

Genre, sexualité & société

25 | Printemps 2021

Vulnérabilités

Varia

L'abord de la sexualité par les infirmier-es en oncologie. Quand le sentiment de légitimité s'articule aux effets de genre et d'âge

Oncology nurses' approach to sexuality. When the sense of legitimacy is articulated around gender and age norms

MARION BRAIZAZ, ANGÉLICK SCHWEIZER ET KEVIN TOFFEL

<https://doi.org/10.4000/gss.6754>

Résumés

Français English

Les normes de genre jouent un rôle considérable dans la manière dont les infirmier-es abordent la sexualité avec les patient-es. Hommes et femmes ne sont pas aussi informé-es sur cette thématique et les données qui leur sont transmises varient sensiblement. Néanmoins, cette projection d'attentes différentielles de la part des professionnel-les de santé ne suffit pas à appréhender la complexité des enjeux de genre au sein des relations soigné-e/soignant-e. L'âge notamment est crucial à considérer. Présentant les résultats d'une enquête menée par entretiens auprès d'infirmier-es exerçant en oncologie en Suisse romande (5 hommes et 24 femmes), cet article révèle les variabilités genrées de la prise en charge soignante au prisme du vieillissement. Il montre aussi les effets différenciés sur l'abord de la sexualité des relations « intergenre » et « intragenre », dont on note des spécificités selon l'écart d'âges soignant-es/patient-es. Cet écart permet d'ailleurs de nuancer le risque d'érotisation de la relation comme frein à la parole.

Gender norms play an important role in the way of nurses talk about sexuality with patients. Men and women are not equally informed about this subject and the informations they receive may significantly differ. However, this projection of different expectations between men and women does not sufficiently explain all the complexity of gender issues involved in the relationship between patient and care givers. In particular, age is important to take into account. Results based on in-depth interviews (5 men and 24 women) conducted with nurses working in oncology in Western Switzerland reveal gendered variability in patient care practices through the prism of aging. Moreover, it shows different effects on the way of talking about sexuality depending on "inter-gender" and "intra-gender" relationships and, also, specificities according to the age gap between nurses and patients. This gap allows to nuance the risk of an eroticisation in care givers' and patients' relationship seen as an obstacle to the discussion of sexuality in oncology.

Entrées d'index

Mots-clés : genre, âge, cancer, sexualité, infirmier-es

Keywords: gender, age, cancer, sexuality, nurse

Introduction

- 1 Les enjeux relatifs à la sexualité constituent souvent l'un des aspects les plus problématiques de la qualité de vie post-cancer (Cairo Notari *et al.*, 2018 ; Ussher *et al.*, 2013). Pour autant, ces enjeux demeurent peu abordés par les professionnel·les de santé et constituent un « domaine caché » de l'oncologie (Giami *et al.*, 2007, 227). Placé en première ligne du contact clinique et du suivi des patient·es, le personnel infirmier est particulièrement taiseux sur cette question (Olsson *et al.*, 2012). À ce propos, deux constats paradoxaux émergent de la littérature. Le premier concerne l'illégitimité des silences infirmiers. En effet, bien que ces professionnel·les soient considéré·es par les patientes et les patients parmi les plus à même de les accompagner sur les thématiques du rapport au corps et de l'intimité (Vega, Coindard, 2017), et que les infirmier·es en oncologie estiment que parler de sexualité relève bien de leur responsabilité (Kotronoulas *et al.*, 2009 ; Olsson *et al.*, 2012), les travaux révèlent leurs difficultés d'aborder systématiquement ce sujet (Giami *et al.*, 2015). Plusieurs types d'obstacles ont d'ailleurs été identifiés, comme le déficit de formation de ces professionnel·les sur cette thématique (Eid *et al.*, 2020), leurs conditions de travail et les contraintes de temps (Papadopoulou *et al.*, 2019), ou encore leurs représentations de la sexualité comme relevant de la sphère privée (Fennell, Grant, 2019 ; Chow *et al.*, 2021).
- 2 Le second constat paradoxal concerne les effets de genre au sein des relations soigné·es/soignant·es. Plusieurs recherches en oncologie soulignent combien la concordance de genre est considérée par les infirmier·es comme un élément susceptible d'encourager l'abord de la sexualité (Giami *et al.*, 2015 ; Ussher *et al.*, 2013 ; Hordern, Street, 2007)¹. Contournant une survenue hétéroérotique, l'interaction intragenre (« *entre femmes* », « *entre hommes* ») serait également préférée par les professionnel·les du fait d'une supposée meilleure compréhension des enjeux de santé sexuelle (Gott *et al.*, 2004). Eu égard au fait que la profession infirmière est composée à près de 85 % de femmes (Longchamp *et al.*, 2020), on pourrait penser qu'en oncologie les femmes soignées auraient tendance à être plus informées par les infirmières sur la sexualité que les hommes. Or c'est loin d'être le cas. Nombre de travaux ont même fait le constat inverse. Des recherches portant sur des individus ayant été atteints par un cancer relèvent que les hommes sont davantage renseignés sur la sexualité par les professionnel·les de santé² que les femmes (Flynn *et al.*, 2012 ; Rasmusson *et al.*, 2013). En France par exemple, les résultats de l'enquête VICAN2 (Inca, 2014, 428) établissent que 18,3 % des hommes interrogés déclarent avoir parlé de sexualité avec l'équipe soignante à l'initiative du personnel et 16,9 % de leur propre initiative ; ces chiffres ne sont respectivement que de 4,0 % et 6,7 % pour les femmes³. Surtout, près de 43 % des hommes et 70 % des femmes interrogé·es rapportent qu'échanger autour de cette thématique ne leur a jamais été proposé.
- 3 Comment expliquer ce décalage entre discours et pratiques ? Pour quelles raisons l'aspect facilitateur de la concordance de genre ne se vérifie-t-il pas dans les faits ? Divers éléments doivent se combiner pour éclairer ces silences infirmier·es en oncologie par rapport aux enjeux de sexualité ; silences qui varient selon que l'on soit patient ou patiente. Le poids des représentations genrées de la sexualité (Bajos *et al.*, 2008) est indéniable et en partie explicatif. Les chiffres énoncés ci-dessus renvoient à une projection par les professionnel·les de santé d'attentes différentielles entre hommes et femmes. Cela dit, ce premier éclairage est insuffisant car il ne permet pas de saisir les modalités qui déclenchent la parole soignante sur la sexualité ; en d'autres mots, quelles sont les conditions qui doivent être réunies pour que l'interaction intragenre (ou intergenre) puisse accompagner ou aider cette parole ?
- 4 La perspective honnethienne de la reconnaissance (Honneth, 2013) permet de se saisir de cette question. Tout en gardant à l'esprit les limites de cette approche pour l'analyse du travail⁴, ses apports nous semblent ici heuristiques à plusieurs niveaux. En premier lieu, car la lutte pour la reconnaissance est une dimension historique et incontournable de la profession infirmière (Knibiehler, 2011). En second lieu, car cette théorie, qui soutient qu'un individu ne peut être assuré de la valeur sociale de son appartenance (professionnelle) qu'à l'aune d'une reconnaissance intersubjective, a fait l'objet de réappropriations conceptuelles efficaces, comme celle de Guéguen (2014) sur le « sentiment de légitimité professionnelle ». Mobilisant la matrice théorique d'Honneth, cette chercheuse appréhende la légitimité au travail comme un « vécu ou un sentiment moral » (*Ibid.*, 2014, 76) résultant d'un processus de reconnaissance. Cet angle nous permet de formuler les questions suivantes : sur quels critères se construit le sentiment de

légitimité professionnelle des infirmier-es qui contribue à les conforter dans l'abord (ou non) de la sexualité ? Et dans quelles mesures des effets de genre s'articulent-ils à ce sentiment de légitimité ? Enquêtant sur une sphère – la sexualité – pétrie de non-dits, de conceptions morales et donc d'illégitimité à l'hôpital (Giami *et al.*, 2015), ces questions se posent avec d'autant plus d'acuité.

5 S'appuyant sur une enquête menée par entretiens auprès d'infirmier-es exerçant en oncologie, cet article montre combien la complexité des enjeux de genre à l'œuvre au sein des relations soigné-e/soignant-e est grande et combien celle-ci participe à construire des sentiments de légitimité ou d'illégitimité à parler de sexualité, variables d'un-e professionnel-le à l'autre. Afin d'appréhender ces effets de genre et leur intrication, nous avons intégré à l'analyse l'âge (des patient-es comme des infirmier-es)⁵. « Catégorie de mesure et de classement, l'âge organise, regroupe et distingue, créant des asymétries et des hiérarchies » (Bozon, Rennes, 2015, 18), et c'est pour cette raison qu'il est crucial à inclure lorsque l'on s'intéresse au point de vue des infirmier-es dans leur relation avec les patient-es. Articulé à d'autres rapports sociaux, l'âge « contribue à les étayer, le genre en premier chef » (*Ibid.*, 2015, 18). Cette assertion est d'autant plus vraie lorsque l'on enquête sur la sexualité, un domaine largement traversé par des injonctions liées aux âges de la vie qui donnent lieu à des itinéraires sexuels normés. La sociologie de la sexualité a particulièrement étudié les modalités de cette normativité genrée (Bajos, Bozon, 2012 ; Bozon, 2004) : on pense, entre autres, aux travaux portant sur la déprise sexuelle (Bessin, Blidon, 2011) ou sur les phénomènes de marginalisation liés à l'avancée en âge (Braverman, 2017 ; Slevi, Linneman, 2010).

