



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
DU CENTRE HOSPITALIER DE L'AIGLE  
Promotion 2013-2016**

**Alexis RAMMELAERE**

**L'infirmier face à l'intimité de la femme  
Quand celui-ci n'a plus sa place**

Travail de Fin d'Études : Diplôme d'État en Soins Infirmiers  
UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et  
professionnelles  
UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

Date : 17 mai 2016

"Je soussigné, Monsieur Alexis RAMMELAERE, certifie que le contenu de ce travail de fin d'études est le résultat de mon travail personnel.

Je certifie que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportés, mentionnés dans la partie références.

Je certifie enfin que ce travail de fin d'études, totalement ou partiellement n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité."

Signature originale

## Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à remercier Madame GUYET Patricia, formatrice à l'IFSI, pour m'avoir accompagné dans la réalisation de mon mémoire de fin d'études.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'IFSI et plus particulièrement Monsieur BARBIER Patrick pour m'avoir suivi durant ces 3 années de formations.

Je remercie également, les professionnels de santé qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questions afin d'enrichir ce travail de fin d'études.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Sylvie mais aussi à tous ces professionnels de santé qui ont fait de moi ce que je suis devenu aujourd'hui.

Je remercie plus particulièrement Jeanne et Victor sans qui ce mémoire n'aurait pas la même qualité d'écriture.

Je n'oublie pas de remercier Justine, Sophie et Bastien, mes fidèles lecteurs, qui m'ont permis d'enrichir ce travail grâce à leur questionnement. Je les remercie également pour leur soutien et tous ces bons moments passés en leur compagnie durant toute ma formation.

Un très grand merci à Aurore, Bérengère, Céline, Marie-Angéline et Valentine pour leur soutien, leur compréhension et tous ces moments de bonheur qui m'ont permis de continuer durant ces 3 années de formations.

Enfin, je remercie mes parents, ma famille ainsi que tous mes amis qui ont été là pour moi et qui ont su être présents dans les bons mais surtout dans les mauvais moments.

## TABLE DES MATIERES

Introduction.....	6
1) De la mise en mots à la mise en problème .....	7
1.1. La première situation d'appel.....	7
1.2. La deuxième situation d'appel .....	8
1.3. Les constats.....	9
1.3.1. Les constats qui sont apparus.....	9
1.3.2. Le constat choisi .....	9
1.4. Le questionnement .....	10
1.4.1. Les questions .....	10
1.4.2. La question de départ.....	10
1.5. Les thèmes étudiés.....	10
2) Le cadre conceptuel et théorique .....	11
2.1. Le genre : soignant/soignante.....	11
2.1.1. Définition .....	11
2.1.2. Représentations sociales de la Femme .....	12
2.1.3. Infirmier / infirmière.....	13
2.1.3.1. Evolution de l'infirmier.....	13
2.1.3.2. L'infirmier en quelques chiffres .....	13
2.2. La pudeur.....	14
2.2.1. Définition .....	14
2.2.2. Historique .....	15
2.2.3. Représentation de la pudeur dans la société .....	16
2.2.4. La pudeur dans le soin .....	17
2.3. La relation soignant-soignée.....	19
2.3.1. Définition .....	19
2.3.2. Les limites de la relation soignant-soigné.....	20
2.3.2.1. La mise en relation .....	20
2.3.2.2. Le refus de soin .....	20
2.3.2.3. La gêne.....	21
2.3.2.4. Le toucher.....	22
2.3.2.5. Le ressenti du soignant.....	22
3) Analyse de l'enquête .....	24
3.1. Méthodologie .....	24

3.1.1. L'outil d'analyse.....	24
3.1.2. La population cible .....	24
3.1.3. Présentation de l'outil d'enquête .....	25
3.1.4. Critique de l'outil.....	26
3.1.5. Méthode d'analyse .....	26
3.2. Analyse .....	26
3.2.1. La pudeur .....	26
3.2.1.1. Définition.....	26
3.2.1.2. Pudeur et âge de la patiente.....	27
3.2.1.3. La pudeur et l'urgence .....	28
3.2.2. Le refus de soin.....	28
3.2.2.1. Refuser un soin par pudeur .....	28
3.2.2.2. Action mise en place.....	29
3.2.2.3. Ressenti du soignant .....	30
3.2.2.4. Refus de soin et âge soignant-soignée.....	30
3.2.3. La relation soignant-soignée .....	31
3.2.3.1. Mise en place de la relation soignant-soignée vis-à-vis du soin .....	31
3.2.3.2. Impact de la relation soignant-soignée et du refus de soin.....	31
3.2.3.3. Relation soignant-soignée et infirmier-infirmière.....	32
4) Synthèse .....	33
5) Préconisations.....	35
Conclusion.....	36
Références bibliographiques .....	38

## INTRODUCTION

Dès la première seconde où j'ai posé le pied dans cette classe, je me suis alors dit qu'être un homme dans un métier de femme pourrait être difficile. Durant ces trois années, j'ai réussi à prendre confiance en moi, à prendre ma place dans ce métier et à acquérir une dextérité dans les soins qui est nécessaire. Cependant, j'ai été confronté à des refus de soins. Ceux là même qui m'ont fait grandir dans cette formation et m'ont permis de me remettre en question.

C'est grâce à ces refus de soins que mon sujet de mémoire est apparu comme une évidence. En effet, je me suis rappelé que durant mes trois années de formations, j'ai essuyé un certain nombre de refus de soin lorsque le soin touchait à l'intimité de la femme. Ceux-ci n'étaient pas basés sur l'appréhension du soin ou bien sur le fait de ne pas vouloir de soin, mais sur le fait que je sois un homme.

Sur ce même thème, je me suis rappelé d'une situation en stage mais aussi en service me plaçant en tant qu'étudiant d'un côté et de soignant de l'autre. Ces deux situations m'ont permis de me questionner sur le sujet. Ce même questionnement est à l'origine de ma question de départ, qui est : « En quoi le fait d'être un infirmier peut-il être un frein dans la prise en charge des patientes âgées pour les soins touchant leur intimité ? ».

Pour pouvoir former le plan de ce mémoire, je suis tout d'abord parti sur mes deux situations. Ensuite, je suis parti de différents thèmes et dont trois en particulier.

Dans un premier temps, j'ai débuté mon mémoire par différencier infirmier et infirmière en parlant du genre homme/femme. Par la suite, je parle du thème principal de ce mémoire qui est la pudeur. Enfin, pour terminer mon approche théorique, ma dernière partie parle de la relation soignant-soignée ainsi que ses limites tel que le refus de soins.

Pour compléter ce mémoire, j'ai mené une enquête de terrain auprès de trois infirmiers et d'un aide-soignant dans des services de courts séjours.

Pour finaliser ce travail, ma dernière étape a été d'analyser ces entretiens afin de corréler mes recherches théoriques avec la réalité de terrain.

## 1) De la mise en mots à la mise en problème

Mon mémoire débute avec deux situations d'appel. Ma première situation me place en tant qu'étudiant tandis que ma deuxième situation me place en tant que professionnel de santé.

### 1.1. La première situation d'appel

Je suis actuellement étudiant infirmier en 1<sup>ère</sup> année et j'effectue mon stage en unité de Soins de Suite et de Réadaptation.

Je suis présent dans cette structure depuis 1 semaine sur les 10 semaines que je dois faire. Etant en 1<sup>ère</sup> année, le cadre du service nous demande de suivre les aides-soignantes. Le service est divisé en 2 secteurs et comme nous sommes 2 étudiants, nous choisissons chacun un secteur.

Cela fait maintenant 4 jours que je suis avec les aide-soignantes dans mon secteur et j'ai déjà pris 2 patients en charge. Je connais donc les patients et les patients me connaissent. Je suis d'horaire de soir, je suis chargé, avec les aide-soignantes, de coucher les patients. A 20 heures, nous débutons notre tour des chambres. Pour ma part, je commence par mes patients pour que ma prise en charge soit optimale. Une fois mes deux patients couchés, je décide de rejoindre mon binôme. En effet, le soir, il y a 2 infirmières et 2 aide-soignantes.

Au même moment, une patiente sonne, l'aide-soignante me demande si je peux aller répondre à la sonnette et qu'elle me rejoindra dans 5 minutes.

Je décide alors d'aller répondre à la sonnette et rentre dans la chambre. Dans cette chambre, il y a madame M., c'est une personne âgée de 85 ans qui est là à la suite d'un AVC avec une hémiparésie gauche et une aphasie. Cette patiente ne parle donc pas beaucoup et nous communiquons principalement par geste.

Je rentre dans la chambre, salue la patiente et lui demande quel est l'objet de sa demande. Au même moment, l'aide-soignante arrive et questionne Madame M. La patiente nous fait comprendre que son change est mouillé et qu'il faudrait le changer. L'aide-soignante et moi commençons alors à vouloir changer Madame M. Cependant celle-ci reprend le drap, le remonte pour se cacher et me regarde avec insistance. Ma collègue du soir demande à Madame M. ce qui lui arrive. Celle-ci nous fait comprendre que ma présence la dérange un peu, que je n'ai pas ma place ici et que je dois sortir. L'aide-soignante me demande alors de sortir de la chambre. Je lui dis que je l'attendrai juste derrière la porte si elle avait besoin de moi.

Une fois le soin terminé, l'aide-soignante me dit qu'elle n'aurait pas pensé que le soin puisse poser un problème pour cette patiente. Elle me dit alors de ne pas le prendre pour moi et que ce n'était qu'une patiente sur un service.

## 1.2. La deuxième situation d'appel

Je suis actuellement en fin de 2<sup>ème</sup> année. Je suis en vacances, et comme la plupart des étudiants, je travaille. Cet été, j'effectue un remplacement d'aide-soignant de 4 semaines dans un centre de rééducation.

Cela fait maintenant 2 semaines que je suis dans le service. C'est un service où il y a 40 patients avec tous types de pathologies. Ces patients sont orientés en 3 secteurs avec d'un côté, les patients ayant un problème neurologique (secteur A), les patients ayant un problème vasculaire (secteur B) et enfin les patients moins lourds pour le service (secteur C). Etant en remplacement, je m'adapte au service. En effet, dans la salle de soins, il y a un tableau de la semaine avec un chiffre et notre secteur. Chaque semaine les soignants ont un chiffre différent et donc un secteur différent.

Cette journée-là, j'étais d'horaire du soir. Nous sommes 1 infirmière pour 3 aides-soignants. Il y a un aide-soignant pour les secteurs B et C et 2 aides-soignants pour le secteur A car c'est un secteur avec une prise en charge plus importante.

Durant ma 1<sup>ère</sup> semaine, les aides-soignantes qui m'ont accompagné pour me faire découvrir et comprendre le fonctionnement du service ont préféré que je reste dans le même secteur. Cela fait donc 2 semaines que je suis dans le secteur A.

Les aides-soignantes qui connaissent les patients m'ont alors, durant ma 1<sup>ère</sup> semaine, présentées aux patients. Durant l'installation pour aller coucher les patients, les aides-soignantes, ont, dans un premier temps, préféré m'accompagner dans les chambres où il y a avait des patientes. En effet, c'est un service où il n'y a pas d'homme et les aides-soignantes avaient peur que les patientes refusent que ce soit moi qui les couche.

Voilà 2 semaines que je suis dans le service et je me suis bien intégré tant dans le fonctionnement dans l'équipe qu'avec les patients. Etant d'horaire du soir, je dois coucher les patients. Je commence par les patients qui veulent se coucher assez tôt. Une fois ces patients couchés, nous passons aux patients qui ont besoin d'une prise en charge moins lourde.



Je vais voir l'aide-soignante qui est dans une chambre et lui demande quels sont les patients qu'il reste à coucher. Elle me dit qu'il reste Madame D., et me donne les indications pour la coucher.

Madame D. est une dame de 65 ans qui est là pour une hémiparésie et qui possède un langage un peu particulier : elle possède son langage, autrement dit, on ne peut pas la comprendre, cependant elle nous comprend très bien et arrive à dire « oui », « non », « bonjour ».

