

Ce travail de fin d'étude traite du respect de la pudeur en milieu hospitalier. Inculqué dès le début de la formation dans les écoles d'infirmières, j'ai souhaité approfondir ce sujet sous différentes dimensions : historiques, sociales, culturelles et physio-psychologiques.

Quiconque a été hospitalisé sait que certains soins ou examens conduisent à exposer au regard d'autrui les "parties honteuses" de notre corps. Nous allons voir que les personnes sont différemment sensibles au fait de les exposer.

Dans ma pratique, je me suis interrogée sur le sens de la pudeur. J'ai essayé d'avoir un esprit critique en améliorant mon savoir-faire, mon savoir-être dans ma pratique, pour une meilleure prise en charge du patient et de son entourage.

Au fil de mes recherches, de mes observations, j'ai pu découvrir qu'il n'y avait pas une, mais d'infinies formes de pudeur. Elles varient selon la société à laquelle nous appartenons, nos valeurs, nos croyances, notre vécu et surtout selon la singularité de chacun.

De nombreuses questions me sont venues à l'esprit. Qu'est-ce que la pudeur ? Ce sentiment a-t-il toujours existé ? S'exprime-t-elle de la même manière dans toutes les civilisations et quels sont leurs codes sociaux ? Quand les lieux protecteurs de la pudeur sont-ils apparus ?

Si nous remontons à la mémoire de l'Homme, les Evangiles en témoignent. Déjà, la Génèse enseigne que la pudeur est liée au regard de l'autre et à la proximité d'autrui, avec Adam et Eve qui se cachent lorsqu'ils découvrent leur nudité. Pour Jeanne d'Arc (1430), son impudeur réside dans le port de sa tenue masculine car pour l'époque il est scandaleux de gommer la différenciation sexuelle voulue par Dieu.

Dans certains musées, on rencontre encore des statuettes de diagnostic qu'utilisaient les Chinoises pour converser avec leur médecin. Plutôt que de nommer ou de désigner l'endroit qui les faisait souffrir, elles préféraient le montrer sur une de ces figurines qui avaient soin d'exposer toutes les parties du corps.

Les prémices de la pudeur actuelle apparaissent dans les monastères : distance minimale obligatoire entre les lits. Les chaises percées (Montauban) sont transportées dans les chambres. Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que nous

voyons les premières salles de bain et les toilettes privées. Puis, au lendemain de la seconde guerre mondiale, les pensionnats et les couvents enseignent aux demoiselles de faire leur toilette intime dans l'obscurité. En s'inventant des lieux d'intimité, la pudeur s'est détachée du regard extérieur.

Enfin, le Code Napoléon et la loi de 1891 ont introduit l'outrage à la pudeur. Ce code est toujours d'actualité. Le naturisme est accepté en lieu privé. D'autres domaines de « nudité partagée ou dévoilée » sont apparus dans la même tolérance : les vestiaires sportifs et **les hôpitaux**. Dans ce dernier cas, c'est au soignant de donner et de faire respecter les limites.

Pendant mes différents stages pratiques, j'ai constaté qu'en général la pudeur est respectée, cependant, il est parfois difficile de la mettre en œuvre, faute de moyens. Elle apparaît « évidente » pour les soignants qui travaillent en technique, mais aussi pour les visiteurs qui n'hésitent pas à sortir de la chambre dès l'arrivée du soignant.

Pour approfondir ce thème, nous allons voir, dans un premier temps, une situation vécue au début de ma formation, suivie d'une problématique qui s'en dégage.

Dans un second temps, nous allons définir ce qu'est la pudeur au regard de cette situation et les raisons pour lesquelles le soignant doit agir à l'abri des regards. Celles-ci vont nous amener à réfléchir sur les incidences du non-respect de la pudeur sur la personne malade et de ces manifestations physiques.

Aussi, pour mieux comprendre l'incidence du non-respect de la pudeur sur l'image corporelle, j'ai choisi d'analyser la situation de Mme G selon la pyramide de Maslow.

Ensuite, toujours au regard de ma situation, j'ai élargi mon travail d'étude à différentes conceptions de la pudeur dans le monde, du point de vue psychologique, sociologique, culturel et anthropologique. Ceci dans un objectif d'une meilleure prise en charge des autres patients et de leur singularité dans ma future profession.

