 : on est quand même dans un milieu féminin et que, de premier abord, la majorité étant du sexe opposé, je pense que ça influence un petit peu au départ. Quand on va travailler avec des professionnels au féminin, je pense que les 15 premiers jours, oui. L111-115 : il fasse ses preuves et que le sexe ne rentre plus en compte. Autant au départ, on peut être un peu plus à l'écoute, un peu plus attentionné, mais ce n'est pas qu'une question de sexe et c'est aussi peut être en fonction de l'âge, de parcours de vie, y a pleins choses qui rentre en compte, mais oui, le sexe rentre dedans mais ce n'est pas une fin en soi, c'est sur un délai ou une durée limitée je pense.</i>
Q5 :	<i>L136-144 : je pense que quand même c'est bien qu'il y ait une mixité, que ce ne soit pas que des hommes, pas que des femmes parce que l'on a tous nos tempéraments. Et je trouve que c'est plus riche qui est mixité du genre en tant qu'équipe soignante. Peu importe la catégorie professionnelle, que ce soit à AS, ASH, IDE ou médecins, et il me semble que c'est important qu'il y ait une mixité. Parce que chacun apporte sa façon de voir qui est différente par rapport aux gens, hein. Je dirais, ça fait cliché, mais c'est que les hommes, on est un peu plus passe au-dessus des regards pourris ou les bonjours bof ou elle ne m'a pas dit « Bonjour » aussi. Alors que le côté féminin peut-être attacherait plus de valeur et du coup ça pourrait être plus néfaste à l'ambiance</i>

Entretien de l'IDE 5

Questions	Verbatim de l'IDE
Q1 : Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?	<i>L8-12 : c'est déjà dans la communication qui est très importante, c'est savoir pourquoi le patient est là, quels sont ses besoins, comment on va mettre en place une prise en charge, en discuter aussi en équipe pour qu'il est le meilleur accompagnement possible vers la guérison on espère. Donc la communication, la confiance, bien sûr. C'est ça la relation soignant/soigné. L14-15 : en lui répondant bien à ces questions, on fait attention à ses besoins, en le rassurant énormément. L19-20 : il ne faut pas qu'il y ait trop de copinage. En tout cas, il ne faut pas rentrer dans la familiarité. L23-25 : chaque soignant, en fait, a sa notion de distance avec le patient. Parfois, c'est un peu plus compliqué que d'autres d'avoir cette distance là rien que par rapport à l'âge du patient par rapport à son vécu aussi, des fois on se retrouve assez... L26-27 : il y a des liens qui peuvent être, qui peuvent se créer entre le soignant et le patient. Il y a des liens qui sont beaucoup plus forts avec certains que d'autre L28 : je dirais que ça dépend du patient et ça dépend du soignant aussi</i>
Q2 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?	<i>L35-40 : c'est qu'il y a des femmes par exemple, qui ne veulent pas d'hommes concernant par exemple les toilettes et vont refuser parce qu'elles sont pudiques. Il y en a qui se seront plus en confiance, avec des hommes parce qu'ils sont grands, ils sont forts et ça les rassure. Il y en a aussi qui vont les confondre à des médecins pour certains des fois vue que l'on est beaucoup, beaucoup de femmes quand ils voient des hommes, vu que ce n'est pas courant</i>
Q3 : Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?	<i>L45-46 : Peut-être commencer à lui explique le fonctionnement en fait. Il se présente, on lui présente l'équipe aussi L48-49 : on arrive quand même à les mettre en confiance et à l'aise assez rapidement. L52-53 : On se fait beaucoup confiance, on délègue, on délègue aussi, on arrive à déléguer pas mal. L57-58 : L'intégration se fait aussi au sein de l'équipe avec les patients L61-62 : il y a cette distance, comme tout à l'heure que tu parlais, qu'on peut mettre parce que c'est un étudiant</i>
Q4 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?	<i>L67-68 : Après c'est vrai que ça fait plaisir quand on a des hommes, hein, en tant que soignant et tout ça, hein, parce que voilà, rien que pour les porter les gros bras quoi</i>
Q5 : Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.	<i>L79-82 : qu'il avait 19 ou 20 ans et très gêné du coup pour faire la toilette, pour que ça soit une femme. [...] On avait un homme et il demandait à chaque fois un homme, ou alors sa compagne quand elle venait. L87-91 : je trouve que les hommes sont beaucoup plus cool en soit dans le sens où il y a moins d'histoires. Voilà c'est plus tranquille au niveau relationnel et en plus de ça comme je t'ai dit, on n'est que des femmes. Donc quand il y a un homme qui</i>

vient dans l'équipe, ça fait un bras costaud en plus, il est moins prise de tête. Et oui, ce n'est pas prise de tête, c'est beaucoup plus cool et puis ça change du fait d'être qu'entre filles.

