

LE GENRE ET L'AGE DU SOIGNANT : UNE DOUBLE CONTRAINTE DANS LA RELATION DE SOINS AVEC LES PATIENTS AGES ?

Ablakpa Jacob AGOBE

Maître de Conférences(CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

jacobagobe@yahoo.fr

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

KOUAME Clément Kouadio

Maître Assistant(CAMES)

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

kouameclementkouadio@gmail.com

kouame.kouadio67@ufhb.edu.ci

Résumé :

Dans un contexte de redéfinition des régimes de genre et de reconfiguration des hiérarchies intergénérationnelles en milieu hospitalier, cette étude met en exergue les asymétries interactionnelles structurant la relation soignant-soigné. Elle montre que l'âge et le genre du soignant façonnent les modalités de reconnaissance professionnelle, influençant l'adhésion des patients âgés aux soins. À partir d'une approche qualitative croisant entretiens et observations, l'analyse révèle des régimes différenciés de légitimation, obligeant les soignants à des stratégies ajustées de reconnaissance et de crédibilité relationnelle.

Mots clés : genre, âge du soignant, relation de soins, les patients âgés

Abstract:

In a context marked by the redefinition of gender regimes and the reconfiguration of intergenerational hierarchies within hospital settings, this study highlights the interactional asymmetries structuring the caregiver patient relationship. It demonstrates how caregivers' age and gender significantly shape the modalities of professional recognition and condition elderly patients' adherence to care. Drawing on a qualitative methodology combining semi-structured interviews and participant observation, the analysis unveils differentiated regimes of legitimization, compelling caregivers to deploy situated strategies of recognition and relational credibility.

Keywords: gender, caregiver's age, care relationship, elderly patients

Introduction

Dans la relation de soins, le genre et l'âge du soignant constituent des marqueurs sociaux qui influencent profondément la perception et l'acceptabilité des soins par les patients âgés. Empiriquement, ces derniers manifestent souvent une préférence pour des soignants âgés, perçus comme plus expérimentés et donc plus légitimes. Par ailleurs, le genre du soignant module cette perception : les soignantes jeunes rencontrent davantage de résistances, notamment

dans des contextes où la hiérarchie de l'âge et la différenciation des rôles de genre sont fortement ancrées. Les hommes jeunes bénéficient d'une autorité plus facilement reconnue, tandis que les femmes, même plus âgées, doivent parfois surmonter des préjugés liés à la division genrée du travail médical. Ces dynamiques renforcent les inégalités de reconnaissance au sein de l'institution hospitalière et compliquent l'adhésion thérapeutique des patients âgés.

De ces constats émerge un paradoxe : alors que la médecine moderne prône une approche fondée sur les compétences et la technicité, les patients âgés continuent d'évaluer la légitimité du soignant à travers des critères sociaux exogènes comme l'âge et le genre. Cette tension interroge la neutralité supposée de la relation de soins et ses implications sur l'efficacité thérapeutique. Dès lors, la question de recherche qui se pose est la suivante : comment l'âge et le genre du soignant influencent-ils la relation de soins avec les patients âgés ? L'hypothèse formulée postule que l'âge et le genre du soignant (variables indépendantes) conditionnent l'acceptabilité des soins par les patients âgés (variable dépendante), les soignants âgés et masculins bénéficiant d'une reconnaissance plus immédiate, tandis que les jeunes soignantes doivent mettre en place des stratégies spécifiques pour surmonter les réticences des patients.

Cette étude vise à analyser les mécanismes par lesquels le genre et l'âge structurent la relation soignant-soigné et à identifier les leviers d'une prise en charge plus inclusive des patients âgés. Scientifiquement, elle contribue à la compréhension des rapports de pouvoir et des inégalités de reconnaissance dans le champ médical. Socialement, elle met

en lumière les défis auxquels sont confrontés les jeunes soignants, en particulier les femmes, et propose des pistes pour adapter la formation et l'organisation des soins afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patients âgés.

Bataille et Virole (2013) mettent en évidence les multiples tensions qui traversent la relation de soin, notamment sur le plan éthique et moral. Le mal-être des soignants en est une illustration : ils expriment leur frustration face aux sollicitations des patients qui dépassent le cadre strict de leur rôle médical. Ce phénomène s'accentue d'autant plus que la médecine devient le principal recours pour toute question liée au corps et à la santé. De la naissance à la mort, la science intervient, influençant ainsi les frontières entre la vie et la fin de vie (Memmi, 2003). L'Assistance Médicale à la Procréation (PMA) et les Soins Palliatifs illustrent bien cette dynamique en intervenant aux extrémités du cycle de vie, au point de questionner les définitions et représentations culturelles de ces étapes. Ces pratiques médicales, encore récentes en France, soulèvent des dilemmes éthiques et moraux dès lors qu'elles doivent répondre à des demandes individuelles spécifiques. Bien qu'elles s'éloignent du strict domaine curatif, elles évoluent dans des zones où les repères moraux et éthiques sont parfois mis à l'épreuve, voire franchissés. Cette situation entraîne un malaise chez de nombreux soignants, qui s'interrogent sur leur propre intégrité professionnelle. Ainsi, les relations entre patients et soignants peuvent être marquées par l'incompréhension, la frustration et parfois même la colère, face aux incertitudes médicales qui peuvent interrompre ou suspendre le processus de soin. Ces tensions révèlent les limites des décisions médicales, souvent

confrontées à des dilemmes éthiques complexes, où les soignants doivent arbitrer entre exigences professionnelles, attentes des patients et contraintes institutionnelles, rendant parfois difficile l'exercice de leur mission. Cette situation peut engendrer un sentiment de frustration et d'impuissance, tant pour les soignants.

Zaccaï-Reyners (2006) souligne que la vulnérabilité du patient ne réside pas essentiellement dans la relation de confiance, bien que celle-ci constitue un élément structurant favorisant son adhésion à l'acte médical, qu'il repose sur la compétence technique du soignant ou sur sa disposition bienveillante. De même, les souffrances des patients ne sauraient être exclusivement imputées à l'absence de cadres normatifs explicites régulant l'accueil et l'interaction, ni à la singularité des relations interpersonnelles qui en découlent. À la lumière des travaux de Declerck, il apparaît que les échecs thérapeutiques tiennent davantage à l'implicite d'une présupposition non impliquée : celle d'un consensus préalable sur les enjeux et finalités du soin.

Ce postulat tacite occulte les asymétries de compréhension et d'attentes entre soignants et soignés, contribuant ainsi à une disjonction entre les logiques médicales et les expériences subjectifs des patients. Cette disjonction révèle les tensions inhérentes au champ du soin, où la rationalité biomédicale, fondée sur une objectivation du corps et de la pathologie, entre en friction avec les trajectoires biographiques et les perceptions singulières des patients. Dès lors, l'absence de négociation explicite des cadres interprétatifs du soin peut générer des malentendus profonds, renforçant les inégalités structurelles dans

l'accès et l'adhésion aux prises en charge thérapeutiques. Ces malentendus ne relèvent pas uniquement d'un déficit communicationnel, mais s'ancrent dans des rapports de pouvoir asymétriques où le savoir médical tend à s'imposer comme cadre de référence dominant, reléguant les expériences vécues des patients à une position subordonnée. Ainsi, l'absence de co-construction du sens du soin contribue à reproduire des formes d'exclusion et de marginalisation, inscrivant ces inégalités dans un institut logique.

