

Bachelor Thesis

Diantre, un homme dans les soins !

ou

La vision de l'infirmière sur les rapports de séduction entre collègues

Par Gay Marie
Filière Soins Infirmiers, Bachelor 06

Directeur de mémoire : Bernard Kamerzin

En collaboration avec l'étudiante : Audrey Cretton

HES-SO Valais, domaine Santé-Social
Les Valettes, 2008 - 2009

Résumé

Contexte: Cette recherche initiale de type exploratoire s'inscrit dans le cadre de l'obtention d'un Bachelor of Sciences en Soins Infirmiers. Elle est élaborée en collaboration avec une autre étudiante de même niveau.

But : Cette recherche a pour but d'explorer les rapports entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique, et plus particulièrement, les relations de séduction. Elle vise à l'analyse des conséquences de ce type de relation sur la dynamique d'équipe, sur la prise en soins et le client et, enfin, sur l'infirmière et l'infirmier.

Méthodologie : Six entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'infirmières en psychiatrie. Ma collègue s'est intéressée au point de vue des infirmiers sur la même question. Après avoir retranscrit et classé les données recueillies, l'analyse a mis en évidence les liens entre les discours des participantes et le cadre théorique. La mise en commun des résultats des deux recherches ont permis de souligner le caractère similaire des propos.

Résultats : Les rapports de séduction au sein de l'équipe soignante sont perçus comme anodins. Ils entraînent, dans la majorité des cas, une amélioration de la cohésion de groupe, une prise en soins de meilleure qualité et une augmentation de la motivation professionnelle de l'infirmière. A noter toutefois, que ces mêmes rapports peuvent avoir des conséquences néfastes dans de rares cas : perturbation de la dynamique d'équipe et diminution de la qualité des soins. Les infirmiers partagent ce point de vue.

Recommandations : L'apport principal pour la pratique est la sensibilisation et le questionnement des différents professionnels sur leur propre séduction afin d'éviter toute dérive.

Mots-clés : genre - stéréotype – pouvoir – influence – séduction – psychiatrie – groupe – mixité

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement les infirmières qui ont participé à cette étude. Leurs propos, leur intérêt pour le sujet, leur gentillesse ont été le moteur de cette recherche. Grâce à elles, j'ai pris conscience de certaines réalités liées aux soins infirmiers et ai pu mener à bien ce projet.

Merci à toutes les autres professionnelles, enseignantes et expertes, pour leur aide et leurs conseils précieux, ainsi qu'à Myriam et Paulette pour leurs corrections de niveau professionnel.

Je souhaite remercier également mes six amies, ma famille, et mon amoureux pour leur soutien.

Pour terminer, un remerciement tout particulier à mon directeur de mémoire, Bernard Kamerzin, pour son investissement tout au long de cette démarche.

... Et diantre ! J'oubliais... Merci Audrey Cretton, mon cher « partner » !

Marie Gay

Table des matières

1.	Introduction.....	1
1.1.	Contexte de l'étude.....	1
1.2.	Promesse de plan.....	1
1.3.	Question de départ.....	2
1.4.	Méthode.....	3
1.5.	Préconstruits cognitivo-affectifs.....	3
1.5.1.	Préconstruits quant au genre.....	4
1.5.2.	Préconstruits quant à l' « homme-infirmier ».....	5
1.6.	Motivations.....	7
1.6.1.	Motivations personnelles.....	7
1.6.2.	Motivations socio-professionnelles.....	7
1.7.	Compétences professionnelles.....	9
1.7.1.	Contribuer à la recherche en soins et en santé (C5).....	9
1.7.2.	Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire (C7).....	10
1.7.3.	Exercer sa profession de manière responsable et autonome (C9).....	10
1.8.	Objectifs d'apprentissage.....	11
2.	Problématique.....	12
2.1.	Processus d'élaboration de la question spécifique.....	12
2.1.1.	Situation problématique du terrain.....	13
2.1.2.	Identités masculine et féminine.....	14
2.1.3.	Bref historique de la profession infirmière.....	16
2.1.4.	Passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire.....	18
2.1.5.	Rapports de pouvoir.....	20
2.2.	Etat des lieux actualisé de la problématique.....	22
2.3.	Questions spécifiques de recherche.....	22
2.4.	Description de la pratique professionnelle.....	23
2.5.	Description du rôle infirmier dans les soins psychiatriques.....	25

2.6.	Limites	26
2.6.1.	Public cible.....	27
2.6.2.	Site de recherche.....	27
2.6.3.	Temps imparti	27
2.7.	Objectifs de la recherche.....	28
3.	Cadre théorique	29
3.1.	Concept de genre	29
3.1.1.	Historique des études genre	30
3.1.2.	Définitions du concept de genre	31
3.1.3.	Terminologie	32
3.1.4.	Reproduction.....	34
3.1.5.	Division sexuée du savoir et du travail.....	36
3.1.6.	Domaine politique.....	40
3.2.	Concept de pouvoir	41
3.2.1.	Définition.....	42
3.2.2.	Pouvoir comme relation.....	42
3.2.3.	Pouvoir comme domination - soumission	43
3.2.4.	Pouvoir comme lien affectif	43
3.2.5.	Dynamique du pouvoir.....	43
3.2.6.	Effets du pouvoir	44
3.2.7.	Moyens du pouvoir	45
3.2.8.	Influence.....	46
3.2.9.	Séduction.....	48
3.3.	Concept de groupe et de la collaboration professionnelle.....	50
3.3.1.	Processus de groupe	51
3.3.2.	Cohésion et performance.....	51
3.3.3.	Mixité.....	53
3.3.4.	Professions féminisées	54

4.	Méthodologie	55
4.1.	Type de recherche	55
4.2.	Outil d'investigation	57
4.2.1.	Entretiens semi-directifs	57
4.2.2.	Construction de l'outil	58
4.2.3.	Déroulement du pré-test	58
4.2.4.	Utilisation de l'outil	58
4.3.	Echantillonnage	59
4.3.1.	Type et taille	59
4.3.2.	Caractéristiques de la population	60
4.3.3.	Avantages et limites de l'échantillon	61
4.4.	Principes éthiques	61
4.4.1.	Respect de la dignité de la personne	61
4.4.2.	Bienfaisance / non-malfaisance	61
4.4.3.	Justice	61
4.5.	Technique et type d'analyse	62
5.	Analyse des données	63
5.1.	L'équipe soignante psychiatrique mixte	67
5.1.1.	La mixité dans l'équipe soignante : une histoire de stéréotypes sexuels.....	67
5.1.2.	La spécificité de la relation infirmière-infirmier en milieu psychiatrique : la délégation et la division sexuées des tâches	72
5.1.3.	Le partage d'émotions entre infirmier et infirmière : une question d'affinité...	75
5.2.	L'influence dans l'équipe mixte.....	76
5.2.1.	Les définitions de l'influence : une notion floue.....	76
5.2.2.	La perception des relations d'influence dans l'équipe soignante : déni ou peur ?.....	77
5.2.3.	Les moyens d'influencer : la séduction	78
5.2.4.	Les buts et les objectifs de l'influence : obtenir quelque chose.....	78
5.2.5.	Les conséquences des relations d'influence : que dire.....	79

5.3.	La séduction dans l'équipe mixte.....	79
5.3.1.	Les définitions de la séduction : une part de la féminité.....	79
5.3.2.	La perception des relations de séduction : de petits jeux sans drague.....	81
5.3.3.	Les moyens de séduire : des stratégies conscientes ?.....	82
5.3.4.	Les buts et les objectifs de la séduction : développer une alliance.....	83
5.3.5.	Les conséquences des relations de séduction : le côté clair versus sombre.....	83
5.4.	Les notions théoriques des participantes.....	86
5.4.1.	Les liens entre les notions d'influence, de séduction et de pouvoir : quels liens ?!.....	86
5.5.	Synthèse.....	88
5.6.	Mise en commun des résultats d'analyses.....	90
6.	Discussion.....	94
6.1.	Signification des résultats.....	94
6.2.	Recommandations.....	95
6.2.1.	Recommandations pour la pratique.....	95
6.2.2.	Recommandations pour d'autres études.....	95
7.	Conclusion.....	97
7.1.	Evaluation de la problématique.....	97
7.2.	Evaluation du cadre.....	98
7.3.	Evaluation de la méthode.....	99
7.4.	Atteinte des objectifs de recherche.....	99
7.5.	Véracité de la recherche ou évaluation des résultats.....	100
7.5.1.	Crédibilité.....	100
7.5.2.	Fiabilité.....	101
7.5.3.	Transférabilité.....	101
7.6.	Obstacles rencontrés durant la démarche de recherche.....	101
7.7.	Points forts de la recherche.....	102
7.8.	Points faibles de la recherche.....	102
7.9.	Atteinte des objectifs d'apprentissage.....	102
7.10.	Apports personnels.....	104

8. Références.....	105
8.1. Ouvrages.....	105
8.2. Sites Web.....	107
8.3. Brochures	107
8.4. Rapports	107
8.5. Articles.....	108

Annexes

1. Introduction

1.1. Contexte de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un Bachelor Thesis en vue d'obtenir un diplôme Bachelor of Sciences en « Soins infirmiers » de l'année 2009. Elle est développée en étroite collaboration avec une autre étudiante de même niveau académique, Audrey Cretton¹. Cette étude nous permet d'expérimenter plus particulièrement la compétence 5 : « Contribuer à la recherche en soins et en santé » issue du référentiel des compétences de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO).

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

1.2. Promesse de plan

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

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

Le chapitre suivant pose le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre démarche. Elle se divise en trois concepts principaux : le genre, le pouvoir et le groupe. Le milieu des soins psychiatriques, ainsi que les pratiques professionnelles sont présentés sous forme de contexte et non de concept. Ils sont donc définis dans le deuxième chapitre.

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

¹ CRETTON, Audrey. *Diantre, un homme dans les soins ! La vision des infirmiers face aux relations de séduction entre collègues*. Charrat, 2009.

² A comprendre comme étant le client et son entourage

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

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

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

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

1.3. Question de départ

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

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

Nos préconstruits quant au genre et à l'« infirmier-homme », développés au point 1.5.1., ont aussi dirigé nos questionnements. Par exemple, mon préjugé concernant le caractère et le comportement de l'infirmier (efféminé, très à l'écoute de son prochain, doux, calme) oriente ma réflexion et m'amène à cette interrogation : existe-t-il un profil type de l'infirmier ou non ?

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

Notre question de départ était la suivante :

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

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

1.4. Méthode

Cette recherche appliquée est une étude genre comparative de type qualitatif. En effet, elle est rattachée à une problématique issue du terrain, relative aux jeux de séduction liés au genre dans une équipe soignante et, vise à apporter des pistes de réflexion. Elle s’inscrit dans le paradigme naturaliste qui sous-tend que la réalité n’est pas unique, qu’elle est plutôt le résultat de plusieurs représentations et que les phénomènes sont inter-reliés. Notre démarche est empirico-inductive. Nous sommes parties de nos observations ponctuelles sur le terrain précédemment citées, pour aboutir à une généralisation du phénomène. Nous avons procédé à des entretiens semi-directifs auprès d’infirmiers et d’infirmières travaillant à l’IPVR afin de recueillir leur « ressenti » face au phénomène étudié. Ensuite, nous avons comparé les résultats de notre analyse afin d’obtenir une approche plus globale et plus réelle de la problématique.⁴ Pour terminer, nous avons élaboré des recommandations pour la pratique et les recherches.

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

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

1.5. Préconstruits cognitivo-affectifs

Les préconstruits développés ci-après n’engagent que moi. Les tournures de phrases utilisées dans le point suivant peuvent parfois sous-entendre que mes représentations sont des faits réels mais il s’agit là uniquement de l’expression de ma réalité personnelle liée au genre. Mes idées ne reflètent que mes représentations sans forcément s’appuyer sur des faits prouvés.

⁴ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007. 591 pp.

1.5.1. Préconstruits quant au genre

Je pense qu'il est essentiel de s'interroger sur ses propres préconstruits quant au genre et à son propre conditionnement sexuel avant de débiter une recherche de genre. En effet, les stéréotypes quant au genre sont tellement ancrés dans nos vies qu'ils se répercutent tant au niveau comportemental, qu'émotionnel ou réflexif. Ma façon de traiter ce sujet est forcément empreinte de mes représentations. Cette démarche me permet aussi de me positionner en tant que femme chercheuse et de limiter certains biais liés à mes préjugés.

J'ai grandi dans un village de montagne où les rôles sexuels sont très accentués : les hommes travaillent à l'extérieur du domicile et ramènent l'argent alors que leurs femmes restent au foyer pour éduquer les enfants et s'occuper de la totalité des tâches ménagères. Dans ma cellule familiale, la division sexuelle du travail est différente : mon père travaille une partie du temps à la maison et ma mère à l'extérieur. Je précise différente car pas parfaitement inversée : ma mère a, tout de même, la responsabilité de la majorité des tâches ménagères et travaille dans un milieu fortement féminisé (enseignement primaire). Mes stéréotypes quant à la dynamique familiale et aux représentations de l'homme/père et de la femme/mère en ont été modifiés dans une certaine mesure. De plus, ma mère est fortement engagée dans la sphère publique⁵, ce qui brise à nouveau le mythe auquel je pourrais adhérer, de la femme condamnée à n'avoir du pouvoir que dans la sphère privée.

A l'heure actuelle, ma vision de l'homme et de la femme, au niveau professionnel, est celle-ci : chaque individu, qu'il soit de sexe masculin ou féminin, doit pouvoir prétendre à l'égalité, tant professionnelle que politique. Ceci sous-entend l'accès pour les hommes aux professions dites féminines, et l'accès pour les femmes aux professions dites masculines, l'attribution des postes dirigeants indépendamment du sexe, l'égalité des salaires, etc.

Je garde tout de même, ancrés dans ma façon de penser et d'aborder le sujet du genre, les stéréotypes de l'homme viril et de la femme féminine. Pour moi, la virilité se traduit par un homme grand, fort, courageux, poilu, qui n'a peur de rien et ne montre que rarement ses émotions. L'homme doit être viril, au risque de n'être qu'une pâle copie de la femme. Bien sûr, il s'agit là d'une caricature de la virilité mais qui teinte tout de même ma façon d'aborder le thème du genre.

Au contraire, l'homme dans les soins doit faire preuve d'empathie, de don de soi, d'acceptation de la fatalité dans certaines situations, de partage de « ressenti », etc. Et je me rends compte, à ce moment de mes réflexions, que j'ai des idées un peu contradictoires : je soutiens une égalité professionnelle et pourtant la virilité dans les soins me paraît inadéquate.

⁵ Les notions de sphère publique et sphère privée sont abordées avec plus de précision dans le cadre théorique.

Dans une certaine mesure, je pense que cette contradiction s'illustre aussi dans notre société actuelle. En effet, cette dernière, par ses lois et ses droits, désire réaliser l'égalité des sexes. Cependant, dans la réalité, cette égalité n'est pas toujours appliquée. Par exemple, la loi fédérale sur l'égalité entre hommes et femmes stipule à l'article 3, alinéa 2 qu'il est interdit de discriminer les travailleurs selon leur sexe en ce qui concerne notamment la rémunération.⁶ Mais, il s'avère que dans les milieux professionnels privés, cette dernière n'est pas toujours respectée.⁷ D'après moi, cela découle du fait que la société, tout en désirant évoluer vers un idéal d'égalité, est freinée dans sa progression par tous ces stéréotypes, représentations, préconstruits, conditionnements liés au genre, intégrés si profondément dans notre façon de comprendre et d'agir. Dans les faits, l'évolution se fait donc lentement.

Il reste à souligner la puissance de l'effet du cadre économique sur le fonctionnement de notre société et sur le statut de l'homme et de la femme. En effet, je pense que l'économie joue un rôle essentiel dans la lenteur de l'évolution citée précédemment. Il me semble évident, pour reprendre l'exemple ci-dessus, que les femmes sont parfois moins payées que les hommes pour la même fonction, dans le but de limiter les dépenses salariales. En outre, la rémunération de la femme est encore considérée comme un revenu secondaire. Les composantes sociales (préconstruits, conditionnements, etc.) ajoutées aux composantes économiques, freinent à certains niveaux l'évolution des rôles et des statuts masculins et féminins.

1.5.2. Préconstruits quant à l' « homme-infirmier »

Le garçon qui choisit d'être infirmier subit d'énormes pressions sociales. Ceci est certainement dû au fait que cette profession, dans l'esprit de certaines personnes, est encore destinée prioritairement aux filles. Lorsqu'un garçon soumet ce désir professionnel à son entourage, il n'est pas rare d'entendre des réflexions du type : « *c'est pas un métier pour les garçons !* », « *les garçons sont docteurs, pas infirmiers !* ». L'histoire et les préconstruits sociaux de la profession infirmière sont probablement à l'origine du malaise qui s'installe lorsqu'un garçon choisit le domaine des soins.

Je crois que les motivations professionnelles d'un homme ou d'une femme pour devenir infirmier-ère diffèrent. Pour moi, une minorité d'hommes-infirmiers ont modifié leur parcours professionnel car ils ont subi un échec sur la voie de la médecine ou des soins d'urgence (ambulancier). Quant aux autres, ils veulent aider, soigner, prendre soin (des attitudes à forte connotation féminine) ou alors être dans l'action, par exemple en choisissant les soins d'urgence. J'ai le sentiment que la plupart des infirmiers fraîchement

⁶ ASSEMBLEE FEDERALE DE LA CONFEDERATION SUISSE. *Loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes. 151.1*. Editée le 24 mars 1995. Entrée en vigueur le 1er juillet 1996.

⁷ ROUVINEZ MAURON, Antoinette. Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 [en ligne]. OFS, 2007. Adresse URL : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.Document.102387.pdf (consultée le 20.08.2008).

diplômés se tournent vers des services spécialisés tels que la psychiatrie, les soins d'urgence, les soins intensifs et évitent de travailler en EMS, en maternité, en soins palliatifs. Si leurs motivations professionnelles sont différentes de celles des femmes, peut-être que leur point de vue quant au rôle infirmier se distingue aussi, ce qui pourrait être une richesse pour le développement de la profession mais aussi un sujet de confrontation entre infirmiers et infirmières.

Ma vision stéréotypée de l'infirmier me le montre comme un homme qui a une grande part de féminité en lui. Je me le représente doux, à l'écoute des autres et de ses propres besoins et sentiments. Dans sa vie privée, je le vois très protecteur vis-à-vis de ses enfants et s'impliquant fortement dans les tâches domestiques.

J'estime que les hommes, minoritaires dans les soins, sont tout de même avantagés par certains côtés. Le fait de ne jamais être « enceint », de ne pas avoir totalement en charge la responsabilité de l'éducation des enfants et/ou des tâches à domicile, facilite leur accession aux postes à responsabilités (e.g. : Infirmier Chef d'Unité de Soins, Infirmier Chef du Personnel, etc.). Leur caractère plus carriériste y contribue probablement aussi. Leur statut d'homme (emprise sur la femme) donne plus de poids à leurs idées. Les processus décisionnels peuvent être empreints de ce jeu de pouvoir, de ce fait, ils tourneraient à l'avantage des infirmiers au détriment des infirmières. Les soins de base, les réfections de lit, les rangements, tâches plutôt féminines sont, peut-être, moins souvent attribués aux infirmiers.

Les infirmiers étant moins nombreux, ils seraient plus au centre de l'attention de leurs collègues de sexe opposé. Selon moi, la dynamique de l'équipe diffère si l'équipe est mixte ou si un homme est présent. L'homme me semble moins volubile, plus discret et plus direct que la femme. Par conséquent, l'équipe serait plus sereine et plus stable. Les jeux relationnels entre collègues prendraient une autre forme lorsqu'un infirmier intègre l'équipe soignante. Je pense que des relations de « chouchoutage », de pouvoir et de séduction peuvent s'établir entre infirmier et infirmière.

Les rapports de pouvoir entre collègues hommes et femmes font probablement partie des interactions quotidiennes d'une équipe soignante. Est-ce qu'elles sont visibles, observables ? Est-ce que la tendance des hommes à conserver le pouvoir sur les femmes est maintenue quand ils se trouvent en forte minorité dans l'équipe soignante ou, au contraire, les femmes majoritaires prennent-elles le dessus ? Est-ce que les rapports de pouvoir ont une influence sur le travail des infirmiers-ères ?

De mes idées toutes faites découlent d'innombrables questions d'ordre personnel, professionnel et social. Comme mentionné précédemment, certaines de ces interrogations sont ou pourraient être des thèmes de recherche.

1.6. Motivations

1.6.1. Motivations personnelles

Mes motivations personnelles émergent de mes préconstruits, tant au niveau du genre qu'au niveau des infirmiers. La confirmation ou l'infirmité de ces préconstruits sont une source d'intérêt profond.

Les rapports de pouvoir entre hommes et femmes m'ont interpellée très tôt. Les inégalités et privations de liberté féminine que le système patriarcal induit m'ont souvent conduite à des réflexions sur la condition féminine. Comment une caractéristique biologique peut-elle avoir un tel impact sur nos vies ? Pourquoi mon oncle est-il plus fier d'avoir un garçon, comme premier enfant, qu'une fille ? Est-ce que j'ai été conditionnée pour choisir la profession d'infirmière car je suis une fille, pourquoi ne m'a-t-on jamais proposé de devenir mécanicienne ? Pour quelle raison mon papa n'a que rarement changé mes couches ? Comment se fait-il que la société dicte ce qui m'est permis de faire ou non en tant que fille ou femme ? Pourquoi, pourquoi, pourquoi... ? Tant de questions qui demandent encore réponse. J'en ai besoin afin de mieux comprendre mon statut de femme et de pouvoir critiquer et modifier mon rôle, mon identité féminine.

Sur un plan professionnel, cette recherche me donnera l'occasion de me positionner consciemment en tant qu'infirmière-femme et de comprendre ce que cela implique dans mes relations avec des collègues de sexe masculin. Je pense aussi que les résultats et l'analyse de cette problématique me permettront de collaborer au mieux avec les infirmiers ainsi que de partager mon point de vue sur les rapports infirmiers-infirmières avec l'ensemble de l'équipe.

1.6.2. Motivations socio-professionnelles

Selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), toutes professions confondues, le domaine de la santé est à nette prédominance féminine (72% en 2005), et plus particulièrement les hôpitaux (1/3 d'hommes et 2/3 de femmes).⁸ Si nous nous penchons sur la filière « santé » des Hautes Ecoles Spécialisées en Suisse, nous remarquons qu'elle est dominée à 84% par les femmes, en 2001.⁹ En ce qui concerne les soins infirmiers, en 2005, l'OFS recense 3'079 nouvelles diplômées filles, contre seulement 286 nouveaux diplômés garçons issus de nos écoles suisses. De 1995 à 2005, dans le secteur de la santé en général, le nombre de professionnelles croît à un rythme annuel de 2.5 %. Ce taux est de

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

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

⁹ JURISCH-PRAZ, Sarah. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.13-14

2.4% pour les hommes. L'OFS souligne tout de même que la variation annuelle moyenne des personnes actives selon le sexe, dans les activités hospitalières a tendance à s'inverser. En effet, l'OFS constate qu'il y a une recrudescence d'intérêt de la part des hommes pour ces professions féminisées.¹⁰

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

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

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

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

Nous pensons que ce type de recherche est essentiel afin de développer la professionnalisation et l'identité liées aux soins infirmiers, au regard de l'article d'Annie

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

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

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

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

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

¹⁴ HES-SO Valais-Wallis. *Equality : Ingénieur aussi un métier pour les filles*. [en ligne], 13.02.09.

Adresse URL : <http://wins.hevs.ch/> (consultée le 29 juin 2009)

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

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

Oulevey-Bachmann, infirmière – enseignante à l'école de La Source et titulaire d'un diplôme d'études approfondies en étude genre. Elle met en évidence l'importance des recherches scientifiques pour rendre visible le développement des pratiques professionnelles infirmières. Elle stipule aussi que le genre « traverse l'identité professionnelle ».¹⁷

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

1.7. Compétences professionnelles

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

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

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

La problématique de terrain est développée dans le chapitre suivant intitulé « Problématique ». Elle s'articule autour des relations de séduction entre infirmiers et infirmières en psychiatrie. Tout au long de notre recherche, nous restons attentives au fait de respecter les principes éthiques précisés au chapitre 4 « Méthodologie ». Les participants des deux enquêtes reçoivent un formulaire de consentement éclairé¹⁸ et une lettre d'information¹⁹ concernant notre étude.

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

Notre recherche se veut scientifique. Elle est menée selon une approche ordonnée, systématique et contrôlée. Elle est destinée à acquérir des informations fiables et empiriques.²⁰ Elle peut donc constituer une base solide et scientifique pour la pratique infirmière. En effet, je pense que les recommandations élaborées en fin de recherche apportent des pistes de réflexion quant à l'amélioration de la collaboration au quotidien entre soignants.