Je rentre dans sa chambre, lui prévient qu'il est l'heure d'aller se coucher et qu'il va falloir se mettre en pyjama. Je vais dans la salle de bain chercher sa chemise de nuit et je lui apporte près du lit. Je lui dis alors de se déshabiller et que je vais l'aider. Elle me dit « non », je lui demande alors pourquoi, je lui demande si elle préfère que je repasse plus tard ou si elle veut attendre encore. Au même moment, elle me demande de sortir, je lui demande alors si elle préfère que ce soit l'aide-soignante qui se déplace et là elle me dit « oui ». Je retourne alors voir l'aide-soignante et la prévient que Madame D. n'a pas voulu se déshabiller devant moi.

### **1.3. Les constats**

#### **1.3.1. Les constats qui sont apparus**

Les constats qui sont apparus lors de ces deux situations d'appel sont les suivants :

- La pudeur des patientes provoque un refus de soin lorsque le soignant est un homme
- Généralement, il y a plus de refus de soins chez les patientes envers les infirmiers que chez les patients envers les infirmières lorsque le soin touche à leur intimité
- Généralement, les infirmiers ont plus de refus de soins lorsque celui-ci touche l'intimité de la patiente âgée
- Souvent, la patiente âgée est plus pudique que la personne jeune

#### **1.3.2. Le constat choisi**

Le constat que j'ai choisi est le suivant : généralement, il y a plus de refus de soins chez les patientes envers les infirmiers que les patients envers les infirmières lorsque le soin touche à leur intimité.

## **1.4. Le questionnement**

### **1.4.1. Les questions**

A la suite de ces deux situations ainsi que de mes constats, sont apparues certaines questions :

- En quoi la pudeur peut-elle être un frein dans la prise en charge de la patiente lorsque c'est un infirmier ?
- Pourquoi les femmes ne veulent-elles pas que les infirmiers les soignent lorsque c'est un soin intime ?
- Comment le soignant peut-il gérer cette situation s'il est seul dans le service ?
- Comment le soignant gère-t-il un refus de soins ?
- Quels moyens le soignant met-il en place pour parvenir à faire le soin ?
- Est-ce que la relation soignant-soignée peut enlever la barrière de la pudeur de la patiente ?
- Lorsque qu'il y a un refus de soin, la relation soignant-soignée est-elle plus compliquée à construire ?
- Quelles sont les émotions du soignant lorsque la cause du refus de soin n'est autre que le genre de celui-ci ?

### **1.4.2. La question de départ**

Ainsi, la question de départ est la suivante :

En quoi le fait d'être un infirmier peut-il être un frein dans la prise en charge des patientes âgées pour les soins touchant leur intimité ?

## **1.5. Les thèmes étudiés**

En fonction de mes situations, de ma question de départ ainsi que de mon constat, j'ai décidé de traiter différents thèmes tels que l'intimité et la pudeur, le consentement du patient, la relation soignant-soigné, le refus de soin et le genre homme/femme.

## 2) Le cadre conceptuel et théorique

Suite à ces deux situations d'appel, s'est établi mon plan qui constituera ma seconde partie. Cette partie développera trois thèmes déjà énoncés qui seront : le genre soignant/soignante, la pudeur et la relation soignant-soignée.

### 2.1. Le genre : soignant/soignante

Pour mieux comprendre les représentations sociales, il est important de parler du genre. Cela va permettre de parler de la Femme en général.

#### 2.1.1. Définition

Le genre « est l'ensemble des aspects psychologiques et sociaux rattachés à l'identité sexuelle (le sexe d'une personne) : genre masculin (mâle ou homme) et genre féminin (femelle ou femme). »<sup>1</sup>. De plus, Josseline Jacques, directrice des soins, ajoute « le genre définit les inégalités sociales homme/femme comme différence naturelle. Les relations sont différentes entre les hommes et les femmes selon les sociétés. L'homme est associé traditionnellement au dehors, la femme en dedans (dans l'espace domestique). »<sup>2</sup>.

On peut alors dire que le genre définit et différencie l'homme de la femme tant sur le plan physique que social.

Dans la société, les femmes et les hommes sont vus différemment. On parle alors de représentations sociales. Denise Jodelet, sociologue, définit les représentations sociales comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. »<sup>3</sup>.

Mon mémoire étant basé sur les femmes âgées, il est donc nécessaire de poser une définition sur ce terme. Selon l'INSEE, la personne âgée, est dite âgée, à partir de 60 ans<sup>4</sup>. Alors que selon L'OMS, la personne âgée commence à partir de plus de 65 ans<sup>5</sup>. Je peux alors en conclure que la personne âgée n'a pas réellement de définition mais juste un âge de base qui commence à partir de 60 ans.

---

<sup>1</sup> <http://lesdefinitions.fr/genre> (page consultée le 28 décembre 2015, mise à jour le 10 août 2011)

<sup>2</sup> La revue de l'infirmière, *Dossier : profession infirmière, la place des hommes*, octobre 2013, n°194

<sup>3</sup> [http://www.psychologiesociale.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=104&Itemid=28](http://www.psychologiesociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=28) (page consultée le 29 décembre 2015)

<sup>4</sup> <http://www.insee.fr> (page consultée le 29 avril 2016)

<sup>5</sup> <http://www.who.int/fr/> (page consultée le 29 avril 2016)

En complément de ces définitions, je pars sur la définition de la vieillesse qui est en parallèle avec la personne âgée. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la définition de la vieillesse est « *période de la vie succédant à l'âge mûr que l'on situe actuellement chez l'homme à partir de l'âge de soixante-cinq, soixante dix ans* »<sup>6</sup>.

Malgré les définitions de la personne âgée ainsi que du vieillissement, il est difficile de donner un âge de base à la personne âgée. Cependant, on peut en conclure que l'âge de base de la personne âgée est de soixante ans.

### **2.1.2. Représentations sociales de la Femme**

Alors que certaines personnes tentent de défendre le droit des femmes, comme Mary Wollstonecraft, écrivain britannique et auteur du livre *Défense des droits des femmes* (1792), les représentations de la femme ont du mal à changer. En effet, même si les mentalités changent, selon les stéréotypes, les femmes sont associées au-dedans. La femme est représentée comme une mère dévouée pour ses enfants, s'occupant ainsi de leur éducation, de leur scolarité et du ménage alors que les hommes sont censés ramener l'argent au domicile pour nourrir leur famille. Cependant, le droit des femmes gagne du terrain mais reste encore fragile, donnons quelques exemples, ce n'est qu'en 1944 que les femmes ont eu le droit de vote, sur les 74 personnalités présentes au Panthéon, seulement 4 sont des femmes, les femmes gagnent moins que les hommes (le salaire des femmes est inférieur de 27%). Mais dans certains secteurs, la féminisation est de rigueur.

La féminisation est le fait d'augmenter le nombre de femme dans une profession. C'est pourquoi, pour éviter cette féminisation, certaines entreprises préfèrent valoriser leurs emplois en valorisant la qualité masculine lors des entretiens d'embauches fermant ainsi l'accès aux femmes. En parallèle, le domaine médical tel que les infirmières ou les puéricultrices ou même les aides-soignants était ouvert principalement aux femmes évitant ainsi une masculinisation du métier. Ce même domaine, au fil des années, se masculinise petit à petit.

---

<sup>6</sup> <http://cnrtl.fr> (page consultée le 29 avril 2016)

### **2.1.3. Infirmier / infirmière**

Après avoir parlé du genre et essayé de cerner certains stéréotypes attachés aux femmes, il est temps de se centrer sur l'infirmier.

#### **2.1.3.1. Evolution de l'infirmier**

En réalité, l'homme a toujours été présent dans cette branche professionnelle.

En effet, dans l'antiquité, Jules César crée les premiers hôpitaux où les médecins sont secondés par des soignants.

Au moyen-âge, alors que le christianisme est bien présent, le personnel soignant est composé d'hommes et de femmes appelés aussi « frères » ou « sœurs ».

Au XIXème siècle, les infirmiers et les infirmières étaient en nombre égal. Cependant c'est à la fin de ce siècle que le métier se féminise et exclut les hommes de la profession.

Il faudra attendre 1957 pour que la mixité du métier soit décrétée et que l'homme réintègre la formation. Ce n'est qu'à partir des années 70 que les premiers infirmiers arrivent dans la profession.

#### **2.1.3.2. L'infirmier en quelques chiffres**

Il faut savoir que, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de juin 2014<sup>7</sup>, il y a environ 15.06 %, soit 80 748, infirmiers en France (DOM-TOM inclus) contre 536 048 infirmières diplômées d'état sur un total de 616 796 infirmier(e)s.

Concernant notre région de Basse-Normandie, sur 15 212 professionnels de santé, il y a 1 995 infirmiers diplômés d'état.

Cette étude montre bien que le nombre d'infirmiers présents en France (DOM-TOM inclus) est encore fragile et que la profession a du mal à se masculiniser.

---

<sup>7</sup> <http://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/la-profession-en-chiffre.html> (page consultée le 26 décembre 2015)

On peut donc en conclure que la femme est représentée comme une personne qui est restreinte au-dedans. Elle s'occupe majoritairement des enfants et des tâches domestiques. Cette même femme est, cependant, peu reconnue dans la société comme par son salaire ayant un écart considérable à celui de la gent masculine. En revanche, le métier d'infirmière peine à se masculiniser. En effet, moins de 20% d'infirmières sont des hommes.

Le métier d'infirmier étant majoritairement féminin, le fait de trouver des hommes dans cette profession peut provoquer certaines malaises quant à la gente féminine et plus particulièrement lorsque le soin touche à son intimité.

## 2.2. La pudeur

La pudeur est une notion clef pour ce travail de recherche. En effet, si j'ai reçu des refus de soins, c'est parce que la patiente était pudique. Pour bien comprendre cette problématique, je cherche à connaître ce qu'est la pudeur ainsi que son origine.

### 2.2.1. Définition

Selon le contexte, la pudeur peut avoir différentes définitions. En effet, le concept de pudeur se définit comme « *un ressenti vis-à-vis de notre corps ou de celui d'autrui. C'est une acquisition fragile, dépend du vécu de chacun et des émotions propre à la personne* »<sup>8</sup>.

Concernant mes situations, j'ai décidé de reprendre la définition de Jean-Claude Bologne, essayiste et romancier, qui la définit comme « *Sentiment de honte, de gêne qu'une personne éprouve à faire, à envisager ou à être témoin des choses de nature sexuelle ; disposition permanente à éprouver un tel sentiment* »<sup>9</sup>. Dans cette définition, je peux en déduire que la pudeur sert à cacher les parties intimes du corps, ce qui se lie avec la nudité. En effet, selon le Larousse, la nudité est un « *état d'une partie du corps non couverte d'un vêtement* »<sup>10</sup>.

De plus, Jocalyn Lawler ajoute « *compte tenu de la nature de la sexualité et du comportement sexuel dans notre culture, il n'est pas étonnant que les zones du corps qui posent le plus de problèmes à l'infirmière (et probablement aussi au patient) sont celles*

---

<sup>8</sup> Concepts, unité d'enseignement 4.1 : soins de confort et de bien être

<sup>9</sup> J-C. BOLOGNE (2011), *Histoire de la pudeur*, collection pluriel, page 13

<sup>10</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nudite%C3%A9/55217> (page consultée le 30 novembre 2015)

associées à la sexualité et à la génitalité. »<sup>11</sup>. Ceci confirme bien que la pudeur est basée sur la sexualité et donc sur la nudité du patient. Je peux donc en conclure que pudeur et nudité sont deux notions complémentaires.

Cette même nudité fait référence à un autre concept qui est celui de l'intimité qui se définit comme étant de l'ordre du privé, incluant la préservation et le respect physique et morale d'une ou plusieurs personnes. Cette intimité est propre à chaque personne<sup>12</sup>.

## 2.2.2. Historique

Pour bien comprendre l'évolution et la permanence de la pudeur chez la femme en Occident, il faut faire un tour vers le VII<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ.