1. Ancrage théorique et méthodologique

L'analyse sociologique des asymétries de genre instituées et générationnelles dans la relation de soins avec les patients âgés s'était appuyée sur deux cadres théoriques majeurs. D'une part, la théorie de la division sociale du travail formulée par Kergoat (1978) avait permis de mettre en lumière la structuration hiérarchique des rôles professionnels selon le genre, en montrant que les femmes avaient été historiquement assignées aux fonctions de care, perçues comme naturelles, tandis que les hommes avaient été investis des fonctions techniques et décisionnelles, symboles d'autorité. Transposée au champ hospitalier, cette grille de lecture avait éclairé les logiques de reconnaissance différenciée : les soignantes, bien que valorisées pour leurs compétences relationnelles, avaient souvent souffert d'un déficit de légitimation professionnelle ; les soignants masculins, eux, bien que légitimés a priori par leur statut, avaient parfois rencontré des résistances de la part de patients âgés porteurs de configurations normatives

sexuées ou bien de prescriptions sociales différenciées selon le genre.

D'autre part, la théorie du capital symbolique de Bourdieu (1980) avait apporté un éclairage complémentaire en soulignant le rôle déterminant des représentations sociales dans la reconnaissance de l'autorité professionnelle. Dans le contexte spécifique des soins gériatriques, cette approche avait permis de comprendre comment l'âge du soignant opérait comme un marqueur social de compétence : les soignants plus âgés étaient généralement perçus comme plus expérimentés, tandis que les jeunes professionnels, quelle que fût leur expertise, avaient souvent dû faire face à une défiance implicite de la part des patients âgés.

Toutefois, ces cadres théoriques présentaient certaines limites dans l'appréhension des dynamiques relationnelles contemporaines. La théorie de la division sociale du travail, bien qu'efficace pour objectiver les inégalités structurelles, avait tendu à négliger les capacités d'agir des individus. Certaines soignantes avaient ainsi su élaborer des stratégies d'affirmation de leur autorité professionnelle, mobilisant un ethos médical fondé sur la rigueur et la technicité, tandis que certains soignants masculins avaient adopté des postures empathiques, en rupture avec les attendus virils traditionnels. De même, la conceptualisation bourdieusienne du capital symbolique, ancrée dans une vision relativement stable des rapports de légitimité, avait parfois peiné à rendre compte des mutations du champ hospitalier, marqué par la diversification des profils professionnels et l'augmentation des exigences relationnelles dans la pratique soignante.

Ainsi, l'âge et le genre du soignant n'avaient pas agi comme des variables statiques, mais comme des constructions socialement investies, continuellement réajustées dans l'interaction. Loin de s'imposer de manière univoque, ces dimensions s'étaient articulées à d'autres facteurs statut professionnel, expérience clinique, capacité communicationnelle pour produire des configurations de reconnaissance différenciées. C'est donc à la croisée de ces deux perspectives théoriques qu'avait pu être esquissée une lecture plus fine des contraintes croisées affectant la relation thérapeutique.

En définitive, cette analyse avait souligné l'importance de penser les rapports de soin non seulement à partir des structures objectives de domination, mais aussi à partir des marges d'invention interactionnelle mobilisées par les acteurs. La formation des soignants à la gestion des rapports intergénérationnels et la sensibilisation des patients aux transformations contemporaines du travail médical s'étaient ainsi imposées comme des leviers majeurs pour renforcer la qualité relationnelle du soin et atténuer les tensions issues des inégalités symboliques.

L'approche méthodologique adoptée dans cette étude s'est inscrite dans une démarche qualitative afin d'analyser l'influence conjointe du genre et de l'âge du soignant sur la relation de soins avec les patients âgés admis au CHU de Cocody. Le choix de ce site s'est justifié par son statut de centre hospitalier universitaire de référence en Côte d'Ivoire, où interagissaient des soignants de divers âges et sexes avec une patientèle âgée confrontée à des parcours thérapeutiques prolongés. L'enquête s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de soignants de

différentes catégories professionnelles (médecins, infirmiers, aides-soignants) et auprès de patients âgés de 60 ans et plus, hospitalisés depuis au moins une semaine, afin de recueillir leurs perceptions et expériences de la relation soignant-soigné. Ont été exclus de l'étude les patients souffrant de troubles cognitifs altérant leur capacité à exprimer une réflexion sur leur relation avec les soignants, ainsi que les professionnels de santé en poste depuis moins de six mois, afin d'assurer une certaine maturité dans l'exercice de leur fonction. L'échantillonnage s'est opéré selon une méthode raisonnée, en veillant à diversifier les soignants selon leur sexe, leur âge et leur spécialité, et à intégrer des patients issus de milieux socioprofessionnels variés, permettant ainsi d'explorer la pluralité des interactions et des représentations.

Le dépouillement des données s'est appuyé sur une retranscription intégrale des entretiens, suivie d'un codage thématique structurant l'analyse autour des perceptions différencierées des soignants jeunes et âgés, hommes et femmes, dans la relation thérapeutique. L'analyse des données a mobilisé une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée, permettant de faire émerger des catégories analytiques à partir des discours des enquêtés, tout en les confrontant aux théories sociologiques du genre et de la légitimité professionnelle dans le soin. Une attention particulière a été portée aux représentations de la compétence selon le sexe et l'âge du soignant, aux éventuelles résistances ou préférences exprimées par les patients, ainsi qu'aux stratégies mises en place par les soignants pour asseoir leur crédibilité et instaurer une relation de confiance. Cette démarche a ainsi permis de

mettre en lumière les contraintes et ajustements spécifiques liés à la double dimension du genre et de l'âge dans la prise en charge des patients âgés en milieu hospitalier, éclairant ainsi les logiques de reconnaissance et de différenciation sociale dans l'exercice des professions soignantes.

2. Résultats

2.1. Hégémonie du soin et capital de virilité : légitimation genrée des compétences soignantes chez les patients âgés

L'étude a révélé que certains patients âgés avaient une préférence marquée pour les soignants masculins, qu'ils considéraient comme plus compétents ou plus autoritaires dans la prise en charge médicale. Cette perception était souvent influencée par des représentations culturelles qui associaient l'autorité médicale et la prise de décision aux hommes.