Entretien de l'IDE 6

Questions	Verbatim de l'IDE
<p>Q1 : Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?</p>	<p>L9-17 : voilà forcément un peu les mots d'usage, quoi, le « Bonjour » mais un peu avec le sourire. Voilà toujours essayer de plaisanter. Et puis j'essaie toujours de rebondir sur ce que les gens ils me disent toujours un peu sur le positif. Et surtout moi j'établis la relation, en fait, en montrant que je suis là pour eux, que j'essaie de bien faire les choses. S'il me demande de mieux les installer, je les installe enfin qui même ce qui me demande si ça a l'air pénible à faire, je le fais et ils voient qu'ils peuvent compter sur moi comme ça quand ils ont besoin, quand ils ont besoin. Moi c'est comme ça et je sais que le lien s'est fait quand, selon la manière dont ils me disent « merci » ou s'ils me disent « Vous êtes gentils », c'est des choses que j'entends souvent.</p> <p>L19-21 : Et voilà, moi c'est, c'est le but que je cherche à atteindre quand je prends quelqu'un en charge, de savoir qu'ils ont confiance. Enfin, il arrive toujours un moment où ils montrent qu'ils ont confiance</p> <p>L25-30 : Je leur fais toujours des soins où j'essaie de jamais employer les mêmes mots avec l'un qu'avec l'autre, qu'il voit qu'ils ne sont pas uniques mais que je voilà, je suis là pour m'occuper d'eux et pas comme un patient à la chaîne et du coup... mais je ne perds jamais de vue que ce n'est pas des personnes de la famille, ça, je n'ai jamais eu de soucis avec ça de faire le, de garder la distance professionnelle</p>
<p>Q2 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?</p>	<p>L38-42 : Je pense, ouais, parce que ça m'est arrivé tellement de fois que les collègues féminines me disent « avec moi, il dit si, il dit ça » par exemple, un homme avec une collègue féminine. Et moi, quand c'est moi qui les prends en charge, je n'ai jamais un mot de travers, jamais un geste déplacé, que ça enfin déplacé, pas forcément à connotation sexuelle, mais un geste, voilà pas sympa, on va dire</p> <p>L43-51 : Et je vois que quand j'arrive dans une pièce, je sais que, par exemple, des fois j'en joue quand ça ne se passe pas bien dans une chambre comme ils pensent, en plus que je suis un homme avec des cheveux blancs, j'ai 37 ans avec le masque, quand j'arrive, ils pensent souvent que je suis médecin donc même sans rien dire, et même s'ils me disent pas « bonjour docteur » ou quoi quand j'arrive et que ça se passe pas très bien et, ben, on voit que la personne elle se calme alors que si c'était une collègue féminine ça changerait rien quoi ça je vois que je, enfin voilà, c'est ce que j'ai constaté. Je pense que ça influence pas mal la relation qu'il y a, après ça dépend. Les hommes, ils se sentent bien parce que c'est le masculin, donc entre hommes voilà, et les femmes je pense que c'est plus peut être elle pense que je suis docteur du coup...</p> <p>L52-53 : L'homme représente l'autorité tu penses ? [...] ouai ouai, c'est ce que j'ai constaté</p>
<p>Q3 : Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?</p>	<p>L63-69 : Il y a toujours un petit temps d'observation, tu fais pas trop partie encore un peu de l'équipe pendant plusieurs semaines, même là, dans mon nouveau service, je sens pour l'instant ils savent pas s'ils peuvent avoir confiance, ils peuvent se confier, pas se confier donc mais ça vient avec le temps ça, moi ça m'inquiète pas, je fais mon travail je pense que moi je montre qu'en faisant mon travail bien c'est comme ça en fait que comme je fais avec les patients en fait c'est ça faut toujours rassurer les gens en fait finalement.</p> <p>L71-76 : il faut être conscient que quand t'arrives, t'arrives dans une équipe qui est déjà en place donc c'est un peu à toi de montrer que ça va. C'est sûr qu'eux, il faut qu'il fasse un effort un peu aussi, si je sens que tous les regards sont un peu pas sympa ou un peu de travers ou les gens un peu distants, c'est sûr que ce n'est pas. Ça n'aide pas quoi ? Mais en ce qui me concerne, je sais que quand tu arrives dans une équipe, il faut, il faut toujours si tu places une petite touche d'humour un truc comme ça, ça passe toujours bien.</p>

<p>Q4 : Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?</p>	<p>L79-86 : , ce n'est pas déterminant à mon avis, c'est un tout hein, ce n'est pas le que le sexe. Je pense qu'il y a l'âge aussi. Il y a la maturité. Comme peut être ton expérience passée aussi. Mais le, je pense que le genre ouais, ça influence dans le sens, comme je te disais qu'ils savent qu'ils vont avoir un peu d'aide justement que quand ça ne se passe pas bien et qu'il y a un homme, un qui peut être impressionnant et les aider. Parce que c'est, c'est quand même très féminin comme équipe dans un hôpital. Bon après je ne sais pas si c'est je ne pense pas que ce soit hyper déterminant, un facteur qui joue plus qu'un autre, je ne pense pas. C'est un tout, je pense.</p>
<p>Q5 : Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.</p>	<p>L90-95 : Oui comme je te disais, quand je suis arrivé à un avantage, dans le sens que tu sais que tu vas avoir de l'aide par exemple, pour remonter les patients, tout ça. En inconvénient ? Non, je n'ai pas vu que ce soit un homme ou une femme. Je n'ai pas vu d'inconvénient particulièrement. Ben comme je sais que j'ai souvent entendu qu'ils étaient contents parce que ça ferait de l'aide. Parce que ça ferait de l'aide, voilà surtout physique, on va dire. Après, non, je n'ai pas vu de... je n'ai pas de situation où ça a été un inconvénient.</p>

Question 1

Comment établissez-vous une relation soignant/soigné avec vos patients ?		Cadre de références
<p>IDE 1 Femme</p>	<p>L26-28 : [...] c'est l'empathie, c'est connaître la personne, c'est... L29 : l'empathie, le relationnel, c'est se présenter [...] L32 - 34 : [...] les gens ont besoin de nous, ils sont dans une situation bien souvent difficile avec un besoin d'aide [...] on s'adapte à leur environnement. L37-38 : ça fait 30 ans que je vais donc une distance, ce n'est pas possible L43 : Le terme d'empathie, c'est recevoir, mais avec une barrière et éviter que ça nous touche.</p>	<p>Définition : selon le dictionnaire humaniste : « une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience. Cette relation nécessite trois attitudes : Un engagement personnel de l'infirmier (...), Une objectivité (...), Un minimum de disponibilité. La relation soignante a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie. »</p>
<p>IDE 2 Homme</p>	<p>L13-19 : [...] elle s'établit dès la rencontre puisqu'on vient chez lui [...] on intervient, on parle de la pathologie, de pourquoi on vient quels soins sont à faire. Et après, une fois que le soin s'engage souvent, c'est là où on parle de choses plus personnelles ou de choses plus banales et générales aussi [...] c'est très professionnel au début et après on a une tendance à plus se disperser parce que... Il faut une discussion [...] L29, [...] faut s'adapter aux patients et qu'est-ce qu'on va lui dire et de quoi on va parler. L32-34 : [...] on s'adapte aux patients alors des fois au début c'est un petit peu un peu le ping-pong, on essaye, on envoie des choses et on voit comment ils réagissent [...] L42-44 : [...] de garder ces distances ce n'est pas possible en fait y a certains patients qui ne veulent pas. Qui ne comprennent pas, donc il faut être entre guillemets, familier chez certains, ou du moins de se sentir plutôt familier [...] L45-46 : [...] et d'autres patients, on est très distant, on reste très cadré sur le soin et on ne va pas plus loin.</p>	
<p>IDE 3 Femme</p>	<p>L9 : [...] essentiellement par le dialogue [...] L10-11 : [...] la relation se fait tout de suite par le dialogue [...] L11-12 : [...] quand on reçoit des patients selon la pathologie et l'âge de la personne, ça va être aussi par le toucher. L14-15 : [...] il y a toute une relation à mettre en place tout de suite pour apaiser les choses et aussi rassurer. L18-20 : [...] le fait de pouvoir rassurer la personne et lui expliquer ce qui va se passer, comment ça va se passer, de suite, effectivement ça va peut-être mettre la personne en confiance et donc la relation sera meilleure. L25-26 : [...] la juste distance, c'est propre à chacun parce qu'on a tous un peu notre affect qui rentre dans la relation [...] L29-30 : [...] il y a quand même une juste distance mais avec une barrière, une limite.</p>	