6 C'est dans la lignée des travaux portant sur les différentiels genrés de prise en charge des patient-es au prisme du vieillissement que nous débutons cet article. Nous montrons combien la prégnance de représentations asymétriques des personnes enquêtées quant aux attentes relatives à la sexualité des patientes et des patients vient moduler la parole soignante. Puis, nous explicitons la manière dont les rapports sociaux produits lors d'interactions intergenre et intragenre viennent s'ajouter à cette première variabilité genrée. En nous focalisant sur l'articulation entre l'âge des patient-es comme des soignant-es et les effets de genre, nous mettons en lumière que les freins à l'abord de la sexualité ne relèvent pas des mêmes logiques selon que l'on soit infirmier ou infirmière, en particulier lorsqu'il est question de relation de soin avec un-e patient-e de sexe opposé. Nous nuancions le « risque » supposé d'érotisation des interactions en explicitant la manière dont certaines prises de position infirmières l'outrepassent. Enfin, nos analyses nous permettent d'appréhender certaines spécificités des « entre-soi » genrés en fonction de l'âge.

Méthode

Cet article repose sur une enquête qualitative qui s'est déroulée de septembre 2019 à octobre 2020 en Suisse romande. Celle-ci s'appuie sur 29 entretiens semi-directifs menés auprès d'infirmier-es (5 hommes et 24 femmes), âgé-es de 26 à 59 ans, d'une expérience professionnelle variant de 2 à 35 années et exerçant dans deux institutions hospitalières. Afin de pouvoir appréhender l'entièreté du parcours de soin, les enquêté-es étaient rattaché-es à divers services d'oncologie. Surtout, ces services ont été préalablement choisis du fait de leur rôle dans la prise en charge de différents types de cancer. Un des critères d'inclusion de notre étude concernait en effet les types de cancer auxquels les enquêté-es étaient confronté-es. Trois pathologies ont ainsi été identifiées du fait de leur prévalence (OFS, 2020)⁶ et de leurs incidences sur la sexualité (Cairo Notari *et al.*, 2018 ; Braverman, 2017 ; Traa *et al.*, 2012) : le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer colorectal. D'une durée comprise entre 1 h et 2 h 30, les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits verbatim avant d'être soumis à une analyse thématique. Sur un plan éthique, le protocole de recherche a été approuvé par les Commissions de demande d'enquête des deux institutions. En outre, un consentement éclairé a été obtenu de la part de tous-tes les enquêté-es. Le traitement strictement confidentiel des données et le droit de rétraction ont été garantis. Lors des entretiens, nous avons abordé à la fois le parcours professionnel des personnes, la routine de leur poste actuel, les spécificités du parcours de soin des patients et patientes suivi-es, tout en nous intéressant spécifiquement à l'abord de la sexualité lors de celui-ci. Nous avons notamment cherché à identifier une variabilité de traitement selon les profils des soigné-es (âge, genre, ancienneté). Afin d'identifier les ressources et obstacles, furent également évoquées avec les individus les recommandations de leur institution et de leurs hiérarchies. Pour terminer, le rapport au corps, à la pudeur, à la vie intime furent explorés avec les infirmier-es, à l'appui de relances sur leur socialisation familiale.

Vieillir face au cancer : la sexualité des patient-es entre illégitimité et impensés

- 7 C'est en toute certitude que plusieurs des infirmier-es se sont exprimé-es sur des attentes différenciées des hommes et des femmes en matière de sexualité, à l'instar d'Éva⁷, 26 ans, qui nous raconte avoir constaté lorsqu'elle travaillait en urologie que les « questions [sur la sexualité] venaient plutôt des hommes », ce qu'elle explique par le fait que pour ces derniers « il y a quand même un réel besoin, ils ont un réel besoin d'en parler, de savoir. Ils ont besoin de savoir "est-ce que oui ou non j'aurai des problèmes quoi". » Plus tard dans l'entretien, elle précisera que les enjeux relatifs à la sexualité concernent non seulement les hommes davantage que les femmes, mais aussi les « jeunes » plus que les « vieux » : « Le cancer de la prostate, on sait qu'il y a des hommes qui ont du mal à avoir des rapports sexuels, pour eux c'est important parce que des fois ils sont très jeunes. » Pour cause, « l'âge et les normes associées au processus de vieillissement agissent comme un opérateur central dans les jugements ordinaires » (Brossard, 2017). Pour Aurélie, 39 ans (oncologie générale)⁸, le constat est le même : « Chez les hommes qui vont avoir des substituts hormonaux, c'est souvent abordé. Mais c'est souvent abordé chez des hommes jeunes ou qu'on estime en âge euh, d'avoir une sexualité, donc c'est vrai que passé 65-60 ans, on en parle peu. »
- 8 Ce type d'affirmations a traversé notre terrain de part en part et témoigne de combien les discours de certain-es soignant-es sont en décalage par rapport à la réalité des pratiques sexuelles des individus⁹. Dans les soins, les conséquences sont de taille. Sandra, 32 ans, qui travaille auprès d'individus soignés pour le cancer de la prostate ou pour des sarcomes, raconte qu'il ne lui arrive quasiment jamais de parler sexualité avec des patientes, ce qu'elle justifie par une projection des attentes différentielles entre femmes et hommes sur ce sujet :

Mais, c'est fou parce que j'ai remarqué que j'abordais beaucoup plus facilement avec les hommes du coup... Et j'peux pas l'expliquer... (*Pause, silence*). Oui, non, pfff c'est..., c'est une représentation, mais que... le manque de désir, peut-être tous les patients l'ont, surtout quand ils sont en chimiothérapie puisqu'ils sont fatigués, euh... Mais par contre j'sais qu'les hommes, typiquement qui ont l'habitude d'avoir une érection matinale, bah, tout à coup il y en a plus, puis j'sais que ça, ça peut être choquant. Alors qu'la femme, je sais aussi qu'elle, elle va pas voir forcément tout de suite qu'elle a une sécheresse vaginale, etc. à moins d'avoir euh... de vouloir avoir des relations sexuelles. Puis du coup, euh... c'est moins une question de la femme, mais, je pense surtout qu'j'l'évalue moins aussi.

- 9 Bien qu'elle avance qu'il s'agit sûrement de préjugés et que, contrairement à Éva, elle fasse preuve de réflexivité à cet égard – « c'est une représentation [...] j'l'évalue moins » – la sentence est pourtant marquée : « c'est moins une question de la femme », dit-elle. Le singulier est particulièrement révélateur de l'homogénéité supposée des comportements « féminins ». Nul doute qu'il s'agit ici d'un conflit entre normes de genre – sexualité relationnelle (et secondaire) pour les femmes, sexualité pulsionnelle (et prioritaire) pour les hommes (Legouge, 2016) – et normes soignantes, et soulignons que ce conflit concerne tant les jeunes enquêté-es que les plus âgé-es. Contrairement à l'injonction professionnelle valorisant « l'écoute et l'accompagnement des patients » afin de « les aider dans l'expérience qu'ils font des différentes dimensions de la maladie » (Acker, 2005, 170), la majorité des infirmier-es n'abordent en effet pas le sujet de la sexualité. Qui plus est, lorsqu'ils et elles le font, le contenu des discussions s'avère souvent très partiel. Certain-es privilégient uniquement l'abord du versant physiologique de la sexualité – « Il y a les pompes à vide... Il y a des stylets intra-urétraux qu'ils peuvent utiliser aussi, mais c'est 50 francs l'unité. Euh les comprimés c'est pareil, c'est entre 30 et 40 francs... après il y a des pommades qu'on utilise aussi en intra-urétral. Donc non... il y a, il y a pas mal de choses » (Tiffany, 35 ans, cancer de la prostate) – ; d'autres choisissent d'évoquer principalement les aspects relationnels de la sexualité, notamment la conjugalité – « je leur ai juste expliqué à quel point ils étaient un couple fort et beau » (Sandra, 32 ans, cancer de la prostate) – ; d'autres, encore, se focalisent sur les risques sanitaires – « Quand ils auront la chimio, les produits restent dans le corps et il faut qu'ils se protègent, ou qu'ils protègent leur conjoint » (Annick, 59 ans, oncologie générale) – ; enfin, certain-es s'intéressent essentiellement aux dimensions psychologiques et identitaires – « la patiente finalement ne se trouve plus belle et désirable quoi » (Luigi, 38 ans, cancer du sein). Cette diversité d'abord n'est d'ailleurs pas sans lien avec les types de cancer qui sont assimilés à des représentations genrées. La dysfonction érectile est ainsi associée à la prostate alors qu'elle concerne également le cancer colorectal et l'altération de l'image corporelle est souvent le centre des préoccupations des infirmier-es travaillant auprès de

femmes atteintes d'un cancer du sein¹⁰. Quoi qu'il en soit, une grande part des soignant-es optent pour un abord relégué en arrière-plan : « C'est arrivé mais vraiment euh... très rarement. Vraiment très très très rarement » (Viviana, 27 ans, oncologie générale).

10 À l'appui d'Honneth, on peut penser que la confiance et la reconnaissance des patient-es, durement acquises, sont considérées comme fragiles par les infirmier-es, ce qui les conduit à préférer l'évitement de ce sujet. Car « le sentiment de légitimité [professionnelle] tout comme son absence ne dépendent pas seulement, ni même d'abord, des individus mais de la façon dont, à travers leurs activités, ceux-ci sont perçus et évalués par les autres » rappelle Guéguen (2014, 77). Et tout porte à croire que ces soignant-es sont méfiant-es par rapport à l'abord de la sexualité car ils et elles ne veulent pas risquer d'être « mal perçu-es et sous-évalué-es », autrement dit : briser le lien de confiance avec les patientes et patients. « J'aurais peur de brusquer [...] de rentrer dans une sphère trop intime », explique Jane (27 ans, cancer du sein). Dans les services étudiés, où les représentations sociales du cancer, fortement associé à la mort, induisent en outre le présupposé selon lequel la sexualité ne serait pas un objet de préoccupations pour les patient-es et leurs partenaires¹¹ (Giami *et al.*, 2015 ; Hordern, Street, 2007), les femmes sont particulièrement marginalisées sur ces questions ; d'autant lorsqu'elles sont considérées comme trop « âgées » pour avoir de telles inquiétudes. Confirmant les résultats d'autres recherches, nous avons constaté des « mécanismes de dépréciation sexuelle des femmes vieillissantes », celles-ci étant « considérées avant les hommes comme “vieilles” sous l'angle de leur désirabilité sexuelle et sociale » (Bozon, Rennes, 2015, 14-16).

11 « On discutait de ça avec une collègue », raconte Christine, 47 ans (oncologie générale), « on aura plus tendance quand c'est des plus jeunes à en parler plus facilement, mais des dames de 50-60 ans qui auraient tout aussi bien une sexualité on en parle moins ». Le choix du vocable « dame » n'est ici pas anodin : il renvoie d'une part aux normes de genre en matière de sexualité, c'est-à-dire à la décence et à la respectabilité féminine (Clair, 2012), d'autre part, il convoque l'avancée en âge. Nos résultats s'inscrivent en effet dans la lignée des travaux de Marie-Laure Déroff qui montrent que les hommes ressentent des « obligations positives » (de performance) quant à leur sexualité surtout lors de la première phase de leur vie sexuelle, tandis que les femmes, « indifféremment de l'âge et du “moment” » (Déroff, 2007, 131), perçoivent des pressions prohibitives. Ce sont ainsi les pratiques sexuelles des femmes âgées qui ont été davantage soulignées comme « surprenantes » ou tout du moins comme des cas « exemplaires » qui percutent les prénotions. Catherine, 51 ans (oncologie générale), nous raconte par exemple l'étonnement qui a été le sien lorsqu'une patiente de 80 ans lui a confié avoir découvert les bienfaits de pratiques masturbatoires :

J'étais tout étonnée. J'ai eu une dame, euh comme ça de huitante ans, qui m'a expliqué à un moment donné – c'était le troisième ou quatrième entretien que j'avais avec elle – et pis tout d'un coup elle me dit : « J'ai découvert la masturbation, et ça m'a fait du bien. » (*Rires*) Bon. « Ah bah c'est bien » [lui répond-elle]. [...] elle avait envie de le partager je pense. Et puis, ouais j'étais étonnée. À ce moment-là, c'est bah voilà ça c'est, finalement il y a pas d'âge.

12 Alors que les aspirations sexuelles des hommes âgés semblent ordinaires, celles des femmes du même âge sont plus souvent pensées comme inexistantes, y compris par les infirmier-es les plus jeunes rencontrés qui adhèrent pour la plupart à ces discours normatifs sur la sexualité de leurs aînées. Carla, 32 ans (oncologie générale), l'exprime clairement : « C'est rare qu'on parle avec une grand-maman de 80 ans de sexualité aussi. Franchement faut être honnête. » Contrairement aux hommes âgés qui réclament « la p'tite pilule bleue », comme le raconte Marie, 48 ans (oncologie générale), les patientes se feraient plus facilement « à l'idée qu'c'est comme ça », que leur sexualité n'est plus prioritaire. Elle ajoute : « C'est vraiment une vision totalement personnelle hein [...] Ça fait p'têt aussi partie d'cette imagerie où la femme a moins envie. » Soulignons ici que la médicalisation de la ménopause (Théré, 2015) n'est sans doute pas étrangère à la prégnance de ces représentations. Quoi qu'il en soit, l'autocensure amplifiée des infirmier-es envers les patientes âgées se justifie souvent par la volonté de ne pas créer une offense, d'ailleurs plus hypothétique que constatée :

Il y en a qui rebondissent et il y en a qui disent rien et après on est un peu mal à l'aise. [...] On met plus des gants que quand c'est un couple qui est là, un jeune couple ou je sais pas. Là, c'est clair qu'il faut en parler (Florence, 44 ans, oncologie générale).

13 Néanmoins, si les silences infirmiers concernent particulièrement les femmes âgées, ils ne s'y réduisent pas. D'autres évitements sont à l'œuvre. Pour les appréhender, un renversement de perspective s'avère heuristique. Mettre en lumière ce qui déclenche et légitime la parole

infirmière constitue un levier de compréhension efficace pour cerner ce qui fait au contraire obstacle. Les deux prochaines parties seront dédiées à la visibilité de ces éléments déclencheurs qui varient selon le type d'interaction – intergenre (partie 2) ou intragenre (partie 3) – et la distance en âge des protagonistes.

« Le privilège de l'âge » des soignant-es : contourner l'érotisation

14 « Des fois j'me dis j'ai de la chance d'avoir l'âge que j'ai, c'est un peu plus facile que quand j'avais 25 ans. » Nathalie, 48 ans (cancer du sein)¹², est formelle, l'âge est un élément central qui explique son aisance actuelle à aborder la sexualité avec les patient-es. « C'est vrai que quand on est plus jeune, on nous voit plus comme objet sexuel que quand on a 50 ans », ajoute-t-elle, « je le vis mieux de ce côté-là aujourd'hui. C'est plus considéré comme drague, c'est considéré comme discussion ». Ce que relève cette enquêtée, c'est que passé un certain âge, tant socialement que subjectivement établi, l'érotisation de la relation soigné-e/soignant-e (Giami *et al.*, 2015) ne serait plus une menace car les infirmier-es n'auraient plus à craindre leur objectification.

15 Cette érotisation potentielle, qui concerne les interactions intergenre, a déjà attiré l'attention des chercheur-ses investiguant les effets de genre entre infirmier-e et individu soigné, à l'instar des travaux de Giami *et al.* (2013, 2015). Il est vrai que ce risque d'érotisation hétéronormée est fortement appréhendé par les infirmier-es – pour cause, lors de leur formation initiale, cette dimension est largement abordée, notamment par le biais de l'injonction à la « bonne distance thérapeutique » (Giami *et al.*, 2013) – et il constitue à ce titre un frein à l'abord de la sexualité. Ceci a d'ailleurs été souvent évoqué dans les entretiens, comme l'illustre cet échange avec Élodie, 42 ans (cancer de la prostate), qui, réfléchissant à la gêne de ses collègues, formule l'hypothèse d'un risque d'irruption d'avances sexuelles de la part des patients hommes :

Élodie : Moi j'suis autant curieuse que vous d'savoir pourquoi mes collègues elles osent pas en parler (*rires*).

Chercheuse : Justement, c'est l'objet de notre enquête de restituer aussi nos résultats.

É : On est un p'tit espace euh... et j'ai jamais eu un qui m'a coincé dans un coin (*en riant*).

C : Vous pensez qu'est-ce ça la peur ?

É : Je sais pas. J'en sais rien. Mais en tout cas moi j'ai jamais été mise mal à l'aise par des patients.

16 Amélie, 27 ans (oncologie générale), partage cette inquiétude de la survenue d'une tension érotique : « Pour moi c'est p'têt plus simple d'aborder ce sujet avec une femme qu'avec un homme, parce que j'ai p'têt trop l'impression qu'si j'aborde le sujet avec un homme euh... ça peut être mal interprété. »

17 Néanmoins, il serait réducteur de ne considérer les effets de genre au sein des interactions soigné-es/soignant-es qu'à l'aune de l'érotisation supposée des interactions intergenre sous l'impulsion hétéronormative¹³. Le fait de prendre en charge des patient-es du sexe opposé n'entrave pas systématiquement l'abord de la sexualité. Tout comme la concordance intragenre (« *entre femmes* » ou « *entre hommes* ») ne paraît pas non plus être un facteur facilitateur absolu. D'autres éléments sont à considérer. D'une part, l'histoire individuelle et les valeurs personnelles de chacun-e entrent dans l'équation¹⁴ – « les collègues euh, il y a d'autres collègues qui sont aussi très à l'aise et d'autres qui estiment que euh c'est pas... [...] la priorité » (Aurélie, 39 ans, oncologie générale). D'autre part, se focaliser sur les normes de genre ne suffit pas à appréhender la complexité des situations et enjeux interactionnels concernant la sexualité, d'autres référentiels normatifs sont à interroger (Legrand *et al.*, 2013). De fait, lorsque Nathalie nous parle de son âge qui atténue le risque d'érotisation, l'équation se complexifie. Elle est d'ailleurs loin d'être la seule à faire part de ce genre de réflexions parmi les infirmières rencontrées.

18 Reprenant à leur compte les représentations du processus de vieillissement au féminin alimentées par l'imaginaire de la perte (Charlap, 2015) – perte de féminité, de fécondité, de désirabilité –, certaines racontent avoir pris de leur propre chef de la distance quant aux jeux de séduction. C'est ce qu'exprime Sylvie, 50 ans (oncologie générale) : « J'ai p'têt le privilège de l'âge, mais... [...] j'suis probablement un peu plus à l'aise avec ça et puis... puis peut-être moins dans une période de ma vie – alors j'dis pas qu'j'ai séduit des patients, en tout cas j'ai jamais vraiment voulu (*petits rires*) mais... on reste des hommes et des femmes. » D'autres tendent même à se présenter comme asexuées en se référant au regard d'un autrui homme et

hétérosexuel. « J'ai dépassé le stade euh... où il peut me... », nous dit à demi-mot Annick, 59 ans (oncologie générale), à propos d'une interaction dénuée (selon elle) de toute « ambiguïté » avec un patient. L'avancée en âge a radicalement transformé son abord de la sexualité, auparavant inexistant. Bien qu'il soit loin d'être aujourd'hui automatique, il arrive à cette infirmière de mobiliser son rapport distant à la sexualité comme outil d'aide à la communication :

Là, avec ce monsieur yougoslave (*sic*) j'dis... « Vous avez des bouffées de chaleur, tout ça ? » et puis qu'est-ce qu'il me fait ? J'sais plus comment il me fait... et puis moi je dis « ah mais vous savez moi c'est fini ». Enfin un truc du style quoi. Enfin voilà, j'aurais jamais dit ça 15 ans auparavant. [...] J'aurais pas osé l'dire. Puis après l'monsieur il m'tape sur l'épaule en m'disant « c'était sympa, on a bien discuté », et puis voilà. Voilà, ça s'arrête là. [...] Y'a aucune ambiguïté. Donc j'pense que j'ai dépassé le stade euh... (*elle rit*) où il peut me... voilà.

- 19 Cela dit, l'avancée en âge des infirmières n'est pas le seul facteur neutralisant, selon elles, l'érotisation possible. D'après Amélie, 27 ans (oncologie générale), c'est l'écart d'âge la séparant des patients hommes qui facilite l'abord de la sexualité :

J'pense qu'une personne plus âgée, j'me dis qu'elle est bien, souvent hein, elle est bien dans son couple, elle est mariée et tout. Enfin, y'a pas trop d'ambiguïté. Que si c'est quelqu'un d'mon âge euh... j'aurais plus tendance à m'dire que... ouais qu'il y a p'têt une p'tite ambiguïté quelque part.

Viviana, 27 ans (oncologie générale), fixe même un seuil d'aisance à 40 ans :

Viviana : Après quand c'est des hommes, c'est vrai que moi ça me gêne beaucoup moins s'ils ont quarante ans et plus. (*Silence*) Après bon si c'est la sonde vésicale, en soi c'est le geste technique, donc on arrive quand même peut-être à faire abstraction mais c'est vrai si on peut l'éviter on l'évite.

Chercheuse : Et du coup j'imagine là c'est pour un soin, mais du coup pour discuter de sexualité ça serait pareil en fait... c'est ça ?

V : Ah oui encore pire, ouais. Si c'était quelqu'un de mon âge, un homme de mon âge, j'aurais de la peine, ouais. Là je peux vous l'dire clairement ouais.

- 20 Même constat pour Élodie, 42 ans (cancer de la prostate), qui raconte : « Mes patients ils draguent la secrétaire [plus âgée qu'elle] (*rires*). Ils me draguent pas moi ! » Pour cette infirmière, la non-proximité d'âge est irrémédiablement pensée à l'aune du genre. Elle précise : « j'ai pas de pénis [...] ils peuvent pas s'mesurer à moi », sous-entendant que l'interaction avec un jeune soignant (supposément en toute possession de ses capacités érectiles) pourrait freiner la parole des hommes :

J'ai des patients qui m'ont dit « ouais j'pense que parce que vous êtes une femme j'ose beaucoup plus parler avec vous ». [...] Alors pour ce patient c'était vraiment ça, mais moi j'lui ai dit, j'pense que le fait que moi j'ai pas de pénis, y'a pas de... de compétition avec moi. Et j'pense qu'un homme, de parler à un autre homme de ses problèmes qu'il arrive pas à bander, alors que l'autre il arrive... Enfin j'sais pas.

- 21 Relevons que ce type de propos, répandus parmi les soignantes, désignant les entre-soi virils (Welzer-Lang, 2009) comme freins à la parole dénote une forme de décrédibilisation des médecins hommes sur la question de l'abord de la sexualité. « L'adhésion [dans le travail] à des modèles genrés [...] traditionnels » (Guichard-Claudic, Kergoat, 2007, 10) semble participer d'une certaine manière à la définition de compétences pensées comme étant propres à chaque groupe professionnel¹⁵ :

Le patient disait « bah mes érections ne durent pas longtemps » [et le médecin de répondre] : « OK alors une érection qui ne dure pas longtemps c'est quoi ? 20 min ? 30 min ? » (*Rires*). Alors là... on est en plein milieu de la consultation, euh... je me disais « rohlala, comment je vais rattraper ça ?... ». (*Rires*) Voilà, rame... (Tiffany, 35 ans, cancer de la prostate).

- 22 Outre une certaine remise en question de la légitimité de leurs collègues masculins sur ces questions, retenons que pour se sentir légitimes à parler de sexualité lors d'interactions intergenre, les infirmières rencontrées s'appuient donc, soit sur leur avancée en âge, qui permettrait une désérotisation de la relation de soin conformément à la représentation d'une féminité vieillissante synonyme d'asexualité (Bozon, Rennes, 2015), soit – dans une moindre mesure – sur un écart d'âge avec les patients qui annihilerait le risque d'avances sexuelles. Ces deux conditions permettent aux infirmières d'être reconnues dans leur travail (Guéguen, 2014) pour ce qu'elles *font* (leur accompagnement) et non pour ce qu'elles *sont* (des femmes). En

définitive, pour les infirmières, on peut dire que si l'abord de la sexualité reste souvent superficiel, l'aisance lors d'interactions intergenre peut évoluer dans le temps.

Encadré no 1

Des infirmiers empreints de pudeur avec les patientes

Seuls cinq hommes ont été interrogés, nous nous garderons donc d'en tirer des conclusions trop générales. Nous pouvons néanmoins relever certains éléments qui rejoignent la littérature concernant l'appréhension des infirmiers lors de la prise en charge de femmes (Evans, 2002 ; Keogh, Gleeson, 2006). Premièrement, quels que soient la situation, l'écart d'âge ou leur expérience, aborder la sexualité avec des patientes apparaît illégitime à la majorité des infirmiers rencontrés. « C'était toujours des hommes. Toujours, jamais eu de... euh, jamais eu le... le feeling de parler d'ça avec une dame », nous dit par exemple Manuel :

J pense que c'est une question de pudeur, une question de culture aussi. Euh... (petite pause, hésitation) de mon côté, p'têt qu'y'a des freins aussi d'aborder ça avec une femme. Et p'têt que d'la part d'une femme des fois... soit une jeune femme qui peut-être a des freins d'aborder ça pour une question d'pudeur, et la même chose pour une dame âgée. Qui peut être ma maman, ou ma grand-mère (Manuel, 38 ans, oncologie générale).

Ceci dit, l'érotisation potentielle de la relation de soin a rarement été évoquée par les infirmiers lors des entretiens pour justifier ce différentiel de traitement. À l'inverse, certains se sont offusqués à l'évocation de ce sujet, à l'image de Luigi, 38 ans, travaillant auprès de femmes soignées pour un cancer du sein : « Ça ne m'est jamais arrivé, ah non non. Enfin en tout cas j'me suis déjà occupé des femmes que j'ai trouvé très belles ou charmantes ou... Mais, j'ai jamais... je n'ai jamais eu... Bon ça fait douze ans que... j'suis avec ma femme donc¹⁶. » Pour d'autres, la gêne était palpable à propos de l'interaction intergenre mais les mots étaient difficiles à poser pour la caractériser :

[Avec les patientes femmes] j pense que j me sens pas euh... bah pas à l'aise. Et ouais j crois que j me sentirais assez démuné. [...] J pense que j l'ai jamais fait [aborder la question de la sexualité] (Clément, 37 ans, oncologie générale).

Ce qui semble déterminer la retenue de ces infirmiers, c'est surtout le poids des représentations genrées de la sexualité évoqué dans la première partie de l'article. Ce n'est cependant pas tant la supposée distanciation des femmes (notamment âgées) aux désirs sexuels que les infirmiers ont pu évoquer, mais plutôt leur embarras eu égard à une différenciation des sexualités féminines et masculines.

J'avoue que j'aurais eu un vieux de 70 ans, voilà et qui m'parle de ses problèmes d'érection ou comme ça... Je me verrais beaucoup -fin... ça serait beaucoup plus euh... presque naturel, fin, dans l'ordre des choses [...] le- le sexe opposé, et- et l'âge qui est presque le mien, fait que j'étais un petit peu... J'aurais été un peu mal à l'aise, je crois. [...] même si j'ai pas forcément vécu ce qu'un homme avec ce qu'il me dit, j'ai impression que ça va plus résonner en moi... [...] c'est personnel mais c'est vrai que j'ai- j'ai- j'ai quand même pas beaucoup de connaissances de la sexualité au niveau des femmes. Je me sentirais, je pense, un peu... ouais... (avale sa salive) un peu, comment dire, peut-être déjà un peu mal à l'aise et puis euh... Et puis je pense que... -fin... j'ai l'impression que je pourrais pas répondre s'il y a une question, j'ai l'impression que je pourrais pas répondre quoi... (Bruno, 27 ans, oncologie générale).

