



HAL
open science

Exposition des infirmières au sexisme à l'hôpital, étude descriptive transversale au sein du groupement hospitalier de territoire Normandie-Centre

Benjamin Lelièvre

► To cite this version:

Benjamin Lelièvre. Exposition des infirmières au sexisme à l'hôpital, étude descriptive transversale au sein du groupement hospitalier de territoire Normandie-Centre. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02079517

HAL Id: dumas-02079517

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02079517v1>

Submitted on 26 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 1^{er} Octobre 2018

par

Monsieur Benjamin Lelièvre

Né (e) le 08 Février 1992 à Equemauville (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

**EXPOSITION DES INFIRMIERES AU SEXISME A L'HÔPITAL, ETUDE DESCRIPTIVE
TRANSVERSALE AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
NORMANDIE-CENTRE**

Président : Madame la Professeur Lydia GUITTET (directrice de thèse)

Membres : Madame la Professeur Bénédicte CLIN-GODARD

Monsieur le Professeur Jean LUBRANO

Madame la Docteur Marie-Christine QUERTIER

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
M.	DUHAMEL Jean-François <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Pédiatrie
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUI Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M.	HÉRON Jean-François <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Cancérologie
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROUPIE Eric	Thérapeutique
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie

M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire
Mme	ZALCMAN Emmanuèle	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Médecine générale
----	---	-------------------

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOQUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale

Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2017</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M.	GRUJARD Philippe	Médecine générale
M.	LE BAS François	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale

Je tiens tout d'abord à me remercier moi-même, car jusqu'à preuve du contraire je suis celui qui a rempli les copies d'examen qui m'ont menées jusqu'ici, ainsi que cette thèse. (Ceux qui ont pensé que j'étais très prétentieux manquent de second degré.)

Je remercie plus que quiconque mes parents, qui ont toujours su me soutenir dans les moments les plus difficiles, et qui seront constamment à mes côtés tout comme je serai toujours aux leurs. J'en profite pour caser Béné ici, qui n'a sûrement pas encore passé son foutu permis à l'heure où je soutiendrai cette thèse (« ruomuh »). Je les aime fort, je ne le leur dis pas assez, et je continuerai à ne pas leur dire assez.

Je remercie ensuite celle qui a su faire de moi quelqu'un de meilleur, qui a constitué le premier basculement dans ma vie et avec qui j'ai partagé les meilleurs moments jusqu'à maintenant, celle que je ne pourrai jamais assez remercier puisqu'elle n'est aujourd'hui plus ici mais qui, de là où elle est, saura certainement se reconnaître.

Merci à toutes les personnes que j'ai aimées et qui ne sont plus là pour d'autres raisons.

Je remercie le second basculement dans ma vie, Jean-Pierre, qui a su bien malgré lui changer l'objectif principal de ma vie (maintenant que je vais être Docteur) grâce à son affection, son odeur et ses bruits que même les plus grands scientifiques ne parviennent toujours pas à expliquer aujourd'hui. Ce JP, c'est vraiment un des trucs les plus fous et les plus inattendus qui me soient arrivés...

Je remercie Billy d'être à mes côtés depuis quelques années maintenant, et qui n'en a absolument rien à faire de mes remerciements mais qu'importe.

Merci aux copains/copines (mention spéciale à FX et Jo), ainsi qu'à tous mes co-internes qui m'auront supporté pendant quelques mois.

Merci enfin aux membres de mon jury de thèse, tout spécialement à ma directrice de thèse Lydia GUITTET, qui ont accepté de m'accompagner dans cette dernière ligne droite. Deuxième mention spéciale à Kiki, qui est bien sûr davantage qu'une simple membre de mon jury.

... tellement de gens/trucs à remercier...

Merci à l'AS Monaco FC, qui restera très probablement la plus longue histoire d'amour de ma vie (c'est le moment où on me regarde avec un air triste mêlant compassion et pitié). Et à Shabani Nonda, qui lira très certainement cette thèse je n'en doute pas.

Merci aux créateurs de la Playstation, à Burger King, merci à Georges Lucas, merci à Georges A. Romero, merci à Walt Disney, merci à Emile et Images...

Merci à toutes celles et tous ceux que je ne connais pas encore et qui rendront ma vie un peu plus cool chaque jour.

ABREVIATIONS :

AS : Aide-Soignante

ASH : Agent des Services Hospitaliers

AVFT : Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

CSEP : Conseil Supérieur de l'Egalité Professionnelle

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECNi : Epreuves Classantes Nationales informatisées

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

QCM : Questions à Choix Multiples

SSR : Service de Soins et de Réadaptation

INDEX DES FIGURES ET DES TABLEAUX :

Figure 1 – Ecart entre le salaire net moyen des hommes et des femmes (page 6)

Figures 2 à 5 – Ressenti des infirmières vis-à-vis de phrases-exemples, de 0 (pas du tout) à 5 (totalemment), selon le type de service (page 25-26)

Figure 6 – Avis des IDE concernant certaines idées reçues à propos des phrases sexuelles ou sexistes (page 27)

Tableau 1 – Taux de participation (nombre de répondantes/nombre de répondantes potentielles) (p.18)

Tableau 2 – Caractéristiques socio-professionnelles (p.19)

Tableau 3 – Caractéristiques du poste occupé (p.19)

Tableau 4 – Proportion masculine aux postes supérieurs (p.20)

Tableau 5 – Sensibilisation du service au sexisme (p.20)

Tableau 6 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes (p.21)

Tableau 7 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes selon le sexe du chef de service (p.21)

Tableau 8 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes selon le sexe du cadre de santé (p.22)

Tableau 9 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes selon leur tranche d'âge (p.22)

Tableau 10 – Répartition des personnes émettrices des propos sexuels/sexistes (p.23)

Tableau 11 – Répartition des personnes réceptrices des propos sexuels/sexistes (p.23)

Tableau 12 – Retentissement sur l'infirmière personnellement visée par les propos (p.24)

Tableau 13 – Ressenti des infirmières vis-à-vis de phrases-exemples, de 0 (pas du tout) à 5 (totalemment) (p.25)

Tableau 14 – Effet des protestations des IDE sur leur relations interprofessionnelles (p.28)

Tableau 15 – Raison du refus de protestation des IDE exposées aux propos sexuels/sexistes (p.29)

SOMMAIRE :

I.	INTRODUCTION.....	p.1
II.	CADRE CONCEPTUEL SUR LE SEXISME EN FRANCE.....	p.2
III.	QUELQUES CHIFFRES SUR LE SEXISME DANS LA SOCIETE.....	p.4
IV.	LE HARCELEMENT SEXUEL AU TRAVAIL.....	p.7
	A. Comment la loi définit-elle le « harcèlement sexuel » ?.....	p.7
	B. Quels sont les recours pour les victimes ?	p.8
	C. L'employeur peut-il être tenu responsable de défaut de protection de son salarié victime de harcèlement ?	p.9
	D. Quels sont les chiffres du harcèlement sexuel au travail ?	p.9
	E. Quelles sont les principales limites à l'expression du malaise des femmes vis-à-vis du harcèlement sexuel ?	p.10
V.	L'hôpital, terrain propice au sexisme au travail.....	p.12
VI.	Bibliographie	p.13
VII.	Méthode et objectifs	p.16
VIII.	Résultats	p.18
	A. Nombre de réponses et taux de participation	p.18
	B. Caractéristiques socio-professionnelles	p.19
	C. Caractéristiques du poste occupé	p.19
	D. Sensibilisation des services au sexisme	p.20
	E. Exposition des infirmières aux propos à caractère sexuel/sexiste	p.21
	F. Répartition des professions à l'origine et destinataires de ces propos	p.23
	G. Retentissement sur les infirmières concernées par ces propos	p.24
	H. Avis à propos de phrases-exemples entendues en service	p.24
	I. Avis concernant certaines idées reçues	p.27
	J. Réactions des infirmières concernées par ces propos	p.28
	K. Recours des infirmières en cas de situation problématique	p.29
IX.	Discussion	p.30
	A. Forces et faiblesses de notre étude	p.30
	B. Discussion des résultats	p.32
	C. Préconisations	p.36
X.	Conclusion	p.37

I. INTRODUCTION :

Vendredi 8 Avril 2016, faculté de médecine de Paris Diderot.

Des centaines d'étudiants en médecine passent une des épreuves classantes nationales informatisées (ECNi) blanches organisées par trois des facultés de médecine de Paris. Parmi les dizaines de questions à choix multiples (QCM), l'une d'entre elles traite de la prise en charge d'une agression sexuelle sur le lieu de travail. « Une patiente de 35 ans reçoit une fessée sur son lieu de travail par son supérieur hiérarchique devant ses collègues. Elle consulte aux urgences. ». Jusqu'alors, il n'y a rien d'anormal... Parmi les propositions répondant à la question de la prise en charge, la dernière va provoquer un scandale qui sera massivement relayé par les médias, provoquant même l'intervention de la Ministre de la Santé de l'époque Madame Marisol Touraine. La dernière proposition invite à demander à la patiente « d'aller au coin car elle n'a pas été sage ».

Cette phrase laisse songeur en ce qui concerne la place de la femme et sa vision dans la société, et notamment au sein du milieu médical d'où est tirée cette histoire.

Si cette affaire a massivement été reprise par les médias écrits, télévisés et sur internet suite à l'indignation des étudiants devant travailler sur ce devoir, les cas de sexisme dans le milieu médical sont nombreux, mais souvent méconnus et relativisés car « c'est toujours sous couvert d'humour ou de tradition » déplore Pauline(tte), une étudiante en médecine, interrogée par le journal en ligne Slate.fr (1).

Le sexisme trouve dans le milieu médical un univers idéal pour se développer et s'enraciner dans des pratiques imprégnées de l'état d'esprit masculin traditionnellement prédominant en médecine, bien que cette tendance s'inverse de plus en plus avec 58 % de femmes parmi les médecins nouvellement inscrits d'après l'Atlas de la démographie médicale 2015 (2), le pourcentage d'hommes et de femmes médecins étant globalement de 54 % - 46 % en 2016 (3).

Cette thèse cherchera à explorer le sexisme dans une de ses formes les plus fréquentes et les plus insidieuses que sont les propos à caractère sexuel, souvent empreints d'un ton se voulant humoristique. Nous étudierons l'exposition des infirmières en milieu hospitalier public dans le Calvados, en comparant le degré d'exposition et le ressenti des infirmières travaillant en service médical, en service chirurgical et de celles travaillant au bloc opératoire.

II. CADRE CONCEPTUEL DU SEXISME EN FRANCE :

Si Mary Wollstonecraft est considérée comme une des premières pionnières au monde du mouvement féministe au XVIII^e (4), bien qu'il ne fût pas nommé en tant que tel à cette époque, ce combat des femmes pour la reconsidération de leur place dans la société est classiquement divisé en trois vagues.

La première vague se situe au XIX^e siècle, où un accès aux institutions fondamentales de la vie telles que le droit à l'éducation et au travail est réclamé par un féminisme militant emmené au fil des ans par Julie Daubié, André Léo, Maria Deraismes ou bien Louise Michel pour ne citer qu'elles.

Dans la deuxième moitié du XX^e siècle survient la deuxième vague féministe, issue en partie de l'ouvrage *Le Deuxième Sexe* de Simone de Beauvoir où l'auteure écrit que le statut de la femme n'est pas naturellement mais culturellement construit, « On ne naît pas femme, on le devient » (5). Les principaux faits commencent par la légalisation du droit de vote des femmes après la Seconde Guerre Mondiale le 21 Avril 1944, suivie quelques années plus tard par la légalisation du droit à la contraception de 1967 (droit à la commercialisation encadrée) à 1974 (libéralisation et remboursement) et l'autorisation de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) par la loi Veil en 1975.

Le terme sexisme apparaît en France lors de cette deuxième vague du féminisme au cours des années 60, parallèlement à l'émergence de la deuxième vague féministe menée par le Mouvement de Libération des Femmes, inspirée du *Women's lib* aux Etats-Unis (6).

La troisième vague du féminisme apparaît enfin aux Etats-Unis dans les années 90, mais ne concerne la France que depuis quelques années seulement, avec une multiplication ces derniers mois des revendications en faveur de l'égalité hommes/femmes, largement relayées par les réseaux sociaux (exemple des #balancetonporc #metoo sur Twitter) qui permettaient de publier des faits de sexisme avec les dérives classiques liées aux réseaux sociaux et leur utilisation parfois abusivement médisante.

D'après le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le sexisme est une « attitude discriminatoire adoptée à l'encontre du sexe opposé ». Cette définition est confortée par le Larousse notamment.

Certains auteurs tendent à marquer une différence entre ces deux notions, sexisme et discrimination, expliquant que l'un relève de la notion du vrai et du faux, alors que l'autre relève du juste et de l'injuste (7). Le sexisme serait donc le substratum servant à justifier les conduites discriminatoires. En France comme partout dans le monde, c'est essentiellement le sexisme envers les femmes qui est mis en avant.

Ce sexisme contemporain trouve ses fondements dans les sociétés antérieures où l'homme (au sens « être masculin ») était considéré comme naturellement supérieur à la femme du fait de ses capacités physiques (l'homme protecteur de la femme) et sexuelles (l'érection, symbole de la puissance masculine). Cette théorie est qualifiée d'essentialiste par Laurie A. Rudman, professeure en psychologie sociale à l'Université du New Jersey, dans son livre *The Social Psychology of Gender*. (8).

Cette approche a longtemps été entretenue par les instances religieuses, historiquement l'Eglise en France, décrite par Pierre Bourdieu sur ce point dans son livre *La domination masculine*, qui la décrit comme étant « habitée par l'antiféminisme profond d'un clergé prompt à condamner tous les manquements féminins à la décence [...] et reproducteur attiré d'une vision pessimiste des femmes et de la féminité », fondatrice d'une société « dominée par les valeurs patriarcales, avec notamment le dogme de l'infériorité foncière des femmes » (9).

Pierre Bourdieu, propose le processus de déshistoricisation comme responsable de la perpétuation de ce modèle sociétal à travers les époques, où le culturel prend les aspects du naturel. Ce travail se ferait essentiellement au sein de la famille, de l'Eglise comme dit précédemment, et de l'Ecole (9), où seraient représentés les rôles sexuels.

La théorie de Simone de Beauvoir selon laquelle le statut désavantageux de la femme vis-à-vis de l'homme serait issu de la confusion entre le culturel et le naturel est également le principe de base de l'approche constructiviste expliquée par Laurie A. Rudman.

De cette conception du sexisme comme étant la croyance d'une infériorité d'un sexe par rapport à l'autre (en l'occurrence dans cette thèse, celle des femmes) naissent les concepts de stéréotypes de genre. Ce sont des représentations déformées de certaines caractéristiques d'un individu en lien avec le fait que celui-ci soit une femme ou un homme. En découlent ensuite les rôles sexuels, qui sont les fonctions de cet individu dans la société déterminés par les stéréotypes de genre apposés sur sa personne (« Maman fait la cuisine habillée en rose, Papa va au travail »).

Aujourd'hui, les stéréotypes de genre sont inclus dans ce qui est nommé le « sexisme ordinaire ». Brigitte Grésy, auteur notamment du Rapport sur l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, tente de définir ce concept dans son livre *Petit traité contre le sexisme ordinaire*, en expliquant qu'au-delà des discriminations « visibles » ou quantifiables telles que les écarts de salaire par exemple, le sexisme ordinaire représente un univers « sournois » (10), parfois difficilement repérable car ancré dans l'inconscient, donc peu réglementé et sanctionnable sur un plan juridique. Elle cite les plaisanteries sur « les blondes », en justifiant son exemple par le fait que le sexisme (ici ordinaire) se remarque généralement par son unilatéralité envers les femmes.

III. QUELQUES CHIFFRES SUR LE SEXISME DANS LA SOCIÉTÉ :

Dans la société, ces conduites discriminatoires sont classiquement condamnées par le système français. Le plan de campagne « Le sexisme, pas notre genre », lancé le 08 Septembre 2016 par Laurence Rossignol alors Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes sous François Hollande, avait pour but de dénoncer et lutter contre les inégalités discriminatoires retrouvées dans de nombreuses strates de notre société (11).

Dans le domaine privé, les femmes passent environ 1h30 supplémentaires aux tâches ménagères, et seuls 12 % des pères ont pris un congé parental d'au moins un mois, expliquant que le taux de femmes en temps partiel est de 30,6 %, contre 7,2 % chez les hommes (12). D'après une étude réalisée auprès de 2349 couples par le Centre de Recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) (13), 91 % des hommes ne feraient pas le repassage au sein du couple, 60 % ne feraient pas le ménage, 50 % ne feraient pas la cuisine, mais le bricolage reviendrait aux hommes plus souvent qu'à leur compagne. A l'inverse, 93 % des femmes en couple font le ménage, 93 % la cuisine et 73 % le repassage.

Les spectateurs privilégiés de ces modèles de vie sont les enfants qui vont alors s'identifier et reproduire ces représentations stéréotypées des genres, avec les rôles sexués qui en découlent. Nous retrouvons alors facilement les propos de Pierre Bourdieu énoncés précédemment où il mentionnait la famille comme l'un des principaux lieux de perpétuation de la tradition genrée.

En lien semi-direct avec la sphère familiale, le monde de la consommation entretient volontiers cette différenciation sexuée, voyant dans cette différence une opportunité pour vendre des produits pour les un(e)s et pour les autres, amplifiant l'hyperconsommation caractéristique de notre société actuelle par une impression d'exclusivité en termes d'offre. Les conséquences néfastes de cette inégalité commerciale depuis plusieurs dizaines d'années a d'ailleurs été mise en lumière par un rapport remis au Sénat en 2014 par Chantal Jouanno et Roland Courteau (14).

En dépit d'une politique gouvernementale prônant l'égalité entre les sexes, ce milieu n'échappe pas au sexisme, bien au contraire. D'après l'Observatoire des inégalités (15), les femmes ne représentaient en 2012 que 26,9 % des députés à l'Assemblée Nationale, et 22 % des Sénateurs. Seuls 16 % des maires sont des femmes. La tendance est à l'amélioration, mais l'Observatoire des inégalités rappelle cependant qu'à ce rythme, la parité hommes-femmes ne sera obtenue que dans 25 ans environ.

A l'école, les filles sont également victimes de sexisme. En 2013, un rapport de l'inspection générale de l'Education Nationale (16) établissait que si les filles sont plus exposées que les garçons aux violences verbales, pour une fille insultée sur quatre les injures proférées sont de nature sexiste, contre un sur sept chez les garçons. Au-delà des propos verbaux à caractères sexuels ou sexistes, les filles sont plus souvent concernées par les attouchements sexuels (8 % contre 3 % de garçons), deux fois plus souvent victimes de baisers forcés (7 % contre 3 % de garçons), et légèrement plus victimes de voyeurisme (7 % contre 5 % de garçons). Du côté des enseignants, le service de veille scientifique et technologique de l'Institut français de l'éducation a fait une synthèse d'études (17) faisant apparaître que les enseignants comme les enseignantes traitaient garçons et filles de manière différente, et plus exactement traitent les garçons de manière préférentielle, tout en étant convaincus d'être parfaitement équitables.

On retrouve alors un conditionnement aux relations genrées dès l'enfance à l'école, qui est également l'un des berceaux du sexisme comme le disait Pierre Bourdieu précédemment.

Dans le domaine professionnel, les femmes sont en nette minorité en ce qui concerne les postes à hautes responsabilités (une seule femme dirigeant une entreprise du CAC 40), et le salaire des femmes est en moyenne 19,2 % inférieur à celui des hommes (12). Ceci explique l'écart de salaire moyen de 19 % entre les hommes pour les femmes retrouvé dans une publication de l'Insee en Septembre 2015 (chiffres de 2013) (18). Notons toutefois que cet écart est en diminution (figure 1), mais encore plus inquiétant est l'écart légèrement inférieur à 10 % retrouvé entre les femmes et les hommes à emplois et conditions égales, dénoncé par cette même étude.

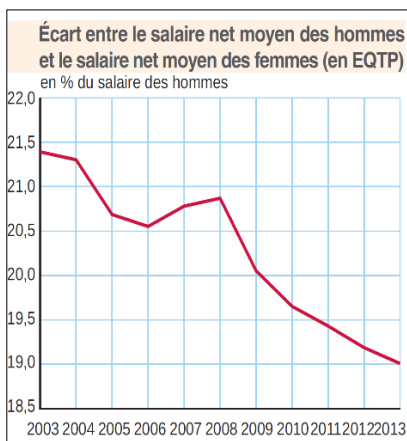


Figure 1. Ecart entre le salaire net moyen des hommes et des femmes

Un rapport du Conseil Supérieur de l'Égalité professionnelles (CSEP) a aussi rapporté que 80 % des femmes salariées considèrent que, dans le monde du travail, les femmes sont régulièrement confrontées à des attitudes ou comportements sexistes (19). Le sexisme étant à l'origine des situations de harcèlement sexuel, celles-ci seront abordées un peu plus loin.

Dans la vie quotidienne, 100 % des utilisatrices des transports en commun ont subi des violences sexistes ou sexuelles, physiques ou verbales, d'après un communiqué du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (20) se basant sur une étude menée auprès de 600 femmes. Un sondage en ligne commandé par le site mademoiZelle.com en 2013 (21) a fait ressortir que sur les 5250 femmes ayant répondu, plus de 94 % ont déjà subi un harcèlement de rue, allant de l'interpellation verbale à l'attouchement, et que près d'un tiers d'entre elles l'expérimentaient une à plusieurs fois par semaine. En conséquence, plus de la moitié des femmes ont répondu avoir au moins « un peu » peur en marchant dans la rue, et 59 % évitent de sortir seules la nuit.

Par ailleurs, nous pouvons retrouver d'autres domaines où les femmes ne sont pas sur un pied d'égalité vis-à-vis des hommes. Le fait de placer un homme au sein d'une institution peut lui conférer un statut plus noble, comme la cuisine par exemple. En effet, si nous rappelons que 93 % des femmes font la cuisine au sein du couple contre 50 % des hommes (13), seules 16 femmes font partie des 616 chef(fe)s étoilé(e)s au guide Michelin 2017, soit 2,6 % ! (22).

En langue française, lorsque qu'il s'agit de qualifier un groupe d'individus, l'adjectif sera orthographié au masculin à partir du moment où un seul membre de ce groupe sera un homme.

Il est donc aisé de voir du sexisme tous les jours, dans de très nombreux domaines, issu des conceptions plus ou moins conscientes de stéréotypes sexuels véhiculés par la perpétuation d'idées archaïques via les principales institutions en France.

Au-delà des situations clairement identifiées comme relevant du sexisme, nombreuses sont celles qui passent inaperçues, puisque traversant de façon inchangée ou presque les années et donc apparaissant pour les nouvelles générations comme « normales » ou « standardisées ». C'est ainsi qu'en résulte une forme d'acceptation de ce sexisme, aussi bien par les hommes que par les femmes, ces dernières étant victimes de « la violence symbolique, violence douce, insensible, invisible pour ses victimes-mêmes, qui s'exerce pour l'essentiel par les voies purement symboliques de la communication et de la connaissance ou, plus précisément, de la méconnaissance » (9).

IV. LE HARCELEMENT SEXUEL AU TRAVAIL :

Parfois condamné, souvent nié ou méconnu, il se manifeste quotidiennement sous de nombreuses formes.

A. Comment la loi définit-elle le « harcèlement sexuel » ? (23)

La loi fixe des limites aux comportements de chacun et définit deux types de « harcèlement sexuel ».

La première forme de harcèlement est celle qui consiste en plusieurs actes, même séparés par un laps de temps, à « connotation sexuelle » dont le caractère est « dégradant » ou « humiliant », ou qui ont pour conséquence de rendre insupportables les conditions de vie ou de travail de la victime car ils créent à son encontre « une situation intimidante, hostile ou offensante ». Il n'est pas nécessaire de prouver une intention de l'auteur d'obtenir des faveurs de nature sexuelle. Ce qui est très important, c'est l'absence de consentement de la victime, même si celle-ci garde le silence. Autrement dit, le jeu s'arrête là où l'on porte atteinte à la dignité de l'autre.

La deuxième forme de harcèlement prévue par la loi est celle constituée par un acte unique de chantage qui se matérialise par « une pression grave » afin d'obtenir « un acte de nature sexuelle », que celui-ci soit recherché « à son profit ou celui d'un tiers ». L'auteur fera miroiter l'obtention d'un

emploi, d'une augmentation, d'une promotion, ou fera croire à la victime qu'elle évitera un licenciement ou une mutation... etc, contre des faveurs sexuelles.

Enfin, pour que le délit de harcèlement sexuel soit constitué, peu importe l'existence d'un lien hiérarchique, le lieu de l'infraction (dans ou en dehors du lieu de travail), la nature du contrat (contrat à durée déterminée, ou indéterminée, stage...) et quel que soit le sexe de la victime ainsi que de l'agresseur supposé.

B. Quels sont les recours pour les victimes ?

Pour s'informer :

Un site internet a été mis en place par le gouvernement pour constituer une base documentaire facilement accessible à la population générale : www.stop-harcelement-sexuel.gouv.fr

Deux numéros sont également à disposition, en appel gratuit : 08 842 846 37 (pour toutes les victimes de violences) et le 39 19 (pour les femmes victimes de violences).

Pour les violences sur le lieu de travail, l'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT) dispose d'une permanence téléphonique au 01 45 84 24 24 du lundi au vendredi de 9h30 à 15h.

Un site regroupe également les associations locales d'aide aux victimes de violences : www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-associations-daide-aux-victimes-21769.html

Cela permet de compenser le manque d'informations sur ce thème au sein des lieux de travail.

Pour dénoncer :

Au sein de l'établissement hospitalier, les victimes de harcèlement sexuel peuvent en référer auprès de la médecine du travail, du syndicat des personnels, ou bien plus simplement auprès du supérieur hiérarchique (cadre de santé, direction).

Si l'infirmière ne souhaite pas dénoncer de tels agissements en interne, il lui est possible de se tourner vers le Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmiers.

A l'extrême, il existe le recours au pénal. Le harcèlement sexuel est un délit pénal. La victime a 6 ans pour déposer plainte. Elle devra cependant rapporter assez d'éléments de preuves. Les peines encourues sont de 2 ans d'emprisonnement et 30.000 € d'amende, mais peuvent être plus élevées lorsque l'auteur a abusé de l'autorité conférée par ses fonctions, ou lorsque la victime est considérée comme particulièrement vulnérable (personne malade, femme enceinte...). En plus des sanctions civiles et pénales encourues par l'auteur de l'infraction, l'employeur (privé comme public) peut prendre des sanctions disciplinaires à son encontre, pouvant aller jusqu'au licenciement.

C. L'employeur peut-il être tenu responsable de défaut de protection de son salarié victime de harcèlement ?

L'employeur est tenu de façon inconditionnelle à la protection de ses salariés. Sa responsabilité peut ainsi être mise en cause. L'employeur peut être condamné même s'il a pris des mesures pour faire cesser les agissements. Si la victime travaille dans la fonction publique, elle devra déposer une requête devant le Tribunal administratif. L'administration pourra sous certaines conditions prendre en charge les frais de procédure ou, le cas échéant, le préjudice qui en résulte. Le salarié du privé devra saisir le conseil de Prud'hommes dans les 5 ans suivant les faits.

(Il faut distinguer au harcèlement sexuel les situations comportant un contact physique, pouvant s'agir dans ce cas d'une agression sexuelle.)

D. Quels sont les chiffres du harcèlement sexuel au travail ?

En Janvier 2014, un rapport d'enquête réalisé par l'IFOP (Institut Français d'opinion publique) (24) à propos du harcèlement sexuel au travail interrogeait 1005 personnes (dont 615 femmes de 18 à 64 ans) sur le harcèlement sexuel au travail. Avant toute chose, cette enquête était en participation libre et donc potentiellement à risque de biais de sélection, malgré une représentativité démographique de l'échantillon (sexe, âge, profession, région).