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

¹⁸ Annexe n° 1

¹⁹ Annexe n° 2

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

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

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

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

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

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

Afin de porter un regard plus global sur les problématiques du genre, de la collaboration infirmière et de la séduction, nous nous inspirons d'ouvrages rédigés par des auteurs issus d'horizons différents (philosophes, historiens, politiciens, sociologues, anthropologues, etc.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.8. Objectifs d'apprentissage

Au travers de cette recherche, je vise personnellement à :

- Appliquer une méthode de recherche en sciences infirmières en me référant aux indications reçues lors du module 2808 intitulé « Méthodologie de la recherche » afin d'acquérir une marche à suivre générale et ainsi porter un regard plus critique sur les recherches et/ou élaborer une nouvelle étude dans le futur;
- Analyser les données recueillies durant la recherche en faisant appel à toutes les ressources nécessaires (collègue, directeur de mon Bachelor Thesis, directrice de l'axe « méthodologie de la recherche », intervenants extérieurs, ouvrages multiples, etc.) ;
- Comparer les résultats de ma recherche aux résultats obtenus par ma collègue, tout en tenant compte du niveau de transférabilité des données, afin d'augmenter la crédibilité de notre étude ;
- Evaluer la qualité de ma recherche, de la question de départ à la communication des résultats obtenus.

2. Problématique

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

2.1. Processus d'élaboration de la question spécifique

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

Nous avons remanié la question centrale découlant de ces lectures, elle n'était pas en relation avec un problème de terrain. Nous avons ainsi réfléchi à nos expériences professionnelles liées à une situation concernant des difficultés dans la collaboration infirmier/infirmière. Etant donné que nous n'avions rien perçu de très démonstratif durant nos formations pratiques, nous nous sommes appuyées sur les témoignages de collègues. Une des anecdotes les plus significatives nous a été relatée par une infirmière de trente ans.

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

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

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

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

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

2.1.1. Situation problématique du terrain

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

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

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

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

Durant cette interaction, il arborait un « sourire séduisant », l'implorait avec une politesse quasi exagérée. Il la complimentait sur son physique et ses compétences sur un ton joueur. Elle nous spécifia spontanément que sa réponse n'avait aucune connotation sexuelle et nous avoua aussi avoir été séduite par le sourire, la politesse, les compliments et l'humour d'Antoine.

²⁶ Prénom fictif utilisé pour faciliter la compréhension de la situation

²⁷ Prénom fictif utilisé pour faciliter la compréhension de la situation

2.1.2. Identités masculine et féminine

D'après Elisabeth Badinter²⁸ et E. Gianini Belotti, pédagogue²⁹, les identités masculine et féminine ne sont pas innées. Dès sa prime enfance et même peu après sa conception, l'enfant est influencé par le regard et la conviction de ses parents. Son entourage lui apprend à quel sexe il appartient et par conséquent, à se comporter comme il se doit, en fonction de son sexe. L'éducation et le conditionnement jouent donc un rôle primordial. Ils sont ancrés dans la culture et la tradition. En effet, les stéréotypes masculins-féminins sont encore diffusés : les hommes doivent être grands et forts et les femmes douces et serviables.³⁰

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

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

Pour Annie Oulevey-Bachmann, infirmière licenciée en sciences sociales et détentrice d'un diplôme d'études approfondies en études genre, le genre et, de ce fait les stéréotypes sexuels, traverse l'identité.³³ Nous pouvons alors nous interroger sur la manière de concilier l'identité sexuelle et l'identité professionnelle. D'une part, pour les femmes, cela semblerait aisé car les valeurs féminines et infirmières se confondent en partie. D'autre part, l'homme véhiculant le stéréotype masculin s'intégrerait plus difficilement dans les soins infirmiers.

²⁸ BADINTER, Elisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob. 1992. pp

²⁹ GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Paris : des femmes. 1973. pp 206

³⁰ BADINTER, Elisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob. 1992. pp.239

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

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

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

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

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

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

Dans la situation rapportée, Alexandra travaille depuis la naissance de son premier enfant à 60%. Elle a choisi de réduire son temps de travail afin de concilier plus facilement sa vie professionnelle et sa nouvelle vie familiale. Elle se sent principalement responsable de l'éducation de ses enfants. Elle ne correspond pas au stéréotype de la « femme-virile » mais n'est pas non plus considérée comme la « femme-objet », dépendante de son mari.

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

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

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

³⁶ GOLE, Nilüfer. Les femmes comme partenaires ? In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986. 422 pp.p.32-47.

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

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

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

Dans la situation décrite plus haut, Antoine a trente-trois ans. D'après D. Levinson, psychologue ayant travaillé sur le cycle de la vie masculine, dès trente ans, l'homme doit confirmer sa virilité. ⁴² Nous pouvons alors supposer que le fait de déléguer le rangement de son chariot à une femme, permettait à Antoine d'affirmer sa masculinité par la supériorité. Nous émettons cette hypothèse suite à l'étude du patriarcat développée au point 2.1.4.

2.1.3. Bref historique de la profession infirmière

A partir du Moyen-Âge et jusqu'à la Révolution française de 1789, les lieux de soins étaient gérés par les autorités ecclésiastiques. Ainsi, les sœurs hospitalières organisaient et prenaient en charge la totalité du travail. Lorsque le terme « infirmière » fit son apparition, il désignait les servantes à gages ou filles gardes malades qui étaient considérées comme les servantes des sœurs hospitalières. Il s'agissait d'un personnel subalterne non qualifié. A la suite de la Révolution française, les institutions de soins tendirent à la laïcité et furent dirigées par les municipalités. On reprocha ensuite aux religieuses de n'être pas assez formées, de manquer d'hygiène. Elles furent peu à peu chassées des milieux de soins. Les médecins demandèrent alors que les infirmières suivent une formation. A partir de 1922, les écoles d'infirmières se développèrent, bénéficiant de l'enseignement des médecins. Des valeurs telles que la soumission,

³⁸ GOLE, Nilüfer. Les femmes comme partenaires ? In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986. 422 pp.p.32-47.

³⁹ BADINTER, Elisabeth. *L'Un est l'Autre*. Paris : Ed. Odile Jacob, 1986.

⁴⁰ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. 192 pp. p. 13-14.

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

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

⁴² BADINTER, Elisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992 pp. 239.

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

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

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

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

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

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

Alexandra, en tant que femme, se sent-elle soumise à Antoine, l'homme ? Même si tous deux sont de même niveau hiérarchique dans les soins, ils restent femme et homme. Nous nous posons cette question en regard de notre culture patriarcale. Ce modèle est développé ci-après.

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

⁴⁴ Réseau Santé Valais. *Site de l'Hôpital du Valais* [en ligne].
Adresse URL : <http://www.rsv.gnw.ch> (consultée le 20.08.2008).

⁴⁵ SEAVER, Jon. Don't call me Doctor ! In: *RN*. Août 2006. pp.1

2.1.4. Passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire

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

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

Dès les années 1990, dans notre culture occidentale, nous assistons au passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire. Les identités masculines et féminines et leur reconnaissance par l'autre sexe en sont ébranlées.⁴⁸ Les hommes restent fortement attachés à leurs prérogatives comme le pouvoir social, le monopole du travail donc de l'argent et de l'autorité sur la sphère familiale. Malgré tout, la société assiste à une uniformisation des sexes, les rôles sont de moins en moins spécifiques à l'un ou l'autre. Ce changement a des enjeux particuliers et très importants : la différence, l'identité et la reconnaissance de chaque sexe. Plus rien ne dit à l'Homme qui est la Femme et vice versa. D'après Albert Donval, psychosociologue, le passage du modèle patriarcal au modèle égalitaire se fera plus facilement grâce à la reconnaissance et au respect que chaque sexe offrira à l'autre.⁴⁹

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

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

⁴⁸ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. 192 pp. p. 13-24.

⁴⁹ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p.24.

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

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

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

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

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

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

⁵¹ BADINTER, Elizabeth. Le patriarcat absolu ou la confiscation de tous les pouvoirs. In : *L'Un est l'Autre*. Paris : Ed. Odile Jacob, 1986. p. 112.

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

⁵³ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. 192 pp. p. 20-21.

2.1.5. Rapports de pouvoir

Le patriarcat, donnant la toute puissance au père, laisse progressivement sa place à un système de type égalitaire (ou managérial), dans lequel les négociations sont les bases de la résolution de problèmes et de la prise de décision. Cette transition au niveau du milieu professionnel, s'est répercutée sur la sphère familiale. Ainsi, la femme a pu prendre part activement à des prises de décisions.⁵⁴

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

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

L'autorité est « le pouvoir devant lequel on s'incline par contrainte ou respect sans usage de la force »⁵⁵. Cette autorité était exclusivement réservée aux hommes. Aujourd'hui, nous pouvons remarquer que dans certains foyers, elle est partagée entre homme et femme.

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

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

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

⁵⁴ AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986. 422 pp.

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

⁵⁶ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. *Sciences humaines*, octobre et novembre 2001, n° 34, p. 86-89

⁵⁷ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. *Sciences humaines*, octobre et novembre 2001, n° 34, p. 86-89

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

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

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

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

Cette interaction se serait-elle déroulée ainsi, si Alexandra avait été Alexandre ou si Antoine avait été Antoinette ?!

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

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

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

⁵⁹ BOURQUIN, Nicole. La séduction : pour une relation de qualité. In : *Soins infirmiers*. Janvier 1998. et CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 1994. p. 190-204

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

2.2. Etat des lieux actualisé de la problématique

Nos explorations concernant des recherches scientifiques relatives à la problématique des rapports entre infirmiers et infirmières se révélèrent infructueuses. Nos critères de sélection étaient probablement trop nombreux ou trop pointus. Nous cherchions des études récentes, postérieures à l'année 2000, ancrées dans notre culture occidentale et portant sur les rapports entre infirmiers et infirmières. Car comme le mentionne à plusieurs reprises Lorena Parini, politologue suisse, « [...] Les études de genre sont constructivistes et pratiquent la déconstruction des catégories de représentation [...]. Qui dit déconstruction dit contextualisation dans l'espace, dans le temps et dans les relations de pouvoir. »⁶¹ et « Seules des études situées dans l'espace et dans le temps peuvent donner des réponses partielles et situées. »⁶².

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

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

2.3. Questions spécifiques de recherche

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

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

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

⁶² PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.34

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

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

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

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

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

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

J'ai choisi d'explorer et de chercher à comprendre la conception des femmes-infirmières en ce qui concerne leur potentiel de séduction et celui de leurs collègues masculins. Cet outil de prise de pouvoir m'intrigue, en particulier dans les rapports de collaboration entre infirmiers et infirmières, car cette notion semble complexe et abstraite. Je tiens à appréhender les conséquences de ces relations de séduction. Ma question spécifique de recherche est donc :

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

Ma collaboratrice, Audrey Cretton, s'intéresse à la vision de l'infirmier. Elle souhaite comprendre comment l'infirmier ressent ce phénomène. Sa question est la suivante :

« D'après l'infirmier en psychiatrie, en quoi les rapports de séduction entre infirmiers-infirmières influencent-t-ils leurs pratiques professionnelles ? »

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

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

2.4. Description de la pratique professionnelle⁶⁵

Il nous semble essentiel de définir et de délimiter ce que nous entendons par « pratique professionnelle ». Pour ce faire, nous avons choisi le modèle théorique relatif à la médiologie de la santé, soit « l'étude de l'ensemble des interactions réclamées par l'activité soignante », de Michel Nadot, infirmier en psychiatrie et docteur en sciences de l'éducation et sciences infirmières. Nous l'avons sélectionné car il rend compte de la complexité du système dans le quel les infirmiers et infirmières travaillent.

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

⁶⁵ NADOT, Michel. Médiologie de la santé : de la tradition soignante à l'identité de la discipline. In : *Perspective soignante : Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*. Paris : Seli Arslan S.A. N°13. p.29-86 ainsi que NADOT, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In : Clémence Dallaire (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008. p 359-380.

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

Pratique	Définition théorique
Gestion de l'information	Recueillir, stocker, analyser, redistribuer, diffuser et effectuer un traitement de l'information en vue de transformer cette dernière en actes ou en paroles
Gestion et coordination	Gérer le temps, l'espace et les mouvements nécessaires à la gestion du personnel et à l'organisation du travail Manager les personnes présentes dans l'institution, en vue d'éviter le chaos
Régulation	Prévenir ou gérer les conflits humains dans l'organisation par les processus de réassurance, de gestion de conflits Maintenir l'équilibre dans l'activité de l'infirmière entre énergie de production et énergie de récupération (y compris temps de pause, moments de détente pour faire face aux tensions et aux contraintes de l'exercice professionnel)
Hôtellerie	Accomplir les tâches relatives à l'économie domestique ou familiale
Réapprovisionnement et rangement	Inventorier, réapprovisionner les stocks, comptabiliser le matériel utilisé
Assistance	Aider les acteurs engagés de l'un ou l'autre des trois systèmes culturels (collègues, médecins, soignés)
Relation	Communiquer verbalement ou non en ce qui concerne les choses de la vie, la promotion de l'autonomie et de la sécurité et l'accompagnement (présence, médiation de santé, toucher, écoute active, accompagnement de fin de vie, information)

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

2.5. Description du rôle infirmier dans les soins psychiatriques⁶⁶

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

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

Les infirmiers sont les seuls membres de l'équipe pluridisciplinaire à assurer le suivi de la clientèle 24h/24. Ils participent à toutes les activités quotidiennes liées aux soins. Le recueil de données est essentiel. Les objectifs thérapeutiques ainsi que le plan de soins, sont déterminés sur la base d'un consensus d'équipe infirmière. Les infirmiers et infirmières sont chargés de veiller à la satisfaction des besoins physiologiques de base des clients, de réévaluer constamment leur état, d'administrer les traitements, de fixer des limites et de prodiguer des enseignements adaptés.

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

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

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

⁶⁶ TOWNSWEND, Mary C. Chapitre 8 : la thérapie par le milieu. In : *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Québec : ERPI, 2004, p. 134-135.

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

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

Voici les étapes du processus de soins :

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

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

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

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

Pour plus d'informations concernant le domaine psychiatrique, vous pouvez vous référer à l'annexe n°3.

2.6. Limites

La restriction du champ d'étude se limite au public cible, au site de recherche et au temps imposé pour cette démarche.

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

2.6.1. Public cible

Ma recherche s'inscrit dans une étude de genre. Les participantes doivent donc être de sexe féminin, afin de cibler le ressenti des femmes et non d'un groupe mixte.

Elles doivent avoir le même niveau hiérarchique, être détentrices d'un diplôme en soins infirmiers « soins généraux » ou « psychiatrie⁷⁰».

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

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

2.6.2. Site de recherche

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

2.6.3. Temps imparti

Le temps imparti par l'HES-SO pour l'élaboration de notre recherche est de quatorze mois. La réalisation du devis de recherche demande quatre mois, la collecte de données et l'élaboration de ses outils trois mois et demi. Finalement, pour l'analyse, la comparaison et la conception des recommandations, nous travaillons six mois et demi. Ce laps de temps n'est cependant pas entièrement dédié à notre recherche, étant donné les exigences imposées par une dernière année de Bachelor (formations pratiques, examens, travaux écrits, travail personnel, etc.).

⁷⁰ Voir 2.6.2. « Site de recherche »

2.7. Objectifs de la recherche

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

Cette étude vise à :

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

3. Cadre théorique

Au travers de ce chapitre, vous découvrirez le cadre théorique à la base de notre recherche. Vous remarquerez probablement que les concepts développés ci-après, sont en réalité des « théories empruntées »⁷¹. En effet, comme mentionné dans le chapitre « Méthodologie », nous devons choisir une approche pertinente, afin de mener à bien notre recherche. Nous n'avons pas la prétention d'en faire une « théorie partagée »⁷², mais nous jugeons nécessaire au vu de la problématique, d'ouvrir notre étude à des théories multidisciplinaires appartenant à la sociologie, l'anthropologie, la philosophie ou la psychosociologie.⁷³

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

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

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

3.1. Concept de genre

Le concept de genre est au centre de notre recherche. Il permet d'aborder la question du complexe homme-femme qui constitue la toile de fond de notre étude. Afin de comprendre les rapports de séduction entre infirmiers et infirmières, il nous faut au préalable connaître les principales théories⁷⁴ liées au genre. Elles nous aident, tout au long de notre démarche, à reconnaître les limites de la recherche et de l'outil d'investigation présentées dans le point 4.2. et à établir un parallèle entre nos résultats de recherche et les éléments théoriques sur lesquels se basent nos enquêtes. Ainsi, nous pourrions émettre des recommandations pertinentes quant à la collaboration infirmiers-infirmières dans un service de soins en psychiatrie.

⁷¹ « Théorie tirée d'une autre discipline et servant à guider la pratique clinique ou la recherche infirmière. », définition tirée de l'ouvrage *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives* dirigé par LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. P. 166

⁷² « Théorie empruntée qui, une fois mise à l'épreuve sur le plan empirique, est utilisée par les infirmières pour résoudre des problèmes de santé qui les intéressent. », définition tirée de l'ouvrage *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives* dirigé par LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. P. 166

⁷³ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007. p. 166

⁷⁴ Définition selon Carmen Loïselles : « Généralisation abstraite qui présente une explication systématique des relations entre des concepts. » p. 160

Le concept complexe⁷⁵ de genre développé ici, est issu de l'ouvrage de Lorena Parini, « Le système de genre : introduction aux concepts et théories ». La politologue suisse a synthétisé les principaux éléments liés au genre tirés d'écrits d'auteurs reconnus, telles que Gayle Rubin, Linda Nicholson, Françoise Héritier, pour ne citer que les auteurs qui seront repris ultérieurement. Certes, la fidélité des idées émises par ces auteurs aurait été plus rigoureuse si nous nous étions basées sur les sources originales mais nous avons tout de même choisi l'ouvrage de Parini pour plusieurs raisons :

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

3.1.1. Historique des études genre

Le concept de genre a fait son apparition aux Etats-Unis d'Amérique dans les années 1970⁷⁶. Les recherches dites « Etudes femmes » ou « Etudes féministes » correspondaient à la 2^e vague du mouvement féministe dont le but est de renverser le système patriarcal et d'établir de nouvelles valeurs et de nouveaux rapports liés au genre. Ces études prouvaient et expliquaient certaines discriminations sexuelles subies par la femme⁷⁷. Dès 1972, certains chercheurs soutenaient que le sexe est du domaine du biologique et le genre de la construction sociale ; ce qui sous-tend que la femme n'est pas synonyme de nature ni l'homme de culture. Cette hypothèse vérifiée, les chercheurs se sont concentrés sur l'étude des rapports entre hommes et femmes et surtout de leurs rapports de pouvoir⁷⁸. Certaines études féministes se sont progressivement transformées en « études genre » qui ne se focalisaient plus uniquement sur les situations de discrimination de la femme : l'attention était portée sur les « phénomènes de construction sociale du sexe »⁷⁹. C'est en 1975 que la première définition de ce nouveau système le « sex/gender system » fut élaborée par Gayle Rubin, anthropologue. Les études genre donnent une nouvelle

⁷⁵ Le concept de genre est, selon Lorena Parini, complexe car des éléments symboliques qui découlent de constats biologiques provoquent un établissement des rôles dans la société, permettant la construction identitaire et modifiant ainsi les opportunités sociales et les choix de vie selon le sexe.

⁷⁶ TEIXIDO, Sandrine. *Les gender studies*. In : Sciences humaines. N°157, Février 2005. pp.54 à 57

⁷⁷ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.15

⁷⁸ TEIXIDO, Sandrine. *Les gender studies*. In : Sciences humaines. N°157, Février 2005. pp.54 à 57

⁷⁹ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.14

vision plus complexe du lien entre sexe biologique et genre⁸⁰.

Il est à noter qu'en France, les études genre sont en pleine expansion, contrairement aux Etats-Unis d'Amérique où l'intérêt pour ce type de réflexion est en baisse. Ceci est certainement dû à la peur des Français face aux études féministes américaines qui auraient pu engendrer une guerre des sexes.⁸¹ Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce retard a induit nos difficultés à trouver des recherches scientifiques en français.

3.1.2. Définitions du concept de genre

Comme mentionné précédemment, une des premières définitions du « sex/gender system » fut émise par Gayle Rubin : « Ce dernier est défini comme la construction sociale des significations liées au sexe biologique ». L'auteur Linda Nicholson, philosophe et directrice des programmes d'étude genre à l'université de Washington, a repris cette définition en 1994 : « [le genre] est l'ensemble des dispositifs sur la base desquels une société transforme la sexualité biologique en un produit de l'activité humaine ». Le sexe n'est plus limité à une caractéristique physique et le genre à une construction sociale. Nicholson explique le rapport entre le sexe et le genre en ces termes : « [...] cette conception du rapport sexe/genre [peut s'illustrer par] une *vision portemanteau* qui consiste à voir le corps comme un substrat biologique donné sur lequel sont *jetés* des éléments culturels »⁸².

Sandrine Teixido rapporte dans son article que notre système est basé sur la différence des sexes biologiques, ce qui en fait une caractéristique construite socialement.⁸³ Cette vision du sexe est aussi développée par Lorena Parini qui affirme que le sexe peut être considéré comme étant une question purement biologique ou alors, que le sexe est devenu une construction sociale du fait qu'il soit le symbole du dominé et du dominant⁸⁴. Les termes « sexe » et « genre » n'ont donc pas tout à fait la même signification pour tous les chercheurs. C'est pourquoi, nous avons créé un sous-chapitre, « Terminologie », qui nous permettra de préciser les vocables utilisés.⁸⁵

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

⁸⁰ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.15

⁸¹ DE LA VEGA, Xavier. *Genre et identité : Judith Buter en France*. In : Sciences humaines. N°163, Août-Septembre 2005. pp.10-11

⁸² PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.15

⁸³ TEIXIDO, Sandrine. *Les gender studies*. In : Sciences humaines. N°157, Février 2005. pp.54 à 57

⁸⁴ La notion de domination est développée dès le point 3.1.4. « Reproduction ».

⁸⁵ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.21-23

de départ est une revendication d'égalité entre les hommes et les femmes. [...] Le concept n'est pas figé et il est susceptible de transformations et d'enrichissements futurs. »⁸⁶

Comme le souligne Lorena Parini, les nouvelles technologies modifient le concept de genre. Elle prend, entre autres, l'exemple de la découverte de la contraception orale et explique que cette invention a révolutionné les rapports entre hommes et femmes. C'est grâce à la possibilité, pour la femme, de gérer la procréation que les pouvoirs sexuels se sont équilibrés, sur cette question précise.⁸⁷

3.1.3. Terminologie

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

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

Pour une meilleure compréhension, dans notre recherche, nous utilisons le mot « **sexe** » au sens de « caractère physique permanent de l'individu humain, animal ou végétal, permettant de distinguer, dans chaque espèce, des individus mâles et des individus femelles ; ensemble de ces individus mâles ou femelles »⁸⁸.

Nous entendons par le terme « **homme** », un « être humain du sexe masculin »⁸⁹. Parfois ce mot est aussi utilisé pour désigner « l'espèce humaine considérée de façon générale »⁹⁰ donc à la fois les hommes (mâles) et les femmes (femelles). Selon le sens de la phrase, le terme d' « homme » est à comprendre de l'une ou de l'autre façon.

Dans notre recherche, « **femme** » signifie « Être humain appartenant au sexe apte à reproduire des ovules et à porter des enfants ou être humain femelle »⁹¹.

⁸⁶ JACQUET, Isabelle. *Développement au masculin/féminin. Le genre : outils d'un nouveau concept*. Paris : L'Harmattan, 1995. p. 23-24

⁸⁷ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.46

⁸⁸ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁸⁹ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁹⁰ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁹¹ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

Le **masculin** ou **féminin** est une construction sociale basée sur des « ensembles de caractéristiques floues » et des comportements propres à un sexe ou à l'autre. Cet apprentissage se fait lors de la socialisation sexuée des enfants. Il est influencé par l'éducation, les apprentissages, le dressage, les rites.⁹²

Le **rôle** est l'« ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu, du fait de son statut social ou de sa fonction dans un groupe ».⁹³

Le terme de **statut** désigne une « Situation de fait, [une] position par rapport à la société, aux institutions, etc. »⁹⁴.

Une **tâche** est un « Travail, ouvrage à faire dans un temps déterminé et à certaines conditions »⁹⁵.

Dans ce travail, le nom « **stéréotype** » signifie « Cliché obtenu par stéréotypie »⁹⁶, « Expression ou opinion toute faite, sans aucune originalité, cliché »⁹⁷, ou « Caractérisation symbolique et schématique d'un groupe qui s'appuie sur des attentes et des jugements de routine »⁹⁸, selon le sens de la phrase.

La **sphère publique** évoque la collectivité. Elle a pris racine dans les cabarets, cafés et places publiques. Elle sous-tend une fonction publique (e.g. : service militaire, politique), une mission économique (e.g. : travail rémunéré). Elle est dominée par les hommes et est considérée comme plus valorisante.⁹⁹

La **sphère privée** véhicule l'idée d'espace intérieur, de foyer. Elle est relative à la gestion des activités quotidiennes.¹⁰⁰ Elle comprend la vie familiale et la reproduction¹⁰¹. Les tâches exécutées dans ce contexte sont souvent non-rémunérées et sont considérées comme mineures.¹⁰² La sphère privée est dominée par les femmes.¹⁰³

⁹² FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. p. 4-5

⁹³ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁹⁴ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁹⁵ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁹⁶ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁹⁷ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

⁹⁸ Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. 2008.

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

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

¹⁰⁰ LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris :cerf, 1993, p.39-46

¹⁰¹ La notion de reproduction est décrite au point 3.1.4. Elle ne définit pas uniquement la procréation.

¹⁰² PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. pp. 129

¹⁰³ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. pp.129

Le terme de **patriarcat** définit une organisation sociale où la dominance masculine et la prédominance sociale des hommes règnent, basée sur le postulat de la différence des sexes ayant entraîné la séparation des sphères privée et publique.¹⁰⁴

3.1.4. Reproduction¹⁰⁵

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

Dans son œuvre « Du côté des petites filles », Elena Gianini Belotti dissèque les processus de conditionnement des fillettes. Elle défend l'idée que la différenciation et les stéréotypes sexuels interviennent déjà avant la naissance. Pour preuve, elle illustre ses stéréotypes en utilisant des croyances populaires. Par exemple, le fait que la femme enceinte a le ventre plutôt vers l'avant révèle qu'elle aura un garçon. Belotti fait le lien entre le ventre « pointu » de la future mère et le pénis du garçon. Elle poursuit sa réflexion en décrivant le rôle de l'homme et de la femme. Ainsi, d'après elle, le père contrôle le comportement maternel et est considéré par le fils comme un objet d'identification et d'imitation. Le rôle du père est de pourvoir aux besoins matériels de la famille. Il représente la sécurité pour ses enfants et son épouse. Il a une fonction mineure au niveau de l'affection, de la tendresse. Elena Belotti affirme que la domination masculine est véhiculée par ce conditionnement. Celui-ci se poursuit durant l'enfance par le biais, entre autres, des jouets. En effet, les parents orientent les choix des jeux et des jouets selon le sexe de leur enfant. Les filles reçoivent souvent des poupées pour appréhender le rôle maternel. Si les filles refusaient ce conditionnement à la soumission, elles perturberaient la structure sociale. Elles suivent cette éducation de peur d'être mises à l'écart. Elena Belotti termine en affirmant qu'arrivés à l'âge de cinq ans, les enfants ont intégré les comportements liés à leur sexe ; agressif, actif et dominateur pour le garçon et soumise, passive et dominée pour la fille.¹⁰⁶ Il reste à nuancer ce point de vue en regard de la date de création de l'ouvrage, soit 1973. Michèle Ferrand, sociologue au laboratoire Cultures et Sociétés urbaines du CNRS (Centre National – français - de la Recherche Scientifique), critique la vision d'Elena Belotti. En effet, les objectifs de Belotti étaient de démontrer que le conditionnement social incitait et maintenait l'infériorité féminine. Cependant, elle souligne que ce sont principalement les mères qui enferment leurs enfants dans une catégorie sexuée, entraînant de ce fait, une image négative de la femme. Par ailleurs, Michèle Ferrand accuse Elena Belotti d'occulter le fait que les stéréotypes liés à la masculinité peuvent aussi être difficile à porter par les petits garçons.

¹⁰⁴ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p. 64-65

¹⁰⁵ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. pp. 129

¹⁰⁶ GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Milan : des femmes, 1973. pp. 207

Elle prend l'exemple de la stigmatisation plus prononcée des garçons aux comportements féminins que celle des filles « garçons manqués ».¹⁰⁷

Si nous établissons un parallèle avec la construction de l'identité masculine, nous pouvons nous référer à l'ouvrage d'Elisabeth Badinter, « XY, de l'identité masculine ». Elle défend l'idée que l'homme « doit être fait ». Le petit garçon doit se battre pour se différencier et se détacher de sa mère afin de développer sa propre identité. Elle oppose la construction de l'identité sexuelle de la fillette à celle du garçon : « Etre un homme implique un travail, un effort qui ne semble pas être exigé de la femme »¹⁰⁸. Elisabeth Badinter associe à la masculinité les verbes tels que prendre, s'affirmer, pénétrer et dominer. Elle souligne que l'identité masculine est difficile à définir et donc complexe à construire pour les hommes.¹⁰⁹ Cette opinion est partagée par Jean-François Dortier, créateur et rédacteur en chef du magazine « Sciences Humaines ». Il décrit la crise identitaire que l'homme et la femme traversent. La conquête de l'autonomie par les femmes, le déclin du patriarcat, des cadres politique et religieux, les changements que subit l'unité familiale, le rapprochement des rôles masculins et féminins, et bien d'autres causes encore, engendrent une crise, des troubles identitaires et des angoisses existentielles.¹¹⁰

Michèle Ferrand a décrit plus récemment, avec ses mots cette crise identitaire. Elle affirme que certaines valeurs viriles perdent de leur importance et que notre société accorde de plus en plus de poids aux compétences relationnelles. Elle explique ainsi « l'atténuation de la hiérarchie sexuée des stéréotypes »¹¹¹. L'éducation balance entre deux pôles : d'un côté, la volonté d'égalité entre l'éducation des frères et sœurs, d'un autre, le désir de maintenir une différence entre les sexes. Elle note finalement que les enfants se comportent principalement en fonction des attitudes conditionnées de façon inconsciente et auront bien des difficultés à les modifier.¹¹²

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

Enfin, se peut-il que la dépréciation des valeurs viriles et la valorisation des compétences relationnelles¹¹³ entraînent, dans le futur, une augmentation de l'intérêt des hommes pour la profession infirmière ?

¹⁰⁷ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. pp.129

¹⁰⁸ BADINTER, Elisabeth. *XY, de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992. p.14

¹⁰⁹ BADINTER, Elisabeth. *XY, de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992. pp. 320

¹¹⁰ DORTIER, Jean-François. Identité : des conflits identitaires à la recherche de soi. In : *Sciences Humaines*. N°34. Octobre-Novembre 2001. p.46-49

¹¹¹ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. p. 49

¹¹² FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. pp.129

¹¹³ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. p. 49

3.1.5. Division sexuée du savoir et du travail¹¹⁴

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

« Ainsi toute l'éducation des femmes doit être relative aux hommes. Leur plaisir, leur être utiles, se faire aimer et honorer d'eux, les élever jeunes, les soigner grands, les conseiller, les consoler, leur rendre la vie agréable et douce : voilà les devoirs des femmes dans tous les temps, et ce qu'on doit leur apprendre dès leur enfance. Tant qu'on ne remontera pas à ce principe, on s'écartera du but, et tous les préceptes qu'on leur donnera ne serviront de rien pour leur bonheur ni pour le nôtre. »¹¹⁵

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

Dans son ouvrage « L'Un est l'Autre », Elisabeth Badinter revient beaucoup plus loin dans l'histoire pour expliquer l'origine de la division sexuée des tâches. Elle remonte jusqu'à la préhistoire. « Dans tous les groupes primitifs connus, la chasse revient normalement à l'homme, la cueillette à la femme. »¹¹⁶ C'est ainsi que les spécialistes de l'évolution humaine expliquent la naissance de la complémentarité des rôles hommes-femmes et la division des tâches, même si les sexes composaient deux groupes séparés. Des notions de pouvoir ont certainement émergé dès cette époque. Les théories liées au pouvoir dans ces cultures primitives sont controversées. Elisabeth Badinter rapporte qu'il existait probablement un pouvoir masculin lié aux prouesses de la chasse et un pouvoir féminin lié à la procréation.¹¹⁷

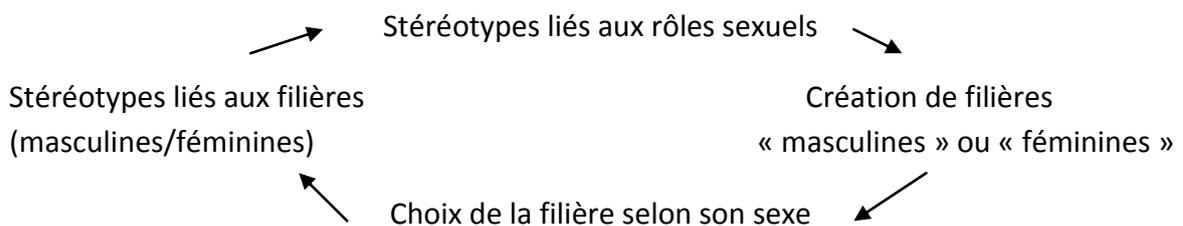
¹¹⁴ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. pp. 129

¹¹⁵ Intellego : la communauté du savoir scolaire. *Rousseau et les femmes*. [en ligne], rédigé le 20 août 2007. Adresse URL <http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009)

¹¹⁶ BADINTER, Elisabeth. *L'Un est l'Autre*. Paris : Odile Jacob. Avril 1986. p.29-30

¹¹⁷ BADINTER, Elisabeth. *L'Un est l'Autre*. Paris : Odile Jacob. Avril 1986. pp.383

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



Les stéréotypes liés aux rôles sexuels ont provoqué une séparation de l'instruction féminine et masculine, créant ainsi des filières « masculines » et « féminines ». Ces filières sexuées influencent le choix de formation des jeunes sortant de l'école obligatoire. Ces choix professionnels sexués nourrissent l'idée de filières sexuées. Et enfin, ces filières sexuées entretiennent les stéréotypes généraux relatifs aux rôles sexuels. Afin de sortir de ce cercle vicieux, les politiques suisses de formation et d'égalité des chances agissent sur l'orientation professionnelle des garçons et des filles ainsi que sur les stéréotypes liés aux filières et aux métiers.¹¹⁸

Les différences sexuelles dans les choix de formation ont été étudiées récemment en Valais par Mme Sarah Jurish-Praz. Les filières sociales et médicales sont à forte prédominance féminine, alors que les domaines techniques, scientifiques ou manuels sont majoritairement masculins. Cet état de fait est plus marqué en Valais qu'en Suisse.¹¹⁹

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

¹¹⁸ HES-SO Valais. *Equality : Ingénieur, aussi un métier pour les filles*. [en ligne], dernière mise à jour le 13 février 2009.

Adresse URL : <http://wins.hevs.ch/index.asp> (consultée le 19 juin 2009)

¹¹⁹ JURISCH-PRAZ, Sarah. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.5-22

Comme cité auparavant, la sphère publique est dominée par les hommes et la sphère privée gérée par les femmes. Ce phénomène repose sur l'idée d'une complémentarité des rôles sexués, homme/femme : production/distribution et travaux de force/travaux de finition. Cette complémentarité est critiquée dans l'ouvrage dirigé par Xavier Lacroix : « L'insaisissable différence ». En effet, les fonctions publiques ont été valorisées par rapport aux tâches privées. Les tâches liées à la sphère publique sont définies comme nobles tandis que les tâches relatives à la sphère privée sont subalternes. La complémentarité des rôles sexués n'est pas basée sur l'égalité des sexes : c'est une complémentarité de subordination, nommée par d'autres auteurs « patriarcat » ou « domination masculine ».¹²⁰

Françoise Héritier explique que le patriarcat n'est pas issu directement des caractéristiques biologiques de l'homme et de la femme mais de leur symbolisation et de leur interprétation. En d'autres mots, le patriarcat n'est pas naturel mais est une construction sociale basée sur une « valence différentielle des sexes »¹²¹. Cette construction est née dès l'origine du social, défini par Lévi-Strauss. Tous les systèmes de la pensée humaine sont imprégnés de la catégorisation dualiste¹²². Françoise Héritier émet plusieurs raisons au développement du patriarcat. La première consiste à affirmer que la notion d'équilibre est abstraite. C'est pourquoi, les humains classent les éléments de façon hiérarchique : une certaine chose vaut plus qu'une autre. La femme perd passivement du sang lors de ses menstruations ; l'homme perd du sang ou en fait perdre volontairement. La passivité est dévalorisée par rapport à l'activité. La femme a été donc dépréciée et l'homme valorisé. La deuxième explication de la construction du patriarcat prend naissance dans l'appropriation des femmes par les hommes. En effet, la femme était donnée par son père ou par son frère à un homme d'un autre groupe pour permettre la perpétuation de l'espèce. De ce fait, les hommes ont pris le pouvoir sur la reproduction de l'espèce humaine et le corps de la femme. Celle-ci était considérée comme un butin, un objet d'échange. La femme était une fois de plus dénigrée. Elle était perçue comme un « ventre » lorsqu'elle portait un garçon et une monstruosité si elle donnait naissance à une fille. De plus les femmes peuvent créer leurs filles mais les hommes ne peuvent faire leurs fils. « L'homme est obligé de passer par un corps de femme »¹²³. Cette injustice a motivé les hommes dans leur processus de domination masculine. Cette dernière s'est fondée, dès la naissance de l'humanité, sur la base de ces constructions sociales.¹²⁴

¹²⁰ ANGLERAUD, Bernadette. Culture féminine, Culture masculine : l'exemple du XIXe siècle. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993, p. 39-46

¹²¹ Expression utilisée par Françoise Héritier pour définir la valorisation d'un sexe par rapport à l'autre.

¹²² E.g. : haut, bas ; chaud, froid ; bien, mal ; etc.

¹²³ HERITIER, Françoise. *Masculin/Féminin II : dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob. 2002. p. 23

¹²⁴ HERITIER, Françoise. *Masculin/Féminin II : dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob. 2002. pp. 445

Dès les années 1990, dans notre culture occidentale, le patriarcat décline et fait place à un modèle plus égalitaire : le modèle managérial. La femme est considérée comme sujet et actrice sur le plan social. Ce modèle prône l'égalité des sexes.¹²⁵ Malheureusement, le passage du patriarcat à l'égalité ne se fait pas sans difficultés. Dès que le statut, le rôle d'un sexe évolue, l'autre sexe se sent lésé ou en danger.¹²⁶ Ces deux modèles se côtoient. D'un côté le modèle de la suprématie de l'homme sur la femme qui se base sur la séparation sociale des sexes, de l'autre, le modèle visant l'égalité des sexes qui promeut un rapprochement des identités masculine et féminine.¹²⁷ Ce choc d'idéaux bouleverse profondément les identités personnelles, sociales et collectives.¹²⁸ D'après Albert Donval, afin de faciliter ce passage, l'homme et la femme devraient bénéficier d'une mutuelle reconnaissance : « C'est dans la parole d'une femme qu'un homme se risque à être un homme. C'est dans la parole d'un homme qu'une femme se risque à être une femme »^{129 130}.

A son origine, la profession d'infirmière pouvait être considérée comme faisant partie de la sphère privée, les activités relatives à une fonction sociale étant réservées aux femmes.¹³¹ Prendre soin, soigner, consoler sont des devoirs de la femme selon Jean-Jacques Rousseau.¹³² De plus, l'histoire de la profession est étroitement liée aux valeurs chrétiennes et féminines.¹³³ Ces facteurs sont probablement à l'origine de la féminisation de la profession infirmière. De nos jours, nous remarquons encore une forte présence féminine dans les écoles de soins.¹³⁴

¹²⁵ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p. 20-21

¹²⁶ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p. 13-24

¹²⁷ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p. 13-24

¹²⁸ DORTIER, Jean-François. Identité : des conflits identitaires à la recherche de soi. In : *Sciences Humaines*. N°34. Octobre-Novembre 2001. p.46-49

¹²⁹ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p. 24

¹³⁰ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p.13-24

¹³¹ ANGLERAUD, Bernadette. Culture féminine, Culture masculine : l'exemple du XIXe siècle. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris :cerf, 1993, p. 39-46

¹³² Intellego : la communauté du savoir scolaire. *Rousseau et les femmes*. Rédigé le 20 août 2007. Adresse URL : <http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009)

¹³³ GROUPE DE RECHERCHE INTERPROFESSIONNEL SUR LA PROFESSION DE L'INFIRMIERE. Historique de la profession d'infirmière. In : *L'identité professionnelle de l'infirmière*. Paris : Le centurion, 1986. pp.13-27

¹³⁴ JURISCH-PRAZ, Sarah. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.5-22

Selon nous, les infirmiers sont plus nombreux dans le domaine des soins psychiatriques.¹³⁵ Cela pourrait aussi s'expliquer par l'histoire des soins psychiatriques : la force, l'autorité étaient des qualités appréciées dans ce secteur de soins.¹³⁶

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

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

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

3.1.6. Domaine politique¹³⁷

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

Nous avons élaboré une brève présentation du système politique suisse. Elle permet une meilleure compréhension des points suivants.¹³⁸

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

En Suisse, les femmes durent attendre le début des années 1970 pour acquérir le droit de vote au niveau fédéral et cantonal, après avoir déjà subi un échec. En comparaison avec les principaux pays limitrophes de la Suisse, le droit de vote aux femmes a tardé à être accepté (France : 1944, Italie : 1945, Allemagne : 1918, Autriche : 1918).¹³⁹ Sarah Jurisch-Praz affirme que les femmes sont sous-représentées dans tous les pouvoirs politiques, particulièrement l'exécutif, et à tous les niveaux (fédéral, cantonal et communal). Elle souligne dans son étude, que cette sous-représentation féminine est encore plus marquée

¹³⁵ Nous n'avons, malheureusement, pas eu accès aux statistiques pouvant confirmer ou infirmer cette hypothèse.

¹³⁶ Réseau Santé Valais. *Bienvenue sur le site du RSV*. [en ligne]
Adresse URL : www.rsv-gnw.ch (consultée le 19 juin 2009)

¹³⁷ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. pp. 129

¹³⁸ Voir l'annexe n°4

¹³⁹ SEAGER, Joni. *Atlas des femmes dans le monde : la réalité de leurs conditions de vie*. Paris : Autrement, 2003. p.92-93 et 112-119

en Valais.¹⁴⁰ Lorena Parini soutient ce constat en stipulant que la parité des représentations selon le sexe est loin d'être atteinte.

Tous les dirigeants mandatés pour les questions touchant à la santé sont des hommes. De la plus haute fonction exécutive (conseiller fédéral chargé des affaires de l'intérieur) aux fonctions administratives et dirigeantes de l'établissement dans lequel nous nous entretenons avec les sujets, en passant par la fonction exécutive cantonale, tous ces postes dirigeants sont occupés par des hommes.¹⁴¹ Certes, des femmes doivent probablement intervenir dans certaines prises de décisions mais nous n'avons pu le prouver ou le quantifier. N'est-ce pas contradictoire que le secteur de la santé fortement féminin soit dirigé uniquement par des hommes ?

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

3.2. Concept de pouvoir

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

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

Dans ce chapitre, nous développerons le concept de pouvoir, pour lequel nous nous sommes appuyées sur les écrits de la philosophe française, Jacqueline Russ.¹⁴² Nous avons choisi cet ouvrage car elle y reprend le travail de différents auteurs tels que Max Weber, sociologue et économiste allemand, et Michel Foucault, philosophe français. Un autre auteur nous a également permis de construire ce cadre théorique, il s'agit de Gustave-Nicolas Fischer, professeur de psychologie sociale.¹⁴³

¹⁴⁰ JURISCH-PRAZ, Sarah. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.34 à 41

¹⁴¹ Confédération suisse. Les autorités fédérales de la Confédération suisse.
Adresse URL : www.admin.ch (consultée le 19 juin 2009) ainsi que
Réseau Santé Valais. *Bienvenue sur le site du RSV*.
Adresse URL : www.rsv-gnw.ch (consultée le 19 juin 2009)

¹⁴² RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française. 1994. 349 pp.

¹⁴³ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. 243 pp.

3.2.1. Définition

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

Tout d'abord, tous les auteurs étudiés s'accordent à dire que le pouvoir naît dans la relation. Sans interaction, il n'y a pas de pouvoir. En effet, un pouvoir est exercé par A si B effectue une action qu'il n'aurait pas faite sans l'intervention de A.¹⁴⁴ Il s'agit donc de « la capacité d'un individu à obtenir d'un autre, un comportement qu'il n'eût pas spontanément adopté ».¹⁴⁵ Selon Weber, le pouvoir signifie « la chance de faire triompher sa volonté même contre des résistances »¹⁴⁶. Le pouvoir n'est pas déterminé comme une capacité personnelle, ni en tant que qualité d'un groupe, mais existe seulement au travers de relations sociales.

3.2.2. Pouvoir comme relation¹⁴⁷

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

De nombreuses recherches ont permis de mettre en évidence le pouvoir comme étant une cause. En effet, celui-ci oriente le comportement différemment. « Le pouvoir est le pôle d'une relation qui pousse l'autre dans une direction définie par lui »¹⁴⁸. Il est donc difficile de faire une différence entre le pouvoir et les différentes interactions, où chaque individu semble exercer une influence sur les autres.

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

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

¹⁴⁴ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française. 1994. p.13

¹⁴⁵ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p. 79

¹⁴⁶ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française. 1994. p. 24

¹⁴⁷ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p 84-93

¹⁴⁸ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p. 85

3.2.3. Pouvoir comme domination - soumission

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

Entre homme et femme, on a toujours assisté à un rapport de domination. L'homme a pris le pouvoir sur la femme, considérée comme faisant partie de la « classe inférieure »¹⁴⁹ - modèle patriarcal. Nous nous demandons, alors comment, dans un milieu professionnel à prédominance féminine, homme et femme collaborent sur un pied d'égalité.

3.2.4. Pouvoir comme lien affectif

Cette dimension démontre que dans le pouvoir, il existe des liens d'amour et de haine. Dans les jeux de pouvoir, il y a souvent une personne centrale dont toutes les autres personnes dépendent. Ce pilier peut prendre différentes figures - leader, tyran, héros, patriarche, etc.¹⁵⁰. Nous entrons ici dans le champ de la psychanalyse et, n'ayant pas les connaissances nécessaires pour aborder ce sujet, nous en resterons là.

3.2.5. Dynamique du pouvoir¹⁵¹

Légitimité

La légitimité désigne « toute autorité fondée sur une structure hiérarchique ». Pour Weber, la « légitimité du pouvoir repose sur des règles rationnellement établies soit comme résultat d'un accord, soit par décision unilatérale »¹⁵². Nous ne développons pas plus loin cette notion. Nous nous intéresserons plutôt au leadership car celui-ci dépend essentiellement de l'individu en lui-même et de sa relation avec autrui.

Leadership

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

¹⁴⁹ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. pp.235

¹⁵⁰ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p.89-93

¹⁵¹ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p 102-137

¹⁵² FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p. 102

Peu de femmes sont vues comme des « leaders ». Elles sont souvent défavorisées par les stéréotypes de la société qui ne leur attribue toujours pas de qualités de management, de gestion d'un groupe qui caractérisent bien un homme.¹⁵³ Elles semblent moins compétentes dans ces tâches.

3.2.6. Effets du pouvoir¹⁵⁴

Privation

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

Les femmes sont un exemple de privation de pouvoir. Celles qui ont des responsabilités et des personnes sous leurs ordres peinent à être reconnues, la faute, aux stéréotypes encore diffusés. La femme doit prouver qu'elle est capable d'effectuer ce type de travail, le marché du travail a des attentes plus exigeantes envers les femmes.¹⁵⁵ Bien souvent, la femme s'identifie à des modèles masculins. Cela peut aboutir au phénomène de la « femme virile ».¹⁵⁶ En outre, lorsqu'une femme réussit à atteindre des objectifs fixés, on l'attribue trop souvent à de la chance plutôt qu'à ses compétences.¹⁵⁷

Soumission

Il y a soumission lorsqu'on obéit à un ordre légitime. L'ordre légitime représente une norme d'obéissance aux personnes nous étant supérieures. Il faut que cette autorité soit clairement identifiable pour qu'il y ait soumission. Des expériences effectuées par Stanley Milgram, psychologue américain, ont démontré que les humains sont faibles face à une autorité. Ainsi, même s'ils n'adhèrent pas du tout au point de vue de cette autorité, certains individus peuvent abandonner toutes leurs valeurs personnelles au profit d'une « obéissance aveugle ».

¹⁵³ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p. 142-143

¹⁵⁴ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p. 137-157

¹⁵⁵ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. p. 162-163

¹⁵⁶ GOLE, Nilüfer. Les femmes comme partenaires ? In : AUBERT, N. ENRIQUEZ, E. DE GAULEJAC, V. *Le sexe du pouvoir : femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*. Paris : épi. 1986. 422 pp.p.32-47

¹⁵⁷ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p. 142

Accoutumance¹⁵⁸

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

Résistance

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

3.2.7. Moyens du pouvoir¹⁵⁹

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

Modes « agressifs »

Nous présentons brièvement les modes « agressifs », ils ne sont pas au centre de nos préoccupations. Le premier mode est la violence : « l'usage de la force destinée à exercer une contrainte ». Cette contrainte peut être physique ou morale, individuelle ou collective.¹⁶⁰ Elle est destinée à faire peur. Le second mode est la puissance. Utilisée dans un cadre hiérarchique, elle entre en compte dans les rapports inégaux. Le troisième mode est le commandement par sanction : « l'acte signifiant et exprimant l'ordre, de manière à faire exécuter une action »¹⁶¹.

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

Modes « doux »

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

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

¹⁵⁸ Nous choisissons ce sous-titre pour cet effet du pouvoir, en regard du contenu plutôt que « usure » qui avait été mis ici par Jacqueline Russ.

¹⁵⁹ RUSS, Jacqueline. Les moyens et médiations du pouvoir. In : *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française. 1994. p. 32-41

¹⁶⁰ FISCHER, Gustave-Nicolas. La violence. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p. 6

¹⁶¹ RUSS, Jacqueline. Les moyens et médiations du pouvoir. In : *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française. 1994. p. 37

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

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

3.2.8. Influence¹⁶²

La communication promeut les relations mais peut également devenir un moyen de pression ou de manipulation.

En 1900, on avait déjà constaté qu'un individu devant répondre à la même question qu'une personne le précédant, avait tendance à répondre la même chose. La communication a donc une influence sur le jugement. Les expériences de Solomon Asch, psychologue,¹⁶³ ont permis ensuite d'établir que l'information émise ne détermine pas le jugement d'autrui mais qu'elle transforme l'objet concerné en rétablissant une cohérence entre l'univers de l'individu lui-même et l'opinion des autres. D'autres expériences ont mis en évidence qu'une relation établie entre deux personnes confrontées à une même action déclenche des processus cognitifs semblables et amène à établir des points de repères communs.

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

Influence comme moyen du pouvoir

Pour certains auteurs, tels que Fischer, l'influence n'est pas un moyen nécessaire au pouvoir. Autrement dit, « l'influence ne requiert pas de pouvoir et le pouvoir peut se passer de l'influence ». ¹⁶⁴ L'influence serait l'exercice d'une persuasion et le pouvoir l'exercice d'un contrôle. Nous garderons la vision de Jacqueline Russ qui considère l'influence comme « mode doux » du pouvoir, orientant les individus à leur insu et permettant ainsi de prendre un ascendant sur eux.

¹⁶² ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p. 127-150

¹⁶³ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p. 130

¹⁶⁴ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p 79

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

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

L'influence s'exerce aussi par « comparaison sociale » : lorsqu'un individu n'est pas certain de son opinion, il va chercher auprès de ses semblables si son point de vue est exact en le comparant aux différents objets. Il peut ainsi s'ajuster aux normes qui régissent le groupe.¹⁶⁵

Formes de l'influence¹⁶⁶

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

▪ Conformité

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

Worchel et Cooper, psychologues sociaux, ont démontré que les femmes ont tendance à se conformer au groupe plus facilement que les hommes. L'indépendance plus grande des hommes par rapport aux normes résulte du fait que cette attitude est valorisée chez eux, moins chez la femme.¹⁶⁷

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

¹⁶⁵ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p. 64-66

¹⁶⁶ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p. 74-89

¹⁶⁷ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p 77

▪ Soumission

On retrouve deux catégories de soumission. Tout d'abord, la « soumission librement consentie »¹⁶⁸, qui permet à la personne manipulée d'avoir l'impression de garder le contrôle sur son comportement. Etant « travaillée » à son insu, cette personne ressent un sentiment de liberté. On peut parvenir à ce phénomène en « amenant quelqu'un, à travers une première demande anodine, à faire ce qu'on attend réellement de lui » ou encore, en « amenant quelqu'un à s'engager sur une proposition qu'on lui fait, mais sans qu'il connaisse le coût réel de son accord ».¹⁶⁹ La seconde catégorie est la soumission à l'autorité. Celle-ci est caractérisée par l'obéissance. Nous avons traité ce phénomène dans la section « Moyens du pouvoir ».

3.2.9. Séduction

Le pouvoir peut être conquis par la séduction. Elle peut avoir comme synonymes l'appât, l'envoûtement, l'attraction, la fascination, le charme. Tous ces termes ont une connotation importante d'emprise sur l'autre. Ce concept est donc inclus dans celui du pouvoir.¹⁷⁰

Lorsqu'on séduit, l'autre obéit sans contrainte. On peut ainsi faire ce que l'on veut sans recourir à l'autorité et avec une certaine douceur. On se retrouve proche des désirs de l'autre, on lui fournit ce qu'il attend sans le heurter. On lui donne en fait ce que l'on croit qu'il attend.¹⁷¹

Historique¹⁷²

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

On perçoit aux origines du mot, combien, au temps de l'hégémonie de l'Église, séduire était considéré comme provocateur. L'esprit séducteur désignait en l'occurrence le démon.

¹⁶⁸ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p 82

¹⁶⁹ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p. 83

¹⁷⁰ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. In : *Sciences humaines*. Octobre et novembre 2001.

¹⁷¹ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 1994. p. 190

¹⁷² HAGÈGE, Jean-Claude. Un point d'histoire. In : *Le pouvoir de séduire*. Paris : Odile Jacob. 2003. p. 64-69

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

Quant aux femmes, au XVIII^e siècle, elles peuvent être séduisantes mais pas séductrices. Elles sont entièrement dévouées aux hommes qui les contrôlent complètement. Elles sont éduquées pour servir.¹⁷³ À cette époque, on ne parle pas encore de séductrices au sens sexuel du mot, la sexualité des femmes étant scandaleuse.

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

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

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

Définition

Comme décrit dans l'historique, la séduction est aujourd'hui, dans notre société occidentale un moyen de plaire.¹⁷⁴ En séduisant, par nos paroles, notre sourire, notre gentillesse et la mise en scène de notre corps, nous cherchons à nouer un contact, à être acceptés ou aimés. Un besoin de plaire se cache là.¹⁷⁵ Évidemment, on retrouve toujours les notions péjoratives que sont la tromperie ou la manipulation, ceci dans le but de prendre le pouvoir sur l'autre.

La séduction est un phénomène universel et fait partie intégrante des relations humaines selon Nicole Bourquin, infirmière enseignante.¹⁷⁶ Contrôlée et équilibrée, la séduction devient un phénomène nécessaire à tout bon fonctionnement de groupe selon Lemaire, professeur de psychologie sociale.¹⁷⁷ On ne peut renoncer à séduire. De plus, la signification de la séduction à l'heure actuelle nous montre l'évolution des relations de pouvoir selon Mireille Cifali, professeur de psychologie et des sciences de l'éducation à Genève.

¹⁷³ HAGÈGE, Jean-Claude. Un point d'histoire. In : *Le pouvoir de séduire*. Paris : Odile Jacob. 2003. p. 67.

¹⁷⁴ WAINRIB, Steven. *Les ambiguïtés de la séduction*. In : *Dialogue*. 2004 .

¹⁷⁵ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 1994. p. 190

¹⁷⁶ BOURQUIN, Nicole. La séduction : pour une relation de qualité. In : *Soins infirmiers*. Janvier 1998.

¹⁷⁷ LEMAIRE, Jean-G. Séduction, amour, pouvoir. In : *Dialogue : Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*. 2^e trimestre 2004.

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

▪ **« Séduction festive »**

Ce type de séduction permet à l'individu de s'ouvrir à la relation. Il s'agit de charme réciproque. Une alliance se crée et cet individu se sent reconnu en donnant une place à l'autre. Cette séduction-là est fondatrice des rapports humains et semble faire partie intégrante de chacun. Dire à l'autre ce qu'il attend, se montrer disponible, être à l'écoute, voici divers moyens permettant à deux individus de devenir complices¹⁷⁸.

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

▪ **« Séduction emprise »**

La « séduction emprise » entraîne une relation de domination. On supporte mal l'autre avec sa différence, donc on cherche à étouffer chez lui toute spécificité.¹⁷⁹

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

3.3. Concept de groupe et de la collaboration professionnelle

Ce concept est un point clé de la profession infirmière. La collaboration est mentionnée dans le référentiel des compétences en soins infirmiers de la HES-SO : « Compétence n°7 : coopérer et coordonner son activité avec les acteurs socio-sanitaires ». De plus, cette notion est évoquée à maintes reprises dans la revue des « Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers »¹⁸⁰ éditée par l'ASI.

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

¹⁷⁸ BELLENGER, Lionel. Les dimensions cachées de la séduction. In : *La force de persuasion : Du bon usage des moyens d'influencer et de convaincre*. Issy-les-Moulineaux : ESF. 1997. p. 119

¹⁷⁹ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 1994. p.193

¹⁸⁰ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers : standards de soins*. Berne. 2000.

3.3.1. Processus de groupe¹⁸¹

Nous décrivons dans ce chapitre le fonctionnement d'un groupe restreint, comptant de trois à vingt-cinq personnes. Un groupe restreint est un « ensemble structuré de personnes ayant la possibilité de se percevoir et d'interagir directement et participant à une activité commune grâce à un système de règles et de normes formelles ou informelles ». ¹⁸²

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

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

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

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

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

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

3.3.2. Cohésion et performance

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

¹⁸¹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p 67-88

¹⁸² ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p. 67

La cohésion désigne « la totalité du champ des forces ayant pour effet de maintenir ensemble les membres d'un groupe et de résister aux forces de désintégration »¹⁸³. La cohésion est maintenue par la fidélité et les buts que les individus ont envers le groupe, elle est d'autant plus renforcée que les individus sont capables de faire face aux différentes forces négatives.

Une bonne cohésion de groupe dépend de plusieurs facteurs :

- « Homogénéité du groupe ;
- Accord sur les buts ;
- Attrait pour l'appartenance au groupe ;
- Fréquence des interactions ;
- Existence d'une menace extérieure ;
- Proximité physique ;
- Leadership démocratique ;
- Bonne communication ;
- Compétition inter-groupe ;
- Répartition claire des rôles. »¹⁸⁴

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

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

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

¹⁸³ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p. 83

¹⁸⁴ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p. 84

3.3.3. Mixité

Pour rédiger cette section, nous nous sommes appuyées sur les recherches entreprises par Sabine Fortino.¹⁸⁵

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

De nombreuses études ont démontré que de plus en plus de professions sont accessibles aux deux sexes. On trouve en effet, des chirurgiennes ou des infirmiers, pour rester dans le domaine de la santé. Par contre, la sphère privée semble avoir peu évolué, contrairement au domaine professionnel. On constate toutefois qu'en Europe, 60 % des femmes se retrouvent dans trois catégories de métier : la vente (serveuses, vendeuses), les emplois de bureau, les métiers de la santé, du social et de l'éducation.¹⁸⁶

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

De plus, les attentes des supérieurs hiérarchiques ou des collègues ne sont pas les mêmes s'agissant d'un homme ou d'une femme. La répartition du travail, de certaines tâches ne se fait pas de la même façon pour l'un ou l'autre sexe. Comme on l'a vu précédemment, la compétence des femmes a toujours besoin d'être vérifiée.¹⁸⁷

Au niveau du travail en équipe, les femmes ont tendance à valoriser les hommes. Ainsi, les hommes sont « francs et directs, physiquement forts, rigolos, dynamiques, séducteurs, serviables, disponibles ».¹⁸⁸ Elles dressent un portrait d'elles-mêmes beaucoup moins flatteur. Les femmes se considèrent « douces, pas assez autoritaires, douées pour le contact sauf en cas de conflit, méchantes entre elles, jalouses, futiles, hypocrites, faibles physiquement, rancunières ».¹⁸⁹ De plus, l'ambiance de travail serait meilleure en présence d'hommes, les discussions plus intéressantes. Les hommes semblent dynamiser une équipe.

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

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

¹⁸⁵ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. 235 pp.

¹⁸⁶ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. p. 11

¹⁸⁷ FORTINO, Sabine. Une mixité ni faite ni à faire. In : *la mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. p 163

¹⁸⁸ FORTINO, Sabine. Entre craintes et espoir. In : *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. p. 167-186

¹⁸⁹ FORTINO, Sabine. Entre craintes et espoir. In : *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. p. 168

3.3.4. Professions féminisées

Être un homme dans une profession féminisée ne semble pas avoir que des avantages lorsqu'il est de même rang hiérarchique que sa collègue. Il doit adapter son comportement aux stéréotypes de la virilité. Cette situation le force souvent à effectuer des tâches faisant appel à sa force physique, peu valorisantes.¹⁹⁰

On constate qu'en milieu psychiatrique, les hommes sont placés en première ligne lors de violence d'un client. Voici un exemple du partage des tâches. S'ils ne le font pas, c'est leur virilité qui peut être remise en cause, selon une étude de Pascale Molinier¹⁹¹. Apparemment les infirmiers seraient plus jugés en tant qu'hommes qu'en tant que professionnels. Face à ce phénomène, la femme garderait un comportement non-violent. En effet, elle anticipe la crise, en usant de ruse (ex. isoler le client dès que son comportement change) ce qui lui permet de garder le « beau rôle ». Cette « virilité » au niveau professionnel ne permet pas forcément aux hommes d'en tirer avantage, bien au contraire, étant mis en avant lors de situations de violence, ils passent souvent pour le « mauvais objet » auprès du client.

¹⁹⁰ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. p. 17

¹⁹¹ FORTINO, Sabine. Une mixité ni faite ni à faire. In : *La mixité au travail*. Paris : La dispute. 2002. p. 156

4. Méthodologie¹⁹²

4.1. Type de recherche

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

1. « L'élaboration d'un questionnement professionnellement pertinent ;
2. un choix approprié et l'utilisation pertinente de références théoriques ;
3. l'utilisation d'une méthodologie appropriée ;
4. des capacités d'analyse et d'argumentation ;
5. Une mise en perspective fondée sur les résultats obtenus et les conclusions dégagées. »¹⁹³

Les aspects théoriques sur lesquels se base notre recherche sont tirés de l'ouvrage « Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitative et qualitative » dirigé par Carmen Loïselle et Joanne Profetto-McGrath. Nous nous sommes aussi inspirées de l'ouvrage de Jean-Claude Kaufmann¹⁹⁴ pour l'élaboration de l'outil d'investigation, et du « Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales »¹⁹⁵

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

¹⁹² LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007. 591 pp.

¹⁹³ CONFERENCE DES RESPONSABLES LOCALES ET LOCAUX DE LA FILIERE SOINS INFIRMIERS. *Travail de Bachelor : Cadre général de réalisation et d'évaluation*. 2007.

¹⁹⁴ KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin. 2006. p.44-57

¹⁹⁵ MACE, Gordon. PETRY, François. *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*. Québec : les Presses de l'Université de Laval. 2000. pp.134

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

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

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

Dans les études genre, plusieurs niveaux d'approche coexistent : le niveau individuel ou psychologique qui traite des sujets liés à la construction de l'identité, le niveau interactionniste qui met l'accent sur les rapports entre hommes et femmes et enfin, le niveau macrosocial qui étudie le cadre social dans lequel s'articulent ces rapports. Notre étude se situe à un niveau d'approche de type interactionniste étant donné que nous nous attachons à comprendre les relations de séduction entre infirmiers et infirmières¹⁹⁶.

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

- approche sociologique (représentations et comportements humains) ;
- approche anthropologique/ethnologique (approche holistique et évolution de l'être humain) ;
- approche historique (compréhension de la situation actuelle) ;
- approche philosophique (interprétation de l'existence humaine) ;

¹⁹⁶ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. p.35

- approche métaphysique (explication de la nature de l'Être) ;
- approche psychanalytique (symbolique et fantasme) ;
- approche psychosociale (statut et rôle dans la société) ;
- approche bio-naturaliste (différences physiques des êtres humains) ;
- approche fonctionnaliste (fonctions spécifiques liées genre [e.g. grossesse])

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

4.2. Outil d'investigation

4.2.1. Entretiens semi-directifs

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

Les entretiens nécessaires à cette recherche ont été préparés en étroite collaboration avec Audrey Cretton. Ainsi les questions posées étaient les mêmes afin de faciliter la comparaison des résultats de nos deux recherches.

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

4.2.2. Construction de l'outil

Afin de mener à bien nos entretiens semi-directifs, nous avons préalablement créé une grille d'entretien¹⁹⁷. Cette grille comprend la question centrale de recherche, les objectifs, les questions spécifiques, les relances et les éléments du cadre relatifs aux questions spécifiques. Cette grille se voulait être un support duquel une vraie dynamique de conversation pouvait émerger. Nous nous sommes inspirées des conseils écrits du sociologue, Jean-Claude Kaufmann¹⁹⁸ pour saisir l'utilité de cet outil d'investigation.

4.2.3. Déroulement du pré-test

Pour le pré-test, j'ai obtenu l'aide d'une infirmière ayant travaillé en milieu psychiatrique afin de rester au plus proche des critères d'inclusion et d'exclusion de la population cible. Je supposais que cette infirmière avait un certain recul par rapport aux interactions de séduction entre infirmiers et infirmières. Ce pressentiment était correct. Son regard objectif et son intérêt pour notre sujet d'étude ont été des atouts majeurs pour la construction de l'outil.

Ce pré-test m'a permis d'apporter des améliorations à notre grille d'entretien. La correction principale portait sur la toute première question. Elle semblait trop large ou demandait un temps de réflexion trop long. Nous avons donc choisi d'en restreindre le cadre.

Le corpus de ce pré-test était très intéressant. Les premières notions recueillies ont été source de motivation pour poursuivre avec enthousiasme mes entretiens. Pour des questions de méthodologie, je ne pouvais malheureusement utiliser le vécu et les idées de cette infirmière.

Le pré-test de ma collaboratrice nous a aussi permis d'éclaircir certaines questions et de les reformuler.

4.2.4. Utilisation de l'outil

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

Pour mener à bien notre démarche, nous avons choisi d'élaborer nos entretiens en débutant avec des questions relatives à l'influence, ensuite à la séduction. Nous pensions ainsi que les participants se livreraient d'avantage. Nous craignons que les participants

¹⁹⁷ Vous retrouvez la grille d'entretien en annexe n°6.

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

associent la notion de séduction à la « drague ». Etonnamment, dès les premiers entretiens, les participants ont spontanément utilisé le terme de séduction, comme nous l'entendions. C'est pourquoi, nous avons décidé de nous pencher sur la notion d'influence puis sur celle de séduction.

Une question d'organisation m'a contrainte à mener trois entretiens en suivant. La somme d'énergie nécessaire afin de poser des questions ouvertes, non-dirigées, pertinentes et l'écoute active des participantes s'est épuisée au fil des entretiens. La fatigue m'a certainement empêché d'approfondir la dernière entrevue autant que je le désirais.

Le rôle de « bon participant » peut biaiser la recherche. En effet, sur les thèmes touchant les rapports entre hommes et femmes, les discours politiquement corrects prennent souvent le pas sur l'évocation des représentations personnelles.¹⁹⁹

Le charme, la séduction et l'humour sont des tactiques particulièrement efficaces pour que l'interviewé se sente en confiance et qu'il puisse exposer ses idées librement.²⁰⁰ Ces techniques interviennent naturellement dans mes entretiens sans que je puisse les conscientiser. Le fait d'être dans une interaction avec une autre personne entraîne un jeu d'influence.²⁰¹ Ce type d'interactions liées aux comportements verbaux et non-verbaux, influence et conditionne le comportement et les dires de l'infirmière-participante, ainsi que les miens.

Etant novice dans l'art de l'entretien semi-directif, j'ai eu la chance de pouvoir me familiariser avec ce type d'outil. Les premiers entretiens sont probablement moins bien étayés que les derniers en raison de mon inexpérience.

De façon générale, les entretiens se sont déroulés dans une ambiance agréable et professionnelle, ce qui a permis aux infirmières de se dévoiler plus volontiers.

4.3. Echantillonnage

4.3.1. Type et taille

Nous avons fait appel à une certaine technique pour trouver les participants et les participantes à cette recherche. La Responsable de formation des IPVR, nous a mises en contact avec différents ICUS qui ont, à leur tour, recruté des volontaires selon nos critères d'inclusion et d'exclusion. Différents obstacles - problèmes d'organisation et de critères -

¹⁹⁹ Nous nous permettons d'affirmer cela en regard d'un entretien avec une experte en genre.

²⁰⁰ KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2006. p.44-47

²⁰¹ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le groupe social. In : Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris : Dunod, 2005 (3e édition revue et augmentée). p 215-246. et
FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement. Paris : Dunod, 1992. p 78-159.

ont limité le nombre de participantes à six infirmières. Les données recueillies ont tout de même montré des signes de redondance. Je pense de ce fait avoir atteint la saturation des données.

4.3.2. Caractéristiques de la population

Les participants de mon étude genre devaient obligatoirement :

- être de sexe féminin, mettre en évidence et comparer les discours genrés ;
- comprendre et parler français, pour des raisons pratiques ;
- travailler en milieu psychiatrique sur le même site, mais pas forcément dans le même service, afin de garder la spécificité du milieu de soin ;
- travailler dans les soins psychiatriques et dans un service mixte depuis au moins deux ans, en pensant qu'elles ont une plus grande expérience relationnelle avec leurs collègues masculins ;
- être de même niveau hiérarchique, pour éviter les notions de pouvoir lié aux normes institutionnelles ;
- avoir entre cinq et trente-cinq ans d'activité dans le milieu des soins infirmiers, afin d'avoir une certaine pratique et un meilleur recul sur les relations intraprofessionnelles ;
- être toutes issues de la culture occidentale, en espérant qu'elles aient toutes reçu une éducation traditionnelle liée aux rôles sexués²⁰².

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

Nous avons envoyé une lettre d'information²⁰³ à l'attention des services de soins pour recruter les participantes et les participants selon nos critères.

Les participantes étaient au nombre de six. La plus jeune avait 30 ans, la plus âgée 52 ans. Elles travaillaient toutes à un taux de 80% ou plus. Elles avaient une expérience professionnelle en milieu de soins mixte allant de 4 à 23 ans. Certaines étaient au bénéfice d'un diplôme en soins généraux, d'autres d'un diplôme en soins psychiatriques. Plusieurs participantes préparaient une formation continue en soins psychiatriques. Deux d'entre elles sont françaises et sont titulaires d'un diplôme d'Etat en soins infirmiers.

En résumé, les six participantes correspondaient en tous points aux caractéristiques espérées.

²⁰² Ce point est abordé avec plus de précision dans le cadre théorique.

²⁰³ Vous pouvez la consulter en annexe n°6

4.3.3. Avantages et limites de l'échantillon

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

Les critères semblaient restreints car une ICUS m'a affirmé qu'aucune des infirmières de son service ne correspondait à ces critères. De plus, j'ai éprouvé de la difficulté à trouver un nombre de participantes suffisant pour assurer la saturation des données.

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

4.4. Principes éthiques

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

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

4.4.1. Respect de la dignité de la personne

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

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

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

4.4.2. Bienfaisance / non-malfaisance

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

4.4.3. Justice

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

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

4.5. Technique et type d'analyse

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

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

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

5. Analyse des données

La technique d'analyse a été présentée au point précédant, nous n'y revenons pas.

Afin de faciliter la lecture et la compréhension de cette analyse transversale, nous avons choisi d'extraire les thèmes principaux relatifs aux discours des participants. Les voici sous forme de tableau :

Question spécifique de recherche			
D'après l'infirmière en psychiatrie, en quoi son pouvoir de séduction envers l'infirmier influence-t-il leur pratique professionnelle, et inversement ?			
Objectif 1 ²⁰⁴	Objectif 2 ²⁰⁵	Objectif 3	Objectif 4
Explorer la nature des interactions entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique et plus particulièrement les rapports de séduction	Comprendre la vision de l'infirmière concernant les interactions d'influence	Définir l'impact des relations d'influence entre infirmiers et infirmières sur la dynamique d'équipe, sur la prise en soin, sur l'infirmière et l'infirmier	Evaluer le cadre de référence des participantes
Questions d'entretien	Questions d'entretien	Questions d'entretien	Questions d'entretien
En quoi la différence des sexes influence-t-elle les relations professionnelles entre infirmiers et infirmières ? Pouvez-vous me parler de la spécificité de la relation infirmier-infirmière en psychiatrie ?	Comment percevez-vous les jeux d'influence entre infirmiers et infirmières ? Quels moyens pourrait utiliser un infirmier pour influencer une infirmière ? et inversement ? ... et dans quel but ?	Quelles pourraient être les conséquences de cette relation d'influence sur la dynamique du service ? Sur la prise en soin ? Sur l'infirmière ? Sur l'infirmier ?	Que signifie pour vous le mot « influence » ? Quels liens pouvez-vous faire entre les notions de pouvoir, d'influence et de séduction ?

²⁰⁴ Dans cette grille, vous noterez quatre objectifs. Ces objectifs ont été formulés en début de recherche et ont évolué après les entretiens. C'est pourquoi, ils n'apparaissent pas dans le paragraphe « Objectifs de la recherche ».

²⁰⁵ Toutes les questions d'entretien comprenant le thème de l'influence ont été répétées avec celui de la séduction.

En quoi pensez-vous que le partage d'émotions intenses joue un rôle dans la relation infirmier-infirmière ? ²⁰⁶			
Thèmes issus des corpus ²⁰⁷	Thèmes issus des corpus	Thèmes issus des corpus	Thèmes issus des corpus
Mixité dans l'équipe Equipe purement féminine Stéréotypes sexuels Complémentarité des rôles sexuels Division sexuée du travail Image de l'infirmier et de l'infirmière Symbolique du couple en psychiatrie Partage des émotions	Influence Séduction	Collaboration Dynamique d'équipe Prise en soin	Pouvoir Hiérarchie

²⁰⁶ Cette question fut ajoutée à la suite de mon pré-test. L'infirmière ayant participé au pré-test voyait une importance toute particulière dans cette question. Elle pensait que le partage d'émotions influençait beaucoup la relation infirmier-infirmière. D'après elle, le partage d'émotions rapprochait les individus.

²⁰⁷ Certains thèmes issus des corpus se retrouvent dans plusieurs questions. Nous avons décidé de ne le faire apparaître qu'une fois dans ce tableau pour en améliorer la lecture.