<p>IDE 4 Homme</p>	<p><i>L8-13 : J'essayais d'établir une relation soignant/soignée par la confiance, par le dialogue et en essayant de plus possible d'expliquer le pourquoi du comment, pourquoi je fais ça, comment je le réalise, quels sont le but, quels sont les effets attendus, les effets recherchés, et pas forcément employé de façon régulière des termes techniques, l'objectif étant qu'ils comprennent la situation et ce pourquoi on est là. Et à partir de là, être le plus clair possible pour commencer à avoir une forme de confiance qui s'instaure réciproquement.</i></p> <p><i>L15 : [...] qu'il n'est pas de frein ou de gêne ou de non-dits entre le patient et nous [...]</i></p> <p><i>L16-17 : [...] l'objectif étant de l'avoir à ma cause et de faire une alliance thérapeutique permanente durant le soin.</i></p> <p><i>L21-22 : [...] on pourrait dire que le soignant a une primeur en étant au-dessus du soigné.</i></p> <p><i>L22-26 : La juste distance, je pense que chaque situation est différente et particulière concernant le professionnel, ça peut être un moment de fatigue, un moment de, comment dirais-je, de situation qui le renvoie à quelque chose et fait miroir. Du coup, forcément, la juste distance peut être variée, altérée en fonction aussi de l'âge du patient, du sexe du patient.</i></p> <p><i>L26-27 : [...] la juste distance, c'est que chacun y met dedans [...] ce qui veut bien y mettre [...]</i></p>	<p>Différentes relations pour arriver à la relation confiance (civilités aux bonnes pratiques, consommatoire, fonctionnelle) Définition de la juste distance, d'après Pascal Prayez « la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places »</p>
<p>IDE 5 Femme</p>	<p><i>L8-12 : c'est déjà dans la communication qui est très importante, c'est savoir pourquoi le patient est là, quels sont ses besoins, comment on va mettre en place une prise en charge, en discuter aussi en équipe pour qu'il est le meilleur accompagnement possible vers la guérison on espère. Donc la communication, la confiance, bien sûr. C'est ça la relation soignant/soigné.</i></p> <p><i>L14-15 : en lui répondant bien à ces questions, on fait attention à ses besoins, en le rassurant énormément.</i></p> <p><i>L19-20 : il ne faut pas qu'il y ait trop de copinage. En tout cas, il ne faut pas rentrer dans la familiarité.</i></p> <p><i>L23-25 : chaque soignant, en fait, a sa notion de distance avec le patient. Parfois, c'est un peu plus compliqué que d'autres d'avoir cette distance là rien que par rapport à l'âge du patient par rapport à son vécu aussi, des fois on se retrouve assez...</i></p> <p><i>L26-27 : il y a des liens qui peuvent être, qui peuvent se créer entre le soignant et le patient. Il y a des liens qui sont beaucoup plus forts avec certains que d'autre</i></p> <p><i>L28 : je dirais que ça dépend du patient et ça dépend du soignant aussi</i></p>	
<p>IDE 6 Homme</p>	<p><i>L9-17 : voilà forcément un peu les mots d'usage, quoi, le « Bonjour » mais un peu avec le sourire. Voilà toujours essayer de plaisanter. Et puis j'essaie toujours de rebondir sur ce que les gens ils me disent toujours un peu sur le positif. Et surtout moi j'établis la relation, en fait, en montrant que je suis là pour eux, que j'essaie de bien faire les choses. S'il me demande de mieux les installer, je les installe enfin qui même ce qui me demande si ça a l'air pénible à faire, je le fais et ils voient qu'ils peuvent compter sur moi comme ça quand ils ont besoin, quand ils ont besoin. Moi c'est comme ça et je sais que le lien s'est fait quand, selon la manière dont ils me disent « merci » ou s'ils me disent « Vous êtes gentils », c'est des choses que j'entends souvent.</i></p> <p><i>L19-21 : Et voilà, moi c'est, c'est le but que je cherche à atteindre quand je prends quelqu'un en charge, de savoir qu'ils ont confiance. Enfin, il arrive toujours un moment où ils montrent qu'ils ont confiance</i></p> <p><i>L25-30 : Je leur fais toujours des soins où j'essaie de jamais employer les mêmes mots avec l'un qu'avec l'autre, qu'il voit qu'ils ne sont pas uniques mais que je voilà, je suis là pour m'occuper d'eux et pas comme un patient à la chaîne et du coup... mais je ne perds jamais de vue que ce n'est pas des personnes de la famille, ça, je n'ai jamais eu de soucis avec ça de faire le, de garder la distance professionnelle</i></p>	

Question 2

Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence la relation soignant/soigné ?		Cadre de références
IDE 1 Femme	<p>L56-58 : [...] les hommes maintenant que quand j'en avais 30 hein donc je suis obligée de garder une distance avec... Donc on n'a pas le même relationnel avec une femme et un homme.</p> <p>L62-65 : [...] je me souviens dans mes premières années d'études de libéral, c'était beaucoup d'infirmières libérales. Et puis, à un moment donné, il y a eu un infirmier qui est arrivé, ça posait des problèmes avec les patientes qui ne voulaient pas un homme.</p> <p>L67-68 : [...] ça a changé. Là, j'ai vu l'évolution, hein ? Un homme accepte facilement que ce soit une infirmière et nous, on a 2 infirmiers dans l'équipe, ça pose aucun problème [...]</p>	<p>Influence du genre sur la pratique en soin infirmier</p> <p>Parmi les pratiques professionnelles, les soins relationnels sont touchés par l'influence du genre du soignant. En effet, « Femmes et hommes aborderaient [...] différemment les patients. La relation spontanée des hommes serait plus franche, mais la relation professionnalisée, en termes de relation d'aide, relèverait d'une approche plus féminine. » (Saliou-Legeas, 2013, p. 23). Les soins relationnels seraient donc mieux abordés par les femmes que par les hommes, du moins, les femmes mettraient plus de formes à leur propos afin d'apporter le meilleur au patient. Mme Saliou-Legeas parle de « savoir-faire féminin » concernant ces soins relationnels.</p> <p>Les moments de crises et les soins d'urgences sont gérés plus facilement par les hommes. La représentation de l'homme a été vue précédemment et c'est pour cela que l'homme infirmier est plus souvent appelé à gérer ces moments de crise, pour son image « autoritaire et sa force physique » (Le Boeuf, 2020, p. 42). Cette représentation de l'homme « peut être un piège, en obligeant les hommes à se situer dans la virilité ». Pour les soins d'urgence ou « soins dit aigus », l'homme a une image de technicien, habille de ses mains, « on sait que la culture technique est un des éléments constitutifs de l'identité masculine » (Jacques, 2013, p. 20). En effet, l'homme est représenté comme l'individu qui doit nourrir sa famille par le travail et donc la technicité et</p>
IDE 2 Homme	<p>L60-64 : « On a certains patients, on leur demande si ça soit un homme, ce n'est pas gênant. L'inverse, c'est plutôt rare. Mais bon, l'homme, notamment pour les reconstructions mammaires ou des pansements qui sont plutôt placés sur des parties intimes, des toilettes aussi. Mais ça c'est très rare. Ça a été au tout début. On a quelques patientes qui ne voulaient pas d'hommes. »</p>	
IDE 3 Femme	<p>L42-48 : [...] il peut arriver que le soignant homme dérange certaines prises en charge dans le sens où il y a beaucoup de pudeur, selon le soin, et j'ai déjà vu des personnes refuser un soin parce que la personne était un homme. Il y a un côté peut-être aussi maternant chez la femme qui rassure la personne soignée, que ce soit chez la personne âgée ou chez l'enfant. En revanche, pour d'autres situations de soins, l'homme va être plus rassurant dans le sens où l'homme a la force que la femme n'a pas, donc le genre influence, mais le type de soins aussi, je dirais.</p> <p>L53-54 : [...] il y a un rapport au corps et à l'intimité qui dérange quand le soignant est homme.</p> <p>L54-56 : Il y a des personnes qui vont vous dire que peu importe le soignant, il y a le côté professionnel qui va rentrer en jeu et donc homme ou femme, ça ne dérangera pas.</p> <p>L56-57 : [...] des femmes [...] refuser le soin parce que le soignant était un homme.</p> <p>L58-59 : [...] l'homme chez l'homme où le patient était gêné se voir faire une toilette intime par un homme.</p> <p>L62-53 : [...] j'ai quand même remarqué que l'homme est plus rassurant selon les soins [...] un médecin homme peut être aura plus d'aplomb qu'un médecin femme, une espèce de je ne vais pas dire macho, mais presque. Il y a un côté un peu le médecin dans les esprits des gens, le médecin est un homme et l'infirmière est une femme.</p> <p>L69-71 : [...] les soins de force, c'est peut-être plus pour les publics à psychiatriques où l'infirmier homme va avoir plus de poigne et va pouvoir un peu plus être en force dans le soin que la femme</p>	
IDE 4 Homme	<p>L37-38 : [...] avec un certain type de patient d'un certain âge, peut-être qu'on va être plus maternant ou maternel au sexe opposé [...]</p> <p>L41-47 : Ben ça peut l'influencer sur le principe de : est-ce que je vais être plus dans l'affect, est-ce que je vais être plus dans le pragmatique, est-ce que je vais être plus dans l'écoute, est-ce que je vais être plus directif, dans la façon dont on va aborder les choses le professionnel, moi, je pense que oui, effectivement, je peux évoluer, changer, m'adapter aux situations du patient, au sexe du patient et inversement je pense aussi que ce soit au niveau générationnel, culturel, le patient peut aussi émettre des souhaits ou demander des choses qui soient différentes en fonction du sexe du soignant.</p> <p>L49-52 : [...] l'institution fait que malgré tout on n'aura pas le choix, il faudra s'adapter, qu'il s'adapte, lui et moi aussi après des fois on peut essayer de changer avec nos collègues de travail, inverser si ça pose vraiment problème. Mais il n'empêche que voilà on est un service public et que chacun devra fournir des efforts si cela est gênant.</p>	

	<i>L119-125 : notamment sur la population maghrébine et notamment féminine où il est préférable, entre guillemets, que ce soit une femme selon les soins qu'on doit lui apporter de par leur religion, de par leur leurs croyances, de par leurs traditions, certaines personnes préfèrent que ce soit un soignant de sexe féminin, dans ce cas-là. De plus c'est vrai que selon les soins qu'on doit réaliser pour les personnes âgées quand c'est un homme qui arrive, certaines personnes peuvent avoir une certaine réticence, on va dire ou appréhension plutôt</i>	l'habilité qui l'exige. De plus, « <i>les infirmiers s'orientent plus majoritairement dans les soins aigus (anesthésie, urgences, etc.)</i> » (Le Boeuf, 2020, p. 41).
IDE 5 Femme	<i>L35-40 : c'est qu'il y a des femmes par exemple, qui ne veulent pas d'hommes concernant par exemple les toilettes et vont refuser parce qu'elles sont pudiques. Il y en a qui se seront plus en confiance, avec des hommes parce qu'ils sont grands, ils sont forts et ça les rassure. Il y en a aussi qui vont les confondre à des médecins pour certains des fois vue que l'on est beaucoup, beaucoup de femmes quand ils voient des hommes, vu que ce n'est pas courant</i>	Concernant les soins intimes, les infirmiers sont plus souvent confrontés à des refus de faire ce genre de soin chez des femmes soignées mais les infirmières n'échappent également pas au refus chez des hommes (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). Ces refus sont beaucoup plus vus dans le secteur libéral qu'en hôpital d'après Mme Salou-Legeas, « <i>ces désirs sont peu exprimés ouvertement de la part des personnes soignées à l'hôpital, alors qu'en secteur libéral, les patients les posent en condition.</i> ». Cependant, il n'y a pas seulement le soigné qui refuse d'être soigné par le genre opposé mais les soignants aussi des difficultés à soigner des patients de genre opposé et se rapprochant de leur âge quand cela implique l'intimité corporelle.
IDE 6 Homme	<i>L38-42 : Je pense, ouais, parce que ça m'est arrivé tellement de fois que les collègues féminines me disent « avec moi, il dit si, il dit ça » par exemple, un homme avec une collègue féminine. Et moi, quand c'est moi qui les prends en charge, je n'ai jamais un mot de travers, jamais un geste déplacé, que ça enfin déplacé, pas forcément à connotation sexuelle, mais un geste, voilà pas sympa, on va dire L43-51 : Et je vois que quand j'arrive dans une pièce, je sais que, par exemple, des fois j'en joue quand ça ne se passe pas bien dans une chambre comme ils pensent, en plus que je suis un homme avec des cheveux blancs, j'ai 37 ans avec le masque, quand j'arrive, ils pensent souvent que je suis médecin donc même sans rien dire, et même s'ils me disent pas « bonjour docteur » ou quoi quand j'arrive et que ça se passe pas très bien et, ben, on voit que la personne elle se calme alors que si c'était une collègue féminine ça changerait rien quoi ça je vois que je, enfin voilà, c'est ce que j'ai constaté. Je pense que ça influence pas mal la relation qu'il y a, après ça dépend. Les hommes, ils se sentent bien parce que c'est le masculin, donc entre hommes voilà, et les femmes je pense que c'est plus peut être elle pense que je suis docteur du coup... L52-53 : L'homme représente l'autorité tu penses ? [...] ouai ouai, c'est ce que j'ai constaté</i>	