Enfin, nous allons voir l'évolution des comportements de la pudeur familiale et la nécessité de la présence des proches auprès du malade lors de l'hospitalisation tout en ne perdant pas de vue le respect de sa pudeur.

En avril 2002, Mme G., est hospitalisée en chambre double dans un service de chirurgie orthopédique pour une arthroplastie¹. Elle souffrait de coxarthrose² depuis une dizaine d'années. Elle n'a pas d'autre antécédent médical.

C'est une femme de 60 ans, de nationalité française, elle est mariée, a quatre enfants (adultes et ne vivant plus au foyer) et sept petits enfants.

Madame G. vit avec son époux dans un pavillon de plein pied en Touraine. Elle est femme au foyer, catholique, non pratiquante. C'est une femme réservée, discrète, parlant peu avec une voix douce. Depuis son hospitalisation, elle est anxieuse quant à son devenir.

A J5 de son intervention, dans l'après-midi, Madame G. appelle le personnel soignant à l'aide de sa sonnette, pour l'aider à se mobiliser et lui apporter un peu de confort. En effet, elle est alitée et vient de terminer ses exercices d'arthromoteur pour sa rééducation post-intervention (15 minutes/jour).

Dans un faux mouvement, elle a renversé de l'eau dans son lit et sur sa chemise de nuit. De plus, lors de notre soin, elle se plaint de douleurs lombaires du fait de son décubitus dorsal prolongé, et son point d'appui sacré est endolori.

Avant de quitter sa chambre, nous la réinstallerons confortablement dans son lit.

A notre arrivée, son époux est assis à ses côtés. Depuis son hospitalisation, il est très présent. Ce jour, sa voisine de chambre n'a pas de visite.

Madame G. nous demande donc de lui apporter notre aide à se changer du fait de ses difficultés à se mobiliser. Par conséquent, je demande à son époux de bien vouloir sortir quelques instants dans le couloir, afin que nous puissions effectuer le soin.

En effet, ma collègue et moi-même, toutes deux étudiantes infirmières en première année, premier stage, l'aiderons à se mobiliser, changer sa tenue (retirer sa chemise de nuit mouillée), ses draps pour son confort, mais aussi pour éviter toute altération de l'état cutané (macération). Nous lui effleurons la région lombo-sacrée afin de prévenir des escarres.

¹ Définition du Larousse Médical, 2001 : remplacement de l'articulation par une prothèse de la hanche.

² Définition du Larousse Médical, 2001 : arthrose de la hanche.

De plus, à ce stade opératoire, Mme G. est algique du fait de ses récents exercices d'arthromoteur et de son alitement prolongé. Il relève du rôle propre de l'infirmière de mettre en place des actions d'évaluation de la douleur (EVA), de son anxiété, d'en référer au médecin et de le transmettre à l'équipe.³

Mme G. étant à J5 d'une pose de prothèse de hanche, elle risque une luxation de la hanche. Cette intervention nécessite une éducation à la mobilité et une période d'adaptation. Dans cette optique, nous devons lui reformuler les consignes pour prévenir ce risque⁴: mettre un coussin entre ses cuisses pour se tourner, mobiliser le bassin dans son ensemble, la jambe doit suivre le mouvement, maintenue par le coussin.

Il est important d'établir une relation de confiance avec elle pour lui permettre d'être plus à l'aise et d'exprimer son ressenti, son vécu et ses craintes au regard de ce qui précède. Cette relation de confiance permet d'améliorer la communication. Mme G. est dans une chambre à deux lits (l'autre est aussi occupé).

Dans sa chambre, nous sommes cinq: Mme G, son époux, sa voisine de chambre et deux étudiantes infirmières. Nous ne pouvons emmener Mme G. dans le cabinet de toilette. Ce soin se déroulera donc au lit. Sa voisine est également alitée, dans l'impossibilité de se déplacer. Je demande donc à M. G. de « bien vouloir sortir » pendant le soin. Celui-ci acquiesce et se lève pour nous laisser, ma collègue et moi-même auprès de sa femme.

Madame G. saisit l'occasion pour demander à son époux de lui rapporter des revues de la librairie du rez-de-chaussée de l'hôpital.

Lors de notre soin présenté plus haut, la patiente nous demande également de lui donner le bassin.