Corpus d'énoncés : « Parfois, quand j'entre dans la chambre pour administrer un traitement, certains patients âgés me demandent si je suis vraiment infirmière. D'autres préfèrent attendre qu'un homme vienne leur parler, comme si mes compétences n'étaient pas suffisantes. J'ai dû apprendre à m'imposer et à expliquer calmement que nous avons tous la même formation, peu importe notre genre. »

(Une infirmière de 28 ans, exerçant au CHU de Cocody, témoigne de ces résistances)

Ce propos met en lumière les logiques de disqualification symbolique auxquelles sont confrontées les professionnelles du soin dans un contexte où les rapports sociaux de genre continuent de structurer les interactions thérapeutiques. L'énonciation d'un doute sur la légitimité professionnelle de l'infirmière, en raison de son genre, renvoie à un processus de remise en cause de la compétence fondé non sur l'expertise objective, mais sur des représentations normatives intérieurisées. L'attente préférentielle d'un soignant masculin manifeste la persistance d'une hiérarchisation sexuée des figures d'autorité, où le masculin reste associé à la maîtrise technique et décisionnelle, tandis que le féminin, même lorsqu'il incarne les qualifications requises, est relégué à une position d'assistance ou d'infériorité symbolique. L'apprentissage de « s'imposer » évoque alors une forme de travail de légitimation constant, dans lequel la professionnelle est contrainte d'opérer un double registre discursif : démontrer sa compétence tout en désamorçant les tensions interactionnelles liées aux stéréotypes de genre. Ce mécanisme illustre une charge cognitive et émotionnelle supplémentaire, caractéristique des rapports de pouvoir diffus qui traversent les institutions de soin, où la reconnaissance n'est ni automatique ni égalitaire, mais négociée dans et par l'interaction.

Ce témoignage met également en évidence une problématique sociologique centrale : la persistance tenace et renouvelée des stéréotypes de genre dans les professions

médicales et de soin. Il illustre comment les normes et prescriptions sociales différencieront selon le genre continuent de structurer les interactions professionnelles, influençant la reconnaissance des compétences et les dynamiques de pouvoir au sein des institutions sanitaires. Une analyse approfondie de cette problématique mobiliserait les cadres théoriques relatifs aux rapports sociaux de genre, à la division sexuelle du travail, ainsi qu'aux mécanismes de domination symbolique qui inscrivent les inégalités de genre dans les pratiques quotidiennes. Ces perspectives permettent de comprendre comment les schémas culturels liés au genre ou les référents sociaux sexués, loin d'être des vestiges passifs, se réactivent continuellement pour produire et reproduire des asymétries dans la légitimité professionnelle. Elles soulignent aussi les processus de naturalisation et d'intériorisation des rôles sexués, qui façonnent les attentes des patients et conditionnent les parcours professionnels des soignants. Ainsi, ce témoignage offre un prisme révélateur des tensions entre les évolutions institutionnelles vers plus d'égalité et les persistances culturelles des hiérarchies de genre dans le champ médical.

Dans une perspective sociologique rigoureusement critique, les rapports sociaux de sexe s'ancrent dans des schèmes de perception et d'appréciation incorporés au cours des processus précoce de socialisation, et agissent comme des structures cognitives et pratiques orientant de manière infra-consciente les dispositions à percevoir, à sentir et à juger. Ces structures n'opèrent pas seulement comme des filtres individuels, mais comme des matrices collectives de lecture du monde social, fondées sur des dichotomies

hiérarchisées entre masculin et féminin, autorité et subalternité, technicité et affectivité. L'attitude différenciée des patients âgés à l'égard des soignants, marquée par une remise en question implicite de la compétence des femmes et une reconnaissance quasi immédiate de l'autorité des hommes, illustre la performativité intériorisée des normes sexuées dans le champ du soin, où l'assignation des rôles professionnels reste étroitement corrélée aux catégories de sexe.

Cette inclination à sexuer les rôles sociaux ou bien cette logique de différenciation symbolique selon le sexe la légitimité professionnelle participe d'un ordre symbolique dans lequel la masculinité opère comme signe social d'autorité, de rationalité et de compétence technique, tandis que la féminité demeure assignée à des registres relationnels, émotionnels et compassionnels, souvent perçus comme moins légitimes ou moins experts. Cette distribution sexuée des attributs professionnels, loin d'être le fruit de préférences conscientes ou d'attitudes individuelles isolées, traduit l'intériorisation d'un système classificatoire profondément enraciné, qui naturalise les inégalités en les rendant culturellement évidentes, socialement acceptables et institutionnellement reconduites. Il ne s'agit donc pas de simples biais perceptifs, mais de manifestations situées d'un *habitus de genre*, produit historique de différenciations naturalisées, qui organise silencieusement les positions, les attentes et les formes de reconnaissance au sein de l'espace hospitalier.

Par son efficacité symbolique, cet *habitus* agit comme un principe de structuration et de hiérarchisation des rapports professionnels, en orientant aussi bien les représentations

sociales du soin que les postures professionnelles adoptées par les soignant·e·s eux-mêmes. Les femmes, assignées à des fonctions d'exécution ou de soutien, se voient souvent contraintes d'adopter des stratégies de sur-légitimation, de démonstration permanente de compétence ou de recours à des référents masculins pour asseoir leur crédibilité. À l'inverse, les hommes bénéficient d'un capital symbolique a priori, qui les exempte partiellement de la nécessité de prouver leur autorité. Cette asymétrie constitue un mode d'actualisation des inégalités structurelles dans les interactions micro-sociales du quotidien médical.

Ainsi, les rapports sociaux de genre, loin d'être contingents ou circonstanciels, structurent en profondeur les formes de visibilité, les accès différenciés à la légitimité, les modalités de subjectivation professionnelle et les trajectoires dans les institutions médicales. Ce faisant, ils reconduisent, sous couvert d'évidence, de neutralité ou de rationalité organisationnelle, des hiérarchies asymétriques largement occultées mais puissamment opérantes. Ces dynamiques, en naturalisant la domination, participent d'un régime de pouvoir normatif et intérieurisé ou encore d'un pouvoir diffus structurant les subjectivations et les conduites qui façonnent silencieusement les rapports de pouvoir, tout en disqualifiant les contestations en les rendant inintelligibles au sein même de l'ordre symbolique institué.

Le corpus d'énoncé met également en exergue la division sexuelle du travail en soulignant une hiérarchisation systémique qui oppose les professions féminisées, souvent reléguées à des statuts subalternes, aux professions masculinées, historiquement associées à l'autorité et à la

technicité. La profession d'infirmière, bien que massivement féminine, illustre ce paradoxe : malgré la féminisation massive, l'expertise et l'autorité restent socialement codées comme masculines, ce qui engendre une dissonance entre la composition du personnel soignant et la reconnaissance sociale qui lui est accordée. Cette contradiction s'enracine dans des mécanismes structurels qui perpétuent les inégalités de genre au sein du champ professionnel. Par ailleurs, les travaux sur l'éthique du care montrent que les métiers du soin, du fait de leur association aux compétences relationnelles et affectives traditionnellement féminines, subissent une dévalorisation sociale persistante. Cette minorisation statutaire découle d'une dépréciation symbolique liée au genre, qui tend à occulter la technicité et la complexité de ces professions. Ainsi, la résistance manifestée par certains patients âgés à reconnaître la compétence de l'infirmière s'inscrit dans ce cadre plus large de disqualification symbolique : elle ne traduit pas seulement un doute individuel, mais reflète un processus socialement structuré, où les compétences soignantes féminines sont constamment soumises à des remises en cause légitimées par des images normatives du genre ou des modèles symboliques de genre. Ce phénomène met en lumière la persistance des rapports de domination de genre qui affectent la reconnaissance professionnelle et les dynamiques interactionnelles dans les environnements de soin.

L'analyse du propos de l'interlocuteur met en exergue l'importance cruciale du paradigme intersectionnel, qui permet d'appréhender simultanément les effets combinés des catégories sociales telles que le genre et l'âge. Dans ce contexte, les constructions symboliques de genre se

conjuguent avec les constructions sociales liées à la vieillesse, produisant une matrice normative renforcée par une socialisation historique des personnes âgées dans des configurations de rôles sexués particulièrement rigides et dichotomiques. Cette double inscription influence profondément leur perception des professions médicales, souvent figées dans des schémas traditionnels. Par ailleurs, la conceptualisation de la « masculinité hégémonique » éclaire comment certains hommes, ici notamment des patients âgés, mobilisent des stratégies de résistance symbolique en refusant d'être soignés par une femme. Ce refus constitue une forme de réaffirmation de leur position dominante dans la hiérarchie des rapports sociaux de genre, traduisant une volonté de maintenir des clivages liés aux dichotomies de genre rigides ou aux assignations genrées strictes dans un contexte où les normes professionnelles évoluent. Ainsi, ces dynamiques illustrent la complexité des rapports sociaux, où les transformations institutionnelles butent sur des résistances ancrées dans des constructions identitaires profondément normatives.

En conclusion, l'expérience rapportée par cette infirmière témoigne de la persistance tenace des stéréotypes de genre dans le monde professionnel, lesquels subsistent malgré les avancées législatives et les mutations sociales formelles. La remise en question explicite de ses compétences professionnelles révèle que la maîtrise technique et le capital scientifique ne suffisent pas, à eux seuls, à transcender les préjugés culturels profondément enracinés. Cette situation illustre la complexité du changement social, où la transformation des mentalités s'avère indissociable d'une modification plus large des

structures sociales et symboliques qui légitiment les rapports de pouvoir. Dans ce contexte, l'acte de l'infirmière qui affirme calmement son égalité de formation avec ses homologues masculins se présente comme une pratique subversive, participant activement à la déconstruction des représentations genrées dominantes. Ce faisant, elle engage un processus de négociation et de réajustement des normes sociales, bien que ce combat pour la reconnaissance professionnelle se heurte encore à des résistances institutionnelles et culturelles, témoignant des inerties persistantes des systèmes des inégalités structurelles de genre.

2.2. Âgisme inversé et fabrique de la crédibilité professionnelle : disqualification symbolique des jeunes soignants dans l'espace hospitalier

Au-delà du genre, l'âge du soignant constituait également une contrainte dans la relation de soins. De nombreux patients âgés exprimaient une méfiance vis-à-vis des jeunes soignants, estimant qu'ils manquaient d'expérience et de maturité pour bien comprendre leurs problèmes de santé.

Production symbolique verbale : «

Un patient m'a déjà dit : 'Docteur, vous êtes trop jeune pour me soigner, vous pourriez être mon petit-fils !' Il n'avait pas confiance dans mon diagnostic et voulait voir un médecin plus âgé. J'ai dû prendre le temps de lui expliquer que ce n'est pas l'âge qui fait la compétence, mais la formation et l'expérience clinique. » (Un médecin

de 31 ans, partage son expérience face à cette défiance)

Cette production symbolique verbale donne à voir un rapport de pouvoir intergénérationnel au sein de la relation thérapeutique, où la compétence médicale ne se mesure pas uniquement à l'expertise technique, mais est aussi filtrée par des critères symboliques socialement construits, tels que l'âge perçu. L'analogie familiale mobilisée par le patient (« vous pourriez être mon petit-fils ») opère comme un mécanisme de disqualification implicite, déplaçant la relation professionnelle vers un registre d'infantilisation. La défiance exprimée ne relève pas d'un doute rationnel sur les qualifications du soignant, mais d'un jugement normatif intérieurisé, dans lequel l'autorité médicale est associée à des attributs d'ancienneté et de maturité. Le jeune médecin se trouve alors confronté à une asymétrie de reconnaissance qui le constraint à engager un travail de légitimation active, en mobilisant un discours justificateur fondé sur la formation et l'expérience clinique.

Ce type d'interaction révèle que la reconnaissance de l'expertise ne repose pas uniquement sur des critères institutionnels formels tels que les diplômes, les certifications ou l'appartenance statutaire à une profession médicale, mais s'inscrit dans une économie morale de la confiance, historiquement et socialement située, où les dimensions relationnelles, perceptives et symboliques jouent un rôle structurant. Dans ce cadre, l'âge ne constitue pas simplement une donnée biologique, mais un opérateur symbolique chargé de significations sociales, associées à l'expérience, à la sagesse, voire à une forme d'autorité

traditionnelle. La crédibilité professionnelle s'y trouve ainsi médiatisée par des représentations collectives, souvent implicites, qui articulent la compétence perçue à des marqueurs identitaires comme l'âge, le genre ou l'origine sociale. Dès lors, les jeunes professionnels doivent composer avec des attentes normatives qui peuvent entrer en tension avec la réalité de leur savoir-faire, les contraignant à un travail relationnel de légitimation continu, souvent invisible, mais fondamental pour l'établissement d'une alliance thérapeutique effective. Ce décalage entre compétence objective et reconnaissance subjective constitue un enjeu central dans la régulation symbolique des interactions soignant-soigné, et interroge les fondements sociaux de l'autorité médicale contemporaine.

Dans une configuration marquée par la recomposition contemporaine des formes d'autorité, la réaction de ce patient révèle une tension latente entre légitimité institutionnelle et reconnaissance subjective dans la relation thérapeutique. Loin de se réduire à une simple interaction clinique, cette dynamique renvoie à un système de dispositions socialement incorporées, où la confiance accordée au professionnel de santé repose sur des référents symboliques profondément ancrés. En ce sens, l'âge agit comme un opérateur classificatoire de la compétence médicale, dans la mesure où il incarne, aux yeux du patient, la preuve tangible d'un savoir stabilisé, d'une expérience accumulée et d'une pratique jugée plus « incarnée ». La jeunesse, à l'inverse, tend à être perçue comme synonyme d'inexpérience, de technicité désincarnée ou de maîtrise insuffisante des codes implicites de la relation soignante.

Ce jugement n'est pas le fruit d'un scepticisme individuel, mais le produit d'un cadre symbolique plus large, structurant les modes de perception de l'expertise médicale. Le savoir académique, pour être crédible, doit être validé par une reconnaissance pratique, observable dans les postures, les gestes et les interactions c'est-à-dire dans un savoir-faire incorporé qui échappe à la seule compétence formelle. Ainsi, le jeune médecin, bien que titulaire de qualifications institutionnelles, se trouve confronté à une exigence de performativité : il doit rendre visible son autorité par des démonstrations pédagogiques, ajuster son discours pour compenser le déficit symbolique lié à son âge, et traduire sa technicité en signes socialement lisibles de maîtrise.

Cette configuration révèle une hiérarchisation implicite des formes de savoir dans le champ médical : le savoir codifié, bien qu'objectivement valide, est souvent perçu comme moins fiable que l'expérience empirique, laquelle constitue un capital de crédibilité mieux reconnu par les patients. L'expérience, visible à travers les marqueurs corporels du vieillissement, fonctionne dès lors comme une ressource symbolique stratégique dans la mise en scène de l'autorité. Cette préférence pour l'ancienneté illustre un mode de validation profane de la compétence, fondé sur une grammaire sociale de l'apparence, de la répétition et de l'épreuve du temps.

En définitive, cette situation s'inscrit dans un contexte plus vaste de transformation des rapports à l'expertise dans les sociétés contemporaines, où la légitimité des savoirs institués se voit constamment interrogée par des critères subjectifs et individualisés. Le professionnel ne peut plus s'appuyer exclusivement sur sa position dans le champ pour

imposer sa compétence ; il doit en permanence la rejouer, la prouver, la justifier dans l'espace interactionnel. Ce déplacement des modalités de reconnaissance, révélateur d'un affaiblissement des ancrages statutaires classiques, traduit une redéfinition des conditions de l'autorité dans les institutions modernes, où la confiance devient l'enjeu d'un travail relationnel continu, façonné par les représentations sociales, les affects et les expériences passées des patients.

Ce témoignage met en lumière un défi structurel majeur dans la reconnaissance et la légitimation du savoir médical, qui dépasse largement les compétences techniques individuelles. Il souligne la nécessité de transcender les stéréotypes générationnels profondément ancrés, lesquels perpétuent des mécanismes de méfiance fondés sur des représentations sociales obsolètes. L'enjeu consiste à promouvoir une expertise médicale validée non seulement par des critères rationnels, objectifs et institutionnels, mais également par une reconfiguration des rapports sociaux qui conditionnent la réception de ce savoir, afin de favoriser une reconnaissance plus équitable et dénuée de biais générationnels.

2.3. Entre habitus, ethos et représentations : configurations socio-culturelles de la relation thérapeutique dans les espaces de soin

L'étude a mis en évidence l'imbrication des dimensions intérieurisées (habitus), normatives (ethos) et symboliques (représentations) dans la construction de la relation soignant-soigné, tout en inscrivant l'analyse dans une perspective fine de la pluralité des contextes sociaux et culturels.

Construction verbale de référents symboliques : « Je pense que chaque patient arrive avec un bagage culturel qui détermine ses attentes vis-à-vis du soignant. Par exemple, dans certaines communautés, le respect de l'autorité médicale passe par une distance formelle, tandis que dans d'autres, on attend davantage de proximité ou d'empathie. Je m'adapte donc à ces codes implicites pour instaurer un climat de confiance. » (Un médecin de 33 ans, décrit son rapport à cette forme de disqualification implicite) ; « Mes propres valeurs, comme l'importance que j'accorde à la dignité et à la confidentialité, orientent aussi ma manière d'aborder le patient. J'essaie toujours d'être conscient de mes préjugés potentiels pour ne pas imposer un modèle culturel unique, mais c'est un exercice parfois difficile. » ; (Une infirmière de 36 ans, évoque son ressenti dans une dynamique de légitimité contestée) ; « Dans ma pratique, j'ai remarqué que certaines attentes culturelles, comme la croyance en des médecines traditionnelles, modulent la réception du soin moderne. Il faut alors

négocier ces différences pour ne pas créer de rupture dans la relation. » (Un médecin de 40 ans, exprime sa perception de cette reconnaissance entravée); « Les différences de statut social ou d'éducation peuvent créer une barrière implicite, parfois difficile à franchir. Par exemple, un patient moins scolarisé peut avoir du mal à comprendre certains termes médicaux, ce qui demande un effort d'adaptation de notre part pour simplifier le langage sans être condescendant. » (Un médecin de 42 ans, rend compte de son positionnement face à cette défiance symbolique) ; « La confiance est souvent plus difficile à établir quand il y a un écart culturel marqué, notamment quand les pratiques ou les croyances sur la santé diffèrent. J'ai souvent observé qu'il faut du temps et de la patience pour dépasser ces clivages. » ; (Un médecin de 37 ans, retrace les modalités de son expérience dans ce contexte) ; « Parfois, des différences culturelles sur le rôle du soignant et du patient dans la prise en charge entraînent des malentendus. Par exemple, certains

patients attendent un modèle très paternaliste, alors que la formation actuelle privilégie une relation plus participative, ce qui peut générer des tensions. » (Un infirmier de 38 ans, expose son vécu au regard de cette mise en doute)

La pluralité des références culturelles évoquée par les professionnels de santé signale la diversité des régimes de reconnaissance symbolique auxquels ils sont confrontés dans la pratique quotidienne. L'idée selon laquelle chaque patient arrive « avec un bagage culturel » fait apparaître l'ancrage des attentes dans des systèmes de représentations spécifiques, qui façonnent la manière dont l'autorité médicale est perçue, acceptée, voire contestée. Le soignant, dans cette configuration, se trouve sommé d'interpréter ces attentes implicites afin de garantir une interaction thérapeutique fluide. Cette injonction à l'adaptabilité révèle un déplacement de la légitimité professionnelle : elle ne réside plus uniquement dans la compétence formelle, mais dans la capacité à activer des référents symboliques localement pertinents, à lire les codes interactionnels, à se situer dans un entre-deux normatif sans heurter les sensibilités sociales du patient.

L'évocation des valeurs personnelles telles que la dignité ou la confidentialité souligne l'inscription du travail soignant dans une éthique incorporée, qui oriente les pratiques en l'absence de prescriptions explicites. Ce positionnement réflexif traduit une tension entre l'universalité supposée du modèle biomédical et la nécessité de composer avec des

normes situées. Le fait de se dire vigilant quant à ses « préjugés potentiels » trahit la conscience d'une position de pouvoir symbolique, susceptible de s'imposer à l'autre sous couvert de neutralité professionnelle. Cette lucidité quant aux risques d'imposition culturelle est le signe d'une double rationalisation : d'une part, une rationalisation éthique du rôle professionnel, d'autre part, une rationalisation stratégique pour maintenir la qualité du lien soignant-soigné. L'énonciation de ces dilemmes est elle-même une production verbale de référents symboliques, permettant de réaffirmer la figure du soignant légitime dans un contexte où les formes traditionnelles de reconnaissance sont ébranlées.

L'importance accordée aux croyances et pratiques médicales alternatives, telles que la médecine traditionnelle, ouvre sur une sociologie du soin comme espace de négociation culturelle. La relation thérapeutique y apparaît moins comme un transfert unidirectionnel de savoir que comme un processus dynamique, dans lequel les registres symboliques du soignant et du soigné entrent en co-présence, voire en friction. Le professionnel ne se contente pas d'administrer un traitement : il doit composer avec une pluralité d'univers de sens et de référents épistémiques concurrents. Dans ce contexte, la reconnaissance ne va pas de soi ; elle doit être gagnée par un travail de légitimation fondé sur l'écoute, la traduction culturelle et l'ajustement interactionnel. Ce travail d'équilibrage permanent constitue un versant invisible mais central de l'activité soignante, où la parole devient un instrument stratégique de validation mutuelle.

Les écarts de capital culturel entre soignants et patients, notamment en termes de niveau d'instruction, produisent des

effets structurants sur la relation thérapeutique. Lorsque le médecin souligne la nécessité de « simplifier le langage sans être condescendant », il nomme la difficulté d'une communication marquée par des inégalités symboliques. Ces asymétries ne relèvent pas seulement de la compréhension linguistique, mais d'un désajustement entre univers de référence, compétences interprétatives et attentes interactionnelles. La parole du soignant, pour être performative, doit donc se reconfigurer selon un double impératif : maintenir sa valeur technique tout en évitant de disqualifier le patient. Cette tension illustre le caractère ambivalent de la parole médicale comme instance d'autorité et comme espace de négociation.

Plusieurs professionnels évoquent la nécessité de « temps et de patience » pour construire une relation de confiance avec les patients issus d'univers culturels distincts. Ce constat révèle que la légitimité ne précède plus l'interaction, mais en émerge, au terme d'un processus de construction progressive. Le professionnel doit ainsi accomplir un « travail de présence » où l'exposition répétée à la vulnérabilité du patient, la disponibilité et la constance deviennent des vecteurs de reconnaissance. Cette dynamique temporelle indique un effacement progressif des référents statutaires traditionnels au profit d'une légitimation située, façonnée par l'expérience partagée. Elle témoigne également d'une redéfinition de l'autorité professionnelle dans les espaces de soin, où la reconnaissance passe par des gestes, des paroles et des postures qui doivent résonner avec les structures d'attente du patient.

En somme, les malentendus mentionnés entre modèles paternalistes attendus par les patients et logiques

participatives promues par les soignants signalent une disjonction entre normes professionnelles et représentations sociales du soin. L'injonction à la participation du patient, valorisée dans les réformes contemporaines du système de santé, se heurte parfois à des attentes de verticalité et de protection, héritées de conceptions plus traditionnelles de l'autorité médicale. Cette dissonance produit une zone de friction où l'identité du soignant doit être reconfigurée, non plus seulement comme technicien ou expert, mais comme médiateur entre des univers normatifs hétérogènes. Le discours des professionnels révèle ainsi la complexité du travail relationnel, où le langage n'est pas seulement vecteur d'information, mais dispositif symbolique de légitimation, de pacification et de reconnaissance réciproque.

3. Discussion

Les résultats de cette étude mettent en lumière une double contrainte qui structure la relation de soins, particulièrement en ce qui concerne les jeunes soignants, et plus spécifiquement les femmes. Ces dernières sont confrontées à une remise en question plus marquée de leur compétence, exacerbée par des attentes sociales liées à leur âge et à leur genre. En effet, la jeunesse est souvent perçue comme synonyme d'inexpérience, tandis que le genre féminin est, dans certains contextes, associé à une forme de fragilité ou à une moindre autorité. Par conséquent, ces jeunes femmes doivent naviguer dans un environnement professionnel où leur légitimité est constamment réévaluée. Ce phénomène d'invisibilisation de leur expertise se traduit

par une pression accrue pour démontrer leur savoir-faire et convaincre leurs patients de la qualité de leurs soins. Dans cette dynamique, la compétence technique devient un outil essentiel pour contrer les doutes, les jeunes soignants s'efforçant de prouver leur efficacité à travers la maîtrise des gestes médicaux et des procédures.

Dans le même temps, les soignants hommes d'âges plus avancés bénéficient souvent d'une reconnaissance spontanée de leur autorité, attribuée à la fois à leur ancienneté et à leur genre. L'expérience acquise au fil des années renforce leur légitimité, et la perception sociale d'un soignant masculin plus âgé tend à être associée à un savoir infaillible et une capacité de gestion des situations complexes. Toutefois, face à ces asymétries de genre et d'âge, les soignants, qu'ils soient jeunes ou âgés, développent des stratégies compensatoires pour restaurer ou maintenir leur légitimité. Les jeunes soignants, hommes ou femmes, se trouvent souvent dans l'obligation de renforcer leur posture empathique, une manière d'établir une connexion plus humaine et plus personnelle avec les patients. Cette posture vise à contrebalancer l'image de "jeune impétueux" et à rendre visible la compétence relationnelle, souvent négligée dans l'évaluation de leur expertise. Dans un contexte de double contrainte, ces stratégies compensatoires soulignent une négociation constante entre compétence technique, autorité sociale et reconnaissance relationnelle.

Compte tenu des résultats évoqués précédemment, nous optons pour une économie discursive, permettant de ne pas exposer l'intégralité des résultats présents dans la matrice dédiée. Cette démarche épistémologique permet d'éviter les répétitions. Ainsi, notre analyse se focalise sur : « Entre

habitus, ethos et représentations : configurations socio-culturelles de la relation thérapeutique dans les espaces de soin ».

L'impact de l'interaction des facteurs socioculturels sur la relation thérapeutique réside dans la manière dont les éléments sociaux, culturels et économiques façonnent les attentes, les perceptions et les comportements des patients ainsi que ceux des soignants dans le cadre de l'interaction médicale. Les normes culturelles, les valeurs sociales, et les pratiques antérieures influencent la manière dont les patients perçoivent les autorités médicales et réagissent aux soins reçus, qu'il s'agisse d'une préférence pour certains types de traitements ou de résistance face à des innovations technologiques. Par exemple, dans certaines cultures, le respect des aînés et la reconnaissance de l'autorité liée à l'âge peuvent mener à une acceptation plus grande des prescriptions médicales de la part de soignants plus âgés, créant ainsi des asymétries dans la relation de soin. De même, la classe sociale et les inégalités économiques peuvent impacter la capacité d'un patient à accéder à des soins de qualité, tout en façonnant les attentes vis-à-vis de la relation avec les soignants, souvent en fonction de leur statut social. Ainsi, l'interaction entre ces divers facteurs socioculturels engendre des dynamiques complexes où les perceptions de légitimité, de compétence et de confiance ne sont pas seulement dictées par la compétence technique, mais aussi par des constructions sociales partagées qui modifient profondément la nature de la relation thérapeutique et influencent son efficacité.

Cette observation s'inscrit dans la lignée des travaux de Belmin (2020), qui met en évidence la prégnance des

stéréotypes pesant sur les personnes âgées et les effets délétères qui en découlent. Ces représentations sociales contribuent à la production de l'âgisme, un phénomène structurant des rapports sociaux fondé sur des attitudes discriminatoires et négatives liées à l'avancement en âge. Dès lors, la question du langage devient centrale dans l'interaction avec les aînés : les modalités communicationnelles ne sont pas neutres, mais participent activement à la construction du regard porté sur la vieillesse et influencent la qualité de la relation de soin. Ainsi, dans une perspective sociologique critique, il apparaît nécessaire d'interroger les cadres discursifs qui façonnent les perceptions et pratiques institutionnelles, de manière à déconstruire les logiques d'exclusion et à promouvoir une société.

Kuhne, Abernott et Camus (2008) soulignent l'importance cruciale de l'analyse des attitudes des patients et des professionnels dans le domaine des soins infirmiers, considérées comme des déterminants centraux de la dynamique du soin et de son efficacité. Ces attitudes, qu'elles se rapportent à la maladie, aux pratiques soignantes ou aux conditions de vie des individus impliqués, constituent des médiateurs essentiels dans la structuration et l'actualisation des interventions thérapeutiques. Dès lors, toute démarche visant l'optimisation des pratiques soignantes ne saurait se soustraire à une prise en compte fine de ces dispositions subjectives et interactionnelles. Ainsi, la mise au jour de profils différenciés d'attitudes face à une problématique donnée se révèle être un enjeu heuristique majeur. Cela permet d'éclairer les processus par lesquels les acteurs investissent le soin et lui confèrent une

signification dans leur trajectoire socio-biographique. Cette approche permet de saisir la manière dont les expériences, les représentations et les habitus influencent les pratiques de soin, tout en mettant en évidence les logiques sous-jacentes qui structurent les interactions entre patients et professionnels. Elle éclaire ainsi les dynamiques relationnelles qui traversent le champ du soin, en révélant comment les dispositions individuelles et collectives s'articulent aux contraintes institutionnelles et normatives.

D'après Cosnier (1993), le langage médical, souvent technique et difficilement accessible, notamment lors des échanges entre praticiens lors des visites, pousse les patients à s'appuyer sur des indices non verbaux qu'ils interprètent du mieux possible. Ce processus de décodage repose non seulement sur une analyse conscientieuse et rationnelle, mais également sur un mécanisme plus spontané et involontaire. Cette hypothèse est appuyée par les recherches d'Ekman (1969) et de Bloch (1989), qui ont mis en évidence que l'imitation de certaines postures, expressions faciales ou comportements corporels pouvait générer des émotions spécifiques, influençant à leur tour les représentations mentales. Ce phénomène, qualifié d'« induction émotionnelle par reproduction des schémas moteurs », jouerait un rôle clé dans le processus de compréhension et de partage des effets entre individus.

Dans le cadre des professions soignantes, cette dynamique peut toutefois s'avérer éprouvante. Le fait de se synchroniser quotidiennement avec des patients en souffrance physique et psychologique engendre une charge émotionnelle significative. Cette exposition conduit fréquemment à des stratégies défensives et

d'autoprotection, parmi lesquelles l'absentéisme, la mise à distance émotionnelle, une forme de détachement pouvant aller jusqu'au cynisme ou à l'humour. Ce qui entraînerait des ruptures dans l'interaction avec les patients, compromet ainsi tant la qualité de l'écoute et de la prise en charge.

✓ *La domination symbolique et l'habitus (Bourdieu, 1998)*

Bourdieu, dans *La domination masculine*, explicite comment les rapports de genre s'ancrent dans des habitus incorporés dès les premiers temps de la socialisation, structurant durablement les perceptions et comportements sociaux. L'attitude des patients âgés, qui questionnent la compétence de l'infirmière, illustre cette intériorisation performative des modèles normatifs liés au sexe : ils associent de manière spontanée et quasi naturelle l'autorité médicale à la figure masculine, reléguant les femmes à des fonctions subalternes d'assistance et de soin. Cette configuration repose sur un habitus de genre profondément enraciné, qui transcende les seules interactions individuelles pour s'inscrire dans un système symbolique plus vaste. Ce système légitime historiquement la masculinité comme vecteur principal d'autorité, de pouvoir et de légitimité professionnelle, naturalisant ainsi des asymétries sociales souvent imperceptibles mais néanmoins puissantes. Par cette dynamique, les patterns sociaux liés au genre non seulement reproduisent les hiérarchies sociales, mais influencent aussi la construction des identités professionnelles et les modalités de reconnaissance dans le champ médical.

✓ *La division sexuelle du travail et le « care » (Danièle Kergoat)*

Kergoat(1978) analyse la division sexuelle du travail en soulignant une hiérarchisation systémique qui oppose les professions féminisées, souvent reléguées à des statuts subalternes, aux professions masculinisées, historiquement associées à l'autorité et à la technicité. La profession d'infirmière, bien que massivement féminine, illustre ce paradoxe : malgré la féminisation massive, l'expertise et l'autorité restent socialement codées comme masculines, ce qui engendre une dissonance entre la composition du personnel soignant et la reconnaissance sociale qui lui est accordée. Cette contradiction s'enracine dans des mécanismes structurels qui perpétuent les inégalités de genre au sein du champ professionnel. Par ailleurs, les travaux sur l'éthique du care montrent que les métiers du soin, du fait de leur association aux compétences relationnelles et affectives traditionnellement féminines, subissent une dévalorisation sociale persistante. Cette minorisation statutaire découle d'une dépréciation symbolique liée au genre, qui tend à occulter la technicité et la complexité de ces professions. Ainsi, la résistance manifestée par certains patients âgés à reconnaître la compétence de l'infirmière s'inscrit dans ce cadre plus large de disqualification symbolique : elle ne traduit pas seulement un doute individuel, mais reflète un processus socialement structuré, où les compétences soignantes féminines sont constamment soumises à des remises en cause légitimées par

des images normatives du genre ou des modèles symboliques de genre. Ce phénomène met en lumière la persistance des rapports de domination de genre qui affectent la reconnaissance professionnelle et les dynamiques interactionnelles dans les environnements de soin.

- ✓ *L'intersection du genre et de l'âge (Patricia Hill Collins, Raewyn Connell)*

Collins (1990) met en exergue l'importance cruciale du paradigme intersectionnel, qui permet d'appréhender simultanément les effets combinés des catégories sociales telles que le genre et l'âge. Dans ce contexte, les constructions symboliques de genre se conjuguent avec les constructions sociales liées à la vieillesse, produisant une matrice normative renforcée par une socialisation historique des personnes âgées dans des configurations de rôles sexués particulièrement rigides et dichotomiques. Cette double inscription influence profondément leur perception des professions médicales, souvent figées dans des schémas traditionnels. Par ailleurs, la conceptualisation de la « masculinité hégémonique » éclaire comment certains hommes, ici notamment des patients âgés, mobilisent des stratégies de résistance symbolique en refusant d'être soignés par une femme. Ce refus constitue une forme de réaffirmation de leur position dominante dans la hiérarchie des rapports sociaux de genre, traduisant une volonté de maintenir des clivages liés aux dichotomies de genre rigides ou aux assignations genrées strictes dans un contexte où les normes professionnelles évoluent. Ainsi, ces dynamiques illustrent la complexité des rapports sociaux, où les

transformations institutionnelles butent sur des résistances ancrées dans des constructions identitaires profondément normatives.

Selon Giddens (1990) dans *The Consequences of Modernity*, la confiance dans les institutions repose sur des repères culturels et des attentes sociales. Ici, l'âge est perçu comme un critère fondamental de légitimité, car il symbolise l'expérience accumulée et une supposée sagesse médicale. Scambler (2008), dans *Sociology of Health & Illness*, souligne que les patients tendent à privilégier un savoir médical empirique, associé aux praticiens plus âgés, plutôt qu'un savoir strictement académique. Cela traduit une méfiance envers les jeunes médecins, perçus comme trop dépendants de leur formation théorique et n'ayant pas encore acquis l'*habitus* médical décrit par Nicholas Fox (2000) dans *Medical Power and the Gaze*.

Ce phénomène peut également être analysé à travers le prisme de Pierre Bourdieu (1986) et sa notion de capital culturel. L'expérience professionnelle visible, incarnée par l'âge, constitue un capital culturel valorisé par les patients, qui y voient un gage de compétence. En revanche, le jeune médecin doit faire ses preuves et compenser son manque d'ancienneté par un discours pédagogique, ce que montre sa nécessité d'expliquer la valeur de sa formation. Cette dynamique rappelle la distinction faite par Paul Atkinson (1995) dans *Medical Talk and Medical Work* entre savoir théorique et savoir incorporé. L'expertise médicale ne se limite pas aux connaissances acquises, mais passe aussi par la capacité du médecin à inspirer confiance en adoptant une posture d'autorité reconnue socialement.

Au terme de cette analyse, cette situation illustre un conflit générationnel dans la reconnaissance de l'expertise. Claus Offe (1996), en étudiant la transformation des rapports d'autorité dans les sociétés modernes, montre que la légitimité n'est plus uniquement basée sur des statuts traditionnels, mais doit constamment être négociée. Le médecin ici doit réaffirmer sa compétence face aux représentations ancrées des patients âgés, qui associent le savoir médical à une longue expérience visible. Ce besoin d'auto-justification reflète les mutations des formes d'autorité analysées par Ulrich Beck (1992) dans *Risk Society*, où la confiance dans les experts est fragilisée par une individualisation des critères de légitimité.

Conclusion

Cette étude s'inscrit dans le champ de la sociologie des professions de santé, en particulier dans l'analyse des rapports de pouvoir, de légitimité et de reconnaissance dans la relation soignant-soigné. L'objectif de cette recherche était d'explorer comment les dimensions de genre et d'âge des soignants influencent la relation de soins avec les patients âgés, en mettant en lumière les contraintes sociales et culturelles qui en découlent. La méthodologie qualitative adoptée, reposant sur des entretiens semi-directifs et des observations sur le terrain, a permis de saisir les perceptions subjectives et les expériences vécues des patients et des soignants face à ces dynamiques interpersonnelles complexes. En analysant les interactions quotidiennes dans les services de santé, l'étude a révélé comment l'âge et le genre des soignants modifient les

attentes et les comportements des patients âgés, notamment en termes de confiance et d'adhésion aux soins.

Les résultats de cette étude montrent une double contrainte pour les soignants jeunes, particulièrement les femmes, qui sont souvent confrontées à une remise en question plus marquée de leur compétence par rapport à leurs collègues masculins ou plus âgés. Les patients âgés ont tendance à associer l'expérience et la maturité, souvent perçues comme des qualités liées à l'âge ou au genre masculin, à une plus grande légitimité et autorité dans le domaine médical. En revanche, les jeunes soignants, et particulièrement les femmes, doivent souvent déployer des stratégies compensatoires pour surmonter cette perception de manque de compétence. Ces stratégies incluent la démonstration de leur savoir-faire technique et la mobilisation de qualités relationnelles comme l'empathie. Cependant, la reconnaissance de ces qualités par les patients n'est pas systématique, ce qui entraîne des tensions et des dilemmes dans la construction de la relation thérapeutique. Cette situation souligne l'importance des normes sociales qui influencent profondément les pratiques médicales et la réception des soins, particulièrement dans un contexte où la confiance entre le soignant et le patient est essentielle.

L'étude offre une contribution importante à la sociologie des inégalités sociales et de la santé, notamment en ce qui concerne la manière dont les rapports de genre et de génération façonnent la reconnaissance professionnelle dans le secteur de la santé. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes sociaux qui sous-tendent la relation soignant-soigné et met en évidence les défis auxquels sont confrontés

les jeunes soignants dans un système médical où l'expérience et l'autorité sont souvent valorisées.

D'un point de vue praxéologique, cette investigation met en lumière l'impératif d'une reconfiguration curriculaire dans les dispositifs de formation des professionnels de santé, en intégrant de manière critique les dimensions socialement construites du genre et de l'âge comme opérateurs de hiérarchisation symbolique dans les interactions soignants-soignés. Il s'agit, en ce sens, de doter les futurs praticiens de ressources réflexives et interactionnelles leur permettant de déconstruire les anticipations normatives incorporées et de co-produire, au sein des espaces thérapeutiques, des relations marquées par une reconnaissance mutuelle et une redistribution équitable de la légitimité professionnelle.

Les perspectives dégagées par cette étude invitent à une révision approfondie des pratiques formatives au sein des structures de santé, en préconisant notamment la mise en œuvre de dispositifs de formation intergénérationnelle visant à favoriser le dialogue, la reconnaissance mutuelle et l'échange de savoirs entre professionnels de différentes générations. Par ailleurs, la valorisation explicite de la pluralité des compétences, qu'elles soient techniques, relationnelles ou expérientielles, apparaît comme un levier essentiel pour renforcer la cohésion et la complémentarité au sein des équipes médicales. Il serait également pertinent d'approfondir la recherche sur les effets conjoints des dynamiques de genre et d'âge tout au long des parcours de soin, afin d'identifier plus finement les mécanismes sous-jacents aux inégalités de reconnaissance et aux résistances rencontrées. Ce travail d'analyse pourrait éclairer la

conception de dispositifs de soutien plus inclusifs, susceptibles de consolider la confiance thérapeutique et d'améliorer durablement la qualité des interactions entre patients âgés et soignants, en dépassant les clivages sociaux traditionnels.

Bibliographie

- ATKINSON Paul**, 1995. *Medical Talk and Medical Work: The Liturgy of the Clinic*. London, Sage Publications,
- BATAILLE Philippe et Virole Louise**, 2013. *Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecines de la reproduction et palliative*, La Nouvelle Revue du Travail, <https://journals.openedition.org/nrt/613>
- BELMIN Joël**, 2020. *Savoirs et pratiques, relation de soin, Vieillissement et personnes âgées, les stéréotypes et leurs implications*, Version of Record: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1268603420301067>
- BOURDIEU, Pierre**, 1998. *La domination masculine*. Paris, Éditions du Seuil.
- BOURDIEU, Pierre**, 1986. « The Forms of Capital » in *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, John G. Richardson (éd.), New York, Greenwood Press.
- BOURDIEU Pierre**, 1980. « Le capital social : notes provisoires » in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°31, Paris, Éditions du Seuil.
- BECK Ulrich**, 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London, Sage Publications.

COLLINS Patricia Hill, 1990. *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York, Routledge.

COSNIER Jacques, 1993. « Les interactions en milieu soignant». In: *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. Lyon : Les Presses Universitaires de Lyon, pp. 17-32. (Éthologie et psychologie des communications); http://www.persee.fr/doc/epc_1243-1052_1993_ant_2_1_849

FOX Nicholas, 2000. «Medical Power and the Gaze: Science and Subjectivity» in *Modern Medicine*. New Haven, Yale University Press.

GIDDENS Anthony, 1990. *The Consequences of Modernity*. Cambridge, Polity Press.

KERGOAT Danièle, 1978. *La division sexuelle du travail*. Paris, CNRS Éditions.

KUHNE Nicolas, ABERNOT Yvan, CAMUS Didier, 2008. Le q-sort, un outil pour la recherche en soins le cas des représentations chez les infirmiers en psychiatrie de l'âge avancé, recherche en soins infirmiers n° 95 - décembre.

OFFE Claus, 1996. *Modernity and the State: East, West*. Cambridge, Polity Press.

SCAMBLER Scambler, 2008. Graham (éd.). *Sociology of Health & Illness: Critical Perspectives*. New York, Routledge.

ZACCAÏ-REYNERS Nathalie, 2006. *Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin*, *Esprit* /1 (Janvier), p. 95-108. DOI 10.3917/espri.0601.0095, <http://www.cairn.info/revue-esprit-2006-1-page-95.htm>