

Le Genre et l'Âge du Soignant : Une Double Contrainte dans la Relation de Soins avec les Patients Âgés

YAO Kouakou Albert

Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa

UFR: sciences sociales et humaines

Maître-assistant

ykalbert@yahoo.fr

Résumé :

Dans un contexte de transformation des rapports intergénérationnels et de recomposition des normes de genre en milieu hospitalier, la relation soignant-soigné apparaît traversée par des asymétries structurantes. L'âge et le genre du soignant influencent les dynamiques interactionnelles, conditionnant la perception de la légitimité professionnelle et l'adhésion des patients âgés aux soins. Cette étude explore comment ces deux dimensions se conjuguent pour façonner les relations thérapeutiques et les ajustements des soignants face aux attentes différenciées des patients. L'objectif est d'analyser les effets croisés du genre et de l'âge du soignant sur la reconnaissance de son autorité médicale et sur la qualité de la prise en charge des patients âgés. Méthodologiquement, une approche exclusivement qualitative a été privilégiée, combinant des entretiens semi-directifs auprès de soignants de diverses catégories professionnelles (médecins, infirmiers) et de patients âgés hospitalisés, ainsi que des observations participantes en unités gériatriques. L'analyse thématique a permis d'identifier les configurations interactionnelles récurrentes et les stratégies d'adaptation des soignants. Les résultats révèlent une double contrainte : les jeunes soignants, en particulier les femmes, font face à une remise en question plus marquée de leur compétence, tandis que les soignants hommes d'âge avancé bénéficient d'une autorité plus spontanément reconnue. Face à ces asymétries, les soignants développent des stratégies compensatoires fondées sur la démonstration technique ou la mobilisation d'une posture empathique renforcée. En conclusion, cette étude met en lumière la nécessité d'une réflexion institutionnelle sur la formation des soignants, afin d'intégrer les dimensions générationnelles et genrées dans l'amélioration des pratiques relationnelles en milieu hospitalier.

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

Abstract :

In a context where intergenerational relations are changing and gender norms are being reconfigured in the hospital environment, the nurse-patient relationship appears to be characterised by structuring asymmetries. The age and gender of the carer influence interactional dynamics, conditioning the perception of professional

legitimacy and the adherence of elderly patients to care. This study explores how these two dimensions combine to shape therapeutic relationships and caregivers' adjustments to patients' differing expectations. The aim is to analyse the intersecting effects of gender and the age of the carer on recognition of their medical authority and on the quality of care provided to elderly patients. Methodologically, an exclusively qualitative approach was adopted, combining semi-directive interviews with carers from various professional categories (doctors, nurses) and elderly hospital patients, as well as participant observations in geriatric units. Thematic analysis was used to identify recurring interactional configurations and the coping strategies used by carers. The results reveal a double constraint: young carers, particularly women, face a more marked questioning of their competence, while older male carers benefit from a more spontaneously recognised authority. Faced with these asymmetries, carers develop compensatory strategies based on technical demonstration or the mobilisation of a reinforced empathic posture. In conclusion, this study highlights the need for institutional reflection on the training of carers, in order to integrate generational and gendered dimensions into the improvement of relational practices in the hospital environment.

Key words: gender, age of carer, care relationships, 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 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 soignantes et propose des pistes pour adapter la formation et l'organisation des soins afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patients âgés aux soins prodigués par les jeunes soignantes.

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'accroît 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, 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 franchisés. 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 (2001), 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

Les théories sociologiques et infirmières considèrent le genre et l'âge du soignant non pas comme des caractéristiques neutres, mais comme des marqueurs sociaux fondamentaux qui structurent la relation thérapeutique, influencent la perception de la compétence et déterminent l'acceptabilité des soins. Ces marqueurs activent des stéréotypes intériorisés par les patients et les soignants, façonnant la qualité de la prise en charge. Dans cette perspective, l'analyse sociologique met en exergue, des contraintes liées au genre et à l'âge du soignant dans la relation de soins avec les patients âgés. Cette relation de soins avec les patients âgés, sous l'angle sociologique, peut être éclairée par deux théories contemporaines: la théorie de la division sociale du travail de Danièle Kergoat (1978) et la théorie du capital symbolique de Pierre Bourdieu (1980).

Danièle Kergoat (1978), met en lumière la hiérarchisation des rôles professionnels en fonction du genre. Elle souligne que les femmes sont souvent reléguées à des fonctions de care, tandis que les hommes sont davantage associés à l'autorité technique et décisionnelle (changer par une approche du care). Appliquée au soin hospitalier, cette perspective permet de comprendre comment les soignantes, bien que perçues comme plus à l'écoute et plus attentives aux besoins des patients âgés, peuvent souffrir d'un déficit de reconnaissance professionnelle. Kergoat D. affirme aussi que, bien que légitimés par leur statut, les soignants masculins peuvent être confrontés à des résistances liées aux attentes genrées des patients. Pierre Bourdieu (1980) met en évidence le poids des représentations sociales dans la reconnaissance de l'autorité professionnelle. Dans le cadre des soins aux personnes âgées, cette approche explique comment l'âge du soignant influence la perception de sa compétence. Pour Bourdieu P. les soignants plus âgés sont souvent perçus comme plus expérimentés et dignes de confiance, tandis que les jeunes professionnels, quelle que soit leur expertise réelle, peuvent rencontrer des difficultés à asseoir leur légitimité auprès des patients âgés.

Cependant, ces théories présentent certaines limites dans l'analyse des dynamiques relationnelles en milieu hospitalier. La théorie de la division sociale du travail, bien qu'éclairante sur les inégalités de

genre dans le champ professionnel, tend à sous-estimer les marges de négociation et de résistance des acteurs face aux normes sociales dominantes. Certaines soignantes développent ainsi des stratégies d'affirmation de leur autorité médicale, tandis que des soignants masculins adoptent des postures empathiques pour contourner les attentes genrées des patients. De son côté, la théorie du capital symbolique de Bourdieu repose sur une vision relativement stable des rapports de légitimité. Les transformations du système de santé, notamment la professionnalisation accrue du soin et la diversification des parcours médicaux, modifient progressivement les critères de reconnaissance de l'expertise soignante. L'âge du soignant constitue un élément structurant de la relation de soins. Il ne fonctionne pas de manière isolée mais interagit avec d'autres dimensions, notamment le statut professionnel, l'expérience clinique et la capacité à adapter son discours aux attentes des patients.

En combinant ces deux perspectives, on peut proposer une explication sociologique plus fine des contraintes croisées du genre et de l'âge dans la relation de soins avec les patients âgés. L'âge et le genre du soignant ne sont pas de simples variables objectives, mais des constructions sociales qui influencent la confiance thérapeutique et la reconnaissance de l'autorité médicale. Loin d'être figées, ces représentations évoluent sous l'effet des interactions et des stratégies déployées par les soignants eux-mêmes pour s'ajuster aux attentes des patients. Dès lors, une meilleure formation des soignants à la gestion des rapports intergénérationnels et une sensibilisation des patients aux transformations des pratiques médicales apparaissent comme des leviers essentiels pour atténuer les résistances et améliorer la qualité du soin.

L'approche méthodologique adoptée dans cette étude s'est exclusivement 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. Nous nous sommes intéressés aux patients âgés admis au CHU de Cocody pour des parcours thérapeutiques prolongés. Les entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 25 soignants de différentes catégories professionnelles (médecins, infirmiers, aides-

soignants). 35 patients âgés de 60 ans et plus, hospitalisés depuis au moins une semaine, ont aussi été interviewés afin de recueillir leurs perceptions et expériences de la relation soignant-soigné. Tous les entretiens ont été réalisés aux heures de pause pour le personnel soignant et aux heures de visite des malades, après l'administration d'un formulaire de consentement éclairé. Ces entretiens ont duré en moyenne, 35 minutes. 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, ont été exclus de l'étude. L'échantillonnage pour la sélection des participants a été fait selon la méthode du choix raisonné. Cette technique a permis de diversifier les soignants selon leur sexe, leur âge et leur spécialité, et à intégrer des patients issus de plusieurs services du CHU et 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 différenciées 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 de soins.

2. Résultats

2.1. Une préférence des patients âgés pour les soignants masculins, perçus comme plus légitimes

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. Une infirmière de 28 ans, exerçant au CHU de Cocody, témoigne de ces résistances :

« 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. »

Ce témoignage met en lumière une problématique sociologique centrale : la persistance des stéréotypes de genre dans les professions médicales et de soin. Une analyse approfondie peut s'appuyer sur plusieurs sociologues contemporains qui ont étudié les rapports sociaux de genre, la division sexuelle du travail et les formes de domination symbolique.

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

Pierre Bourdieu, dans *La domination masculine*, explique comment les rapports de genre sont structurés par des habitus incorporés dès l'enfance. Les patients âgés qui remettent en question la compétence de l'infirmière illustrent cette intériorisation des normes de genre : ils associent spontanément l'autorité médicale aux hommes, tandis que les femmes sont cantonnées à des rôles d'assistance. Cette perception découle d'un « habitus de genre »

profondément enraciné dans la société, où l'autorité et la légitimité professionnelle sont historiquement masculinisées.

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

Danièle Kergoat analyse la division sexuelle du travail en mettant en évidence une hiérarchisation entre professions féminisées et professions masculinisées. La profession d'infirmière est historiquement féminine, mais le paradoxe relevé ici est que malgré cette féminisation, l'expertise et l'autorité sont encore perçues comme masculines.

Joan Tronto, dans ses travaux sur l'éthique du care, explique que les métiers du soin sont socialement dévalorisés précisément parce qu'ils sont majoritairement exercés par des femmes. La résistance des patients âgés à reconnaître la compétence de l'infirmière reflète cette dévalorisation genrée du travail du soin.

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

Patricia Hill Collins(1990) souligne l'importance de l'intersectionnalité: ici, les représentations du genre se croisent avec celles de l'âge. Les personnes âgées ont été socialisées dans un contexte où les rôles de genre étaient plus rigides, ce qui renforce leur perception traditionnelle des professions médicales. Raewyn Connell, quant à elle, théorise la « masculinité hégémonique » et met en évidence comment certains hommes (notamment les patients ici) réaffirment leur pouvoir en refusant d'être soignés par une femme, illustrant une résistance à l'évolution des normes de genre dans les professions qualifiées.

➤ ***Conclusion : Une résistance au changement des normes de genre***

L'expérience de cette infirmière illustre la persistance des stéréotypes de genre dans le monde du travail, malgré les évolutions sociales et légales. La remise en question de ses compétences montre

que le savoir médical ne suffit pas toujours à surmonter les préjugés culturels. Comme le souligne Bourdieu, le changement des mentalités nécessite une transformation des structures sociales elles-mêmes, et pas seulement des individus.

Ainsi, l'infirmière, en expliquant calmement son égalité de formation avec ses collègues masculins, participe activement à ce processus de transformation des représentations sociales, même si cette lutte reste confrontée à des résistances.

2.2. Une méfiance initiale envers les jeunes soignants, perçus comme moins expérimentés

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. Un médecin de 31 ans partage son expérience face à cette défiance :

« 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. »

La réaction de ce patient illustre une tension entre l'autorité perçue et l'autorité institutionnelle dans la relation médecin-patient. Selon Anthony 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. Graham 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 qui montre la 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.

Enfin, 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. Ce témoignage illustre donc un défi structurel dans la reconnaissance du savoir médical: dépasser les stéréotypes générationnels pour affirmer une expertise fondée sur des critères rationnels et institutionnels.

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. Dès lors, les jeunes soignants doivent s'efforcer 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 : « **L'impact de l'interaction des facteurs socio-culturels sur la relation thérapeutique** ».

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 égalitaire.

Kuhne, Abernot 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 pendant les 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 consciencieuse 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. Cette stratégie entraînerait des ruptures dans

l'interaction avec les patients, compromettant ainsi tant la qualité de l'écoute que celle de la prise en charge.

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 de même âges 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 pratique, cette recherche souligne la nécessité d'un changement dans la formation des soignants, en particulier en ce qui concerne la gestion des perceptions liées au genre et à l'âge, afin de favoriser des relations de soins plus égalitaires et harmonieuses. Les perspectives de cette étude suggèrent la mise en place de formations intergénérationnelles et la valorisation de la diversité des compétences professionnelles dans les équipes médicales. Il est également recommandé d'approfondir l'analyse de la manière dont ces dynamiques de genre et d'âge influencent les parcours de soin à long terme, afin d'élargir les dispositifs de soutien et de renforcer la confiance entre patients et soignants.

Bibliographie

ATKINSON Paul, 1995. *Medical Talk and Medical Work: The Liturgy of the Clinic*. Sage Publications, London

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, Vieillesse 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*, Éditions du Seuil, Paris

BOURDIEU, Pierre, 1986. «*The Forms of Capital*» in *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, John G. Greenwood Press, Richardson (éd.), New York

BOURDIEU Pierre, 1980. «*Le capital social : notes provisoires*» in Actes de la recherche en sciences sociales, n°31, Éditions du Seuil, Paris

BECK Ulrich, 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage Publications, London

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

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*. Yale University Press, New Haven.

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

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

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*. Polity Press, Cambridge

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

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>