Question 3

Dans votre service, comment se passe l'intégration dans l'équipe soignante des nouveaux soignant ?		Cadre de références
IDE 1 Femme	<i>L73-78 : D'un nouveau soignant c'est difficile parce que on fait bloc, on s'entend bien [...] quand il arrive quelqu'un, on est, on est méfiant, on est, on l'accueille [...] on est soudé [...] Nous ça marche bien donc quand il arrive quelqu'un, on se dit « mon Dieu, pourvu qu'il ne casse pas l'équipe ».</i>	Selon Mucchielli R., une équipe soignante est une « <i>mise en commun interdisciplinaire de travaux, d'actions professionnel-le-s afin de réussir ensemble aux objectifs communs (institutionnels, protocolaires ...), centrés vers la personne soignée. L'équipe soignante est constituée généralement de médecin, d'aide-soignant, d'infirmier et peut intégrer le kinésithérapeute, l'orthophoniste, le psychologue, le diététicien...</i> » (cité par Paillard, 2013, p. 56). On peut donc dire que l'équipe soignante est une équipe pluridisciplinaire. Pour Manoukian, « <i>la pluridisciplinarité indique une cohabitation de plusieurs professionnels rassemblés autour d'un même sujet, le malade, avec un objectif global identique : son mieux-être, voir sa guérison</i> » (Manoukian, 2014, pp. 19-20). Ce qui dit plusieurs acteurs, disciplines dit qu'il faut une collaboration entre ces acteurs afin de réaliser la meilleure performance ici ce sera la meilleure prise en charge du patient. Selon Kerouac S., Pepin J. et Ducharme F « <i>la collaboration suppose le partage de valeurs et d'actions orientées vers le</i>
IDE 2 Homme	<i>L92-93 : Nous on s'attendait à avoir un pique-nique d'intégration où l'on présente tout le monde [...] L107 : [...] l'on a beaucoup formé [...] L108-109 : On avait l'impression de toujours formé des collègues qui partaient, qu'on reformait qui partaient [...] L156-158 : [...] souvent quand vous avez trouvé des collègues avec qui vous vous entendez bien, pas que ce soit des amis mais que ce soit au niveau professionnel qu'il y est une bonne entente souvent vous restez. Ça fait la force de l'équipe [...]</i>	
IDE 3 Femme	<i>L84 : [...] accepter l'autre comme il est</i>	

	<p>L87-88 : <i>L'intégration la première des priorités ça serait ça et de faire avec la personne qu'il est.</i> L91-92 : <i>[...] dans une équipe solidaire, unis, ça sera plus facile d'intégrer quelqu'un que dans une équipe où il y a des disparités et des querelles [...]</i> L98-99 : <i>[...] l'affinité qui va se faire ou pas avec la nouvelle personne, eh ben ça influencera la relation.</i></p>	<p>même but. Le centre d'intérêt de la discipline (infirmière) et les processus inhérents au Design du soin invitent l'infirmière, dans un esprit de partenariat, à faire preuve d'une collaboration avec les personnes, les familles, les communautés et les populations, de même qu'avec l'équipes des soins infirmiers et les équipes interprofessionnelles. » (cité par Paillard, 2013, p. 55). Les relations avec les patients ne sont donc pas les seules importantes dans cette profession, les relations entre les professionnelles sont de la même importance car « la communication est l'outil de la cohésion de l'équipe » (Manoukian, 2014, p. 20) et « pour agir, le groupe a besoin de cohésion » (Daydé, Derniaux, Favre, & Gautier, 2018, p. 5). « Une équipe n'existe et ne se donne à son travail que dans la mesure où elle présente une certaine cohésion » (Mucchielli, 2013, p. 41). Il est donc inévitable que dans toute équipe il y est une cohésion, seul son intensité diffère d'une équipe à l'autre. pour qu'il y est une cohésion, il faut qu'il y ait une confiance envers les partenaires dans le but de coopérer ensemble, « la confiance envers les partenaires est le premier ciment direct de la coopération voulue et entretenue » (Mucchielli, 2013, p. 42). Pour créer cette confiance, il faut dans un premier temps connaître les personnes même juste les voir, « le fait de connaître et même seulement de voir les partenaires est déjà en soi générateur de confiance » (Mucchielli, 2013, p. 42). Il faut également avoir déjà travaillé ensemble afin de « tirer profit du passé commun » (Mucchielli, 2013, p. 43). De plus, la taille de l'équipe soignante influence sur la cohésion. En effet, « plus le groupe est nombreux, moins les membres sont satisfaits, [...] plus il y a de chances pour que se forment des sous-groupes et des cliques, [...] plus les problèmes interpersonnels prennent d'importance » (Mucchielli, 2013, p. 46). En outre, la communication est un point clef dans la cohésion de l'équipe. Effectivement, il n'y a « pas d'équipe sans liberté des communications internes » (Mucchielli, 2013, p. 53).</p>
<p>IDE 4 Homme</p>	<p>L55-57 : <i>[...] c'est un peu individuel, c'est propre à chacun, c'est l'intégration des nouveaux soignants, c'est comment ils vont se comporter, quels vont être sa posture.</i> L57 : <i>[...] qu'on doit être le plus possible dans la bienveillance et dans l'écoute et dans l'entraide [...]</i> L59-61 : <i>[...] il est de notre devoir et puis c'est dans notre cursus, hein, dans notre DE aussi d'être un petit peu, d'accompagner nos pères.</i> L68-72 : <i>c'est comment va se comporter l'étudiant, comment nous allons, nous l'appréhender, comment nous nous allons lui expliquer les choses, comment nous allons l'associer aux soins que nous réalisons au quotidien, l'associer à nos prises en charge, ne pas hésiter à le mettre à l'aise, ne pas hésiter à dire nous en tant que professionnel, ben je ne sais pas car on ne peut pas tout savoir et inversement pour les étudiants [...]</i> L75-76 : <i>ça passe par l'échange.</i> L76-79 : <i>La temporalité fait que, et la réalité du terrain, n'avons pas toujours les moyens humains et temporalité toujours pareil de s'en occuper correctement parce qu'il a une charge de travail qui est en perpétuelle augmentation [...]</i> L90-96 : <i>Chacun doit avoir son propre avis, son propre jugement, parce qu'il peut y avoir des affinités qui ne passeront pas parce qu'ils ont un comportement, parce qu'ils ont une coupe de cheveux, parce qu'ils ont une dégaine, un tatouage, peu importe. Donc je pense qu'il est important que chacun d'abord fasse son propre avis sur des trucs factuels, pas sur des on-dit, et qu'ensuite que la cohésion d'équipe, ben, soit assez libre, la parole soit assez libre et ouverte pour pouvoir échanger sans avoir une pression de jugement ou de penser [...]</i> L98-99 : <i>il faut avoir son propre regard et essayer d'avoir sa propre autonomie et sa façon de penser [...]</i></p>	<p>L'équipe, en générale, recherche « l'homéostasie, l'abaissement des tensions, aime la routine, les habitudes, les modèles. Mais lorsqu'il se produit un changement, un désaccord, une remise en cause de l'habitus, alors le groupe et ses membres peuvent être déstabilisé » (Daydé, Derniaux, Favre, & Gautier, 2018, p. 6)</p> <p>L'intégration, selon le dictionnaire Le petit Robert, est une « opération par laquelle un individu ou un groupe s'incorpore à une collectivité, à un milieu » (Collectif, 2004, p. 1348). L'intégration « vient du terme latin <i>integrare</i>, qui signifie rendre entier. L'intégration est donc un processus actif qui permet à une personne de se rapprocher d'un groupe en adoptant les conditions et les valeurs de ce même groupe » (Dacheville & Peinturier, 2022, p. 24)</p> <p>Tous ces critères vont s'opposé lors de l'intégration du nouveau soignant et donc « l'arrivée d'un nouveau soignant dans un service pose problème de la confrontation de logiques et d'habitudes différentes » (Brizon, 2002, p. 7). De plus, « l'arrivant doit découvrir de nouvelles règles, de nouveaux lieux,</p>
<p>IDE 5 Femme</p>	<p>L45-46 : <i>Peut-être commencer à lui explique le fonctionnement en fait. Il se présente, on lui présente l'équipe aussi</i> L48-49 : <i>on arrive quand même à les mettre en confiance et à l'aise assez rapidement.</i> L52-53 : <i>On se fait beaucoup confiance, on délègue, on délègue aussi, on arrive à délèguer pas mal.</i> L57-58 : <i>L'intégration se fait aussi au sein de l'équipe avec les patients</i> L61-62 : <i>il y a cette distance, comme tout à l'heure que tu parlais, qu'on peut mettre parce que c'est un étudiant</i></p>	
<p>IDE 6 Homme</p>	<p>L63-69 : <i>Il y a toujours un petit temps d'observation, tu fais pas trop partie encore un peu de l'équipe pendant plusieurs semaines, même là, dans mon nouveau service, je sens pour l'instant ils savent pas s'ils peuvent avoir confiance, ils peuvent se confier, pas se confier donc mais ça vient avec le temps ça, moi ça m'inquiète pas, je fais mon travail je</i></p>	

pense que moi je montre qu'en faisant mon travail bien c'est comme ça en fait que comme je fais avec les patients en fait c'est ça faut toujours rassurer les gens en fait finalement.

L71-76 ; il faut être conscient que quand t'arrives, t'arrives dans une équipe qui est déjà en place donc c'est un peu à toi de montrer que ça va. C'est sûr qu'eux, il faut qu'il fasse un effort un peu aussi, si je sens que tous les regards sont un peu pas sympa ou un peu de travers ou les gens un peu distants, c'est sûr que ce n'est pas. Ça n'aide pas quoi ? Mais en ce qui me concerne, je sais que quand tu arrives dans une équipe, il faut, il faut toujours si tu places une petite touche d'humour un truc comme ça, ça passe toujours bien.

d'autres modes de fonctionnement, de nouvelles personnalités » (Brizon, 2002, p. 7) ce qui est une charge de travail intellectuelle important pour ce nouveau soignant qui faut prendre en compte lors de son intégration. C'est pour cela que « l'équipe a un rôle à jouer dans la tolérance des premiers jours notamment sur le niveau d'exigences qui peut être demandé en début de prise de poste » (Dacheville & Peinturier, 2022, p. 25)

Question 4

Est-ce que vous pensez que le genre du soignant influence l'intégration dans l'équipe soignante ?		Cadre de références
IDE 1 Femme	<i>L99-100 : Non, non, non. On a eu une collègue qui était enceinte, on a eu un remplaçant homme qui a été très bien intégré. Il n'y a pas eu de problème. Ni dans l'équipe, ni avec les patients.</i>	le genre influencerait sur la gestion d'une équipe, d'après Mme. Saliou-Geas « les hommes seraient plus à même de gérer les situations de conflit, disposant de plus d'humour et de capacités d'apaisement. La présence d'un ou de plusieurs hommes dans une équipe tempérerait les commérages et atténuerait la compétitivité entre soignants. ».
IDE 2 Homme	<i>L145 : Ah oui, oui, oui, oui. Oui ça c'est sûr.</i>	
IDE 3 Femme	<i>L104-106 : [...] vous les hommes, j'ai l'impression que vous passez mieux que les femmes lors de vos stages. Parce qu'entre femme c'est vrai que l'on est des chipies.</i>	
IDE 4 Homme	<i>L103-106 : on est quand même dans un milieu féminin et que, de premier abord, la majorité étant du sexe opposé, je pense que ça influence un petit peu au départ. Quand on va travailler avec des professionnels au féminin, je pense que les 15 premiers jours, oui. L111-115 : il fasse ses preuves et que le sexe ne rentre plus en compte. Autant au départ, on peut être un peu plus à l'écoute, un peu plus attentionné, mais ce n'est pas qu'une question de sexe et c'est aussi peut être en fonction de l'âge, de parcours de vie, y a pleins choses qui rentre en compte, mais oui, le sexe rentre dedans mais ce n'est pas une fin en soi, c'est sur un délai ou une durée limitée je pense.</i>	
IDE 5 Femme	<i>L67-68 : Après c'est vrai que ça fait plaisir quand on a des hommes, hein, en tant que soignant et tout ça, hein, parce que voilà, rien que pour les porter les gros bras quoi</i>	
IDE 6 Homme	<i>L79-86 : ce n'est pas déterminant à mon avis, c'est un tout hein, ce n'est pas le que le sexe. Je pense qu'il y a l'âge aussi. Il y a la maturité. Comme peut être ton expérience passée aussi. Mais le, je pense que le genre ouais, ça influence dans le sens, comme je te disais qu'ils savent qu'ils vont avoir un peu d'aide justement que quand ça ne se passe pas bien et qu'il y a un homme, un qui peut être impressionnant et les aider. Parce que c'est, c'est quand même très féminin comme équipe dans un hôpital. Bon après je ne sais pas si c'est je ne pense pas que ce soit hyper déterminant, un facteur qui joue plus qu'un autre, je ne pense pas. C'est un tout, je pense.</i>	

Question 5

Racontez-moi une situation où le genre du soignant a été un avantage/inconvénient dans l'intégration du soignant auprès de l'équipe ou dans la prise en charge des patients.		Cadre de références
IDE 1 Femme	L106-107 : <i>Moi je trouve que dans l'équipe, avoir des infirmiers et infirmières, cela soude et puis il n'y a pas de conflits euh... La mixité c'est positif.</i>	<p>Influence du genre sur la pratique en soin infirmier Parmi les pratiques professionnelles, les soins relationnels sont touchés par l'influence du genre du soignant. En effet, « <i>Femmes et hommes aborderaient [...] différemment les patients. La relation spontanée des hommes serait plus franche, mais la relation professionnalisée, en termes de relation d'aide, relèverait d'une approche plus féminine.</i> » (Saliou-Legeas, 2013, p. 23). Les soins relationnels seraient donc mieux abordés par les femmes que par les hommes, du moins, les femmes mettraient plus de formes à leur propos afin d'apporter le meilleur au patient. Mme Saliou-Legeas parle de « <i>savoir-faire féminin</i> » concernant ces soins relationnels.</p> <p>Les moments de crises et les soins d'urgences sont gérés plus facilement par les hommes. La représentation de l'homme a été vue précédemment et c'est pour cela que l'homme infirmier est plus souvent appelé à gérer ces moments de crise, pour son image « <i>autoritaire et sa force physique</i> » (Le Boeuf, 2020, p. 42). Cette représentation de l'homme « <i>peut être un piège, en obligeant les hommes à se situer dans la virilité</i> ». Pour les soins d'urgence ou « <i>soins dit aigus</i> », l'homme a une image de technicien, habille de ses mains, « <i>on sait que la culture technique est un des éléments constitutifs de l'identité masculine</i> » (Jacques, 2013, p. 20). En effet, l'homme est représenté comme l'individu qui doit nourrir sa famille par le travail et donc la technicité et l'habileté qui l'exige. De plus, « <i>les infirmiers s'orientent plus majoritairement dans les soins aigus (anesthésie, urgences, etc.)</i> » (Le Boeuf, 2020, p. 41).</p> <p>Concernant les soins intimes, les infirmiers sont plus souvent confrontés à des refus de faire ce genre de soin chez des femmes soignées mais les infirmières n'échappent également pas au refus chez des hommes (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). Ces refus sont beaucoup plus vus dans le secteur libéral qu'en hôpital d'après Mme Salou-Legeas, « <i>ces désirs sont peu exprimés ouvertement de la part des personnes soignées à l'hôpital, alors qu'en secteur libéral, les patients les posent en condition.</i> ». Cependant, il n'y a pas seulement le soigné qui refuse d'être soigné par le genre opposé mais les soignants aussi des difficultés à soigner des patients de genre opposé et se rapprochant de leur âge quand cela implique l'intimité corporelle.</p> <p>Les pratiques de gestion sont également marquées par le genre, notamment les pratiques d'encadrement. En effet, selon plusieurs</p>
IDE 2 Homme	L193-195 : <i>[...] un homme en libérale s'est un inconvénient au niveau des nursings, au niveau de certains soins auprès des femmes, au niveau de certaines confession aussi qui font que les hommes ce n'est pas tellement toléré [...]</i> L207-208 : <i>[...] mais c'est plus un comportement, les garçons ont toujours raison et les femmes pas forcément [...]</i>	
IDE 3 Femme	L111-120 : <i>Ouais alors, attends, il faut que je cherche une situation ... Où ça a été un avantage, j'ai l'exemple de situation comme on le retrouve souvent aux urgences dans le cadre d'une personne alcoolisé et violente. Quand on sait que la personne avec qui on va travailler, qui vient d'être recruté ou pas d'ailleurs, est un homme un peu costaud, on est content de l'avoir dans son équipe parce qu'il a pu facilement maîtriser cette personne qui essayait de se lever du brancard pour venir nous donner des coups, on ne sait pas. En tout cas j'ai en mémoire, c'était un ambulancier SMUR, grand, baraqué, costaud, c'est vrai que dans le service des urgences avoir ce genre de soignant ça aide, ça aide une équipe dans le cadre de l'agressivité pouvoir contentonné quelqu'un et le maintenir. Ouai j'ai cette situation là en tête où on était content de voir notre collègue grand et baraqué.</i>	
IDE 4 Homme	L119-131 : <i>Alors là où je travaille actuellement dans le genre oui, notamment sur la population maghrébine et notamment féminine où il est préférable, entre guillemets, que ce soit une femme selon les soins qu'on doit lui apporter de par leur religion, de par leur leurs croyances, de par leurs traditions, certaines personnes préfèrent que ce soit un soignant de sexe féminin, dans ce cas-là. De plus c'est vrai que selon les soins qu'on doit réaliser pour les personnes âgées quand c'est un homme qui arrive, certaines personnes peuvent avoir une certaine réticence, on va dire ou appréhension plutôt. Maintenant tout se fait, il suffit, comme je le disais précédemment, le plus important, à mon sens, c'est de prendre le temps quand, dans la mesure du possible, hein c'est toujours pareil si c'est une situation d'urgence, on n'a pas le temps, donc on fait et on n'a pas le choix. Mais d'expliquer le pourquoi du comment, comment ça se passe et en général, on arrive à trouver des solutions et ça se passe généralement bien, peu importe le soin quel qu'il soit. Mais la temporalité toujours pareille, elle influence et ce n'est pas tout le temps le cas. Et vous pouvez redire la question du coup.</i> L136-144 : <i>je pense que quand même c'est bien qu'il y ait une mixité, que ce ne soit pas que des hommes, pas que des femmes parce que l'on a tous nos tempéraments. Et je trouve que c'est plus riche qui est mixité du genre en tant qu'équipe soignante. Peu importe la catégorie professionnelle, que ce soit à AS, ASH, IDE ou médecins, et il me semble que c'est important qu'il y ait une mixité. Parce que chacun apporte sa façon de voir qui est différente par rapport aux gens, hein. Je dirais, ça fait cliché, mais c'est que les hommes, on est un peu plus passe au-dessus des regards pourris ou les bonjours bof ou elle ne m'a pas dit « Bonjour » aussi. Alors que le côté féminin peut-être attacherait plus de valeur et du coup ça pourrait être plus néfaste à l'ambiance</i>	