Autrement dit, adhérer en partie aux représentations traditionnelles de genre, c'est considérer qu'un infirmier ne peut véritablement comprendre les attentes d'une patiente ou tout du moins qu'il les comprendra plus difficilement qu'une femme. C'est ce que sous-entend Clément : « ces questions-là elles sont plus souvent... entre femmes et entre hommes ». On peut faire l'hypothèse que c'est cette projection de vécus différenciés qui fait obstacle à la majorité des hommes interviewés. Lorsqu'on demande à Serge, 57 ans (oncologie générale), si son non-abord avec les femmes est à mettre en lien avec une séduction hétérosexuée¹⁷, il nous répond : « Non [...] c'est plus l'intimité quoi [...] et puis il y a ce côté pudeur quand même qui est présent. » Il n'est pas le seul à choisir ce terme de « pudeur » pour évoquer les interactions avec les femmes, et tout porte à croire que ce vocable traduit le vécu d'une forme d'illégitimité à franchir la frontière des genres. D'ailleurs, nous l'avons évoqué précédemment, cette frontière se repère également dans le contenu de ce qui est abordé. À ce propos, on peut s'attarder sur la manière dont Luigi, qui est le seul homme rencontré à parler de sexualité avec des patientes, évoque ce sujet. Cet infirmier travaille avec des femmes soignées pour un cancer du sein et s'il aborde cette thématique c'est, d'une part, le plus souvent à l'initiative des patientes – « j'essaie de pas être le premier à en parler en tout cas » – et, d'autre part, via un abord assez restreint. Effectivement, il parle exclusivement de l'aspect relationnel de la sexualité en lien avec l'image corporelle – « j'ai pas

vraiment eu les discussions sur la baisse du désir sexuel. Ça a plus été sur euh... relâcher quelqu'un rentrer dans son intimité, voilà » –, laissant dans l'ombre nombre de thématiques, telle par exemple la sensorialité des seins après une reconstruction. On décèle ici le poids des représentations genrées de la sexualité qui imprègnent, soit dit en passant, les propos de la majorité des soignant-es rencontré-es, tant hommes que femmes. Nombre d'infirmières adhèrent en effet à cette vision bipartite de la sexualité (relationnelle pour les femmes, fonctionnelle pour les hommes) et cela les conduit à un abord partiel – voire superficiel – de la sexualité, qui relègue à l'arrière-plan les problèmes d'ordre psychologique ou émotionnel lorsqu'il est question d'hommes soignés. Néanmoins, ce poids des normes de genre semble moins constituer un frein à l'abord pour les infirmières dans le cadre d'interactions intergenre (que pour les infirmiers), notamment car la sexualité des hommes, pensée ou plutôt réduite à une sexualité « mécanique » – « ce qu'ils veulent tous c'est avoir une érection quoi » (Tiffany, 35 ans, cancer de la prostate) –, s'accommode assez aisément d'un accompagnement infirmier souvent centré sur la recherche de solutions efficaces à des problèmes biomédicaux.

Quand l'expérience de vie des infirmier-es favorise l'entre-soi genré

23 Si l'âge joue un rôle déterminant lors d'interactions intergenre, il entre aussi en compte lors d'interactions intragenre. On a rappelé en introduction le rôle de la concordance de genre comme supposé facilitateur de parole sur la sexualité, mais c'est à la lumière d'une distance d'âge entre soigné-es et soignant-es (à la faveur de ces dernier-es) que cette concordance semble prendre tout son sens. Une légitimité à s'exprimer sur ce sujet s'acquiert dès lors que les infirmier-es peuvent se positionner, du fait d'un âge plus avancé, comme détenteur-rices de ressources à transmettre, dans une logique d'ascendant conféré par le poids des années (Auger *et al.*, 2017).

24 Manuel, 38 ans (oncologie générale), qui aborde très peu le sujet de la sexualité – « p'têt que... allez... c'était p'têt une fois par année peut-être. Si on peut faire... en 15 ans d'expérience, p'têt 10 à 15 fois peut-être. Voilà » –, raconte par exemple combien son aisance est plus grande aujourd'hui avec les patients hommes. Ceci car il a « vieilli ». En effet, lorsqu'il évoque son début de carrière, plusieurs moments de grande gêne lui reviennent en mémoire. À l'inverse, Manuel estime qu'aujourd'hui sa pudeur « est atténuée parce qu'il y a de plus en plus de patients plus jeunes [que moi] ». Il ajoute : « À mes yeux ça m'donne plus d'autorité entre guillemets. Euh... plus d'autorité pour aborder des questions qu'j'aborderais pas forcément avec des personnes qui sont plus âgées qu'moi. » Plus que la « jeunesse » des patients, c'est le statut d'aîné qui semble ici explicatif ; avoir de l'autorité, c'est avoir accumulé une légitimité à s'exprimer à la fois du fait de son expérience professionnelle (en tant qu'infirmier dont le stock de connaissances sur les attentes et vécus des patients s'est étoffé), mais surtout du fait de son expérience personnelle (en tant qu'homme ayant cumulé des savoirs sur la sexualité). Cette aisance acquise hors travail se décèle de façon similaire dans les propos de Serge, 57 ans, qui travaille essentiellement auprès de patients hommes en urologie :

Chercheuse : Vous avez vu une évolution de la capacité à aborder ces thématiques ?

Serge : Par rapport à moi ? Oui. Par rapport à moi, oui. Effectivement, oui.

C : Qu'est-ce qui, qu'est-ce qui fait que...

S : Mais je pense que, être plus à l'aise c'est le parcours de vie, hein. Ça c'est déjà une chose.

25 On le voit, la notion de « légitimité professionnelle » (Guéguen, 2014) est d'autant plus heuristique qu'une fois établi que celle-ci est ancrée dans un monde social dont les représentations et pratiques (relatives aux parcours de socialisation, à l'âge ou encore aux rapports sociaux de sexe) dépassent largement les frontières des espaces professionnels (Pichonnaz, Toffel, 2018). Mentionnant une interaction récente avec un « jeune homme », Manuel explique qu'il y avait de son côté « une certaine aisance. Parce que voilà il avait quoi 18 ans, et moi j'avais presque le double de son âge. Et... c'était pas un rapport parental, rien... mais quelque part donc un peu le... le grand frère. Une version professionnelle du grand frère [...] c'était assez facile de rentrer dans cette discussion ». Pour cet infirmier, l'entre-soi masculin n'est pas synonyme de virilité compétitive, mais favorise plutôt un espace propice à la discussion sur la sexualité, à condition qu'il puisse se placer dans le rôle de « mentor » dont le propre parcours légitime une prise de parole du fait d'une « référence supposée à une expérience commune » (Dayan-Herzbrun, 2000) ; ce qui suppose une asymétrie d'âge en sa faveur mais aussi une

Du côté des infirmières, la mobilisation de sa propre expérience auprès de patientes plus jeunes a également été mentionnée à plusieurs reprises. Catherine, 51 ans (cancer du sein), nous explique ainsi que « c'est au fil du temps, de changer soi-même aussi, on est complètement différent quand on commence à 25 ans, que quand on a 20, 25 ans d'expérience. Ça ça donne le bagage pour oser en parler ». Elle ajoute que son propre parcours corporel lui permet de mieux comprendre certaines expériences de ses patientes (comme la baisse du désir sexuel) : « J'arrive moi-même à la ménopause, donc je ressens aussi ce que c'est. Donc ça aide. [...] on sait vraiment de quoi on parle. » Cette infirmière évoque d'ailleurs l'existence de la littérature érotique à ses patientes. De son côté, Florence, 44 ans (oncologie générale), nous confie avoir des difficultés à aborder la sexualité avec des « femmes plus âgées [...] parce qu'on connaît pas », alors qu'au contraire, avec des femmes plus jeunes, son propre vécu aide : « Personnellement je me dis j'ai aussi un vécu qui est riche et où je me dis j'ai aussi mes choses à amener quelque part. » Florence évoque l'asymétrie de désir sexuel qu'elle a pu connaître selon les périodes avec son mari sur les vingt dernières années. Dans le même ordre d'idées, Monique nous dit avoir « des fois l'âge de leur mère. [...] Ou d'une très grande sœur. [...] Je crois que c'est plutôt peut-être si elles sentent qu'on est plus à l'aise de parler de ça. Ouais. Pis, bah moi j'ai une expérience de vie et pis ça peut aider aussi. Par rapport à mon expérience de femme. En tout cas, elle me sert ». Cette infirmière de 57 ans travaille depuis 8 ans comme référente, c'est-à-dire qu'une grande part de son activité est consacrée à des consultations avec des patientes femmes suivies en oncologie. À ce jour, la sexualité semble avoir une place prépondérante lors des interactions qu'elle mène – cette infirmière dit questionner systématiquement les femmes sur leur « satisfaction » sexuelle, leur rapport au corps et leur identité de genre¹⁸ – mais ce ne fut pas le cas tout au long de sa carrière. Lorsque Monique travaillait en oncologie ambulatoire, elle ne se sentait pas apte à mener des discussions sur la sexualité : « J'étais moins à l'aise, oui. Et puis j'avais, je savais pas à qui référer. [...] Ouais. J'osais pas, moi. Et je comprends. Aujourd'hui les professionnels qui osent pas. » Finalement, c'est après l'obtention d'une position d'infirmière référente que cette soignante s'intéressera davantage à cette thématique : « Bah déjà j'ai été forcée de, de, pas forcée, c'était une attente et je me suis dit : "Ça fait partie de ton rôle." » Pour ce faire, Monique a fait de nombreuses lectures et s'est rendue à des symposiums. Mais ce qui semble avoir le plus infléchi son abord de la sexualité avec les patientes est un événement relatif à sa vie personnelle. Il y a quelques années, cette infirmière a connu un divorce et cette « épreuve », nous dit-elle, l'a conduite à s'interroger sur sa propre sexualité. C'est cette « expérience de vie » que Monique mobilise lors de l'entretien pour nous expliquer son aptitude à comprendre les attentes des patientes :