La pudeur, ou le concept de pudeur, débute dans l'antiquité grecque. En effet, cette période montre des efforts plus soutenus chez les hommes pour entretenir leur corps et en faire des corps d'athlète. C'est aussi au cours du VII<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ que la nudité devient une norme sociale et que l'on impose aux athlètes de concourir totalement nus. C'est à ce moment, que les femmes sont bannies des lieux de concours où s'affrontent les hommes. C'est aussi ici, d'après le livre de Bruno Py, professeur à la faculté de droit de Nancy, que « *le corps masculin est choyé, estimé et exposé, tandis que la nudité féminine se révèle honteuse et scandaleuse* »<sup>13</sup>. C'est ici que la nudité de la femme est repoussée alors que celle de l'homme est honorée. De plus, Jean-Claude Bologne reprend cette idée en citant Platon « *[La pudeur féminine] est omniprésente en Grèce antique- imagine t-on l'Apollon du Belvédère se voilant de la main comme la vénus Médicis ? A l'inverse, Platon imagine mal des femmes nues dans les stades : elles seraient ridicules, estime-il, mais en philosophe, il ne croit pas devoir le leur interdire ....* »<sup>14</sup> (Annexe 1).

Dans l'Antiquité romaine, la pudeur est une vertu féminine qui est symbolisée par la déesse Pudicitia qui est la protectrice de la chasteté des matrones. Cependant, elle ne peut être honorée que par des femmes n'ayant eu qu'un seul mari.

Durant la Renaissance, le corps de la femme devient quelque chose que l'on doit cacher encore plus. En effet « *Voir une femme nue, selon Montaigne, refroidit l'ardeur sexuelle plutôt que d'inciter le mâle à la tentation. Dans le Royaume de Pegu, explique-t-il,*

---

<sup>11</sup> J. LAWLER (2002), *La face cachée des soins : soins au corps, intimité et pratique soignante*, ED. Seli Arslan, page 94

<sup>12</sup> Concepts, unité d'enseignement 4.1 : soins de confort et de bien être

<sup>13</sup> B. PY (2011), *La pudeur et le soin*, Collection santé, qualité de vie et handicap, page 10

<sup>14</sup> J-C BOLOGNE (2011), page 16

*les hommes se sont détournés des femmes pour prendre leur plaisir entre eux ; celles-ci, pour tenter leurs anciens compagnons, ont adopté des robes échancrées qui ne dissimulaient plus rien – et n'ont fait que dégoûter davantage les hommes de leur corps. »<sup>15</sup>. Celui-ci cherche à nous montrer que la femme est plus attirante habillée que nue, ce qui augmente la pudeur de la femme même si, à la Renaissance, cela reste un idéal plus qu'une pratique.*

Au XVI<sup>ème</sup> siècle, alors que les femmes sont autorisées, tout comme les hommes, à prendre des bains sur les rives de la Seine, un certain Pierre de Lancre, magistrat français, dénonce au roi Charles IX « *Le scandale dans l'aventure ainsi rapportée ne réside plus dans les actes condamnables que rend possibles la promiscuité des corps, mais dans la simple apparition de la nudité qui « attache par les yeux » les témoins involontaires. « elle se baigne et refroidit, et ils bruslent » »<sup>16</sup>. C'est à partir de cela, que les femmes du XVII<sup>ème</sup> siècle ne pourront plus se baigner nues sur les rives de la Seine contrairement aux hommes qui pourront continuer à leurs occupations et c'est à ce siècle que commenceront à apparaître les caleçons, que l'on appellera aujourd'hui les maillots de bain, pour les femmes leur permettant ainsi de se baigner mais vêtues.*

Ainsi pour revenir au sujet, le fait que l'homme soit admiré et habitué à être vu depuis l'antiquité, montre bien que celui-ci n'a pas de problème avec la nudité. Cependant, mettre les femmes à l'écart, les obligeant à se cacher et de ne se montrer que pour leur époux, montre bien que la nudité est problématique. De plus, le christianisme n'a fait que renforcer cette obligation de chasteté pour les femmes et de réserve, surtout lorsqu'elles sont en présence d'autres hommes que leur époux.

### **2.2.3. Représentation de la pudeur dans la société**

Pour approfondir la définition, on peut dire que la pudeur consiste à ne montrer au soignant que ce qu'il est convenable de montrer. Dans notre société, l'être humain se cache derrière des vêtements. Ceux-ci empêchent ainsi tout ce que nous ne sommes pas habitués à voir d'être vu. Se cacher par des vêtements, augmente la pudeur.

Michèle Ferrand, sociologue, directrice de recherche au laboratoire et spécialiste des inégalités entre les sexes, dans la famille, au travail et à l'école, explique que « *La mère exhibe volontiers le garçon et exige la pudeur chez la fille, et ce qui est jugé caprice chez la*

---

<sup>15</sup> J-C BOLOGNE (2011), page 17

<sup>16</sup> J-C BOLOGNE (2011), page 44



*petite fille est plus facilement perçue comme volonté chez le garçonnet, influant ainsi sur leur manière de construire leur identité sexuelle et leur manière de se comporter en société. »<sup>17</sup>. Ce qui montre encore plus que dès son plus jeune âge, la femme doit être pudique envers n'importe qui l'obligeant ainsi à se cacher pour lui permettre de se construire une personnalité adaptée à la société.*

#### **2.2.4. La pudeur dans le soin**

Pour comprendre pourquoi les femmes âgées sont encore plus pudiques que les jeunes femmes d'aujourd'hui, il faut reprendre ce qu'énonce Bruno Py, « *J'ai parlé de patientes car si ces textes évoquent les corps des consultants et malades âgés [...] il est toujours question de femmes. Sans doute les femmes très âgées, longévité différentielle oblige, sont-elles plus nombreuses que les hommes dans les services hospitaliers et institutions gériatriques mais il est surtout certain qu'elles ont été bien plus que leurs congénères masculins encouragées à ce que nous appellerions volontiers une certaine pudibonderie. Une éducation stricte les encourageait à couvrir soigneusement « leurs poumons » car on évitait de parler de poitrine ou de seins, interdisait de montrer ses genoux et recommandait de ne pas « sortir en cheveux » si on n'était pas « une femme de mauvaise vie ».* »<sup>18</sup>. Ce que Bruno Py tente de faire comprendre, c'est que dans le passé les femmes devaient avoir une tenue décente sans que celle-ci soit trop vulgaire ou « tape à l'œil ». En reprenant ceci, je cherche à différencier femme âgée et femme de nos jours tout en comparant leur intimité puisque les femmes âgées ont souvent reçu une éducation plus stricte que les femmes actuelles, ce qui explique leur pudibonderie. De plus, l'éducation de nos jours ainsi que les mentalités ont changé permettant ainsi aux femmes d'avoir une éducation moins stricte mais tout aussi pudique.

Lors des visites médicales, entre médecin et patientes, les femmes chinoises utilisaient des statuettes dites de diagnostic leur permettant « *Plutôt que de nommer ou de désigner l'endroit dont elles souffraient, elles préféraient le montrer sur une de ces figurines dodues qui avaient soin d'exposer toutes les parties du corps.* »<sup>19</sup>.

Le fait que la femme se cache constamment et utilise des objets pour parler de son corps montre bien la présence d'une barrière entre soignant/soignée. Cette barrière sera

---

<sup>17</sup> M. FERRAND (2004), *Féminin/masculin*, Collection Repères page 48

<sup>18</sup> B. PY (2011), page 92

<sup>19</sup> J-C BOLOGNE (2011), page 104

retirée petit à petit dû au changement des mentalités et à l'augmentation des effectifs masculins dans le domaine médical.

De plus, Jocalyn Lawler, docteur en philosophie et spécialiste des soins infirmiers, décrit une nouvelle règle forte intéressante « *Elle [la règle de pudeur] signifie d'une part que le patient est censé être ni trop pudique, ni trop gêné, ni trop libre pour dévoiler son corps, et d'autre part que l'infirmière respecte l'intimité du patient.* »<sup>20</sup>. Autrement dit, chacun de son côté doit pouvoir donner de sa volonté pour que le soin se passe le mieux possible.

On parle beaucoup de la pudeur de la patiente envers l'infirmier mais l'infirmier peut lui aussi être gêné lors d'un soin. En effet « [...] *les infirmiers évoquent aussi parfois leurs propres difficultés à soigner des femmes jeunes, lorsque l'intimité corporelle est en jeu.* »<sup>21</sup>.

Pour conclure, la pudeur évolue selon les années et selon les mentalités. Cependant, elle n'a pas évolué de la même manière entre les hommes et les femmes. Alors que les femmes doivent se cacher dans les lieux publics, le corps athlétique de l'homme est montré, choyé et admiré. Comme l'homme est presque, voire complètement, nu dans les lieux publics, la femme est cachée l'obligeant à rester au domicile. Cette pudeur restera dans les mœurs pendant des années, elle est encore présente aujourd'hui mais elle s'estompe peu à peu.

Le soin au corps est un moment qui peut être vécu difficilement pour le soigné puisqu'il doit pouvoir mettre sa pudeur de côté pour que le soignant puisse l'aider. Cette méthode va mettre en place une relation qui permettra au soignant de prendre en charge le malade.

---

<sup>20</sup> J. LAWLER (2002), page 161

<sup>21</sup> La revue de l'infirmière, *Dossier : profession infirmière, la place des hommes*, octobre 2013, n°194

## 2.3. La relation soignant-soignée

Pour un professionnel de santé, la base du métier est tout de même la relation que le soignant établit avec le soigné. Pour une prise en charge optimale, la relation soignant-soigné doit être présente et constante.

### 2.3.1. Définition

La relation se définit comme « *une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit. Ce sont des modalités pratiques, concrètes par lesquelles deux ou plusieurs personnes communiquent ou se fréquentent.* »<sup>22</sup>.

Marguerite Potier, infirmière enseignante, titulaire d'un doctorat en sciences de l'éducation et auteur du Dictionnaire Encyclopédique Des Soins, définit la relation soignant-soigné comme « *un lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments ; une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ; un minimum de disponibilité.* »<sup>23</sup>.

Pour être plus complet, on peut aussi citer Alexandre Manoukian, psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier, titulaire d'un DESS (diplôme d'études supérieures spécialisées) de psychologie clinique, qui affirme que « *la véritable relation se construit à travers des échanges personnalisés.* »<sup>24</sup>.

Autrement dit, la relation soignant-soigné est quelque chose que va établir un soignant avec un patient tout en le personnalisant. Cette relation ne sera pas la même d'un patient à l'autre.

---

<sup>22</sup> Dictionnaire Le Robert

<sup>23</sup> M. POTIER (2002), *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, Ed. Lamarre « les fondamentaux » page 281

<sup>24</sup> A. MANOUKIAN (2008), *Relation soignant-soigné*, 3<sup>ème</sup> édition Lamarre, page 105

## 2.3.2. Les limites de la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné est nécessaire pour la prise en charge du patient hospitalisé. Cependant, comme beaucoup, cette relation possède certaines limites telles que le refus de soin, la gêne et le toucher.

### 2.3.2.1. La mise en relation

La relation soignant-soigné est une relation qui s'installe petit à petit. Cette relation s'installe dès le commencement de la prise en charge du patient et ce jusqu'à la sortie de celui-ci. D'ailleurs c'est ce qu'énonce Josseline Jacques « *« L'approche est quand même plus facile pour un homme ... je vois qu'il y a tout de suite une intimité, une proximité, comme se serrer la main ... » [...] Femmes et hommes aborderaient donc différemment les patients. La relation spontanée des hommes serait plus franche, mais la relation professionnalisée, en termes de relation d'aide, relèveraient d'une approche plus féminine.* »<sup>25</sup>. Autrement dit, les hommes rentrent plus rapidement dans une relation soignant-soigné avec les patient(e)s que les femmes. Cependant, la relation à long terme dans les soins serait une démarche plus féminine.

### 2.3.2.2. Le refus de soin

Le professionnel de santé peut, malgré une relation soignant-soigné stable, essayer des refus de soins.

Je ne peux pas commencer cette partie sans définir certains concepts. Pour parler de refus de soins, on peut commencer par définir ce qu'est le consentement. Selon le Larousse, le consentement est une « *action de donner son accord à une action, à un projet.* »<sup>26</sup>. On gardera le principe « *de donner son accord* ». Il faut savoir que le consentement est un droit pour le patient. Celui-ci est noté dans la charte de la personne hospitalisée « *le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical* »<sup>27</sup>. Bien entendu, le consentement du patient n'est pas forcément en accord avec les soins qui sont proposés à celui-ci. En effet, le patient, peut refuser un soin.

---

<sup>25</sup> La revue de l'infirmière, *Dossier : profession infirmière, la place des hommes*, octobre 2013, n°194

<sup>26</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359?q=consentement#18255> (page consultée le 20 avril 2016)

<sup>27</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (page consultée le 20 avril 2016)

Le refus, quand à lui, est, selon le Larousse « *action de refuser ce qui est offert, proposé, demandé, fourni* »<sup>28</sup>. Ce même refus est un droit du patient hospitalisé, comme le dénonce la charte « *Autre conséquence du principe du consentement : toute personne hospitalisée, apte à exprimer sa volonté, peut aussi refuser tout acte diagnostic ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment* »<sup>29</sup>. Autrement dit, même si le patient est hospitalisé, il reste acteur de son hospitalisation.

On pense que le refus de soin est quelque chose d'assez rare pour un soignant. Mais combien de soignants se sont vus repartir avec leur set de bilan sanguin car le patient avait peur des aiguilles ou combien d'infirmiers se sont vus repartir avec leur set de sonde urinaire car la patiente ne voulait pas que ce soit un homme qui lui pose sa sonde ? On peut penser que le refus de soin est rare, mais il est présent et chaque acteur du soin doit pouvoir faire des concessions. Le patient doit pouvoir prendre sur lui alors que l'infirmier doit pouvoir donner le soin à une de ces collègues quand le problème vient du genre.

Cependant, comme énoncé plus haut, l'infirmière est restée la pionnière du métier, l'infirmier devra attendre bien plus tard pour revenir dans ce cursus professionnel. C'est pourquoi, l'infirmière reçoit moins de refus de soins lorsque celle-ci touche à l'intimité du patient que si c'était un infirmier qui touchait à l'intimité d'une patiente.

### 2.3.2.3. La gêne

Le Larousse définit la gêne comme un « *état ou sensation de malaise physique, de peine, de trouble, de difficulté éprouvés dans certaines actions ou fonctions.* »<sup>30</sup>.

Edelmann définit la gêne par une « *« expérience courante et souvent poignante » consistant en « un état psychologique très désagréable, qui peut avoir un effet profondément perturbateur sur l'interaction sociale.* » »<sup>31</sup>.

La gêne est donc un ressenti que quiconque peut avoir. Elle peut être perçue par le soignant comme le soigné. Pour que le soin se déroule dans de meilleures conditions, il est préférable, pour le soignant, de pouvoir laisser la main à un autre soignant pour ainsi éviter que la gêne ne s'installe et provoque un malaise.

---

<sup>28</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/refus/67564?q=refus+#66806> (page consultée le 20 avril 2016)

<sup>29</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (page consultée le 20 avril 2016)

<sup>30</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/g%c3%aane/36502?q=g%c3%aane#36453> (page consultée le 8 mai 2016)

<sup>31</sup> J. LAWLER (2002), page 149

#### 2.3.2.4. Le toucher

Le toucher fait partie des 5 sens (ouïe, vue, odorat, goût). Il est, cependant, le plus utilisé.

D'après la définition du Larousse, le toucher s'est « *mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur ...* »<sup>32</sup>.

Pour différencier le toucher de l'homme et de la femme, l'écrivain, William Ernest Henley, décrit le toucher comme « *[...] une forme d'intimité qui est interprétée différemment par les hommes et les femmes ; si les femmes s'interprètent pas comme sexuel d'être touchées par un homme, l'homme, en revanche, interprète comme sexuel d'être touché par une femme.* »<sup>33</sup>.

#### 2.3.2.5. Le ressenti du soignant

Un refus de soin peut être présent n'importe quand et avec n'importe qui. Cependant, comme le reprend et l'explique Alexandre Manoukian, « *[...] les soignants se sentent dérouterés et leur fonction est remise en question.* »<sup>34</sup>.

Un refus de soin peut être mal vécu par le soignant à tel point que celui-ci peut remettre en question son travail et sa volonté de continuer.

Cependant, le refus de soin peut aussi être bien perçu par les soignants. Lorsque cela est possible, lors des soins d'hygiène et de confort par exemple ou alors lors de la pose d'une sonde urinaire, l'infirmier qui reçoit un refus de soin car celui-ci effectue un soin sur une patiente peut très bien donner la main à une de ses collègues si cela est possible. Comme le dit Josseline Jacques « *Tous considèrent que cette demande est acceptable et à respecter dans la mesure du possible.* »<sup>35</sup>.

Pour conclure, la relation soignant-soignée est une relation que met en place le soignant avec le soignée pour faire les soins. Cette même relation peut avoir quelques obstacles comme définit précédemment. Le refus de soin dû au genre est la crainte des

---

<sup>32</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toucher/78627> (page consultée le 7 mai 2016)

<sup>33</sup> J. LAWLER (2002), page 122

<sup>34</sup> A. MANOUKIAN (2008), page 10

<sup>35</sup> La revue de l'infirmière, *Dossier : profession infirmière, la place des hommes*, octobre 2013, n°194

soignants même s'ils sont conscients que c'est un droit du malade. Cependant, les refus de soins sont devenus rares car le métier se masculinise.

Maintenant, pour terminer ce travail de fin d'études, j'ai corrélé mes recherches théoriques avec ce qui est vraiment fait en service. Cette enquête est la troisième partie de ce mémoire

### **3) Analyse de l'enquête**

Dans cette troisième et dernière partie, je vais faire ressortir la méthode de mes entretiens, ainsi que l'analyse de ceux-ci sans oublier les entretiens retranscrits.

#### **3.1. Méthodologie**

Dans cette partie, je vais vous énoncer le travail fait en amont des entretiens.

##### **3.1.1. L'outil d'analyse**

Une fois mon cadre conceptuel terminé, j'ai choisi de compléter celui-ci en allant rencontrer des professionnels de santé sur le terrain. Cette rencontre me permettra d'enrichir mon cadre conceptuel de leurs expériences en fonction de ma problématique.

Pour ce faire, j'ai effectué un guide d'entretien pour me permettre de mettre en relation mes apports théoriques avec la réalité du terrain.

##### **3.1.2. La population cible**

Le choix de la population cible à aller interroger a été assez simple puisque mon mémoire se base sur le refus de soin d'une patiente envers un soignant. Il m'a paru alors approprié et judicieux de mener mon enquête de terrain auprès de professionnels de santé exclusivement masculines.

Une fois ma population cible établie, il m'a fallu choisir dans quel domaine d'activité aller interroger ces professionnels. Pour être en accord avec mon thème et pour que ces professionnels de santé soient en contact permanent avec une population vieillissante, j'ai décidé d'aller dans un service de court séjour ou en EHPAD. Cependant, comme le métier n'est pas complètement masculinisé, il m'a été difficile de trouver des hommes.

Après réflexion et en rapport aux infirmiers présents dans les services alentours, j'ai décidé d'aller interroger trois infirmiers provenant de service de court séjour et un aide-soignant provenant lui aussi d'un service de court séjour.

Le fait d'aller interroger trois infirmiers m'a permis d'avoir leurs point de vue quant à cette situation lorsque ceux-ci ne sont confrontés dans ce type de situation que rarement (pose de sonde urinaire, électrocardiogramme ...). J'ai choisi aussi d'aller interroger un aide-soignant car il est constamment confronté à cette pudeur (toilette, pose de bassin ...).



Le fait d'aller interroger deux professions différentes, peut me permettre d'avoir deux avis complètement différents.

### 3.1.3. Présentation de l'outil d'enquête

Pour effectuer mes entretiens, j'ai décidé de faire un guide d'entretien semi-directif. Cette manière laisse le professionnel de santé libre de sa réponse.

Le guide d'entretien me permet de poser les questions au professionnel mais aussi de diriger vers les sujets ou les thèmes que je veux aborder avec celui-ci.

Pour créer cet outil, je suis reparti de mon cadre conceptuel et j'ai cherché à savoir sur quels thèmes j'aimerais plus d'approfondissement. C'est alors que quatre thèmes sont ressortis majoritaires : la pudeur, le refus de soin, la relation soignant-soignée et le ressenti du soignant.

Le guide d'entretien est identique entre chaque professionnel de santé qu'il soit infirmier ou aide-soignant. Cette manière de faire me permettra de corréler toutes les réponses entre chaque professionnel et ainsi avoir l'avis de tout le monde sur n'importe quelle question.

Le guide d'entretien comprend cinq questions :

Pouvez-vous me donner une définition de la pudeur ? : Ici, je reprends le concept de pudeur qui a été défini dans mon cadre conceptuel. J'ai intégré cette question car il me paraissait important de savoir ce qu'était la pudeur du point de vue soignant.

Une patiente vous a-t-elle déjà refusé un soin touchant à son intimité par pudeur ? : Cette seconde question va me permettre de savoir si le refus de soin est quelque chose de récurrent et de savoir si le fait d'être un homme est un frein dans la prise en charge des patientes.

Qu'avez-vous mis en place pour que le soin soit réalisé ? : Il me semblait important de rebondir sur la question précédente en demandant au soignant ce qu'il avait mis en place. Cette question va me permettre de connaître ce que l'infirmier met en place pour effectuer son soin.

La relation soignant-soignée a-t-elle eu un impact sur la suite de la prise en charge ? : Cette question me permet de parler de la relation soignant-soignée dans un contexte de refus de soin. Elle va me permettre de savoir si la relation est altérée ou non.

Qu'avez-vous ressenti lorsque l'on vous a refusé le soin parce que vous étiez un homme ? : Dans cette dernière question, je pose la question du genre en fonction du soin intime. Celle-ci va me permettre de savoir le ressenti du soignant face à un refus de soin.

### **3.1.4. Critique de l'outil**

Ce guide d'entretien m'a permis de mieux comprendre ma problématique et de savoir l'appréhender. Il m'a permis d'avoir des informations complémentaires sur certains thèmes de mon axe théorique tel que le refus de soin et la relation soignant-soignée. Durant mes entretiens, après avoir reçu l'accord de mes interlocuteurs, j'ai enregistré notre conversation ce qui m'a permis de profiter des échanges verbaux et ainsi éviter d'avoir mes yeux sur une feuille.

### **3.1.5. Méthode d'analyse**

Tout d'abord, j'ai réécouté tous mes entretiens une première fois. Ensuite j'ai repris chaque entretien et dans un tableau à deux colonnes, j'ai écrits la question avec la réponse de mon interlocuteur et ce pour chaque entretien. Enfin, j'ai repris le tableau récapitulatif de chaque entretien, en ai ressorti 3 grands thèmes et ai faits un tableau final et récapitulatif de tous mes entretiens. Ce tableau va me servir pour faire une analyse et une synthèse complète de mes entretiens.

## **3.2. Analyse**

Maintenant que j'ai terminé de vous parler de la méthodologie de mon enquête de terrain, je vais en faire l'analyse.

### **3.2.1. La pudeur**

#### **3.2.1.1. Définition**

Je ne pouvais pas commencer mes entretiens sans demander aux professionnels de santé une définition de la pudeur.

Lors de mes entretiens toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que la pudeur est liée à l'intimité. En effet, « *C'est la réserve par rapport à son intimité et par rapport aux personnes qui peuvent être présents* » (Entretien 1), « *C'est le respect de soi même et de son intimité* » (Entretien 2), « *C'est quelqu'un qui ne veut pas dévoiler son intimité ou une partie de son corps* » (Entretien 3), « *C'est ce que l'on met en place pour protéger son intimité, tout ce qui nous est personnel* » (Entretien 4).

Je peux alors en conclure que pudeur et intimité sont intimement liées. Ce lien a d'ailleurs été décrit en seconde partie de ce travail.

Alors que certains soignants parlent de pudeur et de professionnels de santé, d'autres parlent de pudeur et de l'image de soi. Un infirmier m'a alors donné une définition de la pudeur telle que « *C'est le respect de l'image de soi. C'est la timidité de son corps que l'on n'a pas envie de montrée aux autres.* » (Entretien 2). Un second infirmier a ajouté « *C'est selon la personne. Ce qu'elle ne veut pas montrer. Il y a des gens que ça ne dérange pas du tout. On peut parler de pudeur corporelle. C'est quelqu'un qui ne veut pas dévoiler son intimité ou une partie de son corps, ce n'est pas forcément les zones intimes. La pudeur, c'est ce que quelqu'un ne veut pas montrer à autrui.* » (Entretien 3). Ces deux infirmiers s'accordent à dire que la pudeur est présente envers autrui et le font savoir. Je peux alors dire que la pudeur est quelque chose lié avec l'intimité de la patiente et de son image corporelle.

Pour conclure sur cette définition, la pudeur est, selon les soignants, quelque chose que chaque personne a. Cette même pudeur est liée à l'intimité, à l'image de soi et de ce que l'on veut montrer. Cependant, certaines personnes disent aussi que la pudeur n'est pas forcément liée à la nudité comme décrit dans l'axe théorique, puisque pour certains soignants, la pudeur est présente sur l'image corporelle donc pas forcément sur les parties intimes de la patiente.

### **3.2.1.2. Pudeur et âge de la patiente**

Lors de mes entretiens, trois professionnels de santé m'ont parlé d'une autre problématique, celle de l'âge de la patiente. En effet, pour certains d'entre eux l'âge de la patiente peut avoir un impact sur le soin. Le premier professionnel de santé, qui est jeune, dit « *[Pour les femmes jeunes] Je dirais que c'est peut-être plus moi qui refuserais de faire le soin. Je serais plus gêné.* » (Entretien 1). Un second professionnel de santé ressent cette même problématique « *Quand c'est des patientes plus jeunes, c'est limite plus difficile pour nous de faire le soin.* » (Entretien 2).

Le troisième professionnel de santé, qui est plus âgé, évoque une réserve semblable « *Pour les femmes jeunes, c'est moi qui ne vais pas faire sa toilette par pudeur pour la patiente.* » (Entretien 4).

Pour conclure sur cette partie, on peut dire que l'âge du soignant et l'âge de la patiente joue un rôle sur la prise en charge. En effet, lorsque le soignant est jeune et que la patiente est jeune, celui-ci ne va pas faire le soin lorsqu'il touche à son intimité car il va se sentir

gêné. Ce ressenti a été décrit en amont lors de mon axe théorique, et il était même préconisé de laisser la main à sa collègue, chose que chaque soignant font.

En revanche, lorsque le soignant est plus âgé et que la patiente est jeune, le soignant ne va pas faire le soin non plus non pas par gêne mais par « respect » envers la patiente.

Ici s'ouvre une nouvelle problématique qui est l'âge du soignant et de la patiente.

### **3.2.1.3. La pudeur et l'urgence**

Lors d'une urgence, la patiente doit pouvoir mettre sa pudeur de côté. Deux professionnels de santé l'on évoqué. Le premier professionnel de santé en parle en cas de douleur « *Si les patientes ont mal, il n'y a pas cette barrière de pudeur.* » (Entretien 3). Le second professionnel de santé en parle lors d'un acte précis « *Pour la pose d'un bassin, on n'a pas de refus de soins. La patiente est sur le fait accompli et généralement c'est urgent.* » (Entretien 4).

On peut alors en conclure que le refus de soin dépend de l'acte. En effet, si ce n'est pas un acte urgent, la patiente va plus facilement refuser le soin. Cependant, si c'est un acte touchant à l'intimité de la patiente mais que celui-ci est urgent, la patiente ne va pas forcément penser à dire non au soignant. En effet, la douleur ou une envie pressante est à traiter en urgence, donc plus le problème est réglé vite, mieux la patiente va se sentir.

## **3.2.2. Le refus de soin**

Par pudeur, la patiente peut refuser un soin et elle est dans ses droits. C'est pour cela que ma seconde question s'est basée sur le thème du refus de soin.

### **3.2.2.1. Refuser un soin par pudeur**

J'ai tout d'abord demandé aux professionnels santé s'ils avaient déjà reçu un refus de soins lorsque le soin touche à l'intimité de la patiente. Sur tous mes entretiens, tous les professionnels de santé ont eu une fois un refus de soins tel que le précise certains « *Oui ça m'est arrivé sur une toilette.* » (Entretien 1), « *2 refus de soins seulement. [...] Ca reste marginal.* » (Entretien 4).

Les autres professionnels de santé rajoutent « *Bizarrement, c'est rare. Les patientes ne sont pas forcément plus réticentes à ce que ce soit un homme qui fasse le soin.* » (Entretien 2), « *C'est un problème rare.* » (Entretien 3).

Un professionnel de santé tente de nous expliquer pourquoi. « *Les patientes comprennent car elles savent qu'il faut faire le soin pour être soigné. Elles coupent leur limite de la pudeur.* » (Entretien 3). Autrement dit, la compréhension de la patiente à faire le soin par un homme est la clef pour éviter d'avoir un refus de soin. Ce même professionnel ajoute « *Au fur et à mesure que les patientes sont hospitalisées, il y a moins de refus de soins par pudeur.* » (Entretien 3). Celui-ci nous explique que plus la patiente s'est fait hospitalisé dans sa vie, plus la pudeur s'estompe.

Enfin, un professionnel de santé tente de nous faire comprendre « *Il faut savoir qu'un refus de soin s'anticipe.* » (Entretien 4).

On peut alors en conclure, que le refus de soins lorsque le soin touche à l'intimité de la femme est un fait rare même si le soignant est un homme. Ce si peu de refus de soin s'explique par la compréhension de la patiente à faire le soin mais aussi par le fait que la patiente âgée s'est fait hospitalisé plus souvent.

### **3.2.2.2. Action mise en place**

Face à un refus de soin, je me suis demandé ce que mettait en place l'infirmier pour faire le soin.

Concernant ce refus de soin, tous s'accordent à dire qu'ils appellent une collègue « *J'ai demandé, car il y avait possibilité cette fois là, à une collègue de venir faire le soin.* » (Entretien 1), « *Si un refus de soin m'arrivait aujourd'hui, je pense que je passerais le relais. Il ne faut pas chercher à forcer les choses, refuser se comprend.* » (Entretien 2), « *On fait tout pour trouver une solution et trouver quelqu'un mais ce n'est pas toujours possible.* » (Entretien 3), « *Je me suis effacé et j'ai appelé une collègue.* » (Entretien 4).

Sur mes quatre entretiens, deux ajoutent que cette action serait par la suite systématique « *Par la suite, je prendrais cette gêne en compte.* » (Entretien 2), « *Dés que l'on connaît la pudeur de la patiente, on va privilégier les collègues femmes pour faire le soin.* » (Entretien 3).

Enfin, un professionnel de santé ajoute même une autre solution pour faire le soin quand même « *Il est tout aussi possible d'aller chercher une collègue dans un autre service.* » (Entretien 3).

Pour conclure, chaque professionnel de santé trouve une solution pour pouvoir faire le soin. Certains professionnels appellent une infirmière du service pour faire le soin alors que

d'autres, appellent une infirmière d'un autre service si celle présent dans le service n'a pas le temps ou si il n'y a pas d'infirmière ce jour là.

### 3.2.2.3. Ressenti du soignant

Il m'a paru ensuite normal, de demander aux professionnels de santé ce qu'ils ressentiraient s'ils étaient confrontés à un refus de soin. Sur mes 4 entretiens, un seul infirmier a exprimé son ressenti « *Je comprendrais. On n'est pas obligé d'accepter.* » (Entretien 2).

Un second soignant a parlé de tout autre chose en signalant le ressenti de la soignée « *Il y a peut être des patientes qui ne disent rien mais qui sont mal à l'aise sans le faire savoir.* » (Entretien 4).

On peut alors dire que généralement, le refus de soin est bien perçu par les soignants. En effet, faire un soin n'est pas obligatoire puisque la patiente doit pouvoir donner son consentement et donner son accord pour faire celui-ci. Si la patiente ne veut pas que ce soit un homme qui fasse le soin, elle est donc dans son droit. C'est pourquoi la compréhension du soignant est plus grande.

### 3.2.2.4. Refus de soin et âge soignant-soignée

Lors de mes entretiens, deux professionnels de santé ont parlé de l'âge du soignant comme de la soignée.

Le premier soignant nous parle de l'âge de la patiente, « *Il n'y a pas plus de refus de soins entre patientes âgées ou jeunes. Mais chez les patientes jeunes, on préserve plus la pudeur. Mais elles comprennent plus facilement si ce n'est pas possible que se soit une femme qui vienne faire le soin. [...] Quand c'est un soin sur une patiente jeune, il y a plus de pudeur, donc on n'y va pas directement.* » (Entretien 3). Ici le soignant cherche à nous faire comprendre que même si l'âge est un facteur à prendre en compte, celui-ci n'est pas un frein dans la prise en charge des patientes. En effet, les patientes jeunes seraient peut être même plus souple si c'est un homme qu'une femme âgée.

Le second professionnel de santé parle de l'âge du soignant, « *Je pense qu'il y a plus de refus de soins lorsque le soignant est jeune. Quand on est jeune, on est plus hésitant et donc on ne sait pas comment parler aux patientes pour venir faire le soin.* » (Entretien 4). Ici le professionnel de santé veut nous dire que l'expérience peut faciliter le soignant pour faire le soin.

On peut donc en conclure que l'âge est un facteur à la prise en charge des patientes. En effet, un jeune soignant peut paraître, peut être, plus hésitant dans le soin et son approche pour le faire sera alors, peut être, plus timide. L'âge de la patiente est aussi un facteur puisque une patiente jeune est plus à même de penser que dans le service il y aura un homme soignant car l'homme rentre progressivement dans la profession alors que la femme âgée reste plus sur le fait que qu'il n'y a peut être pas d'homme.

### **3.2.3. La relation soignant-soignée**

Enfin, lors de mes entretiens et en parallèle avec ma question de départ, j'ai voulu savoir si la relation soignant-soignée était modifiée face au refus de soin lorsque le soin touche à l'intimité.

#### **3.2.3.1. Mise en place de la relation soignant-soignée vis-à-vis du soin**

Sur tous mes entretiens, deux soignants s'accordent à dire que la communication est la clef du succès pour faire le soin, « *Le temps, il faut surtout bien expliquer qui l'on est, et pourquoi nous sommes là, ce que l'on va faire. Je pense qu'avec un petit peu de temps, les gens comprennent bien. [...] Si la relation soignant-soignée est bien faite, il y a moins de refus de soins.* » (Entretien 2). Le second ajoute « *Je ne vais jamais voir une femme pour y faire la toilette sans l'avoir vus avant. Je pose d'abord une relation entre la patiente et moi. [...] La relation que l'on fait avant le soin avec la patiente est primordiale. On crée un contact qui aide pour la suite.* » (Entretien 4)

Un autre soignant précise « *Prévenir la patiente que c'est notre collègue qui va faire le soin mais que si celle-ci n'y arrive pas, nous allons prendre le relais.* » (Entretien 3).

On peut alors en conclure que la communication et le temps sont les maîtres mots pour faire un soin. En effet, plus on va prendre du temps avec la patiente, plus la relation soignant-soignée va s'installer et la confiance va arriver. Expliquer le soin est nécessaire pour tout soin mais est plus important pour les soins qui touchent à l'intimité de la patiente.

#### **3.2.3.2. Impact de la relation soignant-soignée et du refus de soin**

Par la suite, j'ai cherché à savoir si le refus de soin avait un impact sur la relation qu'avait le soignant avec la patiente.

Tous les professionnels de santé sont d'accord pour dire que la relation soignant-soignée n'est pas impactée « *Non ça ne va pas changer la relation entre la patiente et moi.* »

(Entretien 1), « *Il n'y a pas eu d'impact car on le comprend.* » (Entretien 3), « *Il n'y a pas eu d'impact, la toilette c'est la toilette et le reste c'est le reste.* » (Entretien 4).

On peut alors en conclure que le refus de soin lorsque le soin touche à l'intimité de la patiente n'a pas d'impact sur la prise en charge car les soignants font la part des choses. En effet, pour les soignants, le soin intime est le soin intime et un autre soin est un autre soin. Les soignants différencient les soins afin d'éviter tout malentendu. Cette part des choses permet une prise en charge optimale.