<p>IDE 5 Femme</p>	<p><i>L79-82 : qu'il avait 19 ou 20 ans et très gêné du coup pour faire la toilette, pour que ça soit une femme. [...] On avait un homme et il demandait à chaque fois un homme, ou alors sa compagne quand elle venait. L87-91 : je trouve que les hommes sont beaucoup plus cool en soit dans le sens où il y a moins d'histoires. Voilà c'est plus tranquille au niveau relationnel et en plus de ça comme je t'ai dit, on n'est que des femmes. Donc quand il y a un homme qui vient dans l'équipe, ça fait un bras costaud en plus, il est moins prise de tête. Et oui, ce n'est pas prise de tête, c'est beaucoup plus cool et puis ça change du fait d'être qu'entre filles.</i></p>	<p>étudiants interrogés sur ce sujet, qu'ils soient homme ou femme, « s'accordent à dire qu'ils préfèrent être encadrés par des hommes plutôt que des femmes » mais pour trouver du soutien lors de difficultés rencontrées ils se rapprocheraient plus des professionnelles féminines (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). De plus, les infirmiers seraient plus sollicités pour résoudre des problèmes concernant les outils informatiques du service, « les outils informatiques susciteraient à priori plus d'engouement chez les hommes » (Saliou-Legeas, 2013, p. 24). Enfin, le genre influencerait sur la gestion d'une équipe, d'après Mme. Saliou-Legeas « les hommes seraient plus à même de gérer les situations de conflit, disposant de plus d'humour et de capacités d'apaisement. La présence d'un ou de plusieurs hommes dans une équipe tempérerait les commérages et atténuerait la compétitivité entre soignants. » (Saliou-Legeas, 2013, p. 24).</p>
<p>IDE 6 Homme</p>	<p><i>L90-95 : Oui comme je te disais, quand je suis arrivé à un avantage, dans le sens que tu sais que tu vas avoir de l'aide par exemple, pour remonter les patients, tout ça. En inconvenient ? Non, je n'ai pas vu que ce soit un homme ou une femme. Je n'ai pas vu d'inconvenient particulièrement. Ben comme je sais que j'ai souvent entendu qu'ils étaient contents parce que ça ferait de l'aide. Parce que ça ferait de l'aide, voilà surtout physique, on va dire. Après, non, je n'ai pas vu de... je n'ai pas de situation où ça a été un inconvenient.</i></p>	

Annexe V : 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 soussigné(e) (Prénom, NOM) : Kevin MORAND

Promotion : 2020-2023

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 :

Genre et soins infirmiers : une influence majeure

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 30/05/2023 Signature :

Résumé

Genre et soins infirmiers : une influence majeure

De nos jours, la profession d'infirmier est majoritairement féminine. Lors de mes expériences en stage, j'ai pu observer que le genre masculin n'était pas considéré de la même manière que le féminin. Je me suis donc demandé si le genre du soignant influence la prise en charge du patient et la vie du soignant. Ma question départ est donc : « En quoi la représentation du genre du soignant influence la relation soignant/soigné et l'intégration dans l'équipe soignante ? ». Mes lectures portent sur les représentations sociales plus précisément du genre, sur la relation soignant – soigné ainsi que sur l'intégration dans une équipe. Pour confronter la théorie à la réalité du terrain, j'ai utilisé la méthode clinique comportant six entretiens semi-directifs avec des infirmiers et infirmières de service de médecine, de services d'urgence et de libérale. J'ai donc pu m'apercevoir que la représentation du genre est différente pour chaque individu mais qu'elle impactait peu la vie professionnelle ou personnelle des soignants. Le genre du soignant va donc influencer sur les soins intimes ainsi que sur la gestion de l'équipe. De plus, la mixité des équipes soignantes semble être un point positif et permettrait de faire adhérer certains soins. On pourrait donc se poser la question de l'impact que la mixité peut avoir sur les soins infirmiers et la dynamique d'équipe.

Mots clefs : genre, homme, relation soignant-soigné, intégration, mixité

Nombre de mots: 220

Abstract

Gender and nursing: a major influence

Nowadays, the nursing profession is predominantly female. During my experiences on work placement, I could observe that the male gender wasn't considered in the same way as the female. I therefore wondered whether the carer's gender influences the patient care plan and the carer's life. My initial question is: "How does gender's representation of the carer influence the relationship between the carer and the patient and integration into the healthcare team?" My readings concern social representations, more specifically gender, the relationship between the carer and the patient and integration into a team. In order to compare the theory with the reality in the field, I used the clinical method involving six semi-structured interviews with nurses from medical wards, emergency departments and private practice. I was able to see that the gender's representation is different for each individual but that it has little impact on the professional or personal life of the carers. The carer's gender will therefore influence intimate care as well as team management. Moreover, the gender balance of the nursing staffs seems to be a positive point and would allow some care to be adhered to. This raises the question of the impact of gender balance on nursing and team dynamics.

Key words: gender, men, relationship between the carer and the patient, integration, gender diversity

Number of words: 203