Plus tard, dans le couloir, ma collègue me dit être très étonnée de ma requête auprès de M. G. Elle estime qu'en tant qu'époux, mariés depuis 35 ans, il connaît bien sa femme et que c'est plutôt indécent de lui demander de nous laisser seules avec elle

³ Décret du 11 février 2002, articles 1,2,3,5 Annexe III et IV.

⁴ Décret du 11 février 2002, articles 1,2,3,5 Annexe III et IV.

Lorsque je me suis retrouvée devant cette situation, je me suis interrogée sur mon attitude. Je me suis demandée pourquoi j'avais effectivement demandé à ce mari de sortir : sur quelles convictions, quels critères me suis-je appuyée ?

Etait-ce uniquement parce qu'on me l'a enseigné à l'IFSI, ou plutôt parce que, moi-même, à la place de Mme G, j'aurais aimé que l'on fasse sortir mon époux, ou bien encore, est-ce mon éducation, mes valeurs qui ont influencé ma décision.

Dans une optique professionnelle, j'ai décidé d'analyser cette situation de soin qui renvoie comme tout un chacun à son propre vécu, au regard du problème suivant :

Comment l'infirmière peut-elle respecter et faire respecter la pudeur en tenant compte de la singularité socio-culturelle du patient, des lois qui légifèrent sa profession et des protocoles établis ?

Doit-elle systématiquement demander à l'entourage proche de sortir ou doit-elle demander au patient ce qu'il souhaite ? Mme G. aurait peut-être été embarrassée d'avoir à prendre elle-même la décision.

1 - LA PUDEUR.

Afin de traiter ce problème, il m'a paru important de définir ce qu'est la pudeur :

« *Discrétion, retenue qui empêche de dire ou de faire ce qui peut blesser la décence (...). Réserve de quelqu'un qui évite de choquer, de gêner moralement, (...). Délicatesse.* »⁵

Dans notre situation, cette première définition s'adresse au soignant à qui il revient la décence et la conscience professionnelle de ne pas choquer le patient en n'appliquant pas de mesures en vue de la respecter dans sa pudeur.

Pendant le soin, nous avons communiqué, essayant ma collègue et moi-même d'établir une relation de confiance. Nous étions à son écoute et disponibles. Dans l'intimité, il nous a été permis d'instaurer un climat propice aux échanges et donc induit une meilleure prise en charge. Cette qualité de relation peut optimiser les effets du soin pour une meilleure connaissance d'elle-même et de son corps.

A la fin de ce soin, Mme G. semblait plus détendue, plus ouverte au dialogue. Elle était moins anxieuse, souriait et semblait satisfaite du soin prodigué.

L'environnement instauré dans le respect de la pudeur lors d'un soin est donc primordial pour son bon déroulement.

Cette première définition de la pudeur s'applique aussi M. G. qui a fait preuve de délicatesse : il s'est éloigné, s'est éclipsé pour la décence de son épouse, pour ne pas la blesser. Il s'est abstenu de gêner cette intimité féminine.

Autre définition :

« *Sentiment de gêne qu'éprouve une personne à se montrer nue* ».⁶

Cette deuxième définition exprime bien les conséquences profondes psychiques de la personne, mal à l'aise à exhiber son corps, dénudé à autrui.

Pour toutes ces raisons,

« *Le soignant doit agir à chaque fois qu'il le peut à l'abri des regards, la personne ne doit pas se retrouver nue ; la découvrir au fur et à mesure avec son accord* ».⁷

2 - SI LA PUDEUR DE MME G. N'AVAIT PAS ETE RESPECTEE...

⁵ Définition du Petit Larousse 2000.

⁶ Formation de pratique du soignant, Ed. Masson, page 4.

⁷ Formation de pratique du soignant, Ed. Masson, page 9.

Mme G vient de subir une intervention chirurgicale (la pose de prothèse de hanche) avec une cicatrice d'une trentaine de centimètres sur la cuisse qui l'atteint dans sa chair.

Elle est fragilisée et peut éprouver des difficultés à manifester sa pudeur.

Elle n'est pas non plus en situation de force : elle n'est pas sur son territoire.

Pour cette raison, il me paraît primordial d'introduire le concept de l'image corporelle et des incidences qu'un non-respect de la pudeur peut provoquer.

2-1 Concept de l'image corporelle :

En effet, dans une démarche de soin, nous pouvons attribuer à Mme G le diagnostic infirmier suivant : « *risque de perturbation de l'image corporelle* », lié à son intervention chirurgicale (sa cicatrice), à sa perte de mobilité et d'autonomie.