Moi j'ai pas eu une épreuve maladie, j'ai eu une épreuve, un couple qui se termine, donc il y a eu un sentiment de perte. Et puis un processus de deuil. Et aussi par rapport à la sexualité, pendant qui était plus aussi régulière qu'avant, enfin différente. Euh donc ça à la limite, ça pour moi c'était un vécu, alors, évidemment pas le même, mais euh qui a pu m'aider par rapport à la sensation de perte, de manque, de besoins assouvis, des ouais. [...] Ouais, de vécu de femme, par rapport à la vie de couple et intime. [...] C'est une expérience de vie, pis ça m'a enrichie personnellement, par rapport à cette traversée-là, mais aussi pour ma compréhension (Monique, 57 ans, cancer gynécologique).

Un « vécu de femme » – qui renvoie, ici encore, à des dimensions subjectives et incorporées de la sexualité acquises hors de la sphère du travail – constitue ainsi des « compétences informelles » (Gianni *et al.*, 2015, 8) particulièrement mobilisées lors d'interactions intragenre. Ces connaissances profanes, loin de compenser un déficit de connaissances professionnelles, encouragent cependant la prise de parole et permettent un sentiment subjectif de légitimité, « entendu au sens de l'assurance que l'individu peut avoir en lui-même du fait de ses propres contributions » (Guéguen, 2014, 75). Monique nous confie d'ailleurs être « moins à l'aise quand il y a les deux [personnes du couple hétérosexuel] » : « Parfois si j'ai déjà vu le couple une ou deux fois, je dis : "Ça vous va, vous allez boire un petit café et on discute entre femmes ?"¹⁹ »

Ajoutons que le passage des années est aussi parfois perçu comme facilitant l'abord car le début de carrière est quasi systématiquement et irrémédiablement synonyme d'un silence absolu quant aux enjeux relatifs à la sexualité des patient-es. D'une part, ce domaine constitue le parent pauvre de la formation initiale en soins infirmiers, ce qui conduit à l'arrivée dans les services oncologiques de jeunes diplômé-es très démuni-es vis-à-vis des demandes des patient-es et favorisant donc l'évitement, comme nous l'explique Stéphanie, 30 ans (oncologie générale), au sujet de son parcours : « Jeune diplômée, [la sexualité] elle avait aucune place. Pas de formation sur l'école d'infirmière. Euh (hésitation) finalement on découvre assez vite que si on laisse pas la

place, c'est pas trop un sujet qui vient sur le tapis. Donc euh moi j'en laissais aucune de place. » D'autre part, cette autocensure des plus jeunes soignant-es se voit, lors du début de la socialisation professionnelle, renforcée par leurs collègues (ou futur-es collègues) plus âgé-es. Aucun-e des praticien-nés formateur-rices²⁰ rencontré-es ne parle par exemple avec eux ou elles des modalités d'abord de la sexualité des patient-es. Plus encore, ces tuteur-trices estiment généralement que l'apprentissage de certaines compétences infirmières (communicationnelles ou techniques) est impondérable et à prioriser avant de pouvoir s'intéresser à d'autres sujets de la relation soigné-e/soignant-e. « Le sentiment d'illégitimité » (Guéguen, 2014) à parler de sexualité est ainsi construit de longue date, durant la formation et à l'entrée dans la profession :

Je pense que la sexualité aussi sera un des derniers thèmes qu'on veut aborder en lien avec ce qu'on doit acquérir comme connaissances finalement pour pouvoir bien accompagner un patient. [...] La sexualité sera un des derniers points. [...] il faut pas oublier que- enfin pour toutes personnes dans son activité professionnelle, quelle qu'elle soit. Il y a des priorités. Il y a des priorités (Serge, 57 ans, oncologie générale).

29 Si l'abord de la sexualité, « c'est quelque chose qui doit mûrir avec le temps », comme nous l'explique Serge, force est de constater que cette affirmation est loin de se vérifier systématiquement. Nous l'avons montré, une variabilité de prises de position infirmières quant à l'abord de la sexualité s'observe et l'avancée en âge s'articule différemment selon que l'on parle d'interactions intra ou intergenre, et qu'on l'on enquête auprès de soignantes ou de soignants.

Conclusion

30 Dans cet article, nous avons montré combien les effets de genre à l'œuvre au sein de la relation soigné-e/soignant-e sont plus difficiles à appréhender qu'il n'y paraît, notamment car ils sont enchevêtrés à bien d'autres éléments. C'est en incluant l'âge à nos analyses, cette « donnée biologique socialement manipulée et manipulable » (Bourdieu, 1984, 145) que nous avons montré combien ses effets peuvent être modulés, travaillés, resignifiés (Auger *et al.*, 2017) par les infirmier-es selon leur subjectivité et leur parcours, en particulier au prisme de leurs représentations de genre. Cette articulation âge/genre contribue d'ailleurs à produire divers sentiments de légitimité (ou d'illégitimité) des soignant-es à propos de l'abord de la sexualité.

31 Nous avons ainsi apporté un niveau de compréhension supplémentaire quant à la supposée connivence de genre qui caractérise les situations intragenre patient-e/infirmier-e (Giami *et al.*, 2015). À l'aune des effets d'âge, nous avons pointé selon quelles modalités la parole soignante était plus assurée. L'accumulation d'expérience professionnelle au fil des années semble d'ailleurs peu de choses en comparaison de l'accumulation d'expérience personnelle qui encourage et autorise l'abord de la sexualité. C'est en puisant dans leurs compétences profanes que les infirmier-es rencontré-es construisent leur sentiment de légitimité.

32 Nos analyses nous ont aussi permis de nuancer l'enjeu de l'érotisation au sein des relations de soin, souvent placée au premier plan des recherches s'étant intéressées à la question du genre au sein de la profession infirmière (Giami *et al.*, 2013 ; Moulin, 2007). S'il est vrai que cette dimension irrigue certains pans de notre matériel empirique et qu'il serait erroné de ne pas la considérer, notre ambition a été de pointer le caractère limitatif du prisme de l'érotisation. Les effets de genre sont protéiformes et ne peuvent se catégoriser simplement comme des ressources ou des entraves (en fonction de l'intra ou l'intergenre). En focalisant notre analyse sur la « dimension normative du système âge-genre » (Legrand, Volery *et al.*, 2013) en matière de sexualité, c'est-à-dire sur l'idée que des étapes de vie demeurent très largement pensées par les individus à l'aune de normes de genre, nous avons montré que loin d'être un frein absolu, les situations intergenre pouvaient constituer des espaces de parole sur la sexualité, notamment pour les infirmières. Pour ce faire, cependant, certaines conditions doivent être réunies et l'avancée en âge des soignantes semble un facilitateur avéré, eu égard aux représentations de la féminité vieillissante qui neutraliserait tout rapport de séduction. Du côté des infirmiers, cette aisance gagnée par l'âge n'a pu être vérifiée et nos analyses méritent d'être poursuivies, soulignons néanmoins la difficulté certaine des enquêtés à se sentir légitimes face aux patientes femmes quant à l'abord de la sexualité.

ACKER Françoise, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, 1, 2005, pp. 161-181.

DOI : 10.3917/rfas.051.0161

ATTIAS-DONFUT Claudine, « Sexe et vieillissement », in BLÖSS Thierry (dir.), *La dialectique des rapports hommes-femmes*, 2^e éd., Paris, Presses universitaires de France, 2001, pp. 197-215.

AUGER Fanny, LEFRANÇOIS Claire, TRÉPIED Valentine, « Penser l'âge dans l'enquête et ses enjeux », *SociologieS* [en ligne], 2017.

BAJOS Nathalie, BOZON Michel, « Les transformations de la vie sexuelle après cinquante ans : Un vieillissement genré », *Gérontologie et société*, 35, 140, 2012, pp. 95-108.

DOI : 10.4000/gss.2165

BAJOS Nathalie, BOZON Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.

BESSIN Marc, BLIDON Marianne, « Déprises sexuelles : Penser le vieillissement et la sexualité », *Genre, sexualité & société* [en ligne], 6, 2011.

DOI : 10.4000/gss.2241

BOURDIEU Pierre, « La "jeunesse" n'est qu'un mot », *Questions de sociologie*, 1984, pp. 143-154.

BOZON Michel, « La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes », in MARQUET Jacques, *Normes et conduites sexuelles. Approches sociologiques et ouvertures pluridisciplinaires*, 2004.