### **3.2.3.3. Relation soignant-soignée et infirmier-infirmière**

Sur mes entretiens, un soignant m'a avoué que « *Ce n'est pas plus facile pour un soignant de créer une relation soignant-soignée qu'une soignante. Tout dépend de chacun.* » (Entretien 2). Ceci se met en désaccord avec ce qui est évoqué dans mon cadre conceptuel.

Je peux alors en conclure, qu'être un infirmier ou une infirmière ne change pas la relation soignant-soignée.



## 4) Synthèse

Avant de débiter cette synthèse, les éléments théoriques mais aussi les entretiens que j'ai pu effectuer, m'ont apporté des éléments de réponses à ma question de départ qui est : En quoi le fait d'être un infirmier peut il être un frein dans la prise en charge des patientes âgées pour les soins touchant leur intimité ?

La pudeur est le concept principal de ce mémoire, c'est le fil conducteur de celui-ci. En effet, si une patiente refuse un soin lorsque le soignant est un homme, c'est par pudeur. Selon les différentes définitions de mon cadre théorique, cette pudeur touche à l'intimité de la patiente et à la nudité. Cependant, les soignants ne sont pas forcément de cet avis. En effet, pour eux, la pudeur touche à l'intimité de la patiente mais aussi à son image qu'elle a d'elle-même.

Le refus de soin est quelque chose que je pensais assez fréquent. Cependant les professionnels de santé m'ont démontré le contraire. Le refus de soin lorsque le problème est l'infirmier est infime contrairement à ce que l'on pourrait croire. En effet, les mentalités ont tendance à changer et le fait que le métier se masculinise permet à l'infirmier d'avoir moins de refus de soins.

Quant à la relation soignant-soignée, elle n'est pas concernée face au refus de soin selon les professionnels de santé. Contrairement à ce qui j'avais vu dans les livres où le refus de soins remettait en cause les infirmiers et les blessait dans leur égo. Cependant, les professionnels de santé m'ont avoué qu'un refus de soin est normal et que donc il n'y a pas de raison pour que le soignant le prenne mal.

Pour conclure, entre ce qui est dit dans les livres et ce que l'on découvre sur le terrain, il y a une marge. En effet, les professionnels de santé comprennent parfaitement les refus de soins lorsque le soin touche à l'intimité de la patiente et trouvent normale que la patiente préfère que ce soit une femme qui lui fasse le soin. Cette pudeur est compréhensible et ne joue en aucun cas sur la relation soignant-soignée. Les 4 professionnels de santé s'accordent à dire qu'une solution existe toujours pour que les soins se fassent dans les meilleures conditions possibles. Que ce soit l'appelle d'une collègue, repousser le soin à plus tard ou bien faire comprendre à la patiente que l'on ne peut pas faire autrement, ces 3 objectifs permettent à la patiente d'avoir par la suite confiance dans le soignant.

Ce travail de fin d'études m'a permis de prendre conscience que les refus de soins restent rares, compréhensibles et jamais sans raison. Il m'a permis aussi de mieux comprendre et connaître la pudeur ainsi que de savoir comment elle s'est installée dans les

différentes générations. Cette même pudeur n'a pas évolué de la même façon de l'homme à la femme et le fait que la femme soit cachée renforce encore plus cette pudeur. Cependant, j'ai pu aussi m'apercevoir, grâce aux professionnels de santé, que la nouvelle génération prend en compte le fait qu'il y a de plus en plus d'hommes dans les services.

## 5) Préconisations

Avant de commencer les préconisations, je vais rappeler ma question de départ qui était la suivante : En quoi le fait d'être un infirmier peut il être un frein dans la prise en charge des patientes âgées pour les soins touchant leur intimité ?

Ce travail de fin d'études m'a permis de prendre conscience que le refus de soin dû au genre homme/femme restait un cas très rare. Ce travail m'a quant à lui apporté des connaissances supplémentaires sur la femme et sur la prise en charge de la pudeur chez celle-ci. En effet, quand on connaît l'histoire de la pudeur chez la femme et chez l'homme, on se rend vite compte que cette même pudeur n'a pas évolué de la même manière. J'ai pu aussi constater que l'évolution de l'infirmier restait encore précaire même si la percée de celui se faisait ressentir dans les services.

J'ai pu prendre conscience, même si ces connaissances étaient déjà présentes, que l'inégalité homme-femme était importante. En revanche, j'ai pu constater que certains métiers dit de « féminin » ou « masculin » ouvraient ses portes au sexe opposé tel que le métier d'infirmier qui se masculinise de plus en plus ou bien les métiers plus manuels tel que mécanicien qui commencent à se féminiser.

Enfin, j'ai consolidé mes connaissances sur la relation soignant-soignée et plus principalement sur le refus de soin. Ce même refus de soin qui pourrait être à l'origine de nombreuses remises en questions de la part du soignant lorsque ce refus touche au genre homme/femme.

Pour terminer, lors de mes entretiens, les professionnels de santé m'ont précisé que ces refus de soins restaient rares et que même s'ils étaient présents, cela ne changerait pas la prise en charge de la patiente. En effet, c'est ici que se mettra en place le travail d'équipe.

Avant de clôturer ce mémoire, si quelqu'un avait à poursuivre ce mémoire ou bien à prendre le même sujet que moi, je lui conseillerais de bien identifier des soignants qui ont vécu un refus de soin touchant à l'intimité de la femme. En effet, lors de mes entretiens, j'ai trouvé difficile de poursuivre et d'enrichir mon questionnement lorsque le soignant n'a pas été confronté à ce type de problème. Le fait de ne pas avoir eu des professionnels de santé confrontée à des refus de soins m'a aussi permis de constater que les refus de soins touchant à l'intimité de la femme restaient rares et que la problématique n'existe pas dans les services de court séjour.

## CONCLUSION

Au commencement de ce travail, je cherchais à savoir si la relation soignant-soignée était modifiée après un refus de soin quand celui-ci touche à l'intimité de la patiente. Je suis alors partis d'un constat qui était « Généralement, il y a plus de refus de soins chez les patientes envers les infirmiers que les patients envers les infirmières lorsque le soin touche à leur intimité ». Cette réflexion a abouti à ma question de départ qui est la suivante : « En quoi le fait d'être un infirmier peut il être un frein dans la prise en charge des patientes âgées pour les soins touchant leur intimité ? ».

Lorsque nous sommes soignants, on peut penser que les soins touchant à l'intimité de la femme peuvent être ouverts à plus de refus de soin. A la suite de ce mémoire, je peux en conclure que le refus de soin lorsque celui-ci touche à l'intimité de la femme reste rare et que ce n'est pas forcément un frein dans la prise en charge de la patiente. En effet, il existe toujours une solution pour que le soin se fasse sans problème tel que la communication, le temps mais aussi l'équipe qui est majoritairement féminine.

On peut penser que la relation soignant-soignée est mise en cause après un refus de soin, mais suite à ce travail, j'ai pu constater que non. En effet, les soignants font la part des choses ce qui permet à celui-ci de poursuivre sa prise en charge là où il l'a laissé.

Pour conclure sur cette partie, je peux dire qu'être un homme ou une femme dans un métier de soin ne modifie pas la prise en charge de la patiente puisque des solutions existent pour continuer et faire le soin.

Ce travail de fin d'études me pousse à poursuivre sur divers questionnements tel que :

- L'âge du soignant peut il avoir un impact sur la prise en charge des soins touchant à l'intimité des patientes ?
- La prise en charge des patientes jeunes est-elle la même que des patientes âgées lorsque le soin touche à leur intimité ?
- Les infirmières ont-elles le même problème lorsque le soin touche à l'intimité des patients ?
- En quoi la prise en charge est-elle modifiée lorsque le soignant connaît la patiente dans sa vie intime ?
- La religion peut elle jouer un rôle dans la prise en charge des patientes lorsque les soins touche à leur intimité ?

Toutes ces interrogations peuvent m'amener à deux questions, qui serait le point de départ pour la suite de ce mémoire :

- En quoi être un jeune soignant peut il être un frein dans la prise en charge des patientes pour les soins touchant à leur intimité ?
- En quoi la religion peut être un frein dans la prise en charge des patientes pour les soins touchant à leur intimité ?

Dans n'importe quel service, le soignant peut être confronté à la pudeur des patientes. Le travail d'équipe sera la clef de la réussite pour que le soin se fasse sans difficulté. Ce même travail d'équipe peut faciliter l'intégration des nouveaux soignants.

Ce mémoire m'aura permis de prendre conscience que même si j'ai reçu des refus de soins, l'équipe est et sera toujours là pour nous épauler.

Pour conclure, être un homme dans un milieu féminin n'est pas problématique tout dépendra de l'approche et de la personnalité du soignant.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Livres :

- MANOUKIAN Alexandre, (2008), *La relation soignant-soigné*, Edition Lamarre, 3<sup>ème</sup> édition, 223 pages
- LAWLER Jocalyn, (2002), *La face cachée des soins : soins au corps, intimité et pratique soignante*, Edition Seli Arslan, 288 pages
- BOLOGNE Jean-Claude, (2011), *Histoire de la pudeur*, Edition Hachette Pluriel, 512 pages
- PY Bruno, (2011), *La pudeur & le soin*, Edition Presses Universitaires Nancy, 210 pages
- FERRAND Michèle, (2001), *Féminin/Masculin*, Edition La découverte, 128 pages

### Revue :

- La revue de l'infirmière, *Dossier : Profession infirmière, la place des hommes*, octobre 2013, n°194

### Sites internet :

- [www.lesddefinitions.fr](http://www.lesddefinitions.fr)
- [www.psychologiesociale.com](http://www.psychologiesociale.com)
- [www.Insee.fr](http://www.Insee.fr)
- [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/)
- [www.ordre-infirmier.fr](http://www.ordre-infirmier.fr)
- [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)
- <http://social-sante.gouv.fr>

Unité d'enseignement :

- Droit du patient, UE 1.3 (S1)
- Concepts, UE 4.1 (S1)
- Anthropologie : soignant-soignés, UE 1.1 (S2)
- La relation soignant-soignée, UE 4.2 (S2)

Image :

- [www.wikipedia.fr](http://www.wikipedia.fr)

## TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Statues de l'Apollon du Belvédère et de la Vénus de Médicis .....	39
Annexe 2 : Guide d'entretien .....	40
Annexe 3 : Tableau d'analyse des entretiens .....	41
Annexe 4 : Retranscription .....	45



## Annexe 1. Statues de l'Apollon du belvédère et de la Vénus de Médicis



Apollon du Belvédère<sup>36</sup>



Vénus de Médicis<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Apollon\\_du\\_Belv%C3%A9d%C3%A8re#/media](https://fr.wikipedia.org/wiki/Apollon_du_Belv%C3%A9d%C3%A8re#/media) (page consultée le 7 mai 2016)

<sup>37</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus\\_de\\_M%C3%A9dicis](https://fr.wikipedia.org/wiki/V%C3%A9nus_de_M%C3%A9dicis) (page consultée le 7 mai 2016)

# Guide d'entretien

---

Je tiens tout d'abord à vous remercier du temps que vous prenez pour répondre aux questions qui vont alimenter et terminer mon mémoire professionnel. Ce mémoire porte sur la pudeur et le soin.

Pour ce faire, j'ai quelques questions à vous poser :

- 1- Pouvez-vous me donner votre définition de la pudeur ?
- 2- Une patiente vous a-t-elle déjà refusé un soin touchant à son intimité par pudeur ?
- 3- Qu'avez-vous mis en place pour que le soin soit réalisé ?
- 4- La relation soignant soignée a-t-elle eu un impacte sur la suite de la prise en charge ?
- 5- Qu'avez-vous ressenti lorsque l'on vous a refusé le soin parce que vous étiez un homme ?

Le 18/03/2016



**Institut de Formation  
en Soins Infirmiers  
Centre Hospitalier  
BP 189 - 61305 L'ANGLE CEDEX**

### Annexe 3. Tableau d'analyse des entretiens

Thème	Sous-thème	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
Pudeur	Définition	« C'est la réserve par rapport à son intimité et par rapport aux personnes qui peuvent être présents. »	« C'est le respect de l'image de soi. C'est la timidité de son corps que l'on n'a pas envie de montrer aux autres. C'est l'intimité. C'est le respect de soi même et de son intimité. »	« C'est selon la personne. Ce qu'elle ne veut pas montrer. Il y a des gens que ça ne dérange pas du tout. On peut parler de pudeur corporelle. C'est quelqu'un qui ne veut pas dévoiler son intimité ou une partie de son corps. Ce n'est pas forcément les zones intimes. La pudeur, c'est ce que quelqu'un ne veut pas montrer à autrui. »	« C'est ce que l'on met en place pour protéger son intimité, tout ce qui nous est personnel. »
	Pudeur du soignant	« [Pour les femmes jeunes] Je dirais que c'est peut être plus moi qui refuserait de faire le soin. je serais plus gêné. »	« Quand c'est des patientes plus jeunes, c'est limite plus difficile pour nous de faire le soin. »		« Pour les femmes jeunes, c'est moi qui ne vais pas faire sa toilette par pudeur pour la patiente. »
	Les limites de la pudeur			« Si les patientes ont mal, il n'y a pas cette barrière de pudeur. »	« Pour la pose d'un bassin, on n'a pas de refus de soins. La patiente est sur le fait accompli et généralement c'est urgent. »

<b>Refus de soin</b>	<b>Par pudeur</b>	« Oui ça m'est arrivé, sur une toilette. »	« Bizarrement, c'est rare. Les patientes ne sont pas forcément plus réticentes à ce que ce soit un homme qui fasse le soin. »	« C'est un problème rare. » « Les patientes comprennent car elles savent qu'il faut faire le soin pour être soigné. Elles coupent leur limite de la pudeur. » « Au fur et à mesure que les patientes sont hospitalisées, il y a moins de refus de soins par pudeur. »	« 2 refus de soins seulement » « Ca reste marginal » « il faut savoir qu'un refus de soin s'anticipe » « Parfois il y a des réticences. »
	<b>Action mis en place</b>	« J'ai demandé, car il y avait possibilité cette fois là de la faire, à une collègue de venir faire le soin. »	« Si un refus de soin m'arrivait aujourd'hui, je pense que je passerais le relais. Il ne faut pas chercher à forcer les choses, refuser se comprend. » « Par la suite, je prendrais cette gêne en compte »	« On fait tout pour trouver une solution et trouver quelqu'un mais ce n'est pas toujours possible. » « Dès que l'on connaît la pudeur de la patiente, on va privilégier les collègues femmes pour faire le soin. » « Il est tout aussi possible d'aller chercher une collègue dans un autre service. »	« Je me suis effacé et j'ai appelé une collègue. »

	<b>Ressenti du soigné</b>		« Je comprendrais. On n'est pas obligé d'accepter. »		« Il y a peut être des patientes qui ne disent rien mais qui sont mal à l'aise sans le faire savoir. »
	<b>Age de la patiente</b>			« Il n'y a pas plus de refus de soins entre patientes âgées ou jeunes. Mais chez les patientes jeunes, on préserve plus la pudeur. Mais elles comprennent plus facilement si ce n'est pas possible que se soit une femme qui vienne faire le soin. » « Quand c'est un soin sur une patiente jeune, il y a plus de pudeur, donc on n'y va pas directement. »	
	<b>Age du soignant</b>				« Je pense qu'il y a plus de refus de soins lorsque la soignant est jeune. Quand on est jeune, on est plus hésitant et donc on ne sait pas encore comment parler aux patientes pour venir faire le soin. »

<b>Relation soignant-soignée</b>	<b>Mise en place de la relation vis-à-vis du soin</b>		<p>« Le temps, il faut surtout bien expliquer que l'on est, et pourquoi nous sommes là, ce que l'on va faire. Je pense qu'avec un petit peu de temps, les gens comprennent bien. »</p> <p>« Si la relation soignant-soignée est bien faite, il y a moins de refus de soins »</p>	<p>« Prévenir la patiente que c'est notre collègue qui va faire le soin mais que si celle-ci n'y arrive pas, nous allons prendre le relais. »</p>	<p>« Je ne vais jamais voir une femme pour y faire la toilette sans l'avoir vu avant. Je pose d'abord une relation entre la patiente et moi »</p> <p>« La relation que l'on fait avant le soin avec la patiente est primordiale. On crée un contact qui aide pour la suite. »</p>
	<b>Impact de la relation soignant-soignée vis-à-vis d'un refus de soin</b>	« Non, ça ne va pas changer la relation entre la patiente et moi. »		« Il n'y a pas eu d'impact car on le comprend. »	« Il n'y a pas eu d'impact, la toilette c'est la toilette et le reste c'est le reste. »
	<b>Relation soignant-soignée et genre</b>		« Ce n'est pas plus facile pour un soignant de créer une relation soignant-soignée qu'une soignante. Tout dépend de chacun. »		

## Annexe 4. Retranscription

**Interviewer:** Alexis (A)

**Interviewé:** Infirmier (I)

*Avant de débiter la retranscription, je tiens à préciser que j'ai recueilli le consentement de l'infirmier concernant l'enregistrement et la retranscription de cet entretien.*

A1 : Donc bonjour, moi c'est Alexis Rammelaere étudiant infirmier en 3<sup>ème</sup> année à l'IFSI de L'Aigle. .... Je suis présent ici dans le cadre de mon mémoire qui porte sur la place de l'infirmier dans les soins intimes de la femme âgée. Je vous propose dans un premier temps de vous présenter.

I1 : Alors euh, moi je suis infirmier depuis euh, 5 ans maintenant. J'ai, ..., toujours travaillé dans le même service depuis 5 ans.

A2 : Avant de vous poser la première question sachez qu'euh, il n'y a pas de réponse bonne. Parce que il y en a qui cherche, dès la première question déjà il y en a qui vont chercher. Je préfère le préciser maintenant. Donc première question, est ce que vous pouvez me donner une définition de la pudeur

I2 : Whouah ... (Rire). Déjà ça commence fort. De la pudeur, bah c'est ...

A3 : Votre définition de la pudeur.

(Silence)

I3 : Euh, enfin, (marmonnement) je dirais que c'est ..., c'est, c'est, c'est le respect de l'image de soi en fait. C'est la timidité, pour quand on n'a pas envie de montrer aux autres. C'est pas facile comme question. Donc c'est, c'est, c'est l'intimité. Ouais c'est ça c'est l'intimité. C'est pas facile à ... on ne se rend pas compte parce que nous au quotidien on est ..., tout le temps on voit des gens, dans ce qu'ils ont de plus, de plus intime alors.

A4 : Donc pour vous la pudeur c'est le fait de cacher quelque chose euh ?

I4 : C'est le, son, euh, c'est le respect de soi même et de son intimité.

A5 : D'accord. Du coup est ce qu'une patiente vous a déjà refusé un soin touchant à son intimité par pudeur.

(Silence)

I5 : Très rarement bizarrement, très rarement. Même le fait d'être un homme finalement, on se trouve rarement confronté, surtout dans nos services finalement c'est quand même beaucoup de personnes âgées, et elles sont pas forcément trop réticentes à ce que ce soit

des hommes qui les fassent. Après ça mets déjà arrivé dans d'autres services, de tomber sur des patientes plus jeunes et euh ça n'à jamais poser trop de problèmes, en fait.

A6 : Et est ce que juste,... enfin qu'est ce que vous avait mis en place pour faire le soin ?

I6 : Bah le temps, puis surtout bien expliquer en disant..., en disant qui j'étais, pourquoi j'étais là, qu'est ce que j'allais faire. Je pense qu'avec un petit peu de temps les gens comprennent bien. J'ai un souvenir quand j'étais étudiant, d'être en ... au CHU de Caen, en chirurgie orthopédique. Il y en avait un qui avait eu un accident de la route. Un jeune homme qui devait avoir vingt et un, vingt deux ans à l'époque. Mais d'origine maghrébine. Donc forcément euh, ... ça peut être difficile l'approche entre homme et femme, et c'est justement le respect de l'intimité. Et finalement ça a pas posé de problème, c'était surtout la famille et ses frères a qui ça posait plus de soucis. Ils avaient plus de mal à laissés rentrer dans la chambre pour faire la toilette ou ...

A7 : Donc vous ça ne vous ait pas arrivé qu'on vous refuse un soin ?

I7 : Bah rarement. Non j'en ai pas le souvenir en fait, vraiment.

A8 : Et si ça vous arrivait, par exemple je ne sais pas, aujourd'hui on vous refuse un soin. Qu'est ce que vous allez mettre en place pour euh ?

I8 : Bah je pense que du coup là, dans ce cas là il faut passer le relais, avec une collègue, une autre personne que ..., que le patient accepterait ... pour faire sa toilette par exemple. Je pense qu'il faut pas, faut pas chercher à forcer les choses. Ça peut tout à fait se comprendre. Donc faut passer le relais ... je pense.

A9 : Donc vous appelez directement une autre euh ?

I9 : Bah oui parce qu'effectivement, ça peut tout à fait se comprendre qu'on n'est pas envie de se montrer comme cela à un inconnu. (Silence). Puis ça peut que m'arranger au final, ça me fait du travail en moins.

(Rire)

A10 : Et pour complexifié un peu les choses, et si justement votre collègue ne peut pas ?

I10 : Ah bah dans ce cas là je pense qu'il faut prendre son temps justement pour expliquer en disant qu'euh bah, sur la journée il est difficile d'avoir euh, si... C'est pas, si c'est le fait qu'elle ne veut pas d'un homme que euh, sur l'effectif qu'il y a ce matin et au niveau de temps et de la charge de travail. Que ... il n'y a que moi de disponible à ce moment là, donc que ... lui expliquer bien les choses et prendre son temps. Et au cas où elle refuse, au pire faire une petite toilette et repousser le soin à plus tard. C'est pas non plus ... on s'adapte forcément à la patiente, à la personne qui est demandeuse.

A11 : Donc vous établissez une relation soignant-soigné entre vous et la patiente pour pouvoir ensuite faire le soin ?



I11 : Voilà, c'est ça. Faut bien expliquer les choses, sinon, après ... si elle n'a pas une toilette très très pousser une matinée, c'est pas non plus une catastrophe.

A12 : Après je ne parle pas forcément que de la toilette.

I12 : Oui mais c'est parce que c'est le premier qui vient euh

A13 Oui après voilà, c'est un truc qui forcément vient rapidement

I13 : Après si c'est un autre soin, bon, c'est vrai que ça va être un peu plus compliqué parce que si c'est des soins d'urgences, effectivement, on peut pas forcément repousser à plus tard, donc là c'est bien expliquer les choses et ...

(Silence)

A14 : Et puis faire quand même ?

I14 : Malheureusement si on n'a pas le choix, euh, enfin dans des situations d'urgences on ... va pas forcément prendre en compte ... si je dois, par exemple si je dois poser une sonde urinaire sur une patiente qui est en globe. Faut pas forcément attendre que ma collègue soit disponible ou que ... repousser à l'après midi. Si c'est sur euh, sur une situation d'urgence, après si c'est programmé pour du confort ou quoi que ce soit, là on peut décaler et passer la main.

A15 : Oui, si une patiente qui vous dit pour son confort, qu'elle veut une sonde urinaire, par exemple, et que, il n'y a que vous, bah du coup vous lui dirais ça va attendre cet après midi.

I15 : C'est ça, si ça la gêne que ce soit moi du coup, bah à ce moment là on va voir avec les collègues pour s'arranger.

A16 : D'accord.

I16 : Mais je pense que, bah après ..., mais je pense que le problème de la pudeur se pose plus facilement sur des personnes plus jeunes souvent que sur des personnes plus âgées qui généralement ne sont pas trop ...

A17 : Alors moi justement dans mon mémoire j'ai pu voir, enfin, entre guillemets l'inverse. Pour deux choses, parce que du coup les mentalités ont changés, il n'y a plus le rôle, ou moins qu'avant le rôle de l'homme de la femme en général. Où l'homme est censé être dominant et la femme dominé. Et euh, aussi le fait que le métier se masculinise. Et que du coup bah, quand une femme se fait hospitalisée, elle a un peu plus de chance maintenant de voir un homme dans le service qu'avant.

I17 : C'est pas faux.

A18 : Donc du coup moi j'ai vu ça, j'ai vu, et même dans mes ... dans mes expériences que c'était plus les femmes d'un certain âge, passé cinquante ans qui vont refuser le soin, parce

que je suis un homme par exemple, que des jeunes. Et limite quand c'est des jeunes, c'est moi qui vais me sentir euh ...

I18 : Bah c'est vrai que quand c'est de personnes plus jeunes, c'est finalement des fois pour nous plus difficile parce qu'on se projette beaucoup plus facilement. Mais après c'est vrai que finalement c'est pas des situations auxquelles j'ai souvent, non rarement, rencontrés. Et puis il y a le côté blouse blanche qui fait que de toute façon les gens acceptent plus facilement les choses.

A19 : Oui du coup le fait d'être euh

I19 : C'est implicite, en fait l'autorisation. Le fait d'être soignant permet souvent d'entrer dans cette intimité. Les gens sont moins réticents. Finalement on n'est pas vraiment confronté à ce genre de ...

A20 : Donc vous ce n'est pas une situation qui vous ait arrivé ou marqué ?

I20 : Bah non, puisque même quand j'étais étudiant, plus jeune, je me suis trouvé dans des services où je m'occupais de patient de mon âge dans différent cas, et finalement ça n'a jamais posé de souci quoi. Même ... Finalement c'était plus souvent pour l'entourage que ça poser souci que pour ce côté infirmier.

A21 : Et est ce que du coup vous pensez que être étudiant et être infirmier, il y a une marge justement ? Et donc du coup, euh, entre guillemets les patients nous voient en temps qu' 'étudiant, donc du coup ils se disent « c'est pas lui qui va me faire ma toilette », et le fait qu'on ait la blouse comme vous disiez blanche avec marqué dessus infirmier est ce que justement ça ... facilite pas ? Entre étudiant et infirmier.

I21 : Bah ça va dépendre des soins, je pense parce que ... . Après des fois les blouses et les tenues blanches ils n'ont pas forcément les étiquettes. (Silence). Après je pense que c'est une question de présentation des choses et de bien, de bien poser les ... la problématique. Parce que si on débarque dans la chambre en disant « voilà je vous fais ça ! », ça peut un peu plus, un peu plus, un peut plus bloquer les choses et faire preuve de réticences. Alors que si on explique, prend bien le temps d'expliquer qui on est, pourquoi on fait les choses, généralement ça passe mieux.

A22 : Et est ce que vous pensez que euh, des femmes acceptent de faire, je sais pas moi..., la pose d'une sonde urinaire même si vous êtes un homme mais sans vous le dire justement et que ça la dérange de faire ce soin. Ça la dérange mais elle se dit « voilà il est là » ... mais elle ne vous le dit pas.

I22 : Après c'est bien possible qu'elles ne nous disent « partez » ...

A23 : Est ce que vous pensez justement qu'euh, le fait d'être un infirmier, bah justement ça ne dit pas, bah ... les patientes s'interdisent en gros d'euh, ... de refuser le soin ?

I23 : C'est possible, après euh ... il y a l'effet, c'est surtout l'effet blouse blanche qui fait que, même de toute façon c'est jamais des soins qu'on accepte vraiment, il y a pas mal, pleins de choses. L'effet, l'hôpital et l'effet blouse blanche fait qu'on, les patients acceptent, acceptent les choses et forcément ils sont, ils ne sont pas toujours d'accord parce que finalement quand on est autonome, il y a très peu de gens qui accepteraient de se faire faire une toilette. Si on n'a pas de problème pour faire pipi et qu'il y a pas forcément bah, pour ce qui est euh, la mission du confort à un moment donné qui fait que c'est implicite. (Silence). Après c'est ... on ne va pas systématiquement poser la question « est ce que ça vous dérange si je fais votre toilette ? », « est ce que ça vous dérange si, si c'est moi qui vous pose la sonde urinaire ? ». Si la patiente ne l'exprime pas la gêne, on ne va pas forcément aller poser la question, bah ça c'est sûre. Quoique forcément il peut y en avoir un peu, qui quand on passera à côté on va peut être des fois euh ...

A24 : Et est ce qu'on vous a déjà dit euh, je sais pas, par exemple la phrase type « ah c'est un homme qui va me poser une sonde urinaire ! » mais d'un ton euh, en gros « ça me dérange que vous le fassiez mais j'accepte que vous le fassiez ».

I24 : Bah pas exprimé verbalement comme ça directement, non jamais. Après je pense que c'est, c'est surtout de la façon dont on amène les choses, quoi, parce que (Silence). Si on est gentil avec les gens généralement ils acceptent tout.

A25 : Oui en fait c'est vraiment la relation soignant-soigné qui va s'installer avant le soin et justement ce lien entre vous et la patiente

I25 : Bah voilà, ... parfois faut tourner les choses et forcément après ça se passe plus facilement quoi.

(Silence)

A26 : Du coup moi la question je peux pas vous la poser, parce que du coup vous l'avez pas vécu. Je peux pas vous demander ... enfin si, quoique si ça vous arriver comment vous ressentiriez ce refus de soin ?

I26 : Si moi j'étais de l'autre côté de la barrière demain ?

A27 : Non si là demain, il y a une patiente qui vous dit « sortez de la chambre je ne veux pas que ce ça soit vous qui fassiez ma ... qui me posez ma sonde urinaire ou ...

I27 : Bah je comprendrais, après je pense qu'il n'y aura pas forcément du soulagement : « comme ça j'ai pas à le faire ». Non, ... après je pense qu'on pas, on est obligé d'accepter, on ne peut pas faire autrement que ...

A28 : Et du coup derrière vous retourneriez dans la chambre comme si de rien n'était ou est ce que vous reprendriez en compte ce problème ?

I28 : Bah non forcément on prendrait la chose en compte, et que pour les soins qu'il y aurait à faire après, on amènerait soit les choses différemment ou effectivement on dirait oulah

face au cas c'est pas moi qui vais le faire parce que je sais bien que ... mais on prendrait forcément en compte par contre pour les soins d'après, ça c'est sûr. Ayant l'information et sachant que la patiente l'a exprimé et qu'il y a vraiment ... on l'approcherait différemment.

A29 : Donc du coup un refus de soin pour vous, il n'y a pas d'impact sur la suite de la prise en charge avec la patiente ?

I29 : Bah non parce que ça fait parti tout à fait d'un ... du soin de la prise en charge en fait. Et ... on impose jamais les choses non plus, c'est ...

A30 : Oui dans tous les cas le patient a le droit de refuser un soin.

I30 : Voilà, bah c'est ... mais on se rend compte souvent qu'on ne demande pas leur avis non plus, hein..., c'est tout simple, des fois on fait les choses ...

A31 : Un peu machinalement, quoi.

I31 : Pas machinalement.

A32 : Ou c'est parce qu'il faut le faire et que du coup ...

I32 : Parce que finalement c'est vrai que tous les matins on va faire une grosse toilette au lit pour des patients alors que finalement, pas comme ici, ils se lavent pas tous les jours de façon très ... c'est ... on ne demande pas leur avis quoi.

A33 : D'accord. Donc pour conclure parce que du coup, voilà c'est le problème c'est le risque de mon ... de mon entretien c'est que si la deuxième question bah du coup vous répondez non c'est un peu plus complexe de euh ... Pour vous la relation soignant-soigné, si elle est bien faite de base ...

I33 : Bah généralement il n'y a pas trop trop de ...

A34 : Il n'y a pas de souci derrière de refus de soin, ou moins ?

I34 : Ouais je pense ouais, parce que finalement c'est pas forcément, tout dépend de comment on pose les choses quoi. C'est surtout ça. Prendre le temps de bien expliquer.

A35 : Et donc aussi j'ai vu dans mes recherches, que du coup il était plus facile pour un homme de créer une relation soignant-soigné qu'une femme. Est ce que vous êtes de cet avis ou pas ?

I35 : Non, non je pense que ça c'est plutôt euh ... du coup on retrouve des caractères différents, et surtout des pensées individuelles en fait, chacun a une approche totalement différente. Et puis avec des gens c'est beaucoup plus facile et avec d'autre c'est plus difficile donc euh, et puis les collègues vont plus y arriver avec cette personne là enfin ... je ne pense pas forcément qu'il y a des, de règles établi comme ça. Ça dépend vraiment d'euh du caractère de chaque soignant de la personne, de l'âge de la personne, de pleins ... de ce

qu'elle nous renvoi. Donc vraiment trop de composantes pour dire que c'est du, du seulement à la différenciation des sexes.

A36 : Oui. Et est ce que aussi euh par exemple le fait d'être un jeune soignant ça peut poser un problème justement dans le refus de soins quand ça touche à l'intimité ou à la pudeur de la patiente, que d'être un soignant soit en début de carrière mais plus âgé ou un soignant avec beaucoup de carrière et donc du coup plus âgé ?

I36 : Bah je pense que ça dépend de l'âge du patient parce que finalement, ... puis ça dépend aussi de leur parcours de soins, ça dépend de pleins de choses. Parce que si c'est leur première hospitalisation, qu'ils ne sont pas trop dépendant et assument bien les soins, c'est peut être plus difficile que s'ils sont déjà dans leur contexte, quoique après il y a aussi ... je ne sais pas... Ça dépend vraiment de l'âge des patients et du service, parce que ...

A37 : Oui en médecine B c'est des personnes du coup un peu plus âgées, donc du coup, ils connaissent un peu l'hôpital.

I37 Ils connaissent l'institution, ils ont déjà un parcours de soins qui fait qu'ils ont déjà étaient amené à connaître les soins donc euh.

A38 : D'accord, donc c'est plus simple pour eux ?

I38 : Voilà c'est ça .....

A39 : Bon eh bien du coup je n'ai pas d'autres questions, merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

I39 : De rien,

A40 : Au revoir

I40 : Au revoir

## DROITS D'AUTEURS



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 2.0 France** » disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Rammelaere	alexis	Juin 2016
<b>L'infirmier face à l'intimité de la femme / Quand celui-ci n'a plus sa place</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Caen		
<b>Résumé :</b>		
<p>Le métier d'infirmier se masculinise de plus en plus. Cependant cette masculinisation peut avoir des avantages comme des inconvénients. Au cours de ma formation, j'ai pu, peut-être comme un certain nombre de soignant, être confronté à des refus de soins. Ce travail m'a permis de comprendre en quoi être un infirmier peut être un frein dans la prise en charge des patientes âgées pour les soins touchant leur intimité. Dans un premier temps, j'ai effectué mes recherches sur la pudeur, les représentations sociales de la femme ainsi que sur la relation soignant-soignée. Par la suite, j'ai eu l'occasion de corréler mes recherches théoriques avec la pratique en faisant des entretiens auprès d'infirmiers et d'aides-soignants. Cette confrontation de la théorie avec la pratique m'a permis de me rendre compte que le refus de soin, en rapport au genre, reste minimaliste et qu'il existe toujours une solution pour faire le soin. Ce travail m'a fait comprendre que même si le métier se masculinise petit à petit, l'entrée de l'homme n'est pas un obstacle pour la prise en charge des patientes lors des soins intimes.</p>		
<b>Mots clés :</b> intimité, pudeur, infirmier, relation soignant-soignée, refus de soin		
<b>Abstract :</b>		
<p>More and more, the male nurse's job becomes masculine. This masculinisation of the job has advantages as well as inconveniences. During my training, I faced several refusals of care, as many nursing can experience. This work allowed me to understand what being a male nurse can be for some elderly female patients, and how difficult it is to let someone trespass into your intimacy. At first, I made my research on the modesty, the social representation of women and the relationship between patients and nursing. Afterward, I had the opportunity to correlate my theoretical researches with the practice, by talking to male nurses and nurse's aides. It showed me that a male nurse has all the keys to cross the barrier of intimacy, as it is not a gender problem. Finally, this work made me understand that even if the job becomes masculine at a slow rate, men do not have any obstacle for it and can do intimate care on female patients.</p>		
<b>Keywords :</b> <i>intimate, male nurse's, refusals of care, modest, relationship</i>		