Thèmes retenus	Thèmes retenus	Thèmes retenus	Thèmes retenus
<p>La mixité dans l'équipe soignante : une histoire de stéréotypes sexuels</p> <p>La spécificité de la relation infirmier-infirmière dans le milieu psychiatrique : la délégation et la division sexuée des tâches</p> <p>Le partage d'émotions : une question d'affinité</p>	<p>Les définitions de l'influence : une notion floue</p> <p>La perception des relations d'influence dans l'équipe soignante²⁰⁸ : déni ou peur ?</p> <p>Les moyens d'influencer : la séduction</p> <p>Les buts et les objectifs de l'influence: obtenir quelque chose</p> <p>Les définitions de la séduction : une part de la féminité</p> <p>La perception des relations de séduction: de petits jeux sans drague</p> <p>Les moyens de séduire : des stratégies conscientes ?</p> <p>Les buts et les objectifs de la séduction: développer une alliance</p>	<p>Les conséquences des jeux d'influence : que dire...</p> <p>Les conséquences des relations de séduction : le côté clair versus sombre</p>	<p>Les liens entre les notions d'influence, de séduction et de pouvoir : quels liens ?!</p>

²⁰⁸ Les thèmes suivants sous-entendent « entre infirmier-infirmière, en milieu professionnel ».

5.1. L'équipe soignante psychiatrique mixte

5.1.1. La mixité dans l'équipe soignante : une histoire de stéréotypes sexuels

Toutes les participantes s'accordent à dire que le travail en équipe mixte est positif et toutes partagent l'opinion que les infirmiers apportent un autre point de vue, une autre vision sur les situations de soins. Cette *complémentarité de sensibilité*²⁰⁹ et des rôles sexués est perçue comme une richesse pour les prises en soins. Elle permet *un fonctionnement de service sain* et une meilleure compréhension des problématiques professionnelles. Deux participantes mentionnent, tout de même, que le sexe n'est pas l'unique facteur de cette diversité d'opinions (e.g. : l'âge). De plus, elles affirment ne rencontrer aucune difficulté à travailler avec des hommes.

Toutes les participantes pensent qu'infirmiers et infirmières n'ont pas la même vision des situations de soins, ce qui entraîne une complémentarité des rôles. Cette affirmation prend racine dans la théorie qui défend l'idée qu'hommes et femmes sont différents biologiquement et de ce fait ne devraient pas avoir les mêmes rôles.²¹⁰ La société, au travers des mères en particulier, transmet à l'enfant les comportements attendus selon son sexe, et conditionne son rôle sexuel.²¹¹ Nous pouvons donc penser que l'intégration de ces comportements, rôle et statut se reflète tout au long de la vie, tant dans les domaines privés que professionnels.

Les participantes affirment que les rôles de l'infirmier et de l'infirmière se complètent. Les auteurs, cités dans le chapitre du cadre théorique, poussent la réflexion plus loin et affirment que cette séparation des rôles selon le sexe a entraîné des relations de pouvoir entre hommes et femmes. Les hommes ayant étendu leur rôle sur la scène publique et étant rémunérés ont développé le patriarcat qui s'oppose fondamentalement à l'idée de complémentarité sociale. Cette complémentarité des rôles sexuels n'est qu'une complémentarité de subordination. La femme, ici l'infirmière, serait dévalorisée et s'attacherait à exécuter des travaux moins valorisants que les infirmiers.²¹² Nous pouvons nous demander alors si, dans le domaine des soins, la complémentarité des rôles n'est pas qu'illusion ou si, la majorité féminine apporte un équilibre dans la prise de pouvoir masculine entraînant ainsi une réelle complémentarité des rôles.

²⁰⁹ Les termes ou phrases en italique sont des citations des propos des participantes.

²¹⁰ PARINI, Lorena. *Le système de genre : introduction aux concepts et théories*. Zürich : Seismo, 2006. pp. 129

²¹¹ GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Milan : des femmes, 1973. pp. 207

²¹² ANGLERAUD, Bernadette. Culture féminine, Culture masculine : l'exemple du XIXe siècle. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris :cerf, 1993, p. 39-46

Afin d'obtenir des pistes de réflexion quant à cette problématique, il serait intéressant d'élaborer une recherche sur la division sexuée des tâches dans les milieux de soins en se basant sur une définition des tâches valorisées et valorisantes. Nous détaillerons la division sexuée des tâches infirmières plus loin dans l'analyse.

Les participantes mettent en évidence l'importance et l'enrichissement des visions sexuées des situations de soins. Une d'entre elles parle de *complémentarité de sensibilité*. D'après moi, ces discours sous-tendent qu'infirmiers et infirmières n'analysent pas de la même façon les prises en soins. Ainsi, une autre participante explique que l'infirmière serait plus encline à détecter et à comprendre certains ressentis de la clientèle alors que l'infirmier ciblerait les problèmes prioritaires. Se peut-il que le conditionnement sexué dès l'enfance ou qu'une différence biologique entre les sexes influencent l'affect de l'homme et de la femme ?

Outre la question de la différence et de la complémentarité des rôles sexués, ces propos abordent la notion d'identité. Prenons les explications de Louise Bujold, infirmière et anthropologue, concernant les identités. L'identité sociale est « l'agencement des diverses appartenances liées aux sous-groupes auxquels nous participons et que nous mobilisons en fonction des situations ». Elle est attribuée selon l'âge, le sexe ou l'état civil entre autres. L'identité personnelle « permet à l'individu de se sentir unique » mais aussi d'appartenir à tel ou tel groupe. Elle est définie par l'importance que donne l'individu à certaines choses, ses valeurs, ses systèmes symboliques. Louise Bujold écrit : « l'identité professionnelle, celle de l'infirmière notamment, est une partie intégrante de l'identité personnelle des personnes qui endossent cette profession ». L'identité professionnelle permet une reconnaissance du rôle et de la fonction par la société. L'éducation sexuée des comportements, valeurs, symboles contribue au développement de l'identité personnelle et sociale.²¹³ Ainsi, les identités professionnelle et personnelle sont très liées et nous pouvons émettre l'hypothèse que l'identité personnelle - dont fait partie l'identité sexuelle - influence l'identité professionnelle. En poussant la réflexion, nous pouvons supposer qu'infirmier-homme et infirmière-femme n'ont pas la même identité professionnelle ni de ce fait la même vision de leur profession. Mais cela reste à vérifier.

Les participantes comparent spontanément les dynamiques d'équipes composées exclusivement de femmes et d'équipes mixtes. A l'unanimité, elles garantissent que la présence d'hommes-infirmiers diminue les tensions au sein de l'équipe soignante. Les trois participantes ayant eu une expérience professionnelle dans une équipe purement féminine en décrivent l'ambiance en termes de *cauchemar*, *horreur*, *prises de tête*, *rivalité*, *non-dits*, *rancunes*. Toutes définissent cette atmosphère de travail de façon très négative. *Lorsqu'il n'y a que des femmes, on sait assez bien comment ça se passe : il y a beaucoup plus de tensions, d'agressivité, de petits coups par derrière*. Une autre

²¹³ BUJOLD, Louise. L'identité professionnelle. p.441-452 In : DALLAIRE, Clémence et al. *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008. pp.488

soignante affirme que *tout le monde dit que jamais il n'ira travailler dans un service exclusivement féminin*. De plus, aucun point positif relatif à la dynamique d'équipes exclusivement composées de femmes n'a été relevé.

Tout comme dans la recherche de Sabine Fortino, nous constatons que les infirmières valorisent la présence d'hommes dans les équipes et se dénigrent. Utilisant la même démarche que Sabine Fortino, nous nous sommes intéressées aux « ressentis » et préconstruits des participantes. Nous pouvons remarquer la proximité des termes utilisés dans ces deux recherches. Ainsi, l'idée de rancune, d'hypocrisie, de jalousie apparaissent de façon évidente dans les propos recueillis par Sabine Fortino et par moi-même.²¹⁴ Nous pouvons établir un parallèle entre ces discours féminins dévalorisant leur propre sexe et le thème de la reproduction. Comme le souligne Michèle Ferrand ce sont les femmes qui conservent la plus grande part de la responsabilité de l'éducation des enfants. C'est donc par le biais des femmes que sont véhiculés les préconstruits nourrissant la domination masculine et donc la soumission féminine.²¹⁵ Les propos des participantes ont peut-être pris naissance dans ce conditionnement de la dévalorisation de la femme. De ce fait, ne serait-ce pas aux mères de s'interroger sur les valeurs qu'elles transmettent à leurs filles et à leurs fils afin de valoriser la femme ?

Certains discours recueillis sous-entendent que la mauvaise ambiance dans les équipes purement féminines est une réalité presque indubitable. Comme mentionné dans le cadre théorique au point 3.3.3. « Mixité », il est difficile de faire la différence entre les préconstruits et les faits. Ma recherche se base sur les ressentis des infirmières et nous donne les représentations de la réalité des participantes. Il serait intéressant de comparer de façon objective les dynamiques d'équipes mixtes et d'autres exclusivement féminines, afin de définir si la mauvaise ambiance féminine est plutôt un préconstruit ou une réalité.

A noter encore, l'hypothèse que les préconstruits négatifs liés aux dynamiques d'équipes soignantes féminines nourrissent peut-être, une réalité moins marquée.

Sans que la question ne leur soit posée, les participantes énumèrent les caractéristiques des infirmières et des infirmiers. Les infirmières sont *maternantes* et *sensibles*, elles apaisent le client par la négociation. A la suite des discours portant sur l'ambiance des équipes féminines, deux participantes rattachent à l'infirmière surtout des défauts : *plaintives, pénibles, méchantes entre elles* et *compétitives*. Les infirmiers sont perçus comme étant *cadrants, pragmatiques, autoritaires, posés, apaisants, sécurisants* et montrant de *l'autorité*. *Ils se focalisent plus sur l'essentiel, le concret*. Une participante compare l'approche sexuée des prises en soins. D'après elle, *l'infirmière va être plus sensible à percevoir certaines émotions du patient*. Cette vision rejoint les stéréotypes

²¹⁴ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002. pp.235

²¹⁵ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. pp.129

sexuels décrits auparavant. A noter encore que certaines participantes nuancent ces affirmations : *cela dépendra aussi de la personnalité de tout un chacun.*

Au travers de ces propos, nous constatons avec étonnement que les stéréotypes masculins et féminins ressortent de manière spontanée et unanime. En 1973, Elena Gianini Belotti expliquait que le père représentait la sécurité et qu'il occupait une moindre place au niveau de l'affection auprès des enfants.²¹⁶ Si nous remontons encore plus loin dans l'histoire, Jean-Jacques Rousseau décrivait ce que devrait être le rôle de la femme bien éduquée: plaire, être utile, se faire aimer, conseiller, consoler, rendre la vie douce aux hommes, etc.²¹⁷ Alors qu'en 2004, Michèle Ferrand écrivait que les valeurs relatives à la virilité s'estompaient pour faire place à des valeurs liées aux compétences relationnelles²¹⁸ et que plusieurs auteurs²¹⁹ annonçaient un rapprochement des sexes, ces notions sont totalement absentes des corpus des participantes.

Nous pouvons penser que si la division des sexes reste toujours marquée en Suisse et plus particulièrement en Valais dans les domaines de la politique, de la formation, de l'emploi et dans les ménages et les familles, il est fort probable que les stéréotypes liés au genre soient toujours très présents dans la conscience collective.²²⁰ Il nous faut encore contextualiser cette recherche dans le milieu des soins psychiatriques. Il se peut que dans ce domaine, les rôles sexués soient plus marqués afin d'aider les clients à trouver leurs repères. De plus, le fait de « stéréotyper » les rôles sexuels pourrait permettre d'appuyer la technique de soin psychanalytique qu'est le transfert.

Nous pouvons alors nous demander si les discours stéréotypés des infirmières sont dus à une influence de la société, s'ils sont issus de la pratique professionnelle en milieu psychiatrique ou une combinaison de ces deux facteurs.

D'après les infirmières interrogées, les hommes dans les équipes soignantes *temporisent l'équipe. Ils arrondissent les angles* et règlent les conflits d'équipe de façon directe et franche. Ces qualités sont fortement appréciées des infirmières.

²¹⁶ GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Milan : des femmes, 1973. pp. 207

²¹⁷ Intellego : la communauté du savoir scolaire. *Rousseau et les femmes*. [en ligne], rédigé le 20 août 2007. Adresse URL <http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009)

²¹⁸ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. pp.129

²¹⁹ DONVAL, Albert. Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p. 13-24

²²⁰ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. pp.48

Nous retrouvons dans ces propos les mêmes adjectifs qualifiant la résolution de conflits par les infirmiers que ceux qualifiant les hommes dans la recherche de Sabine Fortino : franc et direct.²²¹ Si nous établissons un parallèle entre ces qualificatifs et ceux attribués aux femmes, nous nous apercevons qu'ils sont contraires. Si les hommes sont directs et francs, les femmes, quant à elles, sont rancunières et hypocrites. A partir de ce postulat, nous pouvons émettre l'hypothèse que ce sont ces représentations qui influencent la dynamique d'équipe en permettant aux hommes de régler plus facilement les conflits.

En outre, les hommes font figure d'autorité. Cette image pourrait les conduire à développer leur capacité de règlement de conflits au sein d'un groupe. Serait-il plus facile pour eux de gérer les conflits ?

Si nous élargissons la problématique des conflits d'équipe au niveau de la pratique professionnelle vue par Michel Nadot, nous remarquons que la gestion de conflits appartient à la pratique de régulation qui comprend la prévention et la gestion de conflits. Elle touche les trois systèmes de valeurs soit : l'ordre institutionnel, l'ordre médical et la discipline soignante qui englobe le soignant et la clientèle.²²² Nous pouvons donc nous apercevoir qu'il existe un lien direct de cause à effet entre la gestion de conflits d'équipe, l'équilibre institutionnel, les prescriptions médicales et la prise en soins de la clientèle. Si un conflit d'équipe éclate et qu'il n'est pas réglé, il peut engendrer des problèmes avec la hiérarchie, les médecins, d'autres professionnels ou dans la prise en charge. Inversement, s'il existe par exemple des contradictions dans les règlements de l'institution, cela peut entraîner des conflits d'équipes et ainsi de suite. Il me semble donc important de situer les conflits d'équipe dans le système complexe décrit par Michel Nadot, afin de comprendre ce phénomène.

Plusieurs questions surgissent : Pour quelles raisons, les hommes paraissent-ils plus à même de régler des conflits d'équipe ? Que manque-t-il aux femmes pour atteindre ce statut de « gérant de conflit » ?

²²¹ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002. p. 167-186

²²² NADOT, Michel. Médiologie de la santé : de la tradition soignante à l'identité de la discipline. In : *Perspective soignante : Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*. Paris : Seli Arslan S.A. N°13. p.29-86 ainsi que NADOT, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In : Clémence Dallaire (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008. p 359-380.

5.1.2. La spécificité de la relation infirmière-infirmier en milieu psychiatrique : la délégation et la division sexuées des tâches

Les participantes ont répondu à cette question en traitant les thèmes de la division des tâches infirmières et de la place du client dans le choix de l'identité sexuelle de son soignant.

La première participante interrogée affirme qu'il existe une stricte égalité des sexes dans les tâches liées à l'entretien du matériel. Pour étayer son opinion, elle explique que les infirmiers-hommes font aussi la vaisselle. Pour elle, *on est d'abord soignant puis homme ou femme*. Elle poursuit son explication sur la division du travail : l'attribution des clients se fait de manière tout à fait naturelle d'après le sexe du soignant et du client. Elle illustre son propos : *Si c'est une petite grand-mère pudique, je ne vais pas chercher mon collègue homme [pour m'aider à faire sa toilette], quitte à perdre cinq minutes pour aller chercher ma collègue-femme.[...] A contrario, si je vois qu'une personne a besoin d'être un peu calmée, je m'adresserai plutôt à un homme*. La plupart des participantes partagent ce point de vue. Chacune avec ses mots me décrit des situations demandant plutôt l'intervention d'une femme et d'autres l'intervention d'un homme. Une constante : les situations de crise sont attribuées aux hommes, celles demandant de la douceur, de la compréhension sont attribuées aux femmes. *Par exemple, pour les borderlines en début de crise, on évite de les confronter. Les filles émettent en général le souhait d'une prise en charge féminine et donc on le respecte. Si c'est des pathologies qui d'emblée posent un problème d'autorité, de limites comme les psychopathes, les hommes travailleront en binôme. Si ça va mieux, on peut passer à une prise en charge en binôme mixte*. D'autres participantes nuancent cette idée en précisant que ce sont des situations extrêmes et rares.

Pour certaines participantes, cette dynamique de prise en soin est enrichissante car elle permet une délégation de tâches selon les sexes.

Les tâches liées à l'entretien du matériel peuvent être rattachées à la pratique de réapprovisionnement et de rangement ou dans certaines situations, à la pratique d'élimination, selon Michel Nadot.²²³ Ce n'est pas sans signification qu'une participante prenne l'exemple d'un « infirmier qui fait aussi la vaisselle ». La vaisselle peut être considérée comme une tâche féminine étant donné qu'elle est liée à la gestion de la sphère privée, encore majoritairement managée par les femmes.

²²³ NADOT, Michel. Médiologie de la santé : de la tradition soignante à l'identité de la discipline. In : *Perspective soignante : Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*. Paris : Seli Arslan S.A. N°13. p.29-86 ainsi que NADOT, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In : Clémence Dallaire (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008. p 359-380.

L'entretien de la vaisselle fait partie des tâches dites « négociables », tâches que les hommes accomplissent avec moins de réticences que, par exemple, l'entretien du linge ou la couture.²²⁴ Pour cette participante l'égalité des sexes est-elle réalisée si l'homme accepte d'exécuter des tâches négociables ? C'est du moins par cet exemple qu'elle souligne l'égalité des sexes dans la pratique professionnelle.

La division sexuée des tâches dans les soins infirmiers peut être directement reliée à la division sexuée des tâches dans la société. Nous pouvons remarquer que les tâches réclamant de la sensibilité sont plutôt attribuées aux femmes et les tâches où la force et l'autorité priment, sont dévolues aux hommes. Cela fait référence à la division des sphères privée et publique. Sphère privée régie par les femmes, incluant la reproduction, l'éducation, l'accompagnement en fin de vie et les tâches ménagères ; sphère publique dirigée par les hommes, englobant toutes les fonctions extérieures au domicile.²²⁵

Les stéréotypes sexuels, cités à maintes reprises, entraînent une division sexuée des savoirs. Les femmes se tournent vers des professions du social ou de la santé, les hommes plutôt vers les filières techniques, scientifiques ou manuelles.²²⁶ Cet état de fait peut être perçu à une moindre échelle dans la division sexuée des tâches professionnelles infirmières. Ainsi, les infirmières se tourneraient plutôt vers les situations de soins qui demandent de l'affectivité et les infirmiers plutôt vers des situations de crise où la force est utile.

Certaines infirmières prennent en compte l'identité sexuelle du soigné et ses préférences quant au sexe de son soignant. Cette démarche pourrait être inscrite dans la pratique professionnelle de la relation.²²⁷ Comme stipulé dans le fascicule « Normes de qualité pour les soins infirmiers », la prise en soins doit être individualisée.²²⁸ Autrement dit, cela signifie que le soignant doit prendre en compte les différents aspects du soigné (âge, histoire de vie, culture, sexe) afin de réaliser une offre en soins individualisée. Des éléments de son histoire de vie, sa culture ou autres peuvent être incompatibles avec une prise en soins féminine ou masculine. Nous estimons primordial, dans des situations particulières, de respecter ce choix pour une prise en soins optimale.

²²⁴ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. p.20-26

²²⁵ LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris :cerf. 1993. p.39-46

²²⁶ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.5-22

²²⁷ NADOT, Michel. Médiologie de la santé : de la tradition soignante à l'identité de la discipline. In : *Perspective soignante : Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*. Paris : Seli Arslan S.A. N°13. p.29-86 ainsi que NADOT, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In : Clémence Dallaire (dir.). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008. p 359-380.

²²⁸ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité dans la pratique des soins infirmiers : Standards de soins*. Berne. 2006. p. 7

Cette même norme recouvre aussi la notion d'identification des besoins et des ressources de la clientèle.²²⁹ Si les représentations de l'infirmière qui affirme que les femmes seraient plus enclines à percevoir certains ressentis du client sont réelles, nous pouvons imaginer l'importance d'une prise en soins mixte afin d'étendre les compétences d'identification des besoins et des ressources.

Une brochure adressée elle aux patients, traite de leur droit au libre choix. Dans ce texte, il est stipulé que « le patient peut s'adresser au professionnel de la santé de son choix ».²³⁰ Il est donc obligatoire, dans la mesure du possible, d'offrir au client la possibilité de choisir son soignant. En réalité, les normes institutionnelles font quelque peu barrage à ce droit des patients. En effet, dans une équipe purement féminine ou masculine, le client ne pourra pas choisir le sexe de son soignant. Le droit des patients pourrait être un argument en faveur de l'importance de la mixité dans les soins.

Toutes les infirmières interviewées m'expliquent une des particularités du rôle de l'homme dans les soins psychiatriques. Lors de situations d'urgence, les services reçoivent un appel par « bip ». Si la situation est difficilement gérable, l'écran du bip portera l'inscription « appel d'hommes », si la situation semble moins complexe, « appel d'urgence ». Dans les cas de violence, d'agressivité, d'hallucinations, les hommes représentent l'autorité, la force, le cadre, la sécurité. *C'est une question de force. Quand un patient est en crise, je pense qu'un homme sera plus vite respecté. Il est plus imposant, plus grand ; il a une grosse voix. Un patient qui est en colère et qui voit arriver un homme se calmera beaucoup plus vite que s'il voit arriver une femme.*

Une infirmière note que les hommes écopent souvent du mauvais rôle inhérent à ces situations.

Comme cité précédemment, l'infirmier assure un rôle de sécurité auprès des clients. En les interrogeant, plusieurs infirmières m'ont répondu qu'elles se sentent elles-mêmes plus en sécurité en présence de collègues masculins.

Comme le soulignent les recherches de Sabine Fortino, l'homme en milieu de soins psychiatriques est souvent en première ligne lors de situations de crise. Les propos des participantes appuient cette théorie.²³¹ La fonction de sûreté est attribuée à l'homme de par son rôle de sécurité dans la société.²³² S'il refuse ce « mauvais rôle », c'est sa virilité qui est remise en cause²³³ et probablement son identité sexuelle.

²²⁹ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité dans la pratique des soins infirmiers : Standards de soins*. Berne. 2006. p. 7

²³⁰ DEPARTEMENT DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'ENERGIE. *L'essentiel sur les droits des patients*. Valais : sanimédia. Septembre 2005. p. 10-11

²³¹ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002. p. 156

²³² GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Milan : des femmes, 1973. pp. 207

²³³ FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002. p. 156

Grâce à Michèle Ferrand, nous savons que les garçons qui optent pour des comportements féminisés sont stigmatisés et subissent de grandes pressions sociales.²³⁴ Les infirmiers ont-ils alors le choix d'assumer ou pas ce rôle d'autorité envers les clients ?

Dans la situation décrite ci-dessus par une participante, nous pouvons mettre en avant plusieurs éléments : le regard du patient sur l'infirmier ou l'infirmière, les avantages physiques de l'homme dans ce type de situation, la symbolique du rôle d'autorité de l'homme. Comme me l'a confié une participante, le client voit en face de lui, non pas un soignant mais un homme ou une femme. L'homme, synonyme de puissance, de sécurité, d'autorité²³⁵ aura moins de mal à calmer le client. La femme, douce, maternante et soumise²³⁶ aura évidemment plus de difficultés à se faire respecter. Nous faisons à nouveau référence aux stéréotypes sexuels et à la capacité des hommes à régler les conflits. Il faut encore ajouter que l'infirmière qui se retrouve face à un homme en crise n'a probablement pas le même statut que son collègue homme, les notions de pouvoir liées au patriarcat sont encore bien ancrées dans certaines mentalités.²³⁷ C'est ainsi que le client-homme pourra se sentir supérieur à la soignante-femme. Celle-ci aura certainement encore plus de difficultés à gérer ce conflit par l'autorité. Dispose-t-elle tout de même d'outils autres que l'autorité pour calmer le client ?

Il serait intéressant de définir si les hommes s'impliquent dans ces situations de crise parce qu'ils possèdent des avantages physiques (force) ou parce qu'ils subissent les conséquences de leur stéréotype sexuel.

Une infirmière a soulevé l'importance de la symbolique du couple dans la prise en soins psychiatrique. D'après elle, le client confronté à des soignantes comme à des soignants, a l'occasion de réaliser des transferts sur les figures maternelle et paternelle. De plus, le fait que le client doive créer des liens avec les deux sexes lui permet de développer ses aptitudes relationnelles aussi bien avec les femmes qu'avec les hommes. Pour terminer, elle ajoute que cette mixité donne au client hospitalisé des repères de la réalité et permet aussi la construction de son identité.

5.1.3. Le partage d'émotions entre infirmier et infirmière : une question d'affinité

La majorité des participantes concluent que le partage des émotions avec leurs collègues consolide l'équipe et favorise un rapprochement positif. Ce rapprochement permet une meilleure cohésion d'équipe. La prise en soins s'en ressent : les soignants ont les mêmes priorités infirmières et le suivi semble amélioré.

²³⁴ FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. pp.129

²³⁵ BADINTER, Elisabeth. *XY, de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992. pp. 320

²³⁶ BADINTER, Elisabeth. *XY, de l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992. pp. 320

²³⁷ DONVAL, Albert. *Insoutenable hiérarchie... Illusoire égalité*. In : LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf. 1993. p. 13-24

La confiance accordée à son interlocuteur est basée sur le respect de l'autre, de son identité sexuelle et sur la connaissance de soi et de l'interlocuteur.

Les participantes assurent que le sexe de l'interlocuteur n'est pas une priorité. *Je pense que ce n'est pas une question de sexe. C'est une question d'individu, de sensibilité individuelle, [...] de ressemblance entre les ressentis.*

Si nous nous basons sur les écrits de Jean-Claude Abric, la « fonction facilitation » permet à chaque membre du groupe d'exprimer ses ressentis, ses idées et de créer ainsi un échange enrichissant. Cette fonction est basée sur la communication. Selon lui, il existe plusieurs facteurs permettant une bonne cohésion de groupe. Je ne les liste pas à nouveau car ils sont déjà répertoriés au point intitulé « Cohésion et performance ». La plupart de ces facteurs sont régis par la communication. Il est donc primordial dans une équipe soignante de communiquer afin de faire évoluer la cohésion de groupe et d'améliorer la performance (les prises en soins).²³⁸ La performance des équipes soignantes dans lesquelles le dialogue entre membres est prôné, est-elle améliorée ?

5.2. L'influence dans l'équipe mixte

5.2.1. Les définitions de l'influence : une notion floue

La notion d'influence revêt une connotation négative pour la majorité des infirmières interviewées. Même si dans leur définition elles affirment que cette notion peut être positive ou négative, dans leurs explications concernant les jeux d'influence dans l'équipe, elles trahissent leur conviction profonde, n'observant, par exemple, que des effets néfastes liés à l'influence.

La définition de ce terme les met en difficulté. Elles hésitent, se contredisent dans leurs propos.

Pour l'une des participantes, cette notion est fortement liée au pouvoir.

L'influence, on l'a vu, est un mode doux permettant d'accéder au pouvoir. Plus loin dans les entretiens, les participantes affirment avec conviction que la notion de pouvoir dans les soins est négative. Cela expliquerait en partie leur vision péjorative de la notion d'influence.²³⁹ La notion d'influence est sans doute difficile à décrire, les experts n'expriment pas tous la même vision.²⁴⁰

²³⁸ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p.67-88

²³⁹ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994. 349 pp.

²⁴⁰ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p 79 et RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994. 349 pp.

5.2.2. La perception des relations d'influence dans l'équipe soignante : déni ou peur ?

La grande majorité des participantes ne perçoivent pas de jeux d'influence dans leur équipe soignante. Elles affirment fermement que des relations d'influence peuvent exister dans certaines équipes mais pas dans la leur. *Il n'y a pas cette notion d'influence. Lorsqu'on n'est pas d'accord avec une prise en charge, c'est vrai qu'il peut y avoir deux camps et on peut se confronter avec des arguments. Mais ça ne tiendrait pas la route. Ici, ça n'a pas de sens.*

Une participante pense cependant qu'il existe des relations d'influence au sein de leur équipe. Elle cite l'exemple d'une infirmière plus âgée qui pourrait devenir son modèle et l'influencer dans sa pratique professionnelle. Une autre relève que ce type d'interaction est forcément présent dans une équipe, dès lors que l'on exprime ses ressentis, ses convictions à une personne, on l'influence.

Le premier paragraphe de ce point fait référence aux ressentis négatifs liés à l'influence dans l'équipe soignante. Comme exprimé auparavant, ces sentiments peuvent être mis en relation avec la notion de pouvoir également perçue comme très négative. Si l'influence est ressentie comme néfaste, il est probable que les participantes ne la discernent pas ou ne tiennent pas à l'exprimer. Serait-ce alors le déni d'une influence négative pour le groupe ou la peur de mettre le doigt sur un problème de relation entre collègues ?

Les infirmières interrogées arrivent difficilement à définir l'influence mais sont certaines qu'elle n'intervient pas dans leur équipe, ce qui peut surprendre.

Une participante affirme qu'il n'y a pas de relation d'influence dans son équipe soignante et avoue pourtant, dans le même discours, qu'il y existe des confrontations argumentaires. Selon Jacqueline Russ, l'influence nécessite une argumentation. Mais est-ce que toute argumentation implique de l'influence ? Cette infirmière ne serait-elle pas en train de nier la présence d'une influence tout en la décrivant ?

La soignante qui cite l'exemple du « modèle » comme influence transmet l'idée de « contagion sociale » de Gustave-Nicolas Fischer.²⁴¹ En effet, suivre un modèle dominant, en partageant des valeurs, des opinions, influence la pratique professionnelle.

La dernière intervenante pense que dès lors que les ressentis, les points de vue sont partagés, les soignants s'influencent. Gustave-Nicolas Fischer parle alors de « comparaison sociale ». Le principe est que les individus comparent et ajustent leurs opinions en fonction du groupe.

²⁴¹ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p.64-66

Si les individus modifient leur pratique professionnelle ou leur opinion pour se rapprocher du groupe, Gustave-Nicolas Fischer nomme ce phénomène conformité. Il est basé sur la peur du rejet. Ce type de relation permet, en partie, la cohésion de l'équipe et assure l'adhésion d'un individu au groupe.²⁴² Nous pourrions nous demander quelle est la place donnée à la personnalité et à l'individualité de chaque membre de l'équipe soignante ? Est-ce que les personnes qui ne « se comparent pas socialement » sont tout de même insérées dans le groupe ? Serait-ce le point de rencontre entre infirmière-femme et infirmier-homme ?

5.2.3. Les moyens d'influencer : la séduction

D'après la majorité des participantes, l'infirmière et l'infirmier usent du même moyen pour influencer : la séduction. Elle est décrite en plusieurs termes : une certaine façon de se comporter, d'être, de demander, de parler, de charmer.

L'une des participantes stipule qu'elle perçoit l'influence *toujours dans la séduction. [...] dans des petites relations séductrices de part et d'autre.*

Une autre, quant à elle, affirme que les femmes sont davantage dans la séduction que les hommes, mais n'a pas réussi à exprimer en quoi leurs moyens étaient différents.

Selon la littérature, la séduction est un outil de l'influence. Outre le charme, la confiance, le chantage et la culpabilisation peuvent être utilisés pour influencer son prochain.²⁴³ Ces notions n'apparaissent dans aucun corpus. Sont-elles moins visibles ou moins présentes dans la collaboration infirmier-infirmière ?

Nous reviendrons de manière plus détaillée sur la notion de séduction.

5.2.4. Les buts et les objectifs de l'influence : obtenir quelque chose

Certaines infirmières mentionnent quelques buts de l'influence : une personne en influence une autre pour obtenir ce qu'elle veut, atteindre un but, changer quelque chose en sa faveur ou plus concrètement déléguer une tâche.

Dans la littérature, l'influence est un moyen de prendre l'ascendant sur l'autre, autrement dit, d'avoir le pouvoir sur autrui.²⁴⁴

²⁴² FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p.64-66

²⁴³ RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. *Sciences humaines*, octobre et novembre 2001, n° 34, p. 86-89

²⁴⁴ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994. 349 pp.

Les objectifs mentionnés par les participantes sont en lien direct avec la définition du pouvoir, émise par Gustave-Nicolas Fischer : « la capacité d'un individu à obtenir d'un autre, un comportement qu'il n'aurait pas spontanément adopté. »²⁴⁵ Ainsi, déléguer une tâche, changer ou obtenir quelque chose sont inclus dans cette définition.

Ces propos illustrent bien le lien étroit entre influence et pouvoir.

5.2.5. Les conséquences des relations d'influence : que dire...

Pour la faible minorité de participantes qui perçoivent l'influence dans les équipes comme positive ou négative, les conséquences en sont à peine mentionnées. *Ce sont de bonnes conséquences, sinon on changerait ! Les patients ressentent beaucoup quand il y a un bon esprit d'équipe.*

L'influence permet aux individus d'un même groupe de développer des points communs quant à un objet spécifique. Ce processus entraîne un rapprochement des individus et développe une cohésion d'équipe. Cette cohésion est en lien direct avec une dynamique de groupe positive. Il est captivant de voir comme les représentations liées à la pratique professionnelle correspondent aux concepts théoriques.

5.3. La séduction dans l'équipe mixte

5.3.1. Les définitions de la séduction : une part de la féminité

Les participantes éprouvent de la difficulté à définir le mot « séduction ». Elles me le décrivent en listant les moyens de séduire. *C'est une façon d'être, de parler, de se tenir, de se comporter. Un sourire, une petite tape sur l'épaule.*

Une minorité d'infirmière associe au terme séduction, des notions telles que manipulation ou charme.

Deux d'entre elles ont spontanément exprimé leur idée quant au lien séduction-femme. La première déclare: Je pense que la femme est foncièrement séductrice. Tout le temps, que ça soit au boulot ou à l'extérieur. On en joue. Mais les hommes aussi savent charmer ! La seconde nuance moins ses propos : C'est le rôle de la femme de séduire. Tandis qu'un homme, il sera moins dans la séduction.

Pour une participante, séduire en milieu professionnel est une façon de connaître ses collègues afin de mieux collaborer. Elle voit ce phénomène comme un processus : *Quand on ne connaît pas encore la personne, on est dans une phase de séduction. Parce qu'après on la connaît, on ne séduit plus, on fonctionne.*

²⁴⁵ FISCHER, Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2005. p.79

Actuellement, la séduction est un moyen de plaire. C'est un phénomène universel et naissant dans la relation.²⁴⁶ Il est vraisemblablement plus facile de définir cette notion en décrivant les attitudes observables plutôt que de se pencher sur le fond du phénomène.

Le terme de séduction, nous l'avons vu dans le cadre théorique, a changé de signification au fil des années. A l'origine, ce terme était lié au démon et transportait donc une lourde charge négative. Puis de siècle en siècle, la séduction est devenue plus neutre, désignant l'action de « convaincre quelqu'un en employant tous les moyens de plaire ».²⁴⁷ Certaines participantes perçoivent encore derrière le mot séduction, une notion péjorative de manipulation.

D'autres soignantes interrogées mettent en relation la séduction et la femme. Comme l'a écrit Jean-Jacques Rousseau, l'éducation de la femme doit être faite en fonction de l'homme. « Lui plaire » est une fonction de la femme.²⁴⁸ Cité par Lionel Bellanger, Jean Baudrillard partage cette opinion. Selon lui, il est plus naturel pour une femme de faire usage de la séduction que pour un homme.²⁴⁹

Une participante définit la séduction dans le domaine professionnel. Ses idées rejoignent les notions théoriques de notre cadre. En effet, la « séduction festive »²⁵⁰ permet de créer un partenariat avec son collègue. Elle décrit une première phase de séduction puis une seconde de fonctionnement où la séduction n'aurait plus de droits. Nous nous permettons cette question : Est-il possible de connaître une personne au point de ne plus avoir besoin de recourir à la séduction pour développer ce partenariat ?

La séduction peut être un moyen de conquérir le pouvoir, d'après Jacqueline Russ.²⁵¹ Apparemment, les participantes percevaient moins ce lien que celui entre pouvoir et influence. Je me permets d'avancer cette hypothèse car leur vision de la séduction n'était, pour la grande majorité, pas connotée négativement, ni directement associée au pouvoir.

²⁴⁶ BOURQUIN, Nicole. La séduction : pour une relation de qualité. In : *Soins Infirmiers*, Janvier 1998.

²⁴⁷ HAGEGE, Jean-Claude. Le pouvoir de séduire. Paris : Odile Jacob. 2003. p.64-69

²⁴⁸ Intellego : la communauté du savoir scolaire. *Rousseau et les femmes*. [en ligne], rédigé le 20 août 2007. Adresse URL <http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009)

²⁴⁹ BELLENGER, Lionel. Les dimensions cachées de la séduction. In : *La force de persuasion : Du bon usage des moyens d'influencer et de convaincre*. Issy-les-Moulineaux : ESF, 1997, p. 113

²⁵⁰ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.193. Cette notion de « séduction festive » est reprise plus en détail dans la suite de l'analyse.

²⁵¹ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994. 349 pp.

5.3.2. La perception des relations de séduction : de petits jeux sans drague

Dans le milieu professionnel, les participantes avouent que des jeux de séduction se produisent quotidiennement. *Mais ça on le fait tous. On le fait d'office, c'est dans la vie de tous les jours. Ça existe depuis toujours.* Une autre infirmière pense différemment : *Disons que chez certaines personnes, ça se voit qu'elles sont plus dans la séduction que d'autres. Il y a des personnes qui ne sont pas du tout là-dedans, absolument pas !*

La plupart des infirmières interrogées soulignent le fait qu'il ne s'agit là aucunement de drague et qu'il n'y a là aucune connotation sexuelle. *Je ne dirais pas que c'est de la séduction au sens large. Il n'y a pas de drague. [...] C'est pas de la drague.*

La grande majorité des infirmières interrogées trouvent ce type d'interactions positives. *C'est agréable. Ce n'est pas quelque chose qui dérange. [...] ça reste gentil-joli. C'est amical. [...] C'est quelque chose de banal.* Elles associent également le terme de séduction à la plaisanterie.

Pour Nicole Bourquin, la séduction est universelle et naît dans la relation.²⁵² Mireille Cifali, quant à elle, affirme que la séduction fait partie intégrante de l'être humain.²⁵³ Nous pouvons ainsi penser que, dès lors que deux personnes sont en relation, il y a séduction.

Dans notre littérature relative à la séduction, le concept de « drague » n'apparaît jamais. Il serait intéressant de comprendre pourquoi la vision des experts ne prend pas en compte la « drague » - qui sous-entend « plaire pour provoquer une pulsion sexuelle ».. Car selon moi, il s'agit là d'un processus visant à prendre le pouvoir sur l'autre, par le biais de la soumission de l'individu à ses pulsions sexuelles.

La séduction est perçue par ces infirmières comme étant agréable. Elles nous décrivent la « séduction festive ». Ce type de séduction a des finalités positives. Il permet à l'individu d'entrer en relation avec l'autre et de créer une alliance, le charme est réciproque. L'infirmière qui séduit se sent reconnue et reconnaît l'autre. Cette séduction est fondatrice des rapports humains.²⁵⁴ La plupart des infirmières participantes parlent de la séduction en termes de jeu (e.g. : *jeu de séduction, petits jeux, plaisanteries*). Cela renforce aussi mon point de vue quant à la « séduction festive ».

²⁵² BOURQUIN, Nicole. La séduction : pour une relation de qualité. In : *Soins infirmiers*. Janvier 1998.

²⁵³ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.190

²⁵⁴ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.193

5.3.3. Les moyens de séduire : des stratégies conscientes ?

Toutes les interviewées ont mentionné des comportements verbaux et non-verbaux : le ton de la voix, le vocabulaire, la façon de demander, des sourires, des taquineries, des regards, une politesse exagérée.

Une participante souligne l'importance de connaître son interlocuteur. D'après elle, l'approche de séduction variera selon la personne : avec certaines c'est la gentillesse qui fait mouche, avec d'autres c'est la franchise.

Une autre infirmière a une approche plus « professionnelle » du terme. Elle définit la séduction comme étant le fait de se rapprocher le plus possible de son collègue, de le connaître au mieux pour assurer une bonne collaboration et une harmonie d'équipe. *Comment un infirmier peut séduire?... comme l'infirmière peut le faire par rapport à l'infirmier ! C'est-à-dire, en allant chercher des informations, savoir ce qu'il ou elle pense, en maintenant une proximité professionnelle, en étant présent, en se montrant disponible, en répondant aux attentes liées à la complémentarité du rôle du mec ou de la fille.[...]concrètement, c'est des conversations, de prendre plus souvent des références ensemble, de se connaître à l'extérieur, de désirer les mêmes horaires.* Elle relève quand même des différences de comportements sexués dans les attitudes séduisantes. *Pour les femmes, ça reste la douceur, l'indulgence, l'écoute. Et pour l'homme, c'est plutôt montrer son intérêt pour l'infirmière, la mettre en valeur.* Enfin, elle ajoute qu'en général on ne change pas d'attitude. *On a toujours les mêmes stratégies pour séduire [sous-entendu : dans le milieu professionnel et à l'extérieur] certainement moins débridées, moins désinhibées, mais ça reste les mêmes.*

Comme le répertorie Mireille Cifali et les participantes, les moyens de séduction sont divers. Ils ont tous comme point commun la mise en scène du corps et la manière de s'exprimer. Ainsi, connaître et se rapprocher des désirs de l'autre, répondre à ses attentes, ne pas l'offusquer et le complimenter font partie de la palette d'outils mobilisables pour séduire. D'autres comportements comme les sourires, les douces paroles, la gentillesse peuvent aussi séduire. Mireille Cifali ajoute que l'apparence joue aussi un rôle dans les processus de séduction.²⁵⁵

Nous remarquons que les participantes identifient facilement et de façon exhaustive les moyens de séduction.

Si les infirmières captent les moyens de séduction, sont-elles capable de conscientiser les relations de séduction au quotidien ?

Si oui, quel en serait l'impact ? Se peut-il qu'en usant volontairement de la séduction, les conséquences en soient plus néfastes ?

²⁵⁵ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.190-191

5.3.4. Les buts et les objectifs de la séduction : développer une alliance

Les buts et les objectifs visés par la séduction sont, d'après les participantes, soit d'ordre général, soit plus centrés sur la profession. En effet, il peut s'agir de faire passer quelque chose, un caprice, une idée ou d'obtenir de l'aide.

Plus concrètement, les soignants peuvent séduire pour déléguer une tâche, obtenir un poste à responsabilité ou développer une bonne ambiance d'équipe. Une infirmière pense que les soignants séduisent *pour se sentir plus écoutés ou qu'on adhère à leur point de vue*.

De façon générale, les participantes l'affirment : que l'on soit un homme ou une femme, les objectifs sont les mêmes.

L'infirmière qui affirme que la séduction permet de se sentir valorisé, rejoint la théorie de Mireille Cifali²⁵⁶. En effet, chacune, avec ses mots, affirme que la séduction entraîne une alliance qui donne à chaque individu une place précise et le valorise. Les autres infirmières vont plus loin dans leur raisonnement et nomment les buts de cette alliance. Ainsi, après avoir construit ce partenariat, les membres de l'équipe peuvent se déléguer un travail, défendre leur point de vue et créer ou maintenir une bonne ambiance d'équipe.

5.3.5. Les conséquences des relations de séduction : le côté clair versus sombre

Au niveau de la dynamique d'équipe, les jeux de séduction sont en général perçus de manière positive. *Je crois que c'est [relations de séduction] aussi utile pour créer une ambiance conviviale. Si nous n'avons pas ça, dans ce type de milieu de soins, des moments où l'on peut délirer avec quelqu'un, être complices, ça ne pourrait fonctionner. Ça crée une interaction d'équipe qui est assez sympa : ça crée des liens.* Cette perception est partagée par la majorité des infirmières interrogées. Elles expliquent que ces relations de séduction entraînent un rapprochement professionnel qui améliore la dynamique d'équipe. *Je trouve que ça amène une certaine cohésion d'équipe, moins hiérarchique, plus d'équipe.* Une autre infirmière affirme aussi que ce type de relation peut nourrir *une harmonie d'équipe. Ce serait quelque chose de positif pour développer le travail.* Ce n'est que lorsque les relations de séduction sont poussées trop loin que les conséquences sur l'équipe soignante peuvent être délétères, comme l'affirme cette participante : *Si ça va trop loin, si c'est trop soutenu, ça peut créer des tensions, des fricotages.*

²⁵⁶ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.193

Une autre infirmière prétend que les relations de séduction pourraient poser problème au cas où *des personnes se seraient trop séduites et s'enfermeraient dans un fonctionnement à deux, ou alors, des gens qui veulent séduire l'équipe entière.*

Dans le même ordre d'idée, lorsque les jeux de séduction sont perçus comme étant positifs, ils ont de bonnes répercussions sur la prise en soin. *Je pense qu'à partir du moment où il n'y a pas de tension dans une équipe, obligatoirement la prise en charge se fait un peu plus zen ; ou Je pense qu'on veut donner le meilleur de soi-même pour tester l'autre, donc le patient en bénéficie.* Mais lorsque ces rapports dévient, leurs conséquences sur la prise en charge deviennent négatives. Par exemple, l'infirmière qui évoque des personnes qui se seraient trop séduites et qui s'enfermeraient dans un fonctionnement à deux, poursuit son idée en affirmant que *le patient peut se sentir exclu de la relation.*

Les conséquences des relations de séduction sur les infirmiers et les infirmières en milieu de soins psychiatriques sont aussi perçues comme positives ou négatives. Par exemple, selon une participante, la motivation de l'infirmière et de l'infirmier à travailler se développent grâce à ce type de relation.

Pour conclure, une infirmière émet quelques recommandations pour éviter les déviances des relations de séduction entre infirmiers et infirmières : *de pouvoir maintenir les limites, d'avoir quelque chose de clair dans la tête tout de suite, de pouvoir poser l'intérêt professionnel ou un autre si il y en a un autre, afin de ne pas se faire dépasser, harceler.*

Selon les participantes, la séduction permet de tisser des liens entre collègues. D'après moi, ces liens contribuent à homogénéiser le groupe, à trouver un accord sur les buts de la prise en soins, à développer le sentiment d'appartenance au groupe, à établir une bonne communication au sein de l'équipe et à répartir clairement les rôles professionnels. Ce sont en fait certains des facteurs qui, selon Jean-Claude Abric, nourrissent la cohésion d'équipe.²⁵⁷ Nous pouvons donc affirmer sur la base des corpus et de la littérature que la séduction peut permettre de développer ou de maintenir une bonne cohésion d'équipe. A noter, toutefois, que la séduction à laquelle je fais référence est la « séduction festive ».²⁵⁸ Cette cohésion d'équipe, comme le souligne une infirmière interrogée, participe au développement de la profession infirmière.

²⁵⁷ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p.67-88

²⁵⁸ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.193

La cohésion d'une équipe soignante peut également être mise en lien avec une prise en soins améliorée. Comme le fait remarquer Jean-Claude Abric, de la cohésion et des buts du groupe dépendront la performance et la production de l'équipe.²⁵⁹ Dans le point 2.5. nommé « Description du rôle infirmier dans les soins psychiatriques », nous avons soulevé l'importance de la cohésion de l'équipe soignante pour assurer une prise en soins optimale. Ainsi, le recueil de données, les objectifs thérapeutiques, le plan de soins sont établis sur la base d'un consensus d'équipe ; la transmission des données est primordiale afin de réduire les risques de clivage ou de manipulation de l'équipe par un client; et le développement de l'identité professionnelle se fait en fonction des influences subies au sein du groupe.²⁶⁰ La cohésion de l'équipe soignante permet de mettre en œuvre, de façon plus professionnelle, ces activités essentielles à la bonne marche de la prise en soins.

Après cette analyse, nous pouvons affirmer que si la cohésion d'équipe est bien développée, la prise en soins est améliorée ; et si la prise en soins est améliorée, le client en bénéficie.

Certaines infirmières interrogées affirment que des relations de séduction qui vont trop loin peuvent provoquer de lourdes conséquences. Il nous semble important de définir ce « trop loin ». Grâce à leurs descriptions des effets néfastes de ce type de relation de séduction, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agit de « séduction emprise », une prise de pouvoir entraînant une relation de domination. La personne qui utilise la « séduction emprise » a pour objectif d'amputer l'autre de sa spécificité.²⁶¹ Ce type de séduction pourrait créer des tensions dans l'équipe soignante et nuire à la cohésion du groupe. Ce phénomène aurait comme conséquence une péjoration de la prise en soins.

Il serait intéressant de se pencher sur les facteurs favorisant le passage de la « séduction festive » à la « séduction emprise ». Identifier ces facteurs permettrait à l'institution la mise en œuvre de moyens propres à éviter de basculer dans la « séduction emprise » et favoriserait le maintien de la performance des équipes soignantes.

Certaines participantes relèvent que la séduction implique le don du meilleur de soi-même et qu'ainsi, la séduction participerait au développement des motivations personnelles relatives aux soins infirmiers.

²⁵⁹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p.67-88

²⁶⁰ MORASZ, L. [et al.]. *L'infirmière en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Masson, 2004. pp. 297

²⁶¹ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.193

5.4. Les notions théoriques des participantes

5.4.1. Les liens entre les notions d'influence, de séduction et de pouvoir : quels liens ?!

La majorité des participantes éprouvent des difficultés à établir des liens entre les notions d'influence, de séduction et de pouvoir. Certaines affirment que la séduction est un moyen d'influencer et que l'influence peut mener à une prise de pouvoir. D'autres ne voient aucun lien entre tous ces termes.

Elles sont, en revanche, plusieurs à discuter de la notion de pouvoir en milieu de soins et à voir le pouvoir de façon négative, voire même très négative. Pour une d'entre elles, les prises de pouvoir entre collègues n'existent pas et la hiérarchie est moins prononcée en milieu psychiatrique qu'en milieu somatique. Elle n'est pas la seule à établir le lien entre le pouvoir et la hiérarchie : *tous les jeux de séduction par rapport au chef pourraient créer des problèmes, par rapport à la hiérarchie, par rapport aux autres.*

La même infirmière qui pense que la séduction est un moyen de connaître son collègue pour une meilleure collaboration affirme ceci : *On est amené à beaucoup discuter de nos ressentis, donc on s'influence forcément. Mais ça pourrait dysfonctionner et entraîner des prises de pouvoir, avec des gens qui pensent pour d'autres. Mais ici, ces écarts-là sont complètement évités. On ne passe pas de l'influence au pouvoir. On passe toujours par influence-séduction ensuite partage et tolérance et ça n'aboutit pas à une prise de pouvoir. C'est complètement régulé par la communication, bien que ça passe par toutes ces stratégies de séduction qui sont, pour moi, dynamiques et positives.*

Il est intéressant de noter que les infirmières interrogées mettent en relation les notions d'influence et de pouvoir plus aisément que séduction-pouvoir. La séduction est perçue comme plus anodine que les termes d'influence ou de pouvoir. Le caractère plus subtil²⁶², plus intime de la séduction masquerait-il la notion de pouvoir ?

Lorsque les participantes lient la notion de pouvoir à celle de hiérarchie, elles font - sans en être conscientes - référence à la légitimité. En effet, la légitimité est définie comme « toute autorité fondée sur une structure hiérarchique ».²⁶³ C'est une dynamique du pouvoir. Le moyen utilisé par les cadres hiérarchiques s'articule autour de la puissance et prend racine dans des relations inégales.²⁶⁴ Cette forme de pouvoir est défendue par les « Normes de qualité pour les soins infirmiers ».

²⁶² RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994. 349 pp.

²⁶³ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p.102-137

²⁶⁴ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p.102-137

En effet, il est stipulé dans la norme 2, « Dans un hôpital, [...] un service de soins infirmiers, organisé et dirigé par une infirmière diplômée formée à la gestion, est une condition préalable pour assurer la mission du service des soins infirmiers. »²⁶⁵ Toute personne engagée par une institution de soin basée sur ces règles, connaît et se plie à cette hiérarchie. A la suite de la rédaction de cet exposé, nous pensons que cette dynamique du pouvoir est la plus visible, c'est pourquoi, les participantes établissent un lien direct entre pouvoir et hiérarchie. En ce qui concerne la hiérarchie en milieu psychiatrique, nous n'avons pas de littérature permettant de confirmer ou d'infirmer les propos de la participante affirmant que « la hiérarchie est moins prononcée qu'en milieu somatique ».

La dernière participante explique que la prise de pouvoir est une dysfonction des relations d'influence. Si nous revenons sur la définition de l'influence, nous remarquons qu'il existe deux théories qui s'affrontent. La première, défendue par Gustave-Nicolas Fischer, comprend l'influence comme n'étant pas un moyen du pouvoir.²⁶⁶ La seconde, prônée par Jacqueline Russ, considère l'influence comme étant un « mode doux » pour conquérir le pouvoir.²⁶⁷ Tout comme Gustave-Nicolas Fischer, cette infirmière ne voyait probablement pas dans l'influence, un moyen de conquérir le pouvoir. Elle pensait, peut-être que l'influence était la conséquence d'une persuasion et le pouvoir celle du contrôle d'un individu sur l'autre.²⁶⁸ Elle s'afficherait dans la lignée de pensées de Gustave-Nicolas Fischer. Il aurait été très intéressant d'approfondir cette hypothèse durant cet entretien.

Cette même participante met en relief une contradiction entre séduction, pouvoir et communication. En effet, elle explique que grâce à la communication les prises de pouvoir sont limitées mais que c'est aussi par ce biais que les relations d'influence et de séduction naissent²⁶⁹. Selon notre cadre de référence, si des relations d'influence ou de séduction se produisent, elles donnent souvent lieu à de subtils rapports de pouvoir. Nous pensons donc inconcevable de maîtriser les prises de pouvoir au travers de relation d'influence ou de séduction. Mais si nous considérons le cadre de référence de cette infirmière – elle ne voit pas l'influence comme étant un moyen d'acquérir le pouvoir – cela paraît possible.

²⁶⁵ ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité dans la pratique des soins infirmiers : Standards de soins*. Berne. 2006. p.9

²⁶⁶ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p.79

²⁶⁷ RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994. 349 pp

²⁶⁸ FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod. 1992. p.79

²⁶⁹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p.127-150

Face aux questions relatives aux définitions des termes « influence » et « séduction », ainsi que celles en lien avec le pouvoir, les participantes ne paraissent pas très à l'aise. Elles ressentent des difficultés à définir ou décrire ces notions. Leur vocabulaire ne traduit pas une connaissance approfondie du pouvoir ou du genre, exception faite d'une participante. Cette dernière établit à plusieurs reprises des liens entre sa pratique professionnelle, l'influence, la séduction, le pouvoir et le genre. Son élocution est fluide et les termes définis portent la même signification que la littérature. C'est l'une des deux participantes de nationalité et d'origine françaises. Si la pensée populaire qui veut que les Français ont un vocabulaire plus étendu et une élocution plus aisée que les Suisses se vérifie, nous pouvons alors émettre l'interrogation suivante : Serait-ce grâce à leur connaissance de la langue française qu'elles établissent plus facilement des liens entre les notions précédemment citées ?

5.5. Synthèse

Au travers de ce sous-chapitre, je m'attache à répondre à ma question centrale de recherche :

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

Dans un premier temps, je décris les représentations des participantes relatives au contexte des équipes soignantes mixtes en psychiatrie.

Dans un second temps, je réponds de façon précise à la question spécifique ci-dessus.

Toutes les infirmières interrogées affirment que la présence d'hommes dans l'équipe infirmière apporte une richesse inhérente à la complémentarité des regards et des rôles sexués. Je me demande, au regard de la littérature, si cet état de fait n'est pas, en réalité, une « complémentarité de subordination ». Si cette hypothèse se confirmait, cela impliquerait que les infirmiers usent – consciemment ou non - de leur domination masculine dans un milieu professionnel à forte prédominance féminine. Cette complémentarité de subordination indiquerait aussi qu'infirmiers et infirmières n'ont pas la même identité professionnelle.

De manière générale, les stéréotypes sexuels apparaissent de façon marquée dans les propos de la majorité des participantes. Ces stéréotypes pourraient influencer la division du travail en milieu psychiatrique et/ou l'ambiance d'équipe, comme supputé dans l'analyse. En d'autres termes, je pourrais expliquer les représentations des participantes relatives à la répartition des situations de soins et/ou la plus grande capacité des hommes à faire face aux conflits, en me basant sur leurs stéréotypes de l'homme et de la femme.

Les notions d'influence, de séduction et de pouvoir s'avèrent, pour les participantes, difficiles à définir. L'influence et le pouvoir portent souvent une connotation péjorative, alors que la séduction est plutôt perçue comme anodine ou positive.

Au cours des entretiens, nous avons défini trois secteurs que les relations de séduction pourraient influencer : la dynamique d'équipe ; la prise en soins et le client ; l'infirmier et l'infirmière.

Concernant la dynamique d'équipe, les participantes mentionnent des points tant positifs que négatifs. Nous l'avons vu, les conséquences positives font référence à la « séduction festive ». En usant de cet outil, les infirmières et les infirmiers apprennent à se connaître, se rapprochent les uns des autres. Des liens avec les autres membres du groupe, des repères communs et une certaine complicité se créent. Les participantes jouent, plaisantent, « délirent », elles délèguent et acceptent la délégation. Ces phénomènes contribuent à développer la collaboration professionnelle qui permet d'harmoniser l'équipe et de créer une ambiance de groupe conviviale. Tous ces processus ont pour ultime conséquence la cohésion du groupe. Cette cohésion est influencée par plusieurs facteurs dont l'homogénéité du groupe, une bonne communication, une répartition claire des rôles et un accord sur les buts de l'équipe.²⁷⁰

Cette cohésion d'équipe permet la mise en œuvre de plans de soins de qualité. La performance d'une équipe peut être mise en relation directe avec la cohésion de celle-ci.²⁷¹ Les infirmières interrogées expliquent que grâce à ces jeux de séduction, les tensions au sein de l'équipe soignante diminuent, cédant la place à une harmonie d'équipe. Cette ambiance agréable entraîne des prises en soins cohérentes, un suivi optimal. L'infirmière veut donner le meilleur d'elle-même, ainsi, le client bénéficie de sa volonté de faire au mieux.

L'infirmière séduite ou séduisante apprend à connaître ses collègues. Elle se sent écoutée et comprise. Comme cité précédemment, elle s'amuse avec ses collaborateurs et peut se libérer ainsi des tensions accumulées durant la journée, elle se sent mieux. Grâce à la séduction, elle peut obtenir des avantages – e.g. : lié à la délégation. Pour être séduisante, elle veut être performante, elle est alors plus motivée que jamais.

Ces conséquences bénéfiques apparaissent lorsqu'il y a « séduction festive ». ²⁷² Lorsque la séduction devient perfide, elle est nommée « séduction emprise ». ²⁷³ Les conséquences de cette dernière sont néfastes. Ce type de séduction crée des tensions

²⁷⁰ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p. 84

²⁷¹ ABRIC, Jean-Claude. Communication et processus de groupe. In : *Psychologie de la communication : Méthodes et théories*. Paris : Masson. 1996. p. 84

²⁷² CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.193

²⁷³ CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF. 2004. p.193

dans l'équipe. Des personnes – qui poussent trop loin la séduction – peuvent s'enfermer dans un fonctionnement exclusif à deux. Cette situation provoquerait une incapacité à collaborer de façon adéquate avec les autres membres de l'équipe et un sentiment d'exclusion chez le client. Le comportement d'une personne qui a pour but de séduire l'équipe soignante dans son ensemble, peut être considéré comme disfonctionnel. Cet individu serait mis à l'écart car il risquerait de mettre toute la dynamique de l'équipe en péril. Les participantes soulignent que ce type de « séduction emprise » n'apparaît que rarement au sein des équipes soignantes.

D'une façon générale, les rapports de séduction sont perçus comme faisant partie intégrante du quotidien des équipes soignantes. Les infirmières interrogées ont une représentation positive de la séduction.

Pour terminer, nous pouvons établir un lien entre les conséquences de la séduction tirées des corpus des soignantes et le modèle théorique des pratiques professionnelles de Michel Nadot. En effet, pour les infirmières interrogées, la séduction entre collègues entraîne une amélioration ou une détérioration dans les pratiques professionnelles suivantes : gestion de l'information, gestion et coordination, relation, réapprovisionnement et rangement, assistance et évidemment dans la pratique professionnelle relative à la régulation.

5.6. Mise en commun des résultats d'analyses²⁷⁴

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

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

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

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

²⁷⁴ Pour mieux identifier les participantes-femmes, les participants-hommes et les participants hommes-femmes, nous réutilisons les prénoms fictifs Alexandra et Antoine – utilisés dans la problématique – pour symboliser le groupe femme, le groupe homme et les deux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lorsqu'Alexandra et Antoine se séduisent, ils se sentent valorisés, acceptés et aimés. De ce fait, ils se sentent bien intégrés dans l'équipe de soins. Alexandra pense que la séduction permet de plaisanter, de « délirer », de créer des liens, une alliance, cela nourrit la cohésion de groupe. Antoine partage cet avis et rajoute que ces situations de séduction permettent de détendre l'atmosphère au sein de l'équipe par une certaine convivialité. La cohésion de groupe, en particulier, permet d'accroître la performance. En milieu de soins, la performance peut être mise en relation avec la qualité des soins prodigués. Alexandra et Antoine insistent sur l'importance d'une harmonie d'équipe. Ainsi, la collaboration entre soignants se développe entraînant de ce fait des consensus liés aux buts et aux objectifs de la prise en soins, à l'analyse de la situation, aux interventions. Ces éléments permettent une prise en soins de qualité.

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

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

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

Ni Alexandra ni Antoine n'ont rapporté de différences significatives dans les rapports de séduction entre individus de même sexe ou de sexe opposé. Finalement, Antoine pourrait séduire Alexandre de la même façon qu'Antoinette séduirait Alexandra et vice-versa. Une question surgit de cette réflexion : un homme accorderait-il les mêmes

sourires, les mêmes compliments à son collègue qu'à sa collègue ? Oserait-il lui dire : « Roger, tu es si doué pour faire les toilettes. Tu le fais avec tellement de douceur. Ne voudrais-tu pas faire celle de Mme X. à ma place, s'il te plaît ? » ?

6. Discussion

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

6.1. Signification des résultats

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

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

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

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

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

6.2. Recommandations

6.2.1. Recommandations pour la pratique

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

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

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

6.2.2. Recommandations pour d'autres études

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

- l'objectivité des résultats, en procédant à l'observation des comportements liés à la séduction ;
- l'importance culturelle relative aux liens de séduction entre infirmier-infirmière, en menant la même recherche dans une autre culture ou dans quelques années ;
- le lien entre « séduction festive » et « séduction emprise » en milieu de soins ;
- un outil d'influence différent (e.g. : autorité, leadership, etc.) ;
- un autre aspect de la collaboration infirmier-infirmière tel que la division sexuée des tâches ;

- la complémentarité homme-femme dans les prises en soins ;
- une comparaison objective des dynamiques d'équipes mixtes et féminines ;
- les stéréotypes sexuels en milieu psychiatrique valaisan.

Nous pensons que nos recherches ont soulevé passablement de questions.

7. Conclusion

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

7.1. Evaluation de la problématique

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

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

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

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

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

7.2. Evaluation du cadre

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

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

Nous avons rencontré quelques difficultés lors de la création du cadre théorique. Nous n'avions aucune notion concernant le genre ni le pouvoir. Nous avons dû nous forger de solides connaissances, en lisant de nombreux ouvrages afin de développer un regard critique sur la littérature. Les concepts de genre et de pouvoir sont denses et complexes, ils font appel à une multitude de disciplines telles que la philosophie, la psychanalyse, l'anthropologie, la sociologie, etc. Nous n'avions évidemment pas l'expertise nécessaire à comprendre toutes les composantes relatives à ces différentes approches, d'où une restriction du champ littéraire.

Nous avons, tout de même, eu de la facilité à rédiger ce cadre. Cette aisance provenait probablement de la complétude de nos sources littéraires et également, de notre motivation à modéliser ce cadre.

Nous avons détaillé notre cadre théorique en fonction des contenus tirés des différents entretiens. Durant notre démarche, nous avons choisi de décrire les soins en psychiatrie dans le contexte. Le milieu psychiatrique, comme nous l'avons déjà mentionné, est un domaine bien spécifique des soins. Nous nous sommes simplement appuyées sur ce contexte pour mieux comprendre les représentations des participants.

7.3. Evaluation de la méthode

Les entretiens semi-directifs nous ont permis de traiter en profondeur les représentations des participants. Cependant, il nous est apparu difficile de distinguer les préconstruits des faits avérés. C'est pourquoi, nous pensons qu'il aurait été plus judicieux d'utiliser la technique de l'observation en parallèle avec des entretiens semi-directifs. Toutefois, en regard de notre niveau initial et des différentes contraintes liées au temps, au site de recherche et aux normes éthiques, nous n'aurions pu manipuler cet outil avec une fiabilité suffisante.

Il est cependant frustrant d'avoir effectué une démarche basée essentiellement sur des préconstruits, n'étant pas sûre qu'il s'agisse d'une vérité observable. De plus, être conscientes que cette recherche ne peut être appliquée à une autre population, dans un autre temps, dans un autre lieu, ne fait qu'accroître cette frustration.

La technique d'échantillonnage n'a pas pu véritablement être sélectionnée. En effet, les contingences liées aux restrictions de temps, au nombre de participants, à leurs propres contraintes (horaires, temps à disposition, motivations) ont été déterminantes dans le choix de la technique.

7.4. Atteinte des objectifs de recherche

L'un de nos objectifs de recherche était :

- Explorer la nature des interactions entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique et plus particulièrement les rapports de séduction.

Nous pensons l'avoir atteint. Nous avons découvert la dynamique des équipes soignantes mixtes. Cette dynamique semble moins tendue que celle des équipes exclusivement féminines. La complémentarité des rôles au sein des équipes mixtes est mise en avant par les participants. Elle permet par exemple, la délégation de prises en soins selon le sexe. D'autre part, les hommes jouent un rôle primordial lors de situations de violence ou de crise. Voilà des exemples qui illustrent bien les interactions entre infirmiers et infirmières en psychiatrie que nous avons explorées.

Un autre de nos objectifs nous a conduites à cibler les rapports relatifs à la séduction afin d'en examiner les processus :

- Analyser l'impact de ce phénomène sur la dynamique du service, sur la prise en soins, sur l'infirmière et enfin sur l'infirmier.

Cet objectif fait référence à nos deux questions centrales de recherche. Nous avons pu établir des liens entre les conséquences de ce phénomène tirées des corpus et la littérature. Ces liens nous ont permis de poursuivre une réflexion plus approfondie sur les rapports de séduction et d'émettre de nouvelles hypothèses.

Analyser les conséquences des relations de séduction sur l'infirmier et sur l'infirmière n'a pas été chose aisée. Très peu de données ont été récoltées à ce sujet. Est-ce que nous n'avons pas assez insisté sur ce point lors des entretiens ?

Cet objectif n'est donc que partiellement atteint.

7.5. Véracité de la recherche ou évaluation des résultats²⁷⁵

Nous souhaitons mettre en évidence le niveau de confiance que nous donnons à cette recherche et par là évaluer la qualité des résultats obtenus.

7.5.1. Crédibilité

Les facteurs influençant la crédibilité d'une recherche qualitative sont l'engagement prolongé, l'observation constante, la triangulation, la vérification externe, la recherche de résultats divergents et la crédibilité du chercheur. Chacun de ces points est évalué ci-après.

L'engagement prolongé et l'observation constante consistent en l'investissement de temps pour la collecte de données. Nous n'avons pu, comme l'a fait Schafer et Peternelj-Taylor, mener trois à quatre entretiens par participants d'une durée de plus de deux heures, sur six mois. Des restrictions de temps et de compétences dans la gestion d'un tel processus de récolte de données nous limitaient. Malgré tout, nous avons su établir un climat de confiance avec les participants lors des entretiens.

Nous avons pratiqué une triangulation de sources : nous avons croisé les visions de deux populations cibles différentes : des hommes et des femmes; de chercheurs différents : nous avons mis en commun nos réflexions pour l'analyse des corpus ; de théories différentes : nous avons puisé des éléments dans la littérature de plusieurs disciplines.

Nous n'avons pas effectué une triangulation de méthodes, même si cela aurait été plus pertinent.

²⁷⁵ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007. p. 337-343

La vérification externe a consisté en une présentation de notre recherche à des experts du genre et/ou des soins infirmiers. Ces derniers nous ont permis d'apporter des rectifications à notre démarche, au niveau des objectifs, de la question centrale de recherche, etc. Nous n'avons pas désiré soumettre nos résultats de recherche aux informateurs car nous souhaitions que leur participation soit unique et déterminée dans le temps. Ils auront toutefois accès à ce travail.

Nous n'avons pas désiré rechercher de nouveaux participants susceptibles de contredire les résultats obtenus préalablement. A nouveau le temps, nous a fait défaut.

Pour terminer, nous argumentons notre crédibilité de chercheuses. Certes, il s'agit là de notre première recherche et, de ce fait, nos compétences méthodologiques sont limitées mais nos efforts à être rigoureuses et honnêtes dans les données rapportées contrebalancent partiellement ces défauts.

7.5.2. Fiabilité

Nous n'avons pu observer si les résultats sont uniformes au fil du temps et dans différentes situations.

7.5.3. Transférabilité

Notre recherche n'a pas la prétention d'assurer une validité externe. En effet, le caractère qualitatif et initial de cette étude ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus. Ceux-ci sont ciblés sur notre échantillon. De plus, la dimension culturelle des études genre limite ces mêmes résultats dans un espace-temps précis. Il serait intéressant de mener la même recherche dans un autre milieu de soins, dans un autre canton ou dans quelques années afin de pouvoir comparer les résultats.

7.6. Obstacles rencontrés durant la démarche de recherche

Un premier obstacle découle de notre inexpérience en matière de recherche. Nous n'avons aucunes notions méthodologiques liées aux recherches scientifiques. Il était également ardu de ne pas laisser nos préconstruits biaiser cette recherche. Ces préconstruits sont si ancrés dans notre inconscient qu'ils sont difficilement identifiables. Quant à la problématique, l'obstacle majeur fut la difficulté rencontrée dans la recherche de littérature scientifique.

Concernant le cadre théorique, étant parties de connaissances relatives au genre, au pouvoir et au groupe très limitées, nous avons rencontré des difficultés lors des lectures. De plus, certaines disciplines (e.g. : philosophie, psychanalyse) sont difficiles d'accès pour les néophytes et ont exigé de grands efforts de compréhension de notre part.

Un autre obstacle concernait l'organisation des entretiens. Nous avons perdu passablement de temps avant la période de collecte de données.

7.7. Points forts de la recherche

Au niveau du contenu, nous estimons que le cadre constitue le point fort de cette recherche. En effet, il nous semble étayé, adapté à la problématique et pertinent en regard de l'analyse.

Concernant la méthodologie, nous avons veillé à évaluer et à critiquer notre recherche tout au long de la démarche. De plus, nous avons référencé avec rigueur les éléments avancés afin de ne pas nous égarer dans nos préconstruits.

Pour terminer, la forme de ce travail nous paraît agréable. Nous avons été attentives à structurer notre recherche et à la mettre en page de façon plaisante, nous avons cherché à en rendre la lecture attrayante.

7.8. Points faibles de la recherche

Les points faibles ont été traités dans les évaluations ci-dessus. Nous n'y reviendrons donc pas.

7.9. Atteinte des objectifs d'apprentissage

Dans ce dernier chapitre, je reviens sur mes objectifs personnels d'apprentissage.

- Appliquer une méthode de recherche en sciences infirmières en me référant aux indications reçues lors du module 2808 intitulé « Méthodologie de la recherche » afin d'acquérir une marche à suivre générale en vue d'avoir un regard plus critique sur les recherches et/ou d'élaborer une nouvelle étude dans le futur.

Je pense avoir fait de mon mieux pour appliquer les notions théoriques relatives aux recherches en soins infirmiers. J'ai bien noté quelques erreurs ou biais dans mon utilisation de la méthode qualitative mais je tiens tout de même à souligner, qu'il s'agit d'une première recherche. Grâce à aux notions théoriques nouvellement acquises, mon regard sur les recherches dites scientifiques a pu évoluer et devenir bien plus critique. En effet, je suis capable aujourd'hui, de remarquer des biais non-mentionnés ou des lacunes dans certaines recherches. Quant à l'élaboration d'une nouvelle étude, je ne suis, pour

l'instant pas encore prête à en débiter une. En effet, il me faudra d'abord poursuivre mes efforts dans la compréhension et l'analyse des méthodes de recherche. Certes mes compétences relatives à la recherche en soins infirmiers méritent encore d'être développées mais cette expérience a su dévoiler en moi un vif intérêt pour la mise en application de projets de recherche.

- Analyser les données recueillies durant la recherche en faisant appel à toutes les ressources nécessaires (collaboratrice, directeur de ce Bachelor Thesis, directrice de l'axe « Méthodologie de la recherche », intervenants extérieurs, ouvrages multiples, etc.).

J'ai pu pour la partie « Analyse » m'appuyer sur les conseils judicieux de ma collaboratrice, et ceux non moins précieux de mon directeur de mémoire et de l'enseignante responsable des modules relatifs à la méthodologie. De plus, je me suis inspirée de l'ouvrage de Carmen G. Loiselle pour affiner ma technique d'analyse.²⁷⁶ Concernant les liens établis entre la théorie - tirée de la littérature - et les propos recueillis, je me suis basée sur les écrits contenus dans le cadre conceptuel. J'ai su mobiliser toutes les ressources nécessaires à mon analyse.

- Comparer les résultats de ma recherche aux résultats obtenus par ma collaboratrice, tout en tenant compte du niveau de transférabilité des données, afin d'augmenter la crédibilité de notre étude.

Nous avons eu de la facilité à comparer nos études car nous avons procédé au préalable à un listing de thèmes identiques. Ce fil rouge a facilité cette mise en commun. De plus, les propos des participantes et participants se recoupaient de façon récurrente. Le niveau de transférabilité nous a semblé bon car les questions étaient identiques pour les deux publics cibles et les corpus masculin/féminin se ressemblaient beaucoup. La mise en commun des résultats et leur comparaison a permis, nous le pensons, d'augmenter la crédibilité de cette recherche - de par la triangulation des données.

- Evaluer la qualité de ma recherche, de la question de départ à la communication des résultats obtenus.