BOZON Michel, RENNES Juliette (dir.), *Âge et sexualité*, Paris, éditions Belin, 2015.

BRAVERMAN Louis, « Masculinités vieillissantes à l'épreuve du cancer de la prostate », *Enfances, Familles, Générations* [en ligne], 27, 2017.

BROSSARD Baptiste, « Prendre l'âge en considération dans les méthodes qualitatives. Une tentative d'explicitation », *SociologieS*, 2017.

CAIRO NOTARI Sarah, FAVEZ Nicolas, NOTARI Lucas, PANES-RUEDIN Bénédicte, ANTONINI Tania, DELALOYE Jean-François, « Women's experiences of sexual functioning in the early weeks of breast cancer treatment », *European Journal of Cancer Care* [en ligne], 27, 1, 2018.

CHARLAP Cécile, *La fabrique de la ménopause : Genre, apprentissage et trajectoires*, thèse de doctorat en sociologie, université de Strasbourg, 2015.

CHARLAP Cécile, « L'âge, le genre et la classe au cœur de la physiologie. Retour sur une enquête auprès de femmes ménopausées », *SociologieS*, 2017, [en ligne].

CHOW, Ka Ming, CHAN, Carmen Wing Han, CHOI, Kai Chow, WHITE, Isabel D., SIU, Ka Yi, SIN, Wai Ha, « A practice model of sexuality nursing care: a concept mapping approach », *Supportive Care in Cancer*, 29, 2021, pp. 1663-1673.

CLAIR Isabelle, *Sociologie du genre : Sociologies contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2012.

DAYAN-HERZBRUN Sonia, « Dire, ne pas dire les sexualités », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 82-83, 2000, pp. 179-194.

DOI : 10.4000/jda.3338

DÉROFF Marie-Laure, *Homme/Femme : La part de la sexualité : Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité*, Rennes, PU Rennes, 2007.

EID Khaled, CHRISTENSEN Susan, HOFF Jennifer, YADAV Kartik, BURTSON Paige, KURIAKOSE Mebin, PATTON Harold, NYAMATHI Adey, « Sexual Health Education: Knowledge Level of Oncology Nurses and Barriers to Discussing Concerns With Patients », *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24, 4, E50-E56, 2020.

DOI : 10.1188/20.CJON.E50-E56

EVANS Joan, « Cautious caregivers: gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch », *Journal of Advanced Nursing*, 40, 4, pp. 441-448.

DOI : 10.1046/j.1365-2648.2002.02392.x

FENNELL Reginald, GRANT Blair, « Discussing sexuality in health care: A systematic review », *Journal of clinical nursing*, 28, 17-18, 2019, pp. 3065-3076.

DOI : 10.1111/jocn.14900

FLYNN Kathryn, REESE Jennifer Barsky, JEFFERY Diana D., ABERNETHY Amy, LIN Li, SHELBY Rebecca A., PORTER Laura S., DOMBECK Carie B., WEINFURT Kevin, « Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer », *Psycho-Oncology*, 21, 6, 2012, pp. 594-601.

GIAMI Alain, « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in BLOY Géraldine, SCHWEYER François-Xavier (dir.), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Paris, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 147-168.

GIAMI Alain, MOREAU Émilie, MOULIN Pierre, « Les théories de la sexualité dans le champ du cancer : Les savoirs infirmiers », *Psycho-Oncologie*, 1, 4, 2007, pp. 226-230.

DOI : 10.1007/s11839-007-0053-x

GIAMI Alain, MOREAU Émilie, MOULIN Pierre, *Infirmières et sexualité : Entre soins et relation*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015.

GIAMI Alain, MOULIN Pierre, MOREAU Émilie, « La place de la sexualité dans le travail infirmier : L'érotisation de la relation de soins », *Sociologie du travail*, 55, 1, 2013, pp. 20-38.

DOI : 10.4000/sdt.12902

GILBERT Emily, PERZ Janette, USSHER Jane, « Talking about sex with health professionals: The experience of people with cancer and their partners », *European Journal of Cancer Care*, 25, 2, 2016, pp. 280-293.

DOI : 10.1111/ecc.12216

GOTT Merryn, HINCHLIFF Sharron, GALENA Elisabeth, « General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people », *Social Science & Medicine*, 58, 11, 2004 pp. 2093-2103.

DOI : 10.1016/j.socscimed.2003.08.025

GUÉGUEN Haud, « Reconnaissance et légitimité », *Vie sociale*, 8, 4, 2014, pp. 67-82.

DOI : 10.3917/vsoc.144.0067

GUICHARD-CLAUDIC Yvonne, KERGOAT Danièle, « Le corps aux prises avec l'avancée en mixité », *Cahiers du Genre*, 42, 1, 2007, pp. 5-18.

DOI : 10.3917/cdge.042.0005

HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Folio, 2013.

HORDERN Amanda Jane, STREET Annette, « Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives », *Social Science & Medicine*, 64, 8, 2007, pp. 1704-1718.

DOI : 10.1016/j.socscimed.2006.12.012

KEOGH Brian, GLEESON Madeline, « Caring for female patients: the experiences of male nurses », *British Journal of Nursing*, 15, 21, pp. 1172-1175.

DOI : 10.12968/bjon.2006.15.21.22375

KNIBIEHLER Yvonne, *Histoire des infirmières : En France au XXe siècle*, Paris, Hachette, 2011.

KOTRONOULAS Grigorios, PAPAPOPOULOU Constantina, PATIRAKI Elisabeth, « Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence », *Supportive Care in Cancer*, 17, 2009, pp. 479-501.

LEGOUGE Patricia, « Plaisir sexuel », in RENNES Julienne (dir.), *Encyclopédie critique du genre : Corps, sexualité, rapports sociaux*, Paris, La Découverte, 2016.

LEGRAND Monique, VOLERY Ingrid (dir.), *Genre et parcours de vie. Vers une nouvelle police des corps et des âges ?*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2013.

LONGCHAMP Philippe, TOFFEL Kevin, BÜHLMANN Felix, TAWFIK Amal, *L'espace infirmier. Visions et divisions d'une profession*, Neuchâtel, éditions Livreo Alphil, 2020.

MOULIN Pierre, « La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4, 2, 2007, pp. 59-88.

DOI : 10.3917/nrp.004.0059

OFS, Office fédéral de la statistique / Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du Cancer (NICER), *Cancer : nombre et taux annuels de nouveaux cas et de décès selon la région linguistique, la localisation cancéreuse, le sexe et la classe d'âge*, Statistique nationale sur le cancer, Suisse, 2020.

PAPAPOPOULOU Constantina, SIME Caroline, ROONEY Kevin Donal, KOTRONOULAS Grigorios, « Sexual health care provision in cancer nursing care: A systematic review on the state of evidence and deriving international competencies chart for cancer nurses », *International Journal of Nursing Studies*, 100, 103405, 2019.

PICHONNAZ David, TOFFEL Kevin, « Pour une analyse dispositionnelle des pratiques professionnelles », *Émulations – Revue de sciences sociales*, 25, 2018, pp. 7-21.

DOI : 10.14428/emulations.025.01

RASMUSSEN E.-M., PLANTIN Lars, ELMERSTIG Eva, « "Did they think I would understand all that on my own?" A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients », *European Journal of Cancer Care*, 22, 3, 2013, pp. 361-369.

DOI : 10.1111/ecc.12039

RENAULT Emmanuel, « Reconnaissance et travail », *Travailler*, 18, 2, 2007, pp. 119-135.

DOI : 10.3917/trav.018.0119

SCHWEIZER Angélick, « L'abord de la sexualité en consultation gynécologique », *Revue médicale Suisse*, 13, 2017, pp. 590-593.

HINCHLIFF Sharron, GOTT Merryn, GALENA Elisabeth, « GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations: A qualitative study », *The European Journal of General Practice*, 10, 2, 2004, pp. 56-60.

DOI : 10.3109/13814780409094233

SLEVIN Kathleen, LINNEMAN Thomas, « Old Gay Men's Bodies and Masculinities », *Men and Masculinities*, 12, 4, 2010, pp. 483-507.

DOI : 10.1177/1097184X08325225

THÉRÉ Christine, « Âge de retour et retour d'âge : L'asymétrie entre les sexes dans les discours médicaux en France (1770-1836) », *Clio, Âge et sexualité*, 42, 2015, pp. 53-75.

DOI : 10.4000/clio.12740

TRAA Marjan, DE VRIES Jolanda, ROUKEMA Jan, DEN OUDSTEN Brenda, « Sexual (dys)function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review », *Annals of Oncology*, 23, 1, 2012, pp. 19-27.

DOI : 10.1093/annonc/mdr133

USSHER Jane, PERZ Janette, GILBERT Emilee, WONG Tim, MASON Catherine, HOBBS Kim, KIRSTEN Laura, « Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients », *Psychology & Health*, 28, 12, 2013, pp. 1370-1390.