Si les situations de gestes, propos, voire chantage sexuel étaient considérées comme « graves » par une large majorité de répondants (94 à 96 %), un environnement de travail avec des blagues à caractère sexuel ne constituait une situation de harcèlement sexuel pour à peine la moitié de

l'échantillon testé (47 % de l'ensemble, 49 % des femmes, dont respectivement 14 et 15 % déclarant « oui, c'est certain »). Un rapport sénatorial de 2012 (25) vient compléter ce chiffre en précisant que **45 % des femmes déclarent avoir entendu des blagues sexistes ou sexuelles au travail.**

Le rapport fait également ressortir que moins de deux employeurs sur dix (18 %) ont mis en place des actions de prévention contre le harcèlement sexuel.

A titre personnel, **57 % des femmes de 18-64 ans interrogées s'estimaient « plutôt mal informées » sur le harcèlement sexuel au travail.**

Parmi les femmes interrogées, constituant 61 % de l'échantillon, **20 % des femmes déclaraient être ou avoir été victime de harcèlement sexuel sur leur lieu de travail.** Dans 61 % des situations, il s'agissait d'un environnement de travail avec des blagues à caractère sexuel.

En 2014, 138 appels au 3919 (Violence femme info-service) concernaient une situation de harcèlement sexuel au travail.

Ces chiffres sont complétés par le fait que près de trois victimes sur dix (29 %) ne se sont confiées à personne.

E. Quelles sont les principales limites à l'expression du malaise des femmes vis-à-vis de ces propos ?

Au moins trois domaines peuvent participer au fait que le harcèlement sexuel reste une situation taboue à propos de laquelle de nombreuses femmes choisissent de taire.

Premièrement, le vécu de la situation. Si certaines victimes trouvent le répondant nécessaire pour contrer aussitôt une situation problématique, il est fréquent qu'une sidération s'installe initialement dans l'esprit de la victime, toute réaction spontanée étant alors inhibée par le sentiment de désemparement. Un sentiment de dégradation de soi s'installe fréquemment, la femme étant « salie » par les propos du harceleur. La victime ne souhaite alors pas étaler sa honte auprès du monde qui l'entoure. On retrouve cette notion avec les victimes de viols sexuels. Le harcèlement sexuel est également un viol, sans contact physique.

Deuxièmement, les conséquences craintes par la victime. Près de 95 % des dossiers de l'AVFT mentionnent « des ruptures et des discontinuités dans la carrière de ses victimes » (25), comme des mutations forcées par exemple. Le sondage Ifop de 2014 sur le harcèlement sexuel au travail (24) plaide dans le même sens, avec 14 % de non renouvellement de contrat, 10 % de licenciement, 7 % de mutation, et 5 % de refus d'embauche. La victime peut craindre pour l'image qu'elle dégage, allant de la femme « faible » contraire aux valeurs prônées par un monde de l'entrepreneuriat où notamment la force mentale est de mise, à la femme « prude » ou « ennuyeuse » ne sachant pas prendre avec humour les réflexions qui lui sont faites. Voire la femme « prétentieuse » ou « paranoïaque », alors considérée par les harceleurs méconnus comme une femme se sentant harcelée au moindre regard de travers.

Enfin, des sanctions sont rarement prononcées contre ce type d'agissements. Entre 2005 et 2010, seules 70 à 85 infractions ont donné lieu chaque année à condamnation, sur environ un millier de procédures par an. Le sondage Ifop de 2014 met en avant le fait que 94 % des femmes de la population interrogée estiment que le harcèlement sexuel n'est pas suffisamment reconnu dans les situations de travail. Les poursuites pénales sont rarement fructueuses, très difficiles à prouver. Puisqu'il faut démontrer la faute du harceleur, il y a la nécessité de donner des détails (souvent dégradant à raconter pour la victime), et des preuves matérielles sont généralement exigées, ou bien l'accumulation de témoignages. Cela explique l'effet boule de neige lors de la publication d'un cas de suspicion de harcèlement sexuel de la part d'un homme, avec de nombreuses femmes profitant du nombre de témoignages pour compenser l'absence de preuves matérielles. C'est ce qui s'est passé avec l'affaire Harvey Weinstein, où cette personnalité influente de l'industrie du cinéma américain s'est vu accuser de harcèlement sexuel par un nombre de femmes croissant au fil des jours en fin d'année 2017 (26).

Ces différentes raisons peuvent en partie expliquer ce chiffre d'un millier de procédures annuelles, paraissant bien restreint comparé au nombre de faits de harcèlement sexuel dont les enquêtes laissent présumer l'existence.

V. L'HOPITAL, TERRAIN PROPICE AU SEXISME AU TRAVAIL :

Le milieu hospitalier est un terrain propice aux comportements sexistes et/ou à caractère sexuel envers les infirmières.

Parlons tout d'abord de l'hôpital en lui-même, où le monde médical s'est toujours rapproché des thématiques sexuelles. De nombreux gestes médicaux et paramédicaux sont relatifs aux organes sexuels (sondage urinaire, toilette) ou à l'anus (lavements, toucher rectal). Un corps nu est totalement banalisé, il fait partie du quotidien. Quand bien même le patient puisse être habillé, un bon examen clinique médical impose fréquemment de faire déshabiller le patient. Cette habitude nous pousse par ailleurs parfois à oublier la gêne ressentie par le patient lors des gestes et examens. L'hôpital est un lieu où le corps humain est désacralisé.

Du point de vue des soignants également, les vestiaires ne sont pas toujours adaptés sur le plan architectural, il arrive même que les hommes et les femmes doivent partager la même salle de changement de tenue... qui ne sont d'ailleurs pas toujours à la bonne taille.

En dehors des services, la sexualité est un thème central dans les coutumes carabines. En témoignent les fresques pornographiques ayant fait l'actualité ces dernières années (27), les affiches des soirées médecines (28) ou plus récemment les scandales sur le bizutage (29), le sexe reste l'un des principaux moyens pour les médecins d'évacuer les tensions inhérentes à l'exercice de leur métier, depuis la création de l'Internat par Napoléon en 1802. Cependant, comme le rappelle Emmanuelle Godeau (médecin et anthropologue) dans son livre L'esprit de corps (30), il semble difficile de se sortir de l'éternel débat entre la « tradition » et le « sexisme ».

En France, il existe de nombreux témoignages traitant de l'exposition des étudiantes au sexisme durant leurs études de médecine (31,32). Par-delà les dérives actuelles, le milieu médical est traditionnellement un milieu à prédominance masculine, depuis les origines de la profession. A l'époque de la haute société Athénienne, vers 350 avant-JC, Agnodice aurait été la première femme médecin-gynécologue de l'Histoire, ayant dû se déguiser en homme afin de pouvoir suivre les cours de médecine, réservés aux hommes. Les études, et plus généralement le Travail, étant réservé au sexe masculin jusqu'à il y a peu, le *sex-ratio* commence tout juste à s'inverser sur les bancs des facultés de médecine.

En 2016, les hommes devenaient même minoritaires à 47,1 % (Calvados à 49,2 %), avec néanmoins une nette majorité masculine parmi les chirurgiens à 63,7 % (Calvados à 61,0 %).

Cependant les mœurs évoluant lentement, les pratiques et propos à caractère sexistes restent prépondérants dans le quotidien hospitalier. De plus, le *sex-ratio* commençant seulement à s'inverser, cette prise de pouvoir féminine n'a pas encore atteint les hautes sphères hiérarchiques, les services de soins et plus généralement les hôpitaux sont encore largement dirigés par des hommes. Sans qu'aucune étude en France ne vienne attester le bien-fondé de ces idées reçues, le milieu chirurgical est classiquement connu pour avoir une trivialité sexuelle renforcée par rapport aux autres milieux médicaux (un des intérêts de ce travail de thèse étant d'apporter des éléments pour ou contre cette hypothèse).

Ceci pourrait s'expliquer, si cette hypothèse était vérifiée, par le fait que les médecins hommes sont majoritaires en chirurgie et que le rapport au corps humain est encore différent de celui en médecine, le nu étant encore plus présent. Cette situation constitue donc un facteur d'exposition au sexisme pour les femmes travaillant à l'hôpital, toutes catégories professionnelles confondues, 58 % des femmes estimant que le fait de travailler dans un univers à dominante masculine constitue un facteur de risque d'exposition au harcèlement sexuel au travail (24).

Dans ce milieu où le sexisme et le sexe sont très présents, les infirmières font partie des principales cibles pour plusieurs raisons. Les différents témoignages rapportant une grande fréquence des rapports hiérarchiques entre les coupables et les victimes de harcèlement sexuel, les infirmières sont directement soumises à un mode de fonctionnement hospitalier fortement hiérarchique, et peuvent subir un rapport de force défavorable, que ce soit par une hiérarchie administrative (cadres, direction), ou bien par une fausse hiérarchie au sein de la croyance populaire (médecins/chirurgiens).

L'infirmière est également exposée vis-à-vis du patient et de sa famille, du fait d'un contact beaucoup plus important que le personnel médical, qui bénéficie en plus d'une certaine aura auprès de la population générale.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

Notre recherche bibliographique concernant l'exposition des infirmières hospitalières au propos à caractères sexuels et au harcèlement sexuel a mis en lumière le manque d'études dans ce domaine.

- Google Scholar : recherche « sexisme infirmières », pas de résultats utiles.

- Doc'Cismef : recherche « sexisme », « harcèlement sexuel », « hôpital » = 1 seul résultat traitant du sexisme en milieu chirurgical, du point de vue des chirurgiennes.
- Pubmed :
 - ⇒ « *Sexism* » + « *Nurses* » dans le titre et/ou le résumé = 16 résultats peu intéressants.
 - ⇒ « *Sexual harassment* » + « *Nurses* » dans le titre et/ou le résumé, datant de moins de 10 ans = 49 résultats
 - ⇒ « *Sexual harassment* » + « *Hospital* » dans le titre et/ou le résumé, datant de moins de 10 ans = 34 résultats se recoupant avec les précédents, avec de nombreux textes s'intéressant au monde médical, et dont les études se situent dans des pays à prédominance musulmane, ou dans des pays d'Asie orientale, donc pas forcément extrapolables à notre population.
 - ⇒ « *Sexual* » + « *jokes* » = une cinquantaine de résultats, dont seulement 16 datant de moins de 10 ans et parmi eux seulement 2 s'intéressant au monde hospitalier.
 - ⇒ Globalement le harcèlement sexuel est inclus dans des études traitant de façon indifférenciée des différents types de violences sur lieu de travail (physique, non physique, sexuelle, non sexuelle)

Le harcèlement sexuel envers les infirmières hospitalières reste donc globalement peu abordé, comme le mentionne le *Background* de la méta-analyse publiée en 2013 par Paul Spector et al. traitant de l'exposition infirmière à la violence physique et non physique, aux « brimades » (*bullying*) et au harcèlement sexuel (33).

Quelques articles ont néanmoins retenu mon attention :

- Une étude réalisée par Ehab et al.(34) est l'une des rares à évaluer la prévalence des différentes formes de harcèlement sexuel retrouvées à l'hôpital. Cette étude réalisée auprès de 430 infirmières sur les hôpitaux de l'université de Tanta (Egypte) déclare que plus de 70 % des réponduses a été exposée à une situation de harcèlement sexuel sur son lieu de travail. Parmi les formes de harcèlement, les plaisanteries (*jokes*) ont été rapportées par 57,3 % du personnel exposé. Les personnes à l'origine des situations de harcèlement étaient en majorité les proches des patients (62 %), suivis des personnels non médicaux (45 %). L'autre intérêt de cette étude est qu'elle est une des très rares à comparer les services médicaux et chirurgicaux (sans distinguer service d'hospitalisation chirurgicale et bloc opératoire), montrant une différence significative entre l'exposition en secteur médical (76,1 %) et chirurgical (61,2 %). Cette étude est différente de notre projet, ce dernier s'intéressant à la période actuelle, alors que l'étude de Ehab et al. ne se limitait pas à une période donnée.

- Pour revenir sur l'étude de Spector et al., on retrouve une prévalence de harcèlement sexuel de 28 % sur l'ensemble des pays, tous services confondus et toutes caractéristiques des réponduses confondues. Les autres résultats sont difficilement interprétables, puisque relatifs aux violences « non physiques », sans juger du caractère sexuel ou non.
- Libbus et Bowman en 1994 reportaient que plus de 70 % des infirmières interrogées dans un hôpital américain avaient été exposées à une forme de harcèlement sexuel, principalement des remarques à caractère sexuel (35).
- Une étude indienne de 1996 retrouvait une estimation semblable avec 75 % d'exposition (36).
- Une étude plus récente (2003) montait ce chiffre à 91 %, toutes formes de harcèlement sexuel confondues (37)
- Une étude réalisée en Ethiopie trouve une proportion de stress lié au harcèlement sexuel sur le lieu de travail chez 46 % des réponduses infirmières (38).

Toutes ces études mettent en lumière plusieurs points :

Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, aucune étude française n'a été recensée. Les différences culturelles entre les pays, parfois fortes, rendent les chiffres difficilement extrapolables.

Parmi les études intéressantes, le taux d'exposition au harcèlement sexuel au cours d'une carrière est haut, concernant régulièrement une majorité des réponduses.

Le harcèlement sexuel est souvent abordé comme une notion uniforme. Ses différentes formes sont rarement décomposées, et les situations d'agression sexuelle peuvent être ménagées avec des situations bien plus insidieuses (donc banales) comme les plaisanteries à caractère sexuel.

Peu d'études cherchent à comparer les différences d'exposition selon le type de service hospitalier, à l'exception des urgences où ce taux est reconnu comme plus important.

L'intérêt de notre étude est donc :

- De nous intéresser à ces formes « cachées » de harcèlement sexuel, en l'occurrence les propos considérés comme des blagues par ceux ou celles qui les émettent.
- De rechercher une différence de prévalence entre les services d'hospitalisations médicales, chirurgicales et le bloc opératoire.
- De recenser des données actuelles puisque s'intéressant à l'exposition présente des infirmières sur leur lieu de travail actuel. Cela exclue donc tous les événements ayant pu s'être passés dans le passé.

- De créer une base de données locales puisque peu voire aucun travail n'a été réalisé en France, spécifiquement sur les infirmières hospitalières.

VII. METHODE ET OBJECTIFS :

La thèse était fondée sur une étude transversale descriptive multicentrique.

La population cible était constituée d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) des services de soins médicaux et chirurgicaux, ainsi que des Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat (IBODE) et des Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat (IADE) exerçant aux blocs opératoires. Etaient exclues les cadres de santé (femmes ou hommes) et les infirmiers.

Les services étaient sélectionnés parmi les services d'hospitalisations de patients transférés depuis les urgences. Etaient ainsi exclus les services d'hospitalisées programmées à entrées directes, telles que les hospitalisations de jour ou de semaine et les Services de Soins et de réadaptation (SSR). Les urgences, la réanimation et les services pédiatriques ont également été exclus. Les services ont ensuite été choisis de façon à ce qu'un maximum de disciplines différentes soient représentées.

Les hôpitaux étaient sélectionnés parmi les centres hospitaliers publics au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Normandie-Centre, disposant de services de soins médicaux et chirurgicaux. Les hôpitaux de Caen (Centre Hospitalier Universitaire - CHU), Bayeux, Lisieux et Falaise ont été choisis de façon aléatoire ou par facilité compte-tenu de mes lieux de stage. En effet, afin de ne pas influencer les résultats, je n'ai pas distribué de questionnaires sur mes lieux de stage.

Les questionnaires étaient en version papier, généralement remises aux cadres de santé qui s'occupaient ensuite de la distribution et du recueil des questionnaires. Une boîte scellée était mise à disposition, récupérée au bout d'un certain temps, selon mes disponibilités et la rapidité de réponse des services. Le nombre de services consultés par type (médical / chirurgical / bloc) et par établissement est disponible en annexe 1.

Le questionnaire en lui-même était décomposé en plusieurs parties :

- Données démographiques du sujet répondeur (âge, statut familial), caractéristiques du poste occupé (type de service, ancienneté au poste actuel et dans la profession, type de contrat...)

- Présentation de phrases tirées de la vie réelle avec interrogation sur ces phrases à partir de proposition d'adjectifs qui devaient être notés sous forme d'une échelle de Lickert de 0 (pas du tout) à 5 (totalement). Ces phrases abordaient 4 aspects du sexisme : 1) Blague grivoise à caractère sexuel – 2) Propos sexiste sans connotation sexuelle – 3) Compliment physique sans connotation sexuelle nette – 4) Propos à caractère sexuel comprenant une invitation directe
- Exposition des répondeuses à ces phrases, avec retentissement de ceux-ci sur la qualité de vie au travail et que la qualité du travail produit
- Avis concernant quelques idées reçues sur ces phrases à l'hôpital
- Tentatives de protestations et résultats
- Connaissance des recours disponibles en cas de nécessité

Ce questionnaire a été rédigé de façon à ce qu'il soit parfaitement anonyme, ne demandant à aucun moment les coordonnées personnelles des répondeuses. Cependant, une section de commentaires libres en fin de questionnaire était mise à disposition, où elles pouvaient entre autres laisser par exemple leur adresse mail si celles-ci souhaitaient personnellement être mises au courant des résultats.

Le questionnaire final est disponible en annexe 2.

Avant distribution des questionnaires, un travail de communication a été réalisé en amont par démarchage en personne dans les services afin de créer un lien de confiance avec le personnel infirmier et ainsi potentialiser le taux de réponse.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et la commission éthique des différents établissements n'ont pas été sollicités devant l'anonymisation des questionnaires lors de sa rédaction et lors de la retranscription des résultats (cf infra). Cependant, une autorisation par téléphone ou par mail a été demandée auprès de la Direction Générale des Soins de chaque hôpital.

Après récupération des questionnaires, ceux-ci étaient mélangés avec ceux venant des autres services et des autres établissements afin de conforter l'anonymisation des données recueillies.

Le taux de réponse visé était de 60 %. Celui-ci était calculé à partir du nombre de répondeuses potentielles lui-même déduit des plannings aimablement mis à disposition par les cadres de santé, afin de connaître le nombre exact d'IDE en poste durant la période de distribution de questionnaires dans les services.

L'objectif du nombre de réponses était de 250 questionnaires, avec une répartition homogène entre les différents types de services (médecine – chirurgie – bloc opératoire) et les types d'établissements hospitaliers (CHU – hôpitaux périphériques).

Les résultats étaient retranscrits sur ordinateur avec le logiciel Microsoft Excel, également utilisé pour les quelques graphiques qui seront retrouvés en section « Résultats ».

Les degrés de significativité des différences entre les résultats étaient calculés par des tests de Chi 2, à partir du site internet biostaTGV (<https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

VIII. RESULTATS :

A. Nombre de réponses et taux de participation :

Le recueil des réponses s'est étalé sur 8 mois, avec une durée moyenne d'environ un mois pour chaque service.

Le tableau 1 présente le nombre de réponses par type de service (médecine, chirurgie, bloc opératoire) et par type d'établissement (CHU, périphériques)

Tableau 1 – Taux de participation (nombre de répondantes / nombre de répondantes potentielles)

	Médecine	Chirurgie	Bloc	Total	Taux
CHU	49/77	46/67	56/74	151/218	69,3 %
Périphériques	67/96	49/66	48/63	164/225	72,9 %
Total	116/173	95/133	104/137	315/443	71,1 %
Taux	67,1 %	71,4 %	75,9 %		

Le taux de réponses ne différait pas significativement entre le CHU et les hôpitaux périphériques (p=0.40), ni entre les différents types de service (p=0.23).

B. Caractéristiques socio-professionnelles :

Tableau 2 – Caractéristiques socio-professionnelles

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Âge								
< 30 ans	38	32,8	26	27,4	10	9,6	74	23,5
30 – 45 ans	64	55,2	50	52,6	50	48,1	164	52,1
≥ 45 ans	14	12,1	19	20,0	44	42,3	77	24,4
Statut marital								
En couple	94	81,7	73	76,8	84	82,4	251	80,4
Célibataire	21	18,3	22	23,2	18	17,6	61	19,6
Enfants								
Oui	86	74,4	66	69,5	87	84,5	239	76,1
Non	30	25,6	29	30,5	16	15,5	75	23,9
Ancienneté IDE								
< 5 ans	28	24,6	19	20,0	24	23,5	71	22,8
5 – 10 ans	46	40,4	27	28,4	16	15,7	89	28,6
≥ 10 ans	40	35,1	49	51,6	62	60,8	151	48,6
Ancienneté service								
< 1 an	23	19,8	9	9,5	12	11,5	44	14,0
1 – 5 ans	50	43,1	32	33,7	28	26,9	110	34,9
≥ 5 ans	43	37,1	54	56,8	64	61,5	161	51,1

Les infirmières de bloc opératoire étaient significativement plus âgées que celles de médecine ou de chirurgie (42% de femmes de plus de 45 ans, versus 12% et 20% respectivement, $p < 10^{-3}$).

C. Caractéristiques du poste occupé

Tableau 3 – Caractéristiques du poste occupé

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Poste (bloc)								
IBODE					70	67,3		
IADE					34	32,7		
Titulaire								
Oui	92	80,0	78	82,1	90	86,5	260	82,8
Non	23	20,0	17	17,9	14	13,5	54	17,2
Faisant-fct° (bloc)								
Oui					28	26,9		
Non					76	73,1		
Horaire de travail								
Jour	88	75,8	69	72,6	26	25,0	183	58,1
Nuit	14	12,1	19	20,0	12	11,5	45	14,3
Les deux	14	12,1	7	7,4	66	63,5	87	27,6
Qualité de vie dans le service (sur 5)	4,0		3,7		3,7		3,8	

Les IDE travaillant au bloc opératoires, IBODE ou IADE, travaillaient plus souvent sur des horaires mixtes (jour et nuit). Cela s'explique par un système de garde postée la nuit, comme sur les week-ends et les jours fériés.

Dans les services autres, les IDE peuvent être amenées à travailler la nuit pour compenser un effectif infirmier insuffisant.

Concernant le poste occupé, une des questions s'attachait à évaluer leur pourcentage d'hommes parmi les postes hiérarchiquement supérieurs, c'est-à-dire les cadres de santé et les chefs de service.

Tableau 4 – Proportion masculine aux postes supérieurs

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
% chefs de service hommes	87	75,0	76	80,0	76	79,2	239	77,9
% cadres de santé hommes	17	15,3	17	17,9	64	61,5	98	31,6

La proportion d'hommes parmi les chefs de service était homogène entre les différents services avec une nette prédominance masculine. Parmi les cadres, les hommes étaient minoritaires dans les services de médecine et de chirurgie, mais toujours plus nombreux que les femmes au bloc opératoire ($p < 10^{-9}$), avec une proportion d'hommes qui restait légèrement inférieure parmi les cadres de santé au bloc opératoire que parmi les chefs de service des blocs opératoires.

D. Sensibilisation des services au sexisme :

Tableau 5 – Sensibilisation du service au sexisme (Q28 « Pensez-vous que votre service est sensibilisé au sexisme à l'hôpital ? ») :

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Non	81	71,1	50	52,6	46	44,2	177	56,5
Oui, mais pas suffisamment	19	16,7	33	34,7	38	36,5	90	28,8
Oui, suffisamment	14	12,3	12	12,6	20	19,2	46	14,7

La différence était significative entre les services de médecine et le bloc opératoire ($p < 0,005$), ainsi qu'entre les services de médecine et de chirurgie ($p < 0,05$). Selon les infirmières répondantes, les services de médecine étaient moins sensibilisés au sexisme à l'hôpital que les services de

chirurgie/bloc opératoire. Il n'y avait en revanche pas de différence entre le bloc opératoire et les services de chirurgie ($p = 0,34$).

E. Exposition des infirmières aux propos à caractère sexuel/sexiste :

Tableau 6 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		P	TOTAL	
	n	%	n	%	n	%		N	%
Jamais	49	42,2	26	27,4	20	19,2		95	30,2
< 1x/mois	33	28,4	34	35,8	44	42,3		111	35,2
< 1x/semaine - ≥ 1x/mois	23	19,8	25	26,3	14	13,5		62	19,7
≥ 1x/semaine	8	6,9	10	10,5	22	24,2		40	12,7
Tous les jours	3	2,6	0	0,0	4	3,8		7	2,2

Si le taux global d'exposition était de 69,8 %, celui variait fortement entre les différents services.

Alors que 42,2 % des IDE travaillant en service d'hospitalisations médicales déclaraient ne « jamais » entendre de tels propos, le taux diminuait à 29,6 % en secteur d'hospitalisations chirurgicales et moins de 20 % au bloc opératoire. Les différences étaient significatives entre le secteur médical le bloc opératoire ($p < 0,001$). Le bloc opératoire présentait également les taux les plus élevés de fréquence d'exposition, avec une différence de signification avec les deux autres lieux concernant une exposition d'au moins une fois par semaine ($p < 0,0005$ avec la médecine, $p < 0,005$ avec la chirurgie).

Nous avons recherché une relation entre le taux d'exposition des infirmières et le sexe du chef de service ou du cadre de santé.

Tableau 7 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes selon le sexe du chef de service

	CHEF DE SERVICE HOMME		CHEF DE SERVICE FEMME	
	n	%	n	%
Jamais	68	28,5	27	35,5
< 1x/mois	90	37,7	21	27,6
≥ 1x/mois - < 1x/semaine	46	19,2	16	21,1
≥ 1x/semaine	30	12,6	10	13,2
Tous les jours	5	2,0	2	2,6

Le taux d'exposition (exposées vs non exposées) des infirmières ne variait pas de façon significative selon que le chef de service soit un homme ou une femme ($p = 0,36$)

Tableau 8 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes selon le sexe du cadre de santé

	CADRE DE SANTE HOMME		CADRE DE SANTE FEMME	
	n	%	n	%
Jamais	19	19,4	76	35,0
< 1x/mois	30	30,6	81	37,3
≥ 1x/mois - < 1x/semaine	21	21,4	41	18,9
≥ 1x/semaine	22	22,5	18	8,3
Tous les jours	6	6,1	1	0,5

Les infirmières ayant un cadre de santé (homme) étaient davantage exposées sur notre échantillon que celles ayant unE cadre de santé (p = 0,02).

Le tableau suivant présente le taux d'exposition des infirmières classées en fonction de leur tranche d'âge.

Tableau 9 – Exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes selon leur tranche d'âge

	< 30 ans		30 – 45 ans		≥ 45 ans	
	n	%	n	%	n	%
Jamais	21	28,4	42	25,6	32	41,6
< 1x/mois	26	35,1	65	39,7	20	26,0
≥ 1x/mois - < 1x/semaine	17	23,0	35	21,3	10	13,0
≥ 1x/semaine	8	10,8	18	11,0	14	18,2
Tous les jours	2	2,7	4	2,4	1	1,3

L'exposition des infirmières aux propos sexuels/sexistes différait de façon significative selon la tranche d'âge (p=0.04).

La différence était significative entre les infirmières de 30-45 ans, qui sont davantage exposées, et les infirmières de plus de 45 ans, qui le sont moins (p = 0,02). En revanche, les différences entre les autres catégories d'âges n'étaient pas significatives, bien qu'un écart semble apparaître entre les < 30 ans et les > 45 ans (p = 0,07).

F. Répartition des professions à l'origine et destinataires de ces propos :

Tableau 10 – Répartition des personnes émettrices des propos sexuels/sexistes

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		P	TOTAL	
	n	% (1)	n	% (1)	n	% (1)		N	% (1)
Statut									
Médecin	34	50,7	37	57,8	74	90,2		145	68,1
Cadre	2	3,0	5	7,8	6	7,3		13	6,1
Infirmier(e)	31	46,3	20	31,3	48	58,5		99	46,5
Paramédical (aide-soignant(e), kiné, diététicien(ne)...)	27	40,3	16	25,0	8	9,8		51	23,9
Autre hospitalier (ASH, brancardier, secrétaire...)	39	58,2	30	46,9	36	43,9		105	49,3
Patient(e)	44	65,7	42	65,6	6	7,3		92	43,2
Famille/proche	21	31,3	30	46,9	0	0,0		51	23,9
Sexe									
Homme	45	66,2	61	88,4	64	78,0		175	76,8
Femme	4		1		0			6	
Les deux en proportions égales	18		7		18			47	

(1) % des infirmières exposées aux propos sexuels/sexistes, directement visées ou non

Tous services confondus, les médecins étaient le plus souvent à l'origine de ces propos, suivis des patients et de leurs proches.

Cependant, ce taux était surtout dû au bloc opératoire puisqu'au sein des services d'hospitalisation (médecine et chirurgie), ce sont les patients qui sont le plus souvent à l'origine de ces propos.

D'après les répondantes, les hommes sont davantage à l'origine de ce type de propos que les femmes à l'hôpital.

Tableau 11 – Répartition des personnes réceptrices des propos sexuels/sexistes

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		P	TOTAL	
	n	% (1)	n	% (1)	n	% (1)		N	% (1)
Médecin	10	15,4	12	18,8	26	31,7		48	22,7
Cadre	1	1,5	5	7,8	2	2,4		8	3,8
Infirmier(e)	64	98,5	64	100	82	100		210	99,5
Paramédical (aide-soignant(e), kiné, diététicien(ne)...)	35	53,8	32	50,0	32	39,0		99	46,9
Autre hospitalier (ASH, brancardier, secrétaire...)	22	33,8	11	17,2	32	39,0		65	30,8
Patient(e)	3	4,6	4	6,3	4	4,9		11	5,2
Famille/proche	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0

(1) % des infirmières exposées aux propos sexuels/sexistes, directement visées ou non

Ce tableau met en évidence le fait que les équipes paramédicales autres qu’infirmières étaient également visées par ce type de propos de façon assez importante.

Les médecins, qui représentaient la catégorie la plus à l’origine de ces propos, n’étaient touchés qu’à 22,7 % par ceux-ci.

G. Retentissement sur les infirmières concernées par ces propos :

Tableau 12 – Retentissement sur l’infirmière personnellement visée par les propos

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Retentissement négatif sur le bien-être	22	19,0	21	22,1	28	26,9	71	22,5
Retentissement négatif sur la qualité du travail	17	14,7	10	10,5	18	17,3	45	14,3
Retentissement négatif sur le bien-être ET/OU sur la qualité du travail	29	25,0	22	23,2	28	26,9	79	25,1

Les différences entre les services n’étaient pas significatives. Par ailleurs, seules 3 IDE ont rapporté un retentissement positif à ces propos (1 en service d’hospitalisation chirurgicale, et 2 au bloc opératoire), les autres ne relevant aucun retentissement.

H. Avis à propos de phrases-exemples entendues en service :

Afin de percevoir quels sentiments prédominaient en réaction à certaines phrases-exemples, les infirmières ont été invitées à juger comme adaptés ou non des sentiments proposés (positifs comme négatifs) auprès de 4 phrases différentes.

La question était formulée de la façon suivante : « Pour chacune des 4 phrases [...], si celle-ci vous était faite directement, vous vous sentiriez... »

Les infirmières étaient invitées à noter 6 adjectifs proposés (déstabilisée – amusée – dévalorisée – choquée – agacée – flattée) de 0/5 (pas du tout) à 5/5 (totalement).

Le tableau suivant regroupe la moyenne des notes pour chaque adjectif et pour chaque phrase. Sur cette question, de nombreux questionnaires ont été incorrectement remplis, aussi le nombre de réponses pour chaque adjectif est-il indiqué (n).

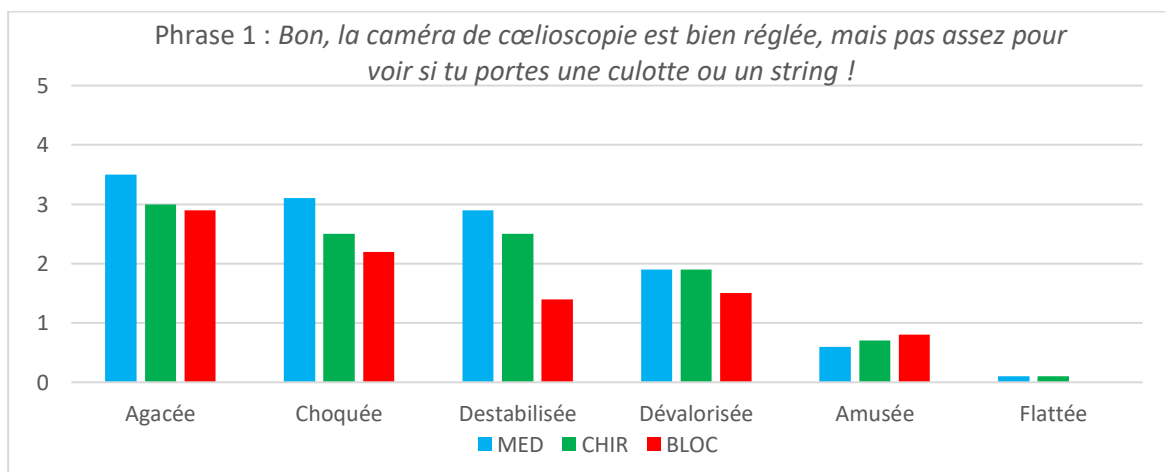
Tableau 13 – Ressenti des infirmières vis-à-vis de phrases-exemples, de 0 (pas du tout) à 5 (totalelement) :

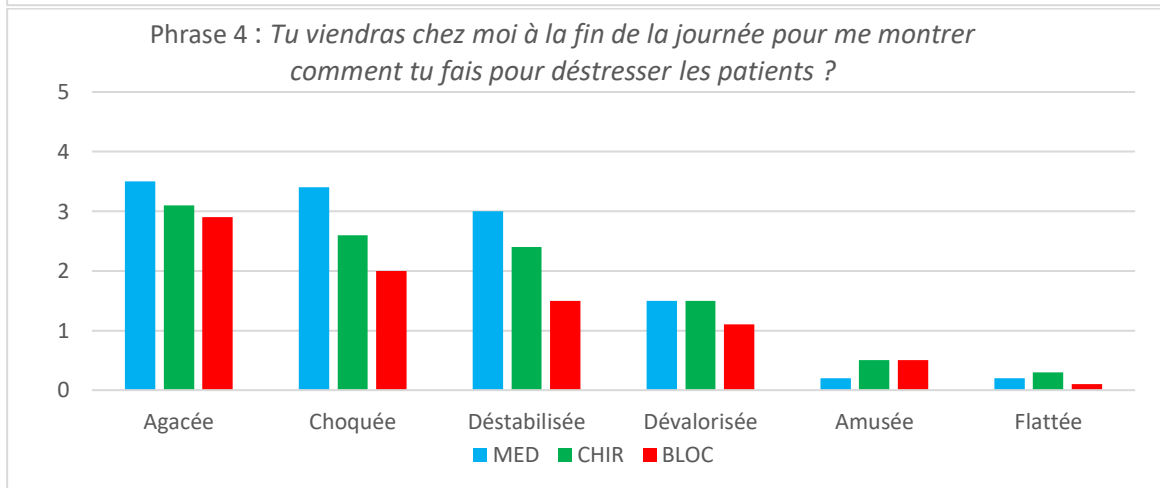
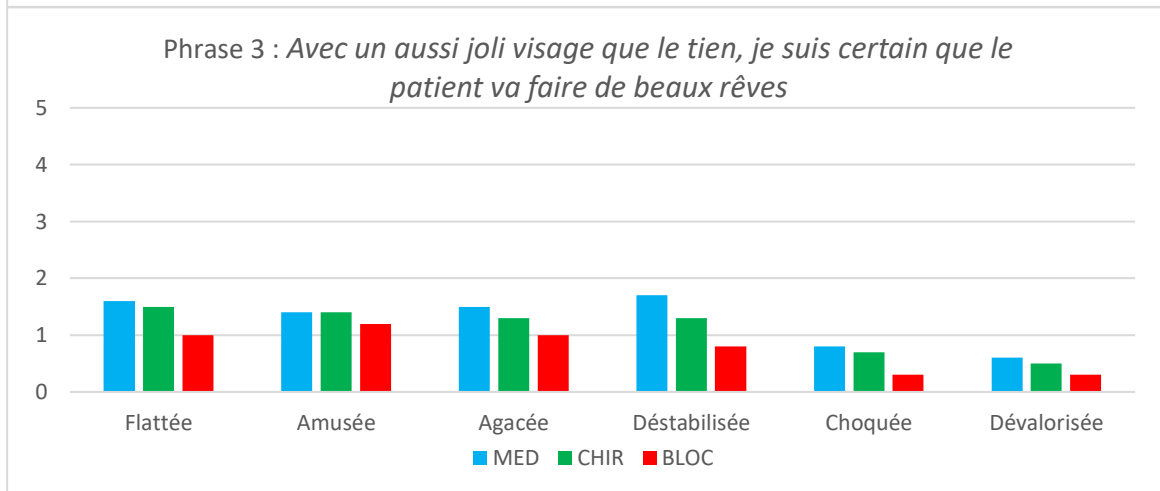
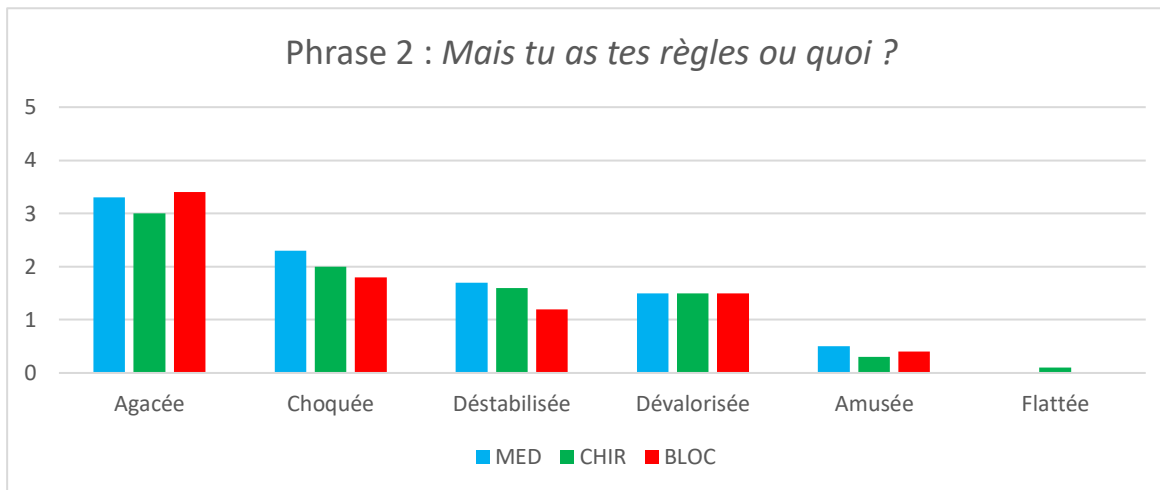
	Agacée		Choquée		Déstabilisée		Dévalorisée		Amusée		Flattée	
		n		n		n		n		n		n
Phrase 1 : <i>Bon, la caméra de coelioscopie est bien réglée, mais pas assez pour voir si tu portes une culotte ou un string</i>	3,14	298	2,60	299	2,24	293	1,76	288	0,70	292	0,06	289
Phrase 2 : <i>Mais tu as tes règles ou quoi ?</i>	3,24	305	2,03	295	1,49	293	1,50	289	0,40	288	0,03	289
Phrase 3 : <i>Avec un aussi visage que le tien, je suis certain que le patient va faire de beaux rêves</i>	1,30	298	0,59	288	1,26	293	0,46	288	1,33	299	1,39	291
Phrase 4 : <i>Tu viendras chez moi à la fin de la journée pour me montrer comment tu fais pour déstresser les patients ?</i>	3,17	300	2,68	300	2,28	291	1,36	287	0,40	291	0,20	290

Le sentiment qui dominait assez largement est l’agacement. Il est suivi du choc, de la déstabilisation et de la dévalorisation. Les sentiments positifs (amusement, flatterie) sont en dernier.

La phrase qui fait exception est la phrase 3, où le compliment se veut beaucoup plus explicite et qui est dénué de tout propos à caractère sexuel, mettant le visage de l’interlocutrice en avant contrairement aux autres phrases qui font davantage référence à la sphère génitale. Cependant, on remarque que si les sentiments positifs étaient en tête, ils sont talonnés de très près par l’agacement encore une fois et la déstabilisation. Nous remarquons aussi que la note moyenne de ces qualificatifs mélioratifs était peu élevée comparés à celle de l’agacement sur les autres phrases par exemple

Les graphiques suivants montrent les réponses selon le lieu d’exercice des répondantes.





Figures 2 à 5 : Ressenti des infirmières vis-à-vis de phrases-exemples, de 0 (pas du tout) à 5 (totalemt), selon le type de service

Ces graphiques semblent montrer que les IDE travaillant au bloc opératoire étaient moins affectées que leurs collègues des services d'hospitalisation.

I. Avis concernant certaines idées reçues :

Toujours avec un système de notes, les infirmières ont été invitées à donner leur avis sur un certain nombre de « suggestions » concernant ces phrases.

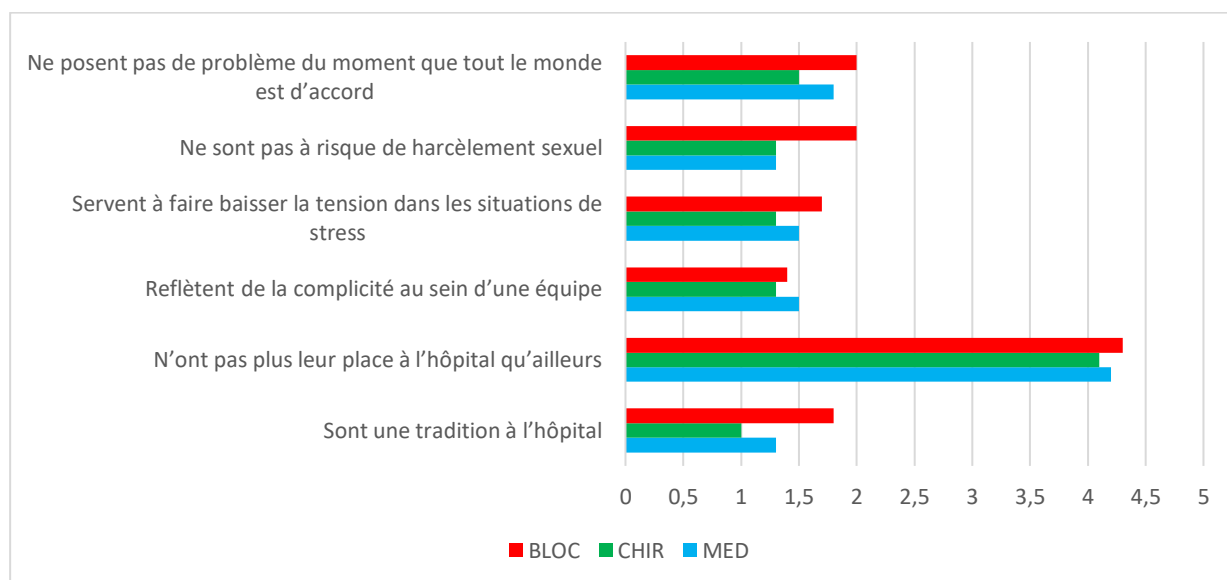


Figure 6 : Avis des IDE concernant certaines idées reçues à propos des phrases sexuelles ou sexistes

Si les IDE semblaient plutôt d'accord sur le fait que ces propos n'ont pas leur place à l'hôpital, celles travaillant au bloc opératoire avaient une légère tendance à considérer davantage que leurs collègues ces propos comme une « tradition » n'étant « pas à risque de harcèlement sexuel », bien que les chiffres montrent un désaccord global avec ces propositions.

Cependant, sans calculer le degré de significativité, il est évident que ces différences parmi les sous-groupes d'études ne sont pas significatives sur notre échantillon de population interrogé.

Nous pouvons voir également qu'une partie de l'effectif interrogé trouvaient un intérêt à ces propos, notamment pour évacuer le stress éprouvé. Sur nos résultats, 17 infirmières avaient mis la note de 5/5 (= totalement d'accord) à la suggestion proposant que ces propos servent à faire baisser la tension dans les moments de stress. Nous pouvons probablement mettre partiellement ces chiffres en lien avec les 3 IDE ayant trouvé un retentissement positif de ces propos sur leurs conditions de travail.

J. Réactions des infirmières concernées par ces propos :

Maintenant que nous avons vu que notre échantillon comportait un taux d'exposition conséquent aux propos à caractère sexuel ou sexiste, ainsi qu'un taux de retentissement négatif tout aussi remarquable, il était important de s'attarder sur les réactions des infirmières lorsqu'elles ont été exposées à ces propos.

100 % des infirmières personnellement exposées ont répondu à cet item.

Le premier constat est qu'il y a eu à peu près autant d'infirmières ayant déclaré avoir déjà protesté contre des propos qui leur étaient destinées que d'infirmières ne l'ayant pas fait : 86 contre 84.

Davantage d'IDE travaillant en service chirurgical ont protesté (62 %), alors que seules 43 % des infirmières travaillant au bloc l'ont fait.

Tableau 14 – Effet des protestations des IDE sur leurs relations interprofessionnelles :

	MEDECINE		CHIRURGIE		BLOC OP		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Dégradation	1	3,4	2	6,5	6	23,0	9	10,5
Neutre	7	24,1	8	25,8	8	30,8	23	26,7
Mieux partiel	18	62,1	14	45,2	8	30,8	40	46,5
Mieux total	3	10,3	7	22,6	4	15,4	14	16,3

Parmi celles qui ont déjà protesté, seule une partie a pu observer un résultat positif, en proportion variable selon le type de service.

Les effectifs ne sont pas suffisants pour calculer la significativité ou non des différences. Les premiers chiffres semblent néanmoins tendre vers de plus grandes difficultés au bloc opératoire pour améliorer les relations (46,2 % de « mieux » partiel ou total, contre 72,4 % et 67,8 % en médecine et en chirurgie).

Tableau 15 – Raison du refus de protestation des IDE exposées aux propos sexuels/sexistes :

	MED		CHIR		BLOC		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Je ne suis pas dérangée par ces propos	14	53,8	5	31,3	12	54,5	31	48,4
Je ne voulais pas donner une mauvaise image de moi	3	11,5	2	12,5	4	18,2	9	14,1
J'avais peur pour mon emploi	3	11,5	0	0,0	0	0,0	3	4,7
Je pense qu'on ne peut rien y changer	13	50,0	5	31,3	2	9,1	20	31,3
J'avais peur de représailles verbales et/ou physiques	3	11,5	1	6,2	8	36,4	12	18,8
Il s'agissait de mon supérieur hiérarchique (cadre, direction)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Il s'agissait d'un médecin	7	26,9	4	25,0	8	36,4	19	29,7

(Rq : la somme des réponses dépasse le nombre de répondantes en raison des choix multiples possibles)

Concernant celles qui n'avaient jamais protesté contre ces propos, il est d'abord à noter que seule 64 infirmières ont répondu sur les 84 qui ont préalablement déclaré ne jamais avoir protesté.

Si la répartition des réponses au sein des sous-groupes est difficilement analysable compte-tenu de leur faible nombre, nous pouvons voir que sur l'ensemble de l'échantillon l'impression qui ressort est une certaine distance vis-à-vis de ces propos (48,4 % des répondantes ayant déclaré ne pas être dérangée par ces propos), n'affectant pas les IDE, ce qui va dans le sens du nombre de réponses important en faveur de l'absence de retentissement sur le bien-être au travail ou la qualité du travail réalisé.

Nous voyons cependant qu'une part importante des IDE, environ un tiers, dégageait une certaine résignation sur la situation, pensant « que l'on ne peut rien y changer ». Plus inquiétant, environ 30 % des répondantes ont déclaré ne pas avoir répondu parce que l'interlocuteur était un médecin, et qu'une part non négligeable craignait pour son image, ou son intégrité physique (18,8 % ayant peur de représailles verbales et/ou physiques).

K. Recours des infirmières en cas de situation problématique :

Au-delà des réponses directes aux interlocuteurs à l'origine de ces propos, les infirmières ont été questionnées sur les personnes ou structures qu'elles solliciteraient si elles en ressentaient la nécessité.

Le/la cadre de santé arrivait largement en tête des suffrages avec 78,1 % de votes parmi les 269 IDE ayant répondu à cette question. Ce taux était plus faible au bloc opératoire (67,5 %).

La médecine du travail arrivait derrière avec 21,9 % des répondeuses, puis la Direction et les collègues de travail arrivait exactement à égalité avec 11,9 % des réponses. La question étant à réponses libres, nous retrouvons un panel de réponses regroupant un faible nombre de votes : famille, police, psychologue, chef de service, syndicat...

Il est à noter que 8 IDE ont répondu « Je ne sais pas » à cette question. Cela nous amène à traiter la question suivante qui s'intéressait au niveau d'information des IDE, ou en tout cas si elles se sentaient assez informées ou non sur les recours possibles en cas de situation qui les gênerait.

Une large majorité des répondeuses (260 sur 310 soit 83,9 %) s'est estimée insuffisamment informée sur les recours possibles en cas de situation le nécessitant. Les différences entre les services n'étaient pas significatives (81,4 % en médecine, 82,1 % en chirurgie, 88,2 % au bloc).

Dans le même sens, une majorité d'IDE serait potentiellement intéressée par une campagne d'information sur ce sujet (90,5 % en médecine et en chirurgie, 92,2 % au bloc).

La section « commentaires libres » était essentiellement constituée d'encouragements et remerciements sur le fait de m'intéresser aux conditions de travail des infirmières, ainsi que de remarques sur le fait qu'il est parfois difficile de juger des propos dont le vécu par celle-ci les reçoit dépend en grande partie de celui qui les prononce.

Cela nous amène naturellement vers la discussion de nos résultats.

IX. DISCUSSION :

A. Forces et faiblesses de notre étude :

Concernant les résultats généraux, la représentativité de la population générale infirmière au sein de notre échantillon n'est pas assurée, puisqu'en ce qui concerne l'âge des répondantes notre échantillon est significativement différent avec la population infirmière hospitalière du Calvados ($p = 0,004$) et de la France métropolitaine ($p = 0,009$). Il est peu probable que les faisantes-fonction d'IBODE, non incluses dans les statistiques de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), change la donne. Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisées à l'ensemble de la population infirmière nationale, ni même départementale. Ils permettent néanmoins d'établir un début de base de données dans ce domaine. Compte-tenu de la non-représentativité de

l'échantillon, un possible biais de sélection peut exister, sélectionnant les femmes sensibilisées à la cause féministe ou ayant déjà été exposées à ce phénomène, et pouvant ainsi artificiellement surestimer le pourcentage d'exposition aux propos à caractère sexuel ou sexiste à l'hôpital.

Cependant, cette donnée est à confronter avec un nombre total de questionnaire de 315 réponses, et un taux de réponse à 71,1 %, qui sont conformes aux objectifs fixés. Cela semble satisfaisant, surtout pour un sujet qui peut heurter la sensibilité de certaines infirmières, pouvant parfois sembler intrusif et trop intime, d'autant plus auprès d'un parfait inconnu, qui plus est un homme. En effet, il m'est arrivé durant ma documentation de me faire reprendre sous prétexte que je m'intéressais à un sujet qui ne me concernait pas et que je devais le laisser traiter par les principales concernées. De même, la répartition est homogène entre le CHU et l'ensemble des hôpitaux périphériques, ainsi que la répartition entre les secteurs médical, chirurgical et le bloc opératoire.

Nous aurions peut-être pu obtenir un taux de réponse encore plus élevé si les boîtes mises à disposition dans les services avaient été plus voyantes plutôt que d'être recouvertes de scotch noir, qui peut facilement passer inaperçu. De même, repasser dans les services aurait pu aider au bon remplissage des questionnaires, mais donner un sentiment de contrainte aux infirmières. De plus, une telle démarche n'était pas compatible avec les stages en service.

L'homogénéité du nombre de réponses entre le CHU et les hôpitaux périphériques ne rend cependant pas la comparaison possible entre ces deux types d'établissements, en raison du mélange des questionnaires au moment de la retranscription des résultats afin de renforcer l'anonymisation des données recueillies.

Il est également impossible de comparer les réponses des IDE travaillant le jour avec celles travaillant la nuit en raison d'une insuffisance de réponses de la part de celles travaillant la nuit (peu d'IDE en poste la nuit), et par l'absence de cadre de santé incitant les répondentes à remplir leur questionnaire.

La comparaison entre les titulaires et les non-titulaires n'était pas possible non plus.

B. Discussion des résultats :

Répartition hommes/femmes des cadres de santé et des chefs de services :

Si la proportion de chirurgiens (au sens masculin du terme) est plus importante que la proportion de médecins (toujours au sens masculin) dans son ensemble, notre échantillon ne met pas en évidence de différence en ce qui concerne le poste de chef de service. Mais les taux de chefs de service hommes restent très supérieurs aux taux d'hommes médecins/chirurgiens. Côté médecins, 75 % de chefs de services hommes pour 49,2 % d'hommes médecins (chiffres pour le Calvados), côté chirurgien 80 % de chefs de services pour 61,0 % de chirurgiens hommes. Cela suit le fait bien connu que les postes à responsabilités sont encore largement attribués aux hommes.

Il faut préciser qu'au sein d'un même bloc opératoire les spécialités chirurgicales peuvent se croiser, et donc que la question portant sur le sexe du chef de service n'est pas pertinente puisque les chefs de services peuvent être plusieurs.

Nous pouvons faire trois principales remarques concernant la répartition des cadres de santé.

D'une part, la répartition est totalement inversée, avec une prédominance féminine sur les services d'hospitalisation qui est encore plus prononcée que celle masculine mentionnée ci-dessus, avec des pourcentages dépassant les 80 %. Cela va dans le sens de la population infirmière classiquement féminine qui est toujours d'actualité.

Deuxièmement, nous pouvons voir que cette tendance s'inverse totalement au bloc opératoire, avec une population de cadres femmes qui chute à 38,5 %. Cela peut possiblement s'expliquer par une population masculine renforcée au bloc opératoire. En effet, sur la répartition des IDE dans le Calvados, le pourcentage de femmes IDE hospitalières s'élève à 88,5 %. Au sein de cette population, les IBODE sont représentées à 92,1 % par des femmes (différence non significative comparé au % d'IDE hospitalières), mais le taux d'IADE femmes baisse à 74 %.

Enfin, si les taux de cadres femmes ne diffèrent statistiquement pas du taux d'IDE femmes à l'échelle du Calvados dans les services d'hospitalisation, on peut voir qu'ils sont légèrement plus bas. On peut supposer qu'une étude de plus grande ampleur pourrait peut-être mettre en évidence une tendance vers un taux plus faible de femmes parmi les cadres de santé que parmi l'ensemble des infirmières.

Avis sur les phrases proposées :

Concernant l'appréciation des phrases-exemples par les IDE interrogées, l'analyse de ces chiffres présente une contrainte majeure. Ils sont sortis de tout contexte, et l'on ne sait notamment pas qui est la personne à l'origine de ces phrases. Les répondantes pouvaient donc tout aussi bien s'imaginer que les phrases venaient de quelqu'un qu'elles appréciaient ou non, ce qui peut changer la façon dont elle est perçue, comme l'ont mentionné à juste titre quelques infirmières dans la partie « commentaires libres » en fin de questionnaire.

Cependant, à la vue de l'ensemble des résultats, il semble que le lieu de travail ne soit pas un lieu adapté pour exprimer de tels propos, y compris les propos se voulant comme bienveillants par celles et ceux qui les prononcent.

Nous avons vu que les IDE travaillant au bloc opératoire étaient moins affectées que leurs collègues des autres services. On pourrait mettre ces résultats en lien avec notre conclusion précédente qui établissait que, sur notre échantillon, les IDE du bloc opératoire étaient davantage exposées aux propos à caractère sexuel ou sexiste, et ainsi supposer que cette exposition pourrait être à l'origine d'une certaine anesthésie émotionnelle visant à protéger les IDE exposées, voire une adaptation vis-à-vis des chirurgiens sur un mode de mimétisme.

Sensibilisation à la problématique du sexisme :

Après avoir montré qu'au sein de notre échantillon la proportion d'hommes était plus importante dans le milieu chirurgical, nous aurions pu penser que la sensibilisation au sexisme aurait été inversée.

Cependant, les différences significatives mettent en évidence que les services hospitalisation en médecine sont les moins sensibilisées à la problématique du sexisme à l'hôpital au sein de notre étude. Il est possible que le terme « sensibilisation » ait été mal compris par certaines répondantes.

Exposition aux remarques sexistes/sexuelles :

Si les résultats suggéraient une exposition plus importante des IDE travaillant au bloc opératoire (58 % en médecine, 73 % en chirurgie, 81 % au bloc opératoire), il faut néanmoins nuancer les données en précisant que toutes les IDE ayant entendu ces propos n'étaient pas directement visées par ceux-ci.

En médecine, 51,7 % des réponduses déclaraient être directement concernées par ces propos, 52,6 % en chirurgie et 57,7 % au bloc opératoire. Les différences ne sont pas significatives. Le taux plus bas d'exposition à des propos où les IDE sont directement concernées est lié au fait que les autres catégories professionnelles reçoivent également ce type de propos, notamment les aides-soignantes qui mériteraient qu'une étude similaire soit réalisée auprès d'elles.

Concernant les destinataires des phrases, il y a un important biais concernant le pourcentage de réponse en faveur des infirmières, c'est pourquoi ce chiffre a été passé sous silence dans la partie résultats.

On peut enfin évoquer un lien entre une circulation de propos à caractère sexuel/sexiste plus importante au bloc opératoire et une large majorité d'hommes parmi les cadres de santé ($p = 0,02$), contrairement à l'absence d'influence du sexe du chef de service. La remarque peut également se faire dans le sens inverse, puisque les chiffres montrant une corrélation entre l'exposition au sexisme et le sexe masculin du cadre de santé peuvent être simplement expliqués par le fait que les cadres hommes sont plus nombreux au bloc opératoire, constituant ainsi un facteur de confusion. Les effectifs sont trop faibles pour tester cette hypothèse.

Concernant le personnel à l'origine de ces propos, si les médecins représentent la catégorie la plus mise en cause (68 %), on peut remarquer que ce sont essentiellement les chirurgiens qui sont en cause (90 %), les patients étant principalement en cause dans les services d'hospitalisations (médicales ou chirurgicales, 67 %). Il faut nuancer cette dernière remarque en précisant que les patients passent au bloc opératoire une grande partie de leur temps anesthésiés, et que les proches n'y pénètrent généralement pas. Le personnel paramédical est également plus réduit au bloc, avec donc des chirurgiens proportionnellement en plus grand nombre, pouvant expliquer en partie ce taux plus élevé de propos sexistes/sexuels prononcés. Les interactions chirurgien/IDE (notamment IBODE) sont également plus fréquentes (passant souvent plusieurs heures d'affilées ensemble) que l'interaction entre l'IDE et le médecin dans les services conventionnels.

A la différence des autres lieux d'exercice, les IDE représentaient la deuxième classe de personnels à l'origine de ces phrases. Cela témoigne-t-il d'une ambiance globalement grivoise au sein d bloc opératoire, ou bien d'un mécanisme d'adaptation vis-à-vis des chirurgiens ?

Il y a d'ailleurs une inadéquation entre le pourcentage d'IDE déclarant parfois être elles-mêmes à l'origine de ces phrases (17,1 %) et le pourcentage de phrases dont l'origine serait les IDE d'après les

répondeuses (46,5 %). Cela pourrait sous-entendre soit que certaines IDE n'assument pas le fait d'en prononcer, soit qu'elles ne s'en rendent pas compte.

Retentissement de cette exposition :

Le chiffre le plus important de cette étude est le taux de retentissement négatif au travail s'élevant entre 23,2 et 26,0 % selon le lieu d'exercice. Conformément à la définition du harcèlement sexuel selon la loi, nous pouvons considérer cette exposition à un environnement sexiste ou sexuel avec un retentissement négatif comme étant bel et bien du harcèlement sexuel sur le lieu de travail. Ces chiffres sont du même ordre que ceux de l'étude réalisée par l'Ifop en 2014, qui portait sur le harcèlement sexuel au travail.

Si l'étude de l'Ifop retrouvait un taux d'exposition à des blagues sexistes ou sexuelles au travail à hauteur de 45 %, nous remarquons que cette exposition est nettement supérieure en milieu hospitalier.

Il est cependant difficile de comparer les résultats de notre étude avec celles réalisées dans les autres pays, les modalités de réalisation des études étant trop différentes, les points abordés également, et surtout au regard des différences culturelles entre les différentes cultures.

Protestations :

Les résultats ont montré que la moitié des infirmières avaient déjà osé protester lors d'une situation de propos sexuel ou sexiste. Concernant le pourcentage de protestation, il est envisageable que celui-ci soit surestimé, comme semble le souligner certaines études (39).

Parmi celles n'ayant jamais protesté, nous remarquons une certaine banalisation de ces propos, avec une domination des IDE n'étant « pas dérangées » par ces propos ou pensant « qu'on ne peut rien y changer ». Il faut cependant mettre en évidence que près d'un tiers des IDE ne protestent pas car « il s'agissait d'un médecin », et que plus d'un tiers des IDE exerçant au bloc opératoire avaient « peur de représailles verbales et/ou physiques ». Ces chiffres sont à interpréter en gardant à l'esprit que les effectifs sont faibles, 26 réponses en médecine, 16 en chirurgie et 22 au bloc.

Enfin, si le/la cadre reste de loin le recours privilégié par les IDE en cas de problème, le taux semble plus faible au bloc opératoire (67,5 % au bloc contre 78,1 % sur l'ensemble de l'échantillon) malgré une différence non significative ($p = 0,09$), possiblement en lien avec la proportion plus importante d'hommes à ce poste.

C. Préconisations :

Devant la large majorité d'IDE s'estimant insuffisamment informées sur les recours possibles en cas de situation le nécessitant (83,9 %) et potentiellement intéressées par une campagne d'informations sur ce sujet (plus de 90 %), il pourrait être envisageable de distribuer des flyers au sein des services. Selon l'étude de l'Ifop en 2012, plus de 90 % des femmes interrogées estimaient qu'informer les salariés sur leurs droits et les recours possibles en matière de harcèlement sexuel était efficace.

Présenter des chiffres issus d'une étude réalisée directement au sein de leur catégorie professionnelle pourrait leur permettre de s'identifier davantage et peut-être de se libérer du tabou qui entoure souvent ces situations et qui inhibent les femmes victimes de harcèlement sexuel sur leur lieu de travail.

Par la même occasion, présenter ces informations auprès des directions des établissements pourrait renforcer la surveillance au sein des services et par ce biais la protection des victimes, en rétablissant le lien de confiance entre les IDE et leur direction (seuls 12 % des réponduses ont suggéré de parler avec leur direction en cas de problème). Selon cette même étude de l'Ifop, inciter les employeurs à prendre des sanctions disciplinaires contre les auteurs de harcèlement sexuel serait une mesure efficace auprès de 96 % des femmes interrogées, qui considèrent également à 84 % que ce serait une bonne idée d'obliger les entreprises à communiquer sur « la tolérance zéro au sexisme et au harcèlement sexuel ».

La charte du bloc opératoire pourrait enfin être améliorée. La version actuelle circulant au CHU de Caen est formulée de cette façon :

« Les acteurs du bloc opératoire doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité et doivent toujours rechercher la conciliation. » (Fonctionnement des blocs opératoires du CHU – Règles de comportement)

Elle pourrait être modifiée en y mentionnant de façon explicite les comportements sexistes.

X. CONCLUSION :

Ce travail a permis de rappeler à quel point le sexisme est présent au travail comme dans la société en général, et que son combat doit rester un enjeu majeur pour les années à venir, les mentalités évoluant très (trop) lentement.

A l'hôpital, si le corps médical est largement concerné par ce phénomène, que ce soit en tant que victime ou bien coupable, le milieu paramédical n'en est pas moins atteint, avec un retentissement pouvant s'étendre jusqu'à la qualité de la prise en soins des patients.

Si l'hôpital est une longue chaîne où chaque maillon est essentiel à son bon fonctionnement, et puisqu'il peut être difficile pour les infirmières (et tout le personnel féminin) de protester au sein d'un milieu où la peur – rationnelle – d'être jugée s'impose bien souvent, il appartient à chacun de se sentir responsable de l'initiation d'un mode de pensée nouveau, que l'on soit un homme, une femme ou d'un autre genre, et quel que soit son statut professionnel.

En cas de manquement à cette bonne conduite simplement dictée par un minimum de maturité psychologique et sexuelle, les directions des établissements doivent prendre leurs responsabilités en faisant appliquer de manière stricte la loi française, avec des sanctions adaptées.

L'information des personnels doit également être un des piliers pour une prise de conscience collective et une libération de la parole des femmes.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Bastide B, Lorriaux A. Examen blanc en médecine: encore un triste exemple de sexisme ordinaire [Internet]. Slate.fr. 2016 [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/116583/examen-blanc-medecine-sexisme-ordinaire>
2. Le breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France 2015. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2015 janv p. 322.
3. Le breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France 2016. Conseil national de l'Ordre des médecins; 2016 janv p. 326.
4. Taylor B. Mary Wollstonecraft and the Feminist imagination. Cambridge University Press. 2003.
5. De Beauvoir S. Le deuxième sexe. Gallimard. 1949.
6. Mouvement de libération des femmes. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mouvement_de_lib%C3%A9ration_des_femmes&oldid=135235034
7. Huneman P. Pourquoi il ne faut pas confondre sexisme et discrimination [Internet]. Slate.fr. Disponible sur: <http://www.slate.fr/tribune/78632/sexisme-discrimination-ne-pas-confondre>
8. Rudman LA. The Social Psychology of Gender : How power and intimacy shape genre relations. Guilford Press. 2010.
9. Bourdieu P. La domination masculine. Editions du Seuil. 1998.
10. Grésy B. Petit traité contre le sexisme ordinaire. Albin Michel. 2009. 247 p.
11. Lutte contre le sexisme [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. [cité 1 août 2018]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/sexisme-pas-notre-genre/>
12. Les chiffres-clés [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. [cité 1 août 2018]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/dossiers/sexisme-pas-notre-genre/chiffres-clefs/>
13. Bigot R, Hoibian S, Daudey É. Comment se prennent les décisions au sein des couples. Politiques sociales et familiales. 2015;119(1):72–79.
14. Jouanno C, Courteau R. Rapport d'information. Sénat; 2014 déc p. 128. Report No.: 183.
15. Les inégalités entre les femmes et les hommes en France - Observatoire des inégalités en France [Internet]. 2012 [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.inegalites.fr/spip.php?article1400>
16. Leroy M. L'égalité entre filles et garçons dans les écoles et les établissements. Inspection générale de l'éducation nationale; 2013 mai p. 109. Report No.: 2013-041.

17. Marguerite H. Genre et éducation. Dossier d'actualité de L'INRP [Internet]. 2008 [cité 30 mars 2017];(37). Disponible sur: http://infofemmes-aquitaine.org/base_doc/genre_et_education/Genre_et_education.pdf
18. Chaput H, Pinel C, Wilner L. Salaires dans le secteur privé et les entreprises publiques. Insee; 2015 sept p. 4. Report No.: 1565.
19. Grésy B, Becker M. L'étude sur les relations de travail entre les femmes et les hommes sur la base d'une consultation des salariés de neuf grandes entreprises françaises. Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes; 2014 mars p. 19. Report No.: 2014-0403-001.
20. Ressot C. Avis sur le harcèlement sexiste et les violences sexuelles dans les transports en commun. Haut conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2015 avr p. 36. Report No.: 2015-04-16-VIO-16.
21. Le harcèlement de rue [Internet]. Google Docs. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScH_jbID36r9ptj98Wx9h1mg9YVwQKVCVZpL3iwI7FOxiMTMg/viewform?usp=embed_facebook
22. Guide Michelin 2017.
23. Code du travail - Article L1153-1. Code du travail.
24. Gomant F, Marchal G. Enquête sur le harcèlement sexuel au travail. IFOP; 2014 janv p. 31. Report No.: 111 829.
25. Gonthier-Maurin B. Rapport d'information. Sénat; 2012 juin p. 61. Report No.: 610.
26. Affaire Harvey Weinstein. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 1 août 2018]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Affaire_Harvey_Weinstein&oldid=150382332
27. Au CHU de Clermont-Ferrand, une horrible fresque de viol collectif [Internet]. Rue89Lyon. 2015 [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.rue89lyon.fr/2015/01/20/chu-clermont-ferrand-horrible-fresque-viol-collectif-critique/>
28. Bordeaux : l'affiche de la soirée médecine fait polémique [Internet]. SudOuest.fr. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.sudouest.fr/2015/01/07/bordeaux-l-affiche-de-la-soiree-medecine-fait-polemique-1788304-2780.php>
29. Bizutage à la fac de médecine de Caen : « Ça va jusqu'à la réalisation d'un film porno » [Internet]. Europe 1. [cité 4 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.europe1.fr/societe/bizutage-a-la-fac-de-medecine-de-caen-ca-va-jusqua-la-realisation-dun-film-porno-3472838>
30. Godeau E. L'« esprit de corps »: Sexe et mort dans la formation des internes en médecine [Internet]. Éditions de la Maison des sciences de l'homme; 2007 [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/editionsmsh/2578>
31. Auslender V. Omerta à l'hôpital. Michalon; 2017.
32. Intersyndicale nationale des internes. Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes ?

33. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. janv 2014;51(1):72-84.
34. Abo Ali EA, Saied SM, Elsabagh HM, Zayed HA. Sexual harassment against nursing staff in Tanta University Hospitals, Egypt: *Journal of the Egyptian Public Health Association*. sept 2015;90(3):94-100.
35. Libbus MK, Bowman KG. Sexual harassment of female registered nurses in hospitals. *J Nurs Adm*. juin 1994;24(6):26-31.
36. Kisa A, Dziegielewski SF. Sexual harassment of female nurses in a hospital in Turkey. *Health Serv Manage Res*. nov 1996;9(4):243-53.
37. Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M. Sexual harassment of nurses and nursing students. *J Adv Nurs*. juin 2003;42(6):637-44.
38. Dagget T, Molla A, Belachew T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Nursing* [Internet]. déc 2016 [cité 26 mars 2017];15(1). Disponible sur: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0158-2>
39. Woodzicka JA, LaFrance M. Real Versus Imagined Gender Harassment. *Journal of Social Issues*. janv 2001;57(1):15-30.

ANNEXES :

Annexe 1 – Nombre et taux de réponses par hôpital et par service :

CH	Service	Période de recueil des questionnaires	Nombre potentiel de répondeuses	Nb de questionnaires récoltés	%
CHU	Maladies infectieuses / dermatologie	11/07 au 24/07	14	7	50 %
	Med interne	11/07 au 24/07	5	5	100 %
	Rhumato + diabète	24/07 au 29/08	15	10	67 %
	Médecine générale	25/09 au 09/10	7	6	86 %
	Hépatogastro-entérologie	20/09 au 04/10	11	7	64 %
	Neurologie	20/09 au 04/10	16	8	50 %
	Médecine Polyvalente	29/12 au 29/01	9	6	67 %
	Chirurgie vasculaire et thoracique	15/12 au 23/01	12	7	58 %
	Chirurgie orthopédique	29/12 au 29/01	7	5	71 %
	Chirurgie maxillo-faciale	29/12 au 19/02	6	4	67 %
	Chirurgie digestive	05/01 au 06/02	16	12	75 %
	Neurochirurgie	29/12 au 29/01	16	12	75 %
	Oto-Rhino-Laryngologie	26/12 au 26/01	10	6	60 %
	Bloc Sud	08/01 au 07/02	27	20	74 %
	Bloc Ouest	14/02 au 14/03	15	10	67 %
	Bloc Est	14/02 au 14/03	16	12	75 %
	Bloc neuro	14/02 au 14/03	16	14	88 %
	MEDECINE		77	49	64 %
	CHIRURGIE		67	46	69 %
	BLOC		74	56	76 %
Bayeux	Médecine 1	20/07 au 05/09	10	6	60 %
	Médecine 3	20/07 au 05/09	11	9	81 %
	Chirurgie ambulatoire	05/09 au 04/10	6	5	83 %
	Chirurgie A	12/10 au 24/10	16	9	56 %
	Chirurgie B				
	Bloc	12/10 au 24/10	20	15	75 %
	MEDECINE		21	15	71 %

	CHIRURGIE		22	14	64 %
	BLOC		20	15	75 %
Falaise	Médecine A	02/10 au 18/10	5	4	80 %
	Médecine B	02/10 au 18/10	4	3	75 %
	Médecine C	02/10 au	9	9	100 %
	Gériatrie				
	Chirurgie A	02/10 au 18/10	6	5	83 %
	Chirurgie ambulatoire	02/10 au 18/10	14	10	71 %
	Chirurgie C	02/10 au 25/10	4	4	100 %
	Bloc	02/10 au 25/10	17	13	76 %
	MEDECINE		18	16	89 %
	CHIRURGIE		24	19	79 %
	BLOC		17	13	76 %
Lisieux	Cardiologie		15	8	53 %
	Hépatogastro-entérologie		8	2	25 %
	Méd interne-diabétologie		8	5	63 %
	Pneumologie		13	10	77 %
	Neurologie		13	11	85 %
	Orthopédie		5	3	60 %
	Chirurgie digestive et Oto-Rhino-Laryngologie		15 (ou 9 si 0 nuit)	13	87 %
	Bloc		26	20	77 %
	MEDECINE		57	36	63 %
	CHIRURGIE		20	16	80 %
	BLOC		26	20	77 %
Total	MEDECINE		173	116	67 %
	CHIRURGIE		133	95	71 %
	BLOC		137	104	76 %
			443	315	71,1 %

Annexe 2 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

I. Caractéristiques démographiques et professionnelles :

Veillez cocher la bonne réponse :

Q1 - Âge < 30 ans 30 – 45 ans > 45 ans

Q2 - Ancienneté dans la profession (études non comprises) < 5 ans 5 – 10 ans > 10 ans

Q3 - Ancienneté dans le service < 1 an 1 – 5 ans > 5 ans

Q4 - Statut familial Célibataire En couple

Q5 - Enfants ? Non Oui

II. Poste occupé actuellement :

Q6 - Type de poste occupé :

- IDE en service médical, précisez si vous le souhaitez :
- IDE en service chirurgical, précisez si vous le souhaitez :
- IADE
- IBODE

Q7 - Faisant-fonction de ?

- Oui Non

Q8 - Titulaire ?

- Oui Non

Q9 - Horaires de travail :

- De jour
- De nuit
- Les deux

Q10 - Qualité de vie au travail : sur une échelle de 1 à 5, comment qualifieriez-vous l'ambiance générale entre collègues de votre service ? (Entourez le chiffre correspondant)

(Mauvaise) 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 (Excellente)

Concernant votre service d'exercice actuel :

Q11 - Votre chef de service est : Un homme Une femme

Q12 - Votre cadre de santé est : Un homme Une femme

III. Votre avis sur quelques phrases qui peuvent circuler dans certains hôpitaux :

1 - Bon, la caméra de coelioscopie est bien réglée, mais pas assez pour voir si tu portes une culotte ou un string !
2 – Mais tu as tes règles ou quoi ?
3 - Avec un aussi joli visage que le tien, je suis certain que le patient va faire de beaux rêves
4 - Tu viendras chez moi à la fin de la journée pour me montrer comment tu fais pour déstresser les patients

Pour chacune des 4 phrases précédentes, si celle-ci vous était faite directement, vous vous sentiriez : (pour chaque adjectif, mettre une croix dans la case la plus adaptée)

Q13 - Phrase 1 : *Bon, la caméra de coelioscopie est bien réglée, mais pas assez pour voir si tu portes une culotte ou un string !*

	Pas du tout 0	----- 1	----- 2	----- 3	-----> 4	Totalement 5
Déstabilisée						
Amusée						
Dévalorisée						
Choquée						
Agacée						
Flattée						

Q14 - Phrase 2 : *Mais tu as tes règles ou quoi ?*

	Pas du tout 0	----- 1	----- 2	----- 3	-----> 4	Totalement 5
Déstabilisée						
Amusée						
Dévalorisée						
Choquée						
Agacée						
Flattée						

Q15 - Phrase 3 : *Avec un aussi joli visage que le tien, je suis certain que le patient va faire de beaux rêves*

	Pas du tout 0	----- 1	----- 2	----- 3	-----> 4	Totalement 5
Déstabilisée						
Amusée						
Dévalorisée						
Choquée						
Agacée						
Flattée						

Q16 - Phrase 4 : *Tu viendras chez moi à la fin de la journée pour me montrer comment tu fais pour déstresser les patients ?*

	Pas du tout 0	----- 1	----- 2	----- 3	-----> 4	Totalement 5
Déstabilisée						
Amusée						
Dévalorisée						
Choquée						
Agacée						
Flattée						

Q17 – Avez-vous vous-même déjà prononcé des phrases « de ce type » au travail (qu’elles aient été destinées à un homme ou à une femme) ?

- Non
- Oui

Q18 - Entendez-vous des phrases « de ce type » au travail sur votre poste actuel ?

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Moins d’une fois par semaine, mais plusieurs fois par mois
- Moins d’une fois par mois
- Jamais (*dans ce cas, répondez directement à la Q22 puis reprenez ensuite à la Q28*)

Q19 – Certaines vous sont-elles personnellement destinées ?

- Oui
- Non (*dans ce cas, répondez aux Q20 à Q22 puis sautez directement à partie de la Q28*)

Q20 - De quel sexe sont en majorité les personnes prononçant ces phrases ?

- Majoritairement des femmes
- Majoritairement des hommes
- Les deux en proportions à peu près égales

Q21 - Quels professionnels étaient le plus souvent... :

Originaires de ces phrases (plusieurs réponses possibles)	Destinataires de ces phrases
<input type="checkbox"/> Personnel médical (médecins/chirurgiens séniors, internes, externes) <input type="checkbox"/> Cadre de santé <input type="checkbox"/> Collègues infirmiers (IDE, IBODE, IADE) <input type="checkbox"/> Autre personnel paramédical (AS, Kiné...) <input type="checkbox"/> Personnel de service (brancardier, secrétaires, ASH...) <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Famille ou proches de patients	<input type="checkbox"/> Personnel médical (médecins/chirurgiens séniors, internes, externes) <input type="checkbox"/> Cadre de santé <input type="checkbox"/> Collègues infirmiers (IDE, IBODE, IADE) <input type="checkbox"/> Autre personnel paramédical (AS, Kiné...) <input type="checkbox"/> Personnel de service (brancardier, secrétaires, ASH...) <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Famille ou proches de patients

Q22 - Vous diriez que les propos de ce type : (Mettre une croix dans la case correspondante)

	Pas du tout d'accord 0	1	2	3	4	Tout à fait d'accord 5
Sont une tradition à l'hôpital						
N'ont pas plus leur place à l'hôpital qu'ailleurs						
Reflètent de la complicité au sein d'une équipe						
Servent à faire baisser la tension dans les situations de stress						
Ne sont pas à risque de harcèlement sexuel						
Ne posent pas de problème du moment que tout le monde est d'accord						

LES Q23 A Q27 DE CETTE PAGE SONT DESTINEES AUX PERSONNES AYANT DEJA ETE PERSONNELLEMENT CONCERNEES PAR CE TYPE DE COMMENTAIRES, AYANT DONC REPONDU « OUI » A LA Q19. POUR CELLES QUI ONT REPONDU « NON », PASSEZ DIRECTEMENT A PARTIR DE LA Q28 SUR LA PAGE SUIVANTE.

Q23 - Trouvez-vous que ces propos ont un retentissement sur votre bien-être au travail ? (même de façon occasionnelle)

- Oui, retentissement positif
- Oui, retentissement négatif
- Non, pas d'impact sur mon bien-être au travail

Q24 - Trouvez-vous que ces propos ont un retentissement sur la qualité de votre travail ? (même de façon occasionnelle)

- Oui, la qualité de mon travail peut s'en trouver améliorée
- Oui, la qualité de mon travail peut s'en trouver dégradée
- Non, cela ne change pas la qualité de mon travail

Q25 - Avez-vous personnellement déjà protesté contre une personne à l'origine de propos sexistes sur votre lieu de travail ?

- Oui (*ne répondez pas à la question 27*)
- Non (*ne répondez pas à la question 26*)

Q26 - Si oui à la Q25, pensez-vous que cela a pu améliorer la situation ?

- Oui, totalement
- Oui, partiellement
- Non, aucun effet
- Non, avec dégradation des relations

Q27 - Si non à la Q25, quelle(s) raison(s) a/ont pu vous en empêcher ?

- Je ne suis pas dérangée par ce type de propos
- Je ne voulais pas donner une mauvaise image de moi
- J'avais peur pour mon emploi
- Je pense que l'on ne peut rien y changer
- J'avais peur de représailles verbales et/ou physiques
- Il s'agissait de mon supérieur hiérarchique (cadre de santé, direction)
- Il s'agissait d'un médecin
- Autre :

CETTE DERNIERE PARTIE CONCERNE TOUTES LES FEMMES REpondant A CE QUESTIONNAIRE

Q28 - Pensez-vous que votre service est sensibilisé au sexisme à l'hôpital :

- Non
- Oui, mais pas assez
- Oui, suffisamment

Q29 - Pensez-vous être assez informées sur les différents recours possibles si vous en sentez la nécessité ?

- Oui
- Non

Q30 - Quelle personne ou quelle structure solliciteriez-vous en premier si vous en sentiez la nécessité ?

.....

Q31 - Pensez-vous qu'une campagne d'information au sein de votre établissement pourrait-être utile ? (sous forme de flyers, affiches, réunion d'information...)

- Oui
- Peut-être
- Non

Un **grand merci** pour avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire qui permettra d'obtenir des informations intéressantes sur l'exposition des infirmières hospitalières aux propos sexistes, et la façon dont vous les appréhendez durant l'exercice de votre métier. Et qui me permettra accessoirement de valider ma thèse et devenir officiellement un gentil docteur...

N'hésitez pas à laisser des commentaires sur ce questionnaire ou tout ce qui pourrait concerner ce sujet, tout sera lu avec grand intérêt.

Bien à vous,

Benjamin Lelièvre

Commentaires libres :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

TITRE DE LA THESE :

EXPOSITION DES INFIRMIERES AU SEXISME A L'HOPITAL, ETUDE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE AU SEIN DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE NORMANDIE-CENTRE

RESUME :

Le sexisme est l'un des principaux combats de ces dernières années. Il est présent dans toutes les sphères de la société, et l'hôpital n'y fait pas exception. Sur notre étude regroupant les réponses de 315 infirmières hospitalières au sein du Groupement Hospitalier de Territoire Normandie-Centre, le taux global d'exposition aux propos à caractère sexuel ou sexiste est de 69,8 %, avec une exposition plus grande au bloc opératoire. Les médecins sont principalement à l'origine de ces propos au bloc opératoire (90,2 %), alors que les patients le sont dans les services d'hospitalisations (65,6 %). Si le sentiment est surtout de l'agacement vis-à-vis de ces propos, un quart des infirmières déclarent un retentissement négatif sur leur bien-être au travail et/ou sur la qualité de leur travail. Puisque ces propos peuvent être parfois considérés comme une tradition à l'hôpital, il appartient à chacun de prendre conscience du véritable problème d'actualité qu'est le sexisme et de changer les relations hommes/femmes au sein des hôpitaux.

ABSTRACT :

Sexism is one of the major challenges of the past few years. It is a pervasive issue, present in all social spheres, including hospitals. In our study, based on 315 interviews of nurses working in the Normandy-Center Hospital Group, 69,8 % of nurses were exposed to sexual or sexist comments, mostly in operating rooms. Doctors are the main source of such comments in operating rooms (90,2 %), while patients are in hospitalization services (65,6 %). Nurses mainly reported being annoyed by these comments, but a quarter declared negative consequences on their quality of work-life and/or on their work's quality. Because these comments are sometimes considered an ingrained hospital tradition, everyone has to recognize sexism and try to improve relationships between men and women inside hospitals.

MOTS CLES :

Sexisme – Infirmières – Harcèlement sexuel – Hôpital – Blagues sexuelles

KEY WORDS :

Sexism – Nurses – Sexual harrassment – Hospital – Sexual jokes