Tout au long de ma recherche, je me suis efforcée d'évaluer mes démarches et j'ai émaillé mon travail de critiques personnelles. Dans le chapitre précédent, nous avons mis en avant les forces et les faiblesses de cette recherche. Certaines critiques concernant les différents points à partir de la question de départ jusqu'à la communication des résultats n'apparaissent peut-être pas dans ce travail. Ces critiques n'ont pas toutes été inscrites mais toutes ont été discutées.

²⁷⁶ LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI. 2007. pp. 591

7.10. Apports personnels

Cette recherche nous a permis de développer plusieurs compétences, certaines liées à la recherche, d'autres à la collaboration ou au rôle autonome infirmier.

Nous avons mené une recherche initiale liée à une problématique de terrain. Pour ce faire, nous avons veillé à respecter les principes éthiques stipulés au chapitre « Méthodologie ». Nous espérons que cette recherche puisse s'avérer utile au développement des pratiques infirmières, elle pourrait apporter des pistes de réflexion quant à la collaboration entre infirmier-infirmière. Le lecteur pourrait prendre conscience des effets de sa propre séduction et si nécessaire, modifier ses comportements.

Comme mentionné précédemment, nous nous sommes efforcées tout au long de la démarche, de contextualiser les relations de séduction dans l'espace et le temps.

Cette recherche nous a permis travailler à deux Et nous a donné ainsi l'occasion de développer des compétences relatives à la collaboration (e.g. : coordination, négociation, gestion de conflit).

Pour conclure ce Bachelor Thesis, nous revenons sur l'analyse des propos recueillis et sur leur utilité dans notre vie professionnelle future.

Après avoir réalisé cette recherche, nous sommes probablement capables d'identifier les comportements relatifs à la séduction « emprise » entraînant des conflits d'équipe. Si cela s'avère correct et au cas où nous serions confrontées à de tels comportements, il sera de notre devoir professionnel de les circonscrire.

Nous sommes sensibilisées aux conséquences des relations de séduction entre collègues. Nous nous sommes questionnées sur nos propres comportements séducteurs. Ainsi, nous avons pris conscience de la force de cet outil d'influence. Il s'agit, dès maintenant, d'en faire bon usage.

8. Références

8.1. Ouvrages

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

BADINTER, Élisabeth. *XY : De l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob, 1992. 239 pp.

BADINTER, Élisabeth. *L'Un est l'Autre*. Paris : Odile Jacob, 1986. 381 pp.

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

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

BUJOLD, Louise. L'identité professionnelle. In : DALLAIRE, Clémence et al. *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008. p.441-452

CIFALI, Mireille. Séduction obligée. In : *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : PUF, 1994. p. 190-204.

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

DENÈFLE, Sylvette. *Tant qu'il y aura du linge à laver : De la division sexuelle du travail domestique*. Condé-Sur-Noireau : Collection panoramiques, 1995. 137 pp.

DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 2003.

FERRAND, Michèle. *Féminin Masculin*. Paris : la Découverte, 2004. 128 pp.

FISCHER, Gustave-Nicolas. Le groupe social. In : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2005 (3e édition revue et augmentée). p 215-246.

FISCHER, Gustave-Nicolas. Le pouvoir. In : *La dynamique du social : Violence, pouvoir, changement*. Paris : Dunod, 1992. p 78-159.

FORTINO, Sabine. *La mixité au travail*. Paris : La dispute, 2002. 235 pp.

GIANINI BELOTTI, Elena. *Du côté des petites filles*. Paris : Des femmes, 1973. 206 pp.

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

GRAY, John. *Les hommes viennent de Mars, les femmes viennent de Vénus*. Paris : J'ai lu. Michel Lafon. 1997. 343 pp.

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

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

HERITIER, Françoise. *Masculin/Féminin II : dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob. 2002. 445 pp.

JACQUET, Isabelle. *Développement au masculin/féminin. Le genre : outils d'un nouveau concept*. Paris : L'Harmattan, 1995. 184 pp.

KAUFMANN, Jean-Claude. *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin, 2006. 127 pp.

LACROIX, Xavier. *Homme et femme : l'insaisissable différence*. Paris : cerf, 1993. 192 pp.

LOISELLE, Carmen. PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI, 2007. 591 pp.

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

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

NADOT, Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In : Clémence Dallaire et al. *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière, 2008. p 359-380.

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

NANCHEN, Gabrielle. *Amour et pouvoir : Des hommes, des femmes et des valeurs*. Lausanne : Favre, 1990. 205 pp.

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

RUSS, Jacqueline. *Les théories du pouvoir*. Paris : Librairie générale française, 1994. 349 pp.

SEAGER, Joni. *Atlas des femmes dans le monde : la réalité de leurs conditions de vie*. Paris : Autrement, 2003. 228 pp.

8.2. Sites Web

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

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

Edition Larousse. *Encyclopédie Larousse*. [en ligne], dernière mise à jour 2008.

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

HES-SO Valais-Wallis. *Equality : Ingénieur aussi un métier pour les filles*. [en ligne], dernière mise à jour le 13 février 2009.

Adresse URL : <http://wins.hevs.ch/> (consultée le 29 juin 2009)

Intellego : la communauté du savoir scolaire. *Rousseau et les femmes*. [en ligne], rédigé le 20 août 2007.

Adresse URL : <http://www.intellego.fr/index.php?PageID=document&document=11454> (consultée le 19 juin 2009)

Réseau Santé Valais. *Site de l'Hôpital du Valais* [en ligne].

Adresse URL : <http://www.rsv.gnw.ch> (consultée le 20.08.2008)

8.3. Brochures

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

ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS. *Normes de qualité dans la pratique des soins infirmiers : Standards de soins*. Berne, 2006.

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

DEPARTEMENT DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'ENERGIE. *L'essentiel sur les droits des patients*. Valais : sanimédia. Septembre 2005. p. 10-11

8.4. Rapports

ASSEMBLEE FEDERALE DE LA CONFEDERATION SUISSE. *Loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes. 151.1*. Editée le 24 mars 1995. Entrée en vigueur le 1er juillet 1996.

BRANGER, K. GAZARETH, P. SCHÖN-BÜLHMANN, J. *Vers l'égalité ? : La situation des*

femmes et des hommes en Suisse. Neuchâtel : OFS, 2003. p.97 à 105

JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. pp.48

ROSSEL, Raymond. L'emploi dans le domaine de la santé : Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2005 [en ligne]. OFS, 2007. Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/04.html> (consultée le 20.07.2008)

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

Adresse URL : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.Document.102387.pdf (consultée le 20 août 2008).

8.5. Articles

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

CHAPELLE, Gaétane. La fin de la domination masculine ? Oui, mais... In : *Sciences humaines: Pouvoir, identité, rôles... Les hommes en question*, janvier 2001, n° 112.

COLLIN, Françoise. Genèse et formes d'un mouvement. In : *Santé conjugée : cahier genre et santé : femmes soignantes et soignées, la fin des inégalités ?*, 2007, n°42. p.26-38

DE LA VEGA, Xavier. Genre et identité : Judith Butler en France. In : *Sciences humaines*, août et septembre 2005, n° 163. p.10-11

DORTIER, Jean-François. Identité : des conflits identitaires à la recherche de soi. In : *Sciences humaines*, octobre et novembre 2001, n° 34 p.46-49.

FOURNIER, Martine. Culte et déclin de la virilité. In : *Sciences humaines: Pouvoir, identité, rôles... Les hommes en question*, janvier 2001, n° 112.

FOURNIER, Martine. Masculin/féminin : un nouveau partage des rôles ?. In : *Sciences humaines*, octobre et novembre 2001, n° 34.

JARDIN, Evelyne. Le travail des femmes. In : *Sciences humaines*, 2005, n° 164. p.56-57

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

RUANO-BORBALAN, Jean-Claude. Des sociétés saisies par la négociation. In : *Sciences*

humaines, octobre et novembre 2001, n° 34. p. 86-89

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

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

TEIXIDO, Sandrine. Les gender studies. In: *Sciences humaines*, février 2005, n° 157. p.54-57

TOWNSWEND, Mary C. La santé mentale et la maladie mentale. In : *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Québec : ERPI, 2004. p. 4-19.

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

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

Table des matières des annexes

Annexe n° 1 : Le formulaire de consentement éclairé	i-ii
Annexe n° 2 : La lettre d'information pour les participants	iii-iv
Annexe n° 3 : Le milieu psychiatrique.....	v-vii
Annexe n° 4 : Le système politique suisse	viii-ix
Annexe n° 5 : La grille d'entretien	x-xii
Annexe n° 6 : La lettre d'information pour les services de soins	xiii

1. Le formulaire de consentement éclairé

Ce formulaire nous a été transmis par la direction de la filière des Soins Infirmiers de Sion.

TRAVAIL BACHELOR SUR

« Les rapports entre infirmiers et infirmières »

Mené par Marie Gay, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis
Bernard Kamerzin, directeur du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes²⁷⁷ participant au mémoire de fin d'étude

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin 2010.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

²⁷⁷ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Date: Signature :.....

Contacts :

Marie Gay , étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : 027/722 57 82.

Bernard Kamerzin, directeur du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis.

Annexe : information destinée aux personnes participant

2. La lettre d'information aux participants

Cette lettre d'information nous a aussi est transmise par la direction.

TRAVAIL DE BACHELOR SUR

« Les rapports entre infirmiers et infirmières »

Réalisé par Marie Gay, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO// Valais Wallis j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre les interactions entre infirmiers et infirmières. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre travail. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2010.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à analyser les rapports entre infirmiers et infirmières. Pour ce faire, un entretien est prévu, le mercredi 25 mars 2009.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre la nature des rapports entre les infirmiers et les infirmières.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

Marie Gay, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.

Adresse : 1932 Les Valettes

Numéro de téléphone : 027/722 57 82

Bernard Kamerzin, directeur du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

3. Le milieu psychiatrique

3.1. Bref Historique

On pensait, autrefois, que les personnes atteintes dans leur santé mentale²⁷⁸ étaient dépossédées de leur âme, hantées par des esprits magiques, qu'elles avaient péché ou même transgressé un tabou de la société. Les remèdes consistaient alors en l'exorcisme, la torture, les châtiments corporels. Certains malades étaient même menés au bûcher.

Comme pour les maladies biologiques, les croyances ont évolué en même temps que les connaissances progressaient.

Au Moyen-âge, l'idée de sorcellerie ou de surnaturel l'emportait sur toute autre hypothèse.

En Amérique, les individus malades étaient pris en charge par leur famille ou étaient internés dans des lieux où ils ne pouvaient nuire à personne, ni à eux-mêmes. Le premier hôpital consacré aux troubles psychiques fut fondé au XVIIe siècle à Philadelphie. Le médecin, Benjamin Rush, un médecin considéré comme le père de la psychiatrie américaine, a été le premier à humaniser les traitements. Il recourait tout de même à des méthodes plus traditionnelles telles que les saignées ou les contraintes physiques.

Au XIXe siècle, apparaissaient les asiles. Ces établissements devinrent rapidement surpeuplés car le nombre de malades augmentait plus vite que la quantité de lits. Le personnel étant débordé, les conditions se dégradèrent. L'institution hospitalière finit par ressembler à un milieu carcéral.

Les soins infirmiers apparurent en 1873 grâce à Linda Richards, infirmière. Elle fonda de nombreux hôpitaux psychiatriques ainsi que la première école en soins infirmiers psychiatriques. Le programme était principalement axé sur l'administration de traitements et non sur la psychologie.

La fin de la 2e guerre mondiale a causé l'augmentation du besoin en soins psychiatriques. De plus, c'est dans ces années-là qu'on découvrit les médicaments antipsychotiques – utilisés pour les traitements des psychoses. Les soins infirmiers psychiatriques devinrent alors une matière obligatoire en 1955 avec une philosophie privilégiant la relation infirmier (-ère) – client.²⁷⁹

²⁷⁸ Terme développé dans le prochain chapitre

3.2. Santé mentale

Un certain nombre de théoriciens ont défini la santé mentale. Dans leurs explications, ils développent divers aspects du fonctionnement de l'individu.

Voici quelques définitions :

Pour Freud, la santé mentale consistait à « être capable d'aimer et de travailler ».

Selon Maslow (1970), célèbre théoricien d'orientation humaniste, les personnes saines, épanouies, se distinguent par les caractéristiques suivantes :

- « Elles ont une perception adéquate de la réalité.
- Elles sont capables de s'accepter, d'accepter les autres et la condition humaine.
- Elles font preuve de spontanéité.
- Elles sont capables de se concentrer sur la résolution de problèmes.
- Elles ont besoin d'un certain détachement et d'intimité.
- Elles démontrent de l'indépendance, de l'autonomie et peuvent résister à la culture environnante.
- Elles sont capables d'intensité dans leurs réactions émotives.
- Elles vivent des expériences intenses, qui confirment l'intérêt, la richesse et la beauté de la vie.
- Elles s'identifient à l'humanité.
- Elles sont capables d'établir des relations interpersonnelles satisfaisantes.
- Elles ont un sens marqué des valeurs morales.
- Elles font preuve de créativité.
- Elles ont une certaine indépendance de pensée. »

Dans sa Constitution, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a, pour sa part, défini la santé mentale comme « un état optimal de bien-être physique, psychique et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2001).

3.3. Maladie mentale

La maladie mentale ne peut être expliquée de façon universelle, ceci à cause des facteurs culturels. En effet, la culture influence le comportement, l'interprétation et les réactions.

Dans le DSM-IV-TR²⁸⁰, l'American Psychiatric Association (APA) définit la maladie mentale ou les troubles mentaux de la manière suivante :

« Tout syndrome comportemental ou psychologique significatif sur le plan clinique qui survient chez une personne et qui est associé à une détresse concomitante (p. ex. symptôme de souffrance) [...] ou à un handicap (altération d'un ou de plusieurs éléments importants du fonctionnement), ou bien à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté [...] »

Selon Townsend (1996), la maladie mentale se définit comme étant :

« un ensemble de réactions inadaptées à des agents stressants de l'environnement interne ou externe, mises en évidence par des pensées, des sentiments et des comportements qui ne correspondent pas aux normes locales et culturelles, et qui nuisent au fonctionnement social, professionnel ou physique de la personne. »

La plupart des maladies mentales sont chroniques. La chronicité peut entraîner une lassitude chez les soignants. Une cohésion de groupe peut prévenir cet épuisement, en offrant la possibilité à l'infirmier (-ère) de s'exprimer et en lui octroyant le soutien nécessaire.

²⁸⁰ DSM-IV-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris :Masson, 2003.

4. Système politique suisse

Le système politique suisse accorde la souveraineté au peuple (uniquement aux citoyens) et se compose de trois pouvoirs : législatif, exécutif et judiciaire.

Au niveau fédéral, ces pouvoirs sont répartis ainsi :

- le législatif, géré par le Parlement ;
- l'exécutif, géré par le Conseil fédéral ;
- le judiciaire, géré par le Tribunal fédéral, le Tribunal fédéral des assurances et le Tribunal pénal fédéral.

Le Parlement est constitué de deux chambres, la chambre haute (Conseil des Etats) et la chambre basse (Conseil national). Le Conseil des Etats comprend 46 députés, soit 2 par canton ou 1 par demi-canton. Le Conseil national, quant à lui, compte 200 députés, élus au système proportionnel.

Le Conseil fédéral est élu par le Parlement chaque quatre ans et compte sept membres et un (-e) chancelier (-ère).

Les tribunaux fédéraux se composent de plus de 50 juges et de 40 juges-suppléants.

Chaque canton a son propre gouvernement, basé sur le même schéma que le système fédéral.

Au plus haut niveau du pouvoir exécutif, au Conseil fédéral, les femmes ont dû attendre 1984 pour être représentées. La première Conseillère fédérale a siégé quatre ans. De 1989 à 1993, aucune femme n'a été réélue à ce niveau. Aujourd'hui, trois postes de Conseillers sur sept, sont attribués à des femmes et le poste de chancelier est occupé par une femme.²⁸¹

Dès l'acquisition de leur citoyenneté, soit précisément en 1971, les Suissesses ont fait leur entrée au Parlement. En 2003, le taux de représentation féminine au Conseil National atteint 24%, ce qui place la Suisse au 11e rang européen sur 41. Depuis 1971, cette représentation féminine ne cesse d'augmenter²⁸², pour aboutir en 2007 à 29,5%²⁸³. Il n'en va pas de même pour le canton du Valais. En effet, de 1971 à 1991, une seule femme occupait l'un des sept postes de « Conseiller national » pour le Valais, ce qui représentait 14.3% de représentation féminine.

²⁸¹ OFS. *Membres du Conseil Fédéral*. Neuchâtel, 2009

²⁸² BRANGER, K. GAZARETH, P. SCHÖN-BÜLHMANN, J. *Vers l'égalité ? : La situation des femmes et des hommes en Suisse*. Neuchâtel : OFS, 2003. p.97 à 105

²⁸³ OFS. *Election au Conseil national de 2007: répartition des mandats, par partis, sexes et cantons*. Neuchâtel, 2009.

Après 1991, ce pourcentage chuta à zéro. Il a fallu attendre les élections de 2007, afin qu'une nouvelle candidate soit élue. Il reste à souligner que le nombre de candidatures féminines représente 25 à 30% des candidatures totales au Conseil national, ce qui démontre un certain intérêt des femmes envers la politique.²⁸⁴

Au niveau du Conseil des Etats, la représentation féminine a débuté à 2,3% dès 1971 et arrive à 21,7% en 2007²⁸⁵. Ce taux a augmenté de manière radicale entre 1991 (8.7%) et 2003 (23.9%). Jamais aucune valaisanne n'est entrée au Conseil des Etats.²⁸⁶

Le pouvoir exécutif a été plus difficile à investir pour les femmes. Comme mentionné ci-dessus, la première femme siégeant au Conseil fédéral a été élue en 1984, soit treize ans après l'acquisition du droit de vote des femmes en Suisse. La première apparition féminine dans un exécutif cantonal eut lieu en 1983 ce qui représente un taux de 0,6%. En 1977, Gabrielle Nanchen a été élue au Conseil d'Etat valaisan mais n'a jamais pu siéger.²⁸⁷ C'est cette année, 2009, qu'Esther Waeber-Kalbermatten est élue au Conseil d'Etat, étant donc la première femme à siéger à l'exécutif valaisan.

Les femmes, députées au Grand Conseil, sont de plus en plus nombreuses. La moyenne suisse de la représentation féminine au Grand Conseil a toujours été supérieure au taux valaisan. Ces moyennes se rapprochent de plus en plus.²⁸⁸ En 2009, la moyenne suisse s'élève à 26,2%, tandis que la représentation féminine au Grand Conseil valaisan atteint les 20,8%. Il reste tout de même difficile pour des femmes de se faire une place. En effet, elles ne sont que 27 valaisannes « contre » 103 valaisans.²⁸⁹ (Résultats provisoires)

Au niveau communal, les valaisannes sont moins représentées que la moyenne suisse. En Valais, le nombre de conseils communaux qui ne comprennent aucune femme est plus élevé qu'en Suisse.²⁹⁰

En conclusion, le domaine politique est encore fortement contrôlé par les hommes, en particulier le pouvoir exécutif. Le Valais par comparaison avec la Suisse, sous-représente ses citoyennes. Cette année, une femme est enfin entrée au Conseil d'Etat valaisan, serait-ce la promesse d'un avenir politique valaisan plus féminin ?

²⁸⁴ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.34 à 41

²⁸⁵ OFS. *Election au Conseil des Etats de 2006-2007: répartition des mandats, par partis, sexes et cantons*. Neuchâtel, 2009

²⁸⁶ JURISCH-PRAZ, S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.34 à 41

²⁸⁷ JURISCH-PRAZ' S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.34 à 41

²⁸⁸ JURISCH-PRAZ' S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.34 à 41

²⁸⁹ OFS. *Election aux Parlements cantonaux de 2006 à 2009: répartition des mandats, par partis, et par sexes*. Neuchâtel, 2009

²⁹⁰ JURISCH-PRAZ' S. *Situation de l'égalité entre femmes et hommes : comparaison Suisse – Valais*. Mars 2005. p.34 à 41

5. La grille d'entretien

Question générale : Dans le milieu psychiatrique, en quoi les relations de séduction entre infirmières et infirmiers influencent-elles leurs pratiques professionnelles ?

Question de recherche	Objectifs	Questions principales (2/objectifs)	Relances	Éléments du cadre
D'après l'infirmière, en quoi son pouvoir de séduction envers l'infirmier influence-t-il leur activité professionnelle et inversement ?	Explorer la nature des interactions entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique et plus particulièrement les rapports de séduction (influence)	<p>D'après vous, comment la différence des sexes influence-t-elle les relations professionnelles entre infirmier et infirmière ?</p> <p>Pouvez-vous me parler de la spécificité de la relation infirmière/infirmier en psychiatrie ?</p> <p>Dans quelle mesure pensez-vous que le partage d'émotions intenses, spécifique aux soins en psy, joue un rôle dans la relation infirmier/infirmière ?</p> <p>Phrase d'introduction pour l'influence</p> <p>Quels moyens pourrait utiliser une</p>	<p>Quelles caractéristiques principales pouvez-vous ressortir par rapport à la relation infirmier / infirmière ?</p> <p>Quels sont les enrichissements et/ou problèmes qui peuvent survenir dans les interactions infirmière/infirmier (en comparaison avec les relations entre le même sexe) ?</p> <p>Comment se passe la collaboration entre infirmier et infirmière en psychiatrie ?</p> <p>Dans quelles situations cette collaboration peut-elle poser problème ?</p> <p>En milieu psy, les émotions de joie, de peur, de tristesse, etc. sont souvent partagées en équipe. En quoi celles-ci peuvent-elles modifier la relation avec les collègues masculins ?</p> <p>Dans quel but celle-ci utiliserait-elle cette</p>	<p>Collaboration infirmière Rapport de pouvoir</p> <p>Contexte psy</p> <p>Influence</p>

	<p>Comprendre les ressentis des infirmières concernant les jeux de séduction Définir l'impact de ce phénomène sur la dynamique du service, sur la prise en soin, sur l'infirmière et enfin sur l'infirmier</p> <p>Evaluer le cadre de référence des participantes</p>	<p>infirmière pour influencer un infirmier ? et dans quel but ?</p> <p>A l'inverse, quels moyens pourrait utiliser un infirmier pour influencer une infirmière ? et dans quel but ?</p> <p>Comment percevez-vous les jeux d'influence entre infirmiers et infirmières ?</p> <p>Quelles pourraient être les incidences de cette relation d'influence ?</p> <p>Pourriez-vous nous donner votre définition succincte des mots suivants :</p> <p>La séduction :</p> <p>L'influence :</p> <p>Le pouvoir :</p> <p>Quel/s lien/s pouvez-vous faire entre des notions telles que l'influence, le pouvoir, et la séduction ?</p>	<p>méthode ?</p> <p>Comment ces relations d'influence pourraient être modifiées ?</p> <p>Quels sentiments ou émotions mettriez-vous sur les relations d'influence entre infirmière et infirmier ? (positifs ou négatifs)</p> <p>Comment vivez-vous ces relations ?</p> <p>Quelles seraient les conséquences de ce type d'interaction?</p> <p>Sur la dynamique du service ?</p> <p>Sur la prise en soin ?</p> <p>Sur l'infirmière ?</p> <p>Sur l'infirmier ?</p> <p>Selon vous, quels effets les jeux d'influence de l'infirmière sur l'infirmier peuvent engendrer ?</p> <p>Pourriez-vous nous donner des synonymes ?</p>	<p>Perception Influence</p> <p>Influence</p> <p>Perception / pouvoir / séduction / influence</p>
--	--	---	---	--

Questions d'ordre général :

- Age
- Formation (lieu, nombre d'années)
- Diplôme (type, année)
- Expérience (type) + en psy + en service mixte
- % d'activité

6. La lettre d'information pour les services de soins

Sion, le 7 février 2009

Bonjour,

Etudiantes en dernière année dans la filière Soins Infirmiers, nous effectuons une recherche comparative de genre. Cette étude vise à explorer les

Relations entre infirmiers et infirmières en milieu psychiatrique

Afin de mener à bien ce projet, nous souhaitons la participation de huit infirmiers et de huit infirmières ayant ces caractéristiques :

- Comprendre et parler la langue française ;
- Travailler dans un service en soins psychiatriques mixte depuis min. 2 ans ;
- Etre de même niveau hiérarchique ;
- Provenir de la même culture (occidentale) ;
- Avoir plus de 5 ans d'activité dans le milieu des soins infirmiers.

L'anonymat des participants/es sera respecté. Les données recueillies seront traitées en toute confidentialité. La participation peut être retirée à tout moment de la recherche.

Chaque participant reçoit une lettre d'information et un formulaire de consentement éclairé à signer.

Cette participation consiste à être « interviewé » durant environ 45 minutes au sujet des rapports entre infirmiers et infirmières.

Si vous désirez collaborer à cette recherche, vous pouvez vous adresser à votre ICUS qui nous fera parvenir la liste des intéressés.

Nous vous remercions, d'ores et déjà, pour votre intérêt et nous nous réjouissons de vous rencontrer.

Audrey Cretton et Marie Gay

Pour de plus amples informations :

Audrey Cretton

079/574 89 50

audrey.cretton@gmail.com

Marie Gay

079/744 86 58

mariegay@mycable.ch