Annexe**Tableau présentant les différents profils des enquêtés**

Prénom anonymisé	Âge	Type de cancers soignés au sein du service	Fonction
Tiffany	35	Cancer de la prostate	Cadre de proximité
Clément	37	Oncologie générale (spécialité : urologie)	Infirmier de terrain
Sandra	32	Cancer de la prostate	Infirmière référente ²¹
Monique	57	Cancer gynécologique	Infirmière référente
Catherine	51	Cancer du sein	Infirmière référente
Annick	59	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Aurélie	39	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Élodie	43	Cancer de la prostate	Infirmière référente
Nathalie	48	Cancer du sein	Infirmière référente
Stéphanie	30	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Sylvie	50	Oncologie générale	Cadre de proximité
Serge	57	Oncologie générale (spécialité : urologie)	Infirmier de terrain
Patricia	52	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Florence	44	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Manuel	38	Oncologie générale	Infirmier de terrain
Christine	47	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Marie	48	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Carla	32	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Amélie	27	Oncologie générale (spécialité : chirurgie viscérale)	Infirmière de terrain
Éva	26	Oncologie générale (spécialité : chirurgie viscérale)	Infirmière de terrain
Luigi	38	Cancer du sein	Infirmier de terrain
Viviana	27	Oncologie générale (spécialité : chirurgie viscérale)	Infirmière de terrain
Clémentine	40	Cancer du sein	Infirmière référente

Émilie	57	Cancer du sein	Infirmière de terrain
Jane	27	Cancer du sein	Infirmière de terrain
Bruno	27	Oncologie générale	Infirmier de terrain
Isabelle	NA	Oncologie générale	Cadre intermédiaire
Shadya	27	Oncologie générale	Infirmière de terrain
Ariane	55	Oncologie générale	Cadre supérieure

Notes

1 Précisons les résultats contradictoires d'études portant sur les effets de la concordance de genre dans les situations de soins ; notamment dès lors que l'on inclut dans l'analyse une diversité de professions médicales. Des recherches ont montré qu'il n'était pas plus aisé pour les femmes gynécologues que leurs homologues hommes d'aborder la sexualité (Schweizer, 2017), d'autres, à l'inverse, ont relevé en enquêtant auprès de médecins généralistes que la non-concordance de genre était perçue comme une entrave forte par ces professionnel·les (Shanon *et al.*, 2004).

2 Il existe peu d'études qualitatives spécifiques à la profession infirmière face à l'abord de la sexualité dans le champ du cancer. On retrouve par ailleurs fréquemment dans l'échantillon d'une même étude des médecins de diverses spécialités (médecine générale, oncologie ou gynécologie) et des infirmier·es.

3 Selon cette étude, 17,2 % des hommes et 24,5 % des femmes déclarent n'avoir pas souhaité discuter de leur sexualité avec l'équipe soignante.

4 Les sociologues du travail ont relevé combien la théorie d'Honneth n'investiguait pas le travail comme une « activité » et qu'elle laissait ainsi dans l'ombre les effets des conditions d'emploi (Renault, 2007).

5 Notre terrain nous a permis de voir que d'autres facteurs, tels par exemple le profil et le parcours de l'infirmier·e (type de formation, type de poste, etc.) ou encore le rapport à la religion des soignant·es, pouvaient jouer un rôle dans l'abord ou le non-abord de la sexualité avec les patient·es. Cependant, par souci de concision, nous ne pourrions traiter ces éléments dans cet article.

6 https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/px-x-1403030300_161.

7 Par souci d'anonymisation, les prénoms ont été remplacés.

8 Le terme « oncologie générale » est utilisé pour les enquêt·es évoluant au sein de services (onco-ambulatoire, hospitalisation) qui ne sont pas dédiés à un type de cancer particulier. Ces infirmier·es travaillent auprès de patient·es traité·es pour des cancers colorectaux, du sein ou de la prostate mais non exclusivement. Ils sont amenés à soigner d'autres pathologies oncologiques (tumeurs osseuses, cancer de l'estomac, etc.).

9 Une comparaison entre les enquêtes nationales sur les comportements sexuels menées en France en 1970 et en 2006 (Bajos, Bozon, 2012), montre une prolongation, une intensification et une diversification de la vie sexuelle après 50 ans. Cet article met également en évidence un rapprochement (d'une génération à l'autre) des comportements sexuels des hommes et des femmes lors de l'avancée en âge.

10 Les variabilités de l'abord de la sexualité par les infirmier·es selon le type de cancer, eu égard aux représentations genrées de la sexualité, sont un phénomène bien identifié par la littérature. Même si le non-abord prédomine, il est par exemple moindre en urologie ; les hommes atteints d'un cancer de la prostate semblent ainsi plus informés sur la sexualité essentiellement sur des enjeux liés à la dimension physiologique, que les femmes suivies pour un cancer du sein (Gilbert *et al.*, 2016 ; Flynn *et al.*, 2012).

11 Cette hiérarchisation des priorités n'est pas sans lien avec l'âge médian des patient·es au moment du diagnostic de cancer, aux alentours de 68 ans (Office fédéral de la statistique : « Le cancer en Suisse, rapport 2015 »).

12 Cette infirmière s'occupe de patientes soignées pour un cancer du sein depuis cinq ans. Avant cela, elle a évolué au sein de départements d'oncologie générale pendant une vingtaine d'années.

13 Lors de notre terrain, nous n'avons pas recueilli systématiquement de données sur l'orientation sexuelle des enquêt·es. Seules deux femmes ont spontanément mentionné leur homosexualité (l'une comme un levier à l'abord de la sexualité, l'autre comme un frein, quel que soit le type d'interaction inter ou intragenre). Pour les autres participant·es, le prisme de l'hétérosexualité (des patient·es) semblait implicite dès que nous abordions la thématique de l'érotisation de la relation de soin.

14 De la même manière qu'Alain Giami (2009) relève la part d'« improvisation » de médecins généralistes peu formé·es aux enjeux de la sexualité et dont les prises en charge sur ces questions, en l'absence de procédures, reposent sur des « dispositions psychosociales et non médicales » (p. 166), nos résultats montrent que les dispositions acquises hors de la sphère professionnelle participent grandement aux représentations et pratiques des infirmier·es en matière de sexualité. Un article dédié à ces questions fera l'objet d'une publication future.

15 Aucun des infirmiers rencontrés n'a d'ailleurs mentionné avoir été confronté à cette « compétition » masculine.

16 Il est intéressant de relever que Luigi semble contrarié car il se place en initiateur potentiel de l'érotisation, eu égard aux représentations genrées de la sexualité. Cette réaction n'a jamais été observée chez les infirmières rencontrées, qui évoquent quasi systématiquement une intervention (remarque ou geste) d'un patient (homme) à leur égard.

17 Compte tenu des apports de travaux antérieurs sur le risque d'érotisation lors des interactions soigné-es/soignant-es et de nos propres questions de recherche, lors de chaque entretien, cette thématique a été abordée de la manière suivante : « D'après vous, être une femme (ou un homme), est-ce que cela facilite ou entrave l'abord de la sexualité avec les patient-es ? »

18 Nous l'avons évoqué précédemment, les abords des infirmier-es rencontré-es sont souvent partiels. Rares sont ceux et celles n'ayant pas fait mention lors des entretiens de certains tabous. Dans le cas de Monique c'est, entre autres, la pratique masturbatoire (pratique pouvant aider les femmes souffrant de sécheresses vaginales, un des effets secondaires des traitements contre le cancer) qu'elle évite dans les discussions.

19 Cette aisance, due à une « connivence de genre » (Auger *et al.*, 2017), n'est pas sans rappeler que l'âge se présente comme un levier utile entre enquêteur-riche et enquêté-e. Investigant sur la ménopause, Cécile Charlap souligne combien le fait d'être perçue comme une jeune femme (davantage que comme une sociologue) a facilité la récolte de données et le déroulement de son terrain. L'écart d'âge fut, pour elle, un « catalyseur d'interaction » (Charlap, 2017, 2), les enquêtées se positionnant comme détentrices d'un vécu et d'un savoir face à un « sujet apprenant » dont l'initiation favorisa la proximité lors des entretiens (*Ibid.*, 2017, 3).

20 Les praticien-nes formateur-rices sont chargés du tutorat des étudiant-es lors de leur stage.

21 Chargé-es du suivi clinique des patient-es et de la coordination de leur prise en charge tout au long du parcours de soin, les infirmier-es référent-es ont aussi pour mission le conseil auprès de leurs collègues. Ces dernier-es ne sont pas toujours rattaché-es à un service spécifique (ambulatoire, hospitalisation) car elles et ils peuvent être amené-es à suivre les patient-es tout au long du parcours du soin. Contrairement aux infirmier-es de terrain (qui s'occupent de l'administration des soins), l'essentiel de leurs activités consiste en des consultations individuelles avec les patient-es.

Pour citer cet article

Référence électronique

Marion Braizaz, Angélick Schweizer et Kevin Toffel, « L'abord de la sexualité par les infirmier-es en oncologie. Quand le sentiment de légitimité s'articule aux effets de genre et d'âge », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 25 | Printemps 2021, mis en ligne le 12 juillet 2021, consulté le 23 août 2021. URL : <http://journals.openedition.org/gss/6754> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/gss.6754>

Auteurs

Marion Braizaz

Haute école de santé Vaud, HES-SO, Haute école spécialisée de suisse occidentale
marion.braizaz@hesav.ch

Angélick Schweizer

Faculté des sciences sociales et politiques, Institut de psychologie, université de Lausanne
angélick.schweizer@unil.ch

Kevin Toffel

Haute école de santé Vaud, HES-SO, Haute école spécialisée de suisse occidentale
kevin.toffel@hesav.ch

Droits d'auteur



Genre, sexualité et société est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.