« *L'image corporelle est un jugement que l'on porte sur son propre corps, sur son apparence, sur la manière dont on montre son corps aux yeux des autres* ». ⁸

Mme G doit se réapproprier son « nouveau corps », de plus affaibli par l'intervention .

2-1-1 Incidence sur la relation de confiance :

En tant que soignant, si je ne fais pas le lien entre la pudeur et la perturbation de l'image corporelle, cela peut avoir un retentissement, une incidence sur la relation de confiance que je souhaite établir avec Mme G.

Je souligne l'importance pour le soignant d'être attentif aux signes, aux messages verbaux et non verbaux exprimés par les patients, et d'en tenir compte.

2-1-2 Incidence psychologique du non-respect de la pudeur.

⁸ Formation et pratique du soignant, Ed. Masson.

En psychologie, la personnalité pudique se construit selon ses valeurs, sa conformité, sa morale, ou ses censures. C'est le Surmoi. Si elle est affectée, elle peut se sentir agressée.

Ce qui peut provoquer : conflits, nervosité, anémosité envers les soignants et avoir un retentissement psychologique sur Mme G : un repli, une dépression réactionnelle si elle est blessée dans son amour propre car la situation est peut-être culturellement inacceptable.

« Son atteinte donnerait des manifestations psychosomatiques ... nous comprenons que lorsqu'une expérience sensorielle est vécue en présence de témoins, le schéma corporel se croise avec l'image du corps. Il représente l'image de soi. »⁹

Comme l'exprime cette citation, si le sentiment de pudeur de Mme G était perturbé, on pourrait voir apparaître une surcharge d'émotion provoquant une tension psychique (des conflits psychiques).

Mme G. étant déjà fragilisée par son hospitalisation et par son altération physique, elle peut être plus sensible à exposer son corps aux yeux de ses proches. L'expression de son émotion se fera selon son histoire de vie, et selon sa capacité à s'adapter ou se réapproprier son corps cicatriciel parce que le schéma corporel est influencé par l'intégrité physique.

2-2 Les manifestations physiques de la pudeur.

Si les émotions sont universelles et intemporelles, les manifestations de pudeur sont modelées par les cultures. Autrement dit, la pudeur est un sentiment qui s'applique à des contextes culturels différents. On les reconnaît par les émotions qu'elle provoque :

- rougissement,
- accélération du rythme cardiaque et respiratoire,
- attitude de fuite : comme baisser le regard ou détourner la tête,
- avec une gêne ou un stress associés.
- érythème pudique (bien connue en dermatologie : le cou et la poitrine sont tâchés de rougeurs).

Or, Mme G n'a pas eu le temps d'éprouver ses émotions, puisque j'ai anticipé l'éventuelle gêne qu'elle aurait pu subir.

⁹ Formation et pratique du soignant, Ed. Masson, page 51.

Je dois, par conséquent, être attentive aux comportements qu'elle manifeste, en identifiant ses besoins qui peuvent être perturbés, les facteurs en cause et ainsi, agir sur ces derniers pour optimiser son adaptation à son environnement.

Pour parfaire cette étude, je me suis appuyée sur la pyramide de Maslow dans le but d'une prise en charge globale de Mme G.

3 - LES BESOINS PERTURBES DE MME G. (selon la pyramide de Maslow).

En tant que soignante, je dois prendre en charge Mme G dans sa globalité. Nous allons voir l'importance du respect de la pudeur afin de ne pas aggraver les besoins perturbés de Mme G.

3-1 Besoins physiologiques :

De par son état pathologique, Mme G. a ses **besoins physiologiques** perturbés. Le simple fait d'être hospitalisée peut la désorienter. Elle est dépendante des contraintes, des horaires, des examens, d'un confinement dans la chambre, d'une cohabitation plus ou moins voulue.

D'autre part, elle n'est pas libre de ses mouvements : ses activités sont réduites au minimum (lectures, TV, visites). Elle peut éprouver une sensation de perte de liberté (elle ne peut plus effectuer certains gestes qu'elle avait l'habitude de faire). Elle a donc besoin d'une aide partielle à effectuer ses auto-soins (hygiène, confort, habillage, mobilisation.)

3-2 Besoin de sécurité :

Mme G éprouve également un **besoin de sécurité**, un besoin d'être rassurée qui se manifeste par sa demande d'accompagnement dans sa mobilisation mais aussi par son anxiété quant à son devenir. L'hospitalisation est toujours un changement du mode de vie. A son entrée à l'hôpital, Mme G. ressent de l'anxiété.

Cette intimité lui permettra d'être plus concentrée sur elle-même et de mieux accepter l'évolution de sa cicatrisation et de ses mouvements.

La relation de qualité permet de diminuer cette dernière. Elle induit la capacité de savoir observer, écouter, communiquer avec respect, pour un meilleur vécu de l'hospitalisation et donc faciliter son adaptation.

« L'homme est un être bio-psycho-social en interaction constante avec un environnement. Il doit constamment faire face au changement »¹⁰

Elle dépend du rôle propre de l'infirmière. Par cette relation d'aide et d'écoute, il est aussi possible d'informer la patient par une éducation post-interventionnelle de cette envergure : pose d'une prothèse totale de hanche. Certaines personnes n'osent pas se plaindre devant leur proche, ceci en vue de les préserver. C'est une forme de pudeur.

3-3 Besoin d'appartenance :

Son hospitalisation affecte **ses besoins d'appartenance**. Du fait de son hospitalisation, ses habitudes de vie sont perturbées, de sa vie de couple, de son intimité. Elle peut éprouver un sentiment de rupture avec son milieu familial et social (perturbation de la dynamique familiale) du fait qu'elle est momentanément exclue de la société. Elle n'a quasiment plus d'interaction sociale (hormis le personnel soignant et ses visites), son atteinte corporelle et/ou psychique peut en être altérée.

3-4 Besoin d'estime et de considération :

C'est dans ce dernier besoin perturbé qu'intervient la nécessité du respect à l'intimité.

Son **besoin d'estime et de considération** est momentanément altéré, il est lié à sa dépendance et à son corps cicatriciel infonctionnel. Cela se manifeste par un manque de confiance en elle. En saisissant l'occasion pour demander à son époux de lui faire des courses, elle met de la distance entre eux pour son intimité.

En effet, le temps, pour M G de descendre au rez-de-chaussée, de choisir ses revues, de remonter, Mme G prolonge ainsi son absence. Peut-être pour lui permettre de s'oxygéner un peu lui aussi. Dans ce message, je pense avoir saisi qu'elle m'approuvait dans ma requête d'autant plus qu'elle en profite pour nous réclamer le bassin.

¹⁰ Calista Roy USA.

De plus, M. G a compris que sa femme, pouvait se retrouver en situation délicate, dénudée, en présence de quatre personnes (les deux élèves infirmières qui effectueront le soin, et la voisine de chambre).

Dans le respect de ce couple, il m'a semblé nécessaire d'avoir leur accord implicite. Il en est de même pour tous les soins comme le stipule la Charte du patient hospitalisé.¹¹

J'ai senti Mme G très sensible à son état, à sa situation. Je ne peux affirmer qu'elle souffrait d'un manque d'intimité : elle ne s'est jamais plainte de quoi que ce soit.

Cependant, c'est une femme réservée, intériorisant ses émotions et discrète. Elle parle calmement, d'une voix douce. Ses gestes sont lents. Pour ces raisons, il était utile de lui octroyer un milieu propice pour le respect de sa pudeur, de manière à ce qu'elle éprouve le moins de gêne possible. Pour être considérée, Mme G ne doit pas sentir qu'elle est l'objet de regards indiscrets. Nous devons réaliser nos soins avec délicatesse dans un souci de la personne. L'estime et la considération de Mme G sont primordiaux pour son rétablissement et pour retrouver ses repères.

De tout temps, l'homme a éprouvé le besoin de plaire, par l'intermédiaire de modèles par souci d'apparence.

Afin de préserver l'intimité du couple et de ne pas induire la dépréciation de Mme G. atteinte dans sa chair, il est donc important de mettre en œuvre des actions, des codes hospitaliers dans le but de la préserver (des regards d'autrui) lors de l'aide à l'habillage, de la toilette, du confort.

De plus, nous ne devons pas entrer dans leur intimité : peut-être est-ce un couple pudique l'un envers l'autre.

La première action réalisée dans cette situation fût de : faire sortir son époux. Puis, en second lieu, de considérer que Mme G . n'est pas seule dans la chambre. Un drap de protection est laissé sur elle, ceci relevant d'une pratique professionnelle pour préserver sa pudeur. C'est un code, un langage non verbal enseigné dans les écoles. En troisième intention, un des soignants se positionne entre les deux lits, pour appliquer techniquement les règles ergonomiques et professionnelles de discrétion inculquées lors des formations et des pratiques aux soignants.

¹¹ Annexe I et II.

3-5 Pour un meilleur respect de la pudeur :

J'ai souhaité introduire dans ce travail la notion d'**intimité**¹², qui, je pense, complète la notion de pudeur.

L'intimité comporte une dimension spatiale. C'est un espace limité, non matérialisé dont les frontières sont invisibles.

Dans notre situation, Mme G a profité de la distance de son époux pour se centrer sur elle-même, d'être plus libre d'être elle-même et bénéficier d'un sentiment de sécurité : *elle nous demande le bassin*. L'élimination fait partie du domaine du privé, et par conséquent de l'intimité. Tout le monde élimine, c'est un phénomène physiologique naturel.

En Occident, on le fait caché d'autrui. On apprend tout bébé à vivre en société. Cet apprentissage passe par la propreté : des lieux pour éliminer (toilettes ou isolé) et rituels (accroupis, assis, le soir avant de se coucher...) nous sont inculqués en grandissant.

Du fait de son alitement, Mme G est obligée d'éliminer dans sa chambre, en présence de sa voisine de chambre et de plus : allongée.

Cette situation délicate se rencontre fréquemment lors de l'hospitalisation. Le soignant ne doit pas s'immiscer dans l'intimité du patient. Il ne peut aller au-delà de ce qui est autorisé. Nous connaissons les interdits selon notre culture.

Il est important de pouvoir les identifier selon des codes sociaux, et de prendre en compte le ressenti de Mme G. Pour cela, il faut être à son écoute et observer une communication non verbale (les distances qu'elle instaure avec son entourage, les soignants, mais aussi ses expressions du visage), et tenir compte de sa personnalité plutôt introvertie.

4 - LA PUDEUR DANS LE MONDE.

La notion de pudeur de chacun peut renvoyer à la religion et au culturel.

¹² Définition du Petit Larousse 2000 : territoire de ce qui est tout à fait privé, qui n'est pas public, qui est secret.

La pudeur n'est pas toujours liée à la religion. Il faut prendre en compte les phénomènes socio-culturels. Prenons l'exemple des grecques dont la pudeur correspond à une modestie de comportement, de retenue verbale.¹³

Le fait de porter un jugement sur les différentes valeurs culturelles des patients relève de l'intolérance, du non-respect de ce qu'ils sont. Je dois pouvoir prendre du recul, mettre mes propres valeurs de côté afin de faire de mon soin une relation de confiance, non conflictuelle, tout en restant authentique, moi-même. L'empathie, c'est à dire les comprendre sans fusionner, me le permettra.

Le soignant doit faire preuve d'**altérité**¹⁴ dans les soins, de connaissance en sociologie, en anthropologie (que nous verrons dans le prochain chapitre) afin de ne pas choquer, ne pas heurter les valeurs du patient. Il doit être conscient que sa vérité, ses valeurs ne sont pas forcément mieux que d'autres.

4-1 Comment tenir compte de la singularité du patient en vue de respecter sa pudeur.

Pour une prise en charge soucieuse de Mme G, nous devons prendre en compte sa **singularité**. Pour ce faire, il est important d'être conscient que selon ses croyances, son vécu, le patient ressent les choses différemment. Les sciences humaines sont les sciences qui ont pour objet de donner ce savoir sur l'homme et la société. Elles sont instituées dans les IFSI, cependant chacun doit approfondir ses connaissances en sciences humaines.

En effet, elles répondent aux questions relatives aux différences culturelles spécifiques à chacune.

Aussi, la pudeur est ressentie, interprétée différemment dans chaque civilisation. Pourtant,

« Il est important que le soignant sache qu'aucune population ne tolère la nudité totale et que les codes du regard diffèrent beaucoup selon les sociétés . »¹⁵

¹³ Le nouvel observateur, HS, « la mythologie grecque », 1999, 98 pages.

¹⁴ Définition du Petit Larousse 2000, caractère de ce qui est autre.

¹⁵ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, DUERR (H-P), « des vêtements invisibles », 98 pages.

En Afrique, le regard direct d'un non-familier est vécu chez la plupart comme une agression. Il faut l'éviter afin de prévenir les émotions qui conduiraient à un conflit (témoignage personnel).

4-2 La pudeur catholique :

Pour respecter la pudeur de Mme G, nous devons avoir à l'esprit qu'elle est française, de religion catholique et que les codes de la pudeur sont bien définis par cette religion. Cette dernière sublime la pudeur :

« La pudeur est l'honneur des corps, l'ornement, la sainteté des sexes... »¹⁶

et condamne l'impudeur :

« Par ailleurs, le croyant doit rejeter l'impudeur... détester l'impureté qui plonge dans la dégradation et qui s'attaque au corps et à l'âme... elle est nuisible, porte un coup mortel à la vertu, elle pervertit les consciences honnêtes... c'est un fléau de l'avenir, une corruption, débauches monstrueuses. »¹⁷

Pour Adam et Eve, dans la **Genèse**,

« Ils découvrent le rapport entre la nudité et la ruse...leur première réaction est de se couvrir dès qu'ils se voient nus. »¹⁸

En Angleterre ou en Allemagne où le catholicisme est de rigueur, le même mot signifie à la fois pudeur et honte. D'ailleurs, Freud qui était allemand n'a pas non plus fait la différence.

De part sa religion, Mme G pourrait être affectée du non respect de sa pudeur et ressentir de la honte à se dénuder. Elle aurait pu manifester de la gêne et se couvrir si sa pudeur avait été affectée. Elle n'a pas eu le temps de l'être, elle a été préservée. Il me paraît donc important, en tant que soignant, d'avoir des connaissances en culture religieuse afin de ne pas offusquer un patient d'une autre culture.

4-3 La pudeur en Orient :

¹⁶ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, WINTER (J-P), « Eloge de cette vertue », 98 pages.

¹⁷ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, « Eloge de cette vertue », 98 pages.

¹⁸ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, « Eloge de cette vertue », 98 pages.

Par exemple, en Orient, il existe toute une civilisation de la pudeur dans les rites des concubines en Chine, des Geishas au Japon et dans le port du voile chez les filles du harem.

« La divergence d'attitudes à l'égard du corps et de la nudité est flagrante avec ce que nous, les européens, nous entretenons. La pudeur trace une frontière virtuelle entre les civilisations occidentales et l'Orient. Le sourire sert en Asie à exprimer le contentement et masquer le chagrin. Leur pudeur interdit de les montrer, et à la mort d'un parent, un japonais sourit alors qu'un français pleure. »¹⁹

Dans sa pratique, le soignant est amené à rencontrer différentes ethnies. Les croyances et les valeurs des malades doivent être respectées, comme le stipule l'article 7 de la Charte du patient hospitalisé.²⁰

4-4 La pudeur pour les musulmans :

« Celui qui n'a pas de foi est dépourvu de pudeur...s'il est impudique, alors c'est un mécréant... »²¹

Selon l'islam, le corps est sujet aux pulsions, qui font obstacle au salut de l'individu. La pudeur doit exclure la nudité. Par conséquent, l'homme doit cacher la partie entre le nombril et les genoux. Pour d'autres sociétés musulmanes, il ne faut pas non plus s'exhiber le torse nu, pour d'autres encore ne pas sortir la tête découverte. L'infirmière doit être à l'écoute des codes vestimentaires qui recouvrent le corps.

Pour Mme G, catholique, il en est de même. Elle nous demandera le bassin lorsque son époux sera sorti de la chambre. Mais pour elle, c'est plus du domaine de l'intimité en relation avec des conduites sociales.

4-5 La sociologie de la pudeur :

¹⁹ Le Nouvel Observateur, HS n°39, PADOUX (A), « Les bains nippons », 1999, 98 pages.

²⁰ Annexe I, article 7.

²¹ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, BENKHEIRA (MH), « Le corps et l'islam », 98 pages.

D'une part la sociologie offre la possibilité d'analyser les rapports entre les différents acteurs sociaux (soignants, soignés, et famille) impliqués dans les situations de soin .

D'autre part, des moyens et des lois sont mis en place dans notre société pour respecter l'intimité et la pudeur. Par exemple, s'exhiber est une atteinte à la pudeur réprimée par le Code Napoléon et la loi de 1891.

De tout temps, et dans les différentes cultures, on pratique des rites. Ils permettent de maîtriser l'angoisse, le temps, l'espace. Ils impliquent :

- le corps, dans les gestes, les attitudes et des postures codifiées.
- la croyance, dans les religions, les mythes, les idéaux, les valeurs.

Par ailleurs, les conduites rituelles canalisent les émotions (peur, haine, joie) et ont un rôle de communication (système codifié).

Nous les retrouvons également dans notre pratique infirmière. :

Les rituels paramédicaux gèrent assez bien, dans notre culture, ce problème. Prenons l'exemple d'une toilette au lit. Les techniques de ce soin nous indiquent bien qu'il ne faut jamais dénuder entièrement le patient. Le drap du dessus est replié sur le corps de la personne alitée. En effet, nous ne devons pas découvrir ses parties génitales ou son torse, ceci en vue de respecter sa pudeur.

4-6 L'anthropologie :²²

*« Le rapport de l'individu à son corps évolue au cours des temps, mais est indissociable du processus de civilisation auquel on appartient. Cela émane du psychisme, du culturel, du collectif et de l'individuel. »*²³

Mme G. a, elle-aussi, sa propre conception de la pudeur, selon sa culture familiale imprimée dès son enfance, qui est un croisement de règles culturelles et sociales. Cela lui permet de définir ses limites par rapport à un bon ou un mauvais comportement.

L'anthropologie tente de répondre aux questions relatives aux évolutions culturelles par l'observation des civilisations. Nous pouvons observer une importante divergence de comportements selon les pays :

²² Définition Petit Larousse 2000 : science des sociétés primitives avec organisation de concepts et de méthodes.

²³ Le Nouvel Observateur, HS n°39, Dumas (D), 1999, 98 pages.

« Le corps entier est non dénudé en Scandinavie, pas de seins dénudés en Amérique du Nord, plutôt les fesses dénudées que les seins au Brésil, en Asie, un chinois ne peut se baigner sous le regard de femmes, en revanche, les portes des WC ne portent pas de cloison, ainsi il peut faire la conversation à ses voisins. »²⁴

Aussi, au regard de notre situation, mon « savoir-être » pudique auprès de Mme G devrait s'adapter à un autre patient d'un autre continent. Peut-être que si le patient était un asiatique, il m'aurait fallu demander à un collègue masculin de prodiguer les soins. Ceci en vue de respecter sa singularité, sa pudeur.

Tels les anthropologues, l'infirmière doit mettre de côté ses propres références culturelles pour comprendre celles des autres. Il est toutefois important pour elle, observatrice, d'inclure dans son travail d'analyse, sa propre position : ses affects, ses croyances ainsi que ses appartenances sociales et culturelles.

Avec cette prise de conscience, je peux mieux m'adapter à chaque individu (patient ou collègue), à sa culture. Les moyens dont je dispose sont : la communication avec Mme G, elle-même, si le discours est ouvert et qu'il s'est établi une relation de confiance. Je pouvais, en effet, explicitement demander son avis ou encore, être attentif aux signaux exprimés par celle-ci, c'est à dire, la communication non verbale (l'observation des comportements, l'attention).

D'autre part, la communication verbale instaurée avec Mme G., pendant notre soin de confort, a construit un bouclier de pudeur. Comme le révèle M. Xavier Emmanuelli (SAMU social) dans son discours sur les vertus de la communication :

« Si je veux que le contact se fasse, je suis obligé, en tant que médecin, de livrer un peu de mon être. Paradoxalement, il faut s'exposer personnellement, se dévoiler un peu, pour créer des liens et, par là, réintroduire la pudeur. Avec le temps et l'expérience, je suis moins gêné alors que j'ai plus de pudeur. (Xavier EMMANUELI , le Nouvel Observateur, HS n°39 de 1999).²⁵

²⁴ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, KAUFMANN (JC), « des seins pas si nus », 98 pages.

²⁵ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, Emmanuelli (X), « la chair des pauvres », 98 pages.

C'est un moyen que j'ai vu appliquer tout au long de mes stages pour faire diversion : les soignants évitent au silence de s'installer.

Il permet d'alléger le geste, le soin et l'atmosphère. Le voile vestimentaire retiré ne jouant plus son rôle, il est fait appel à la parole pour tenir lieu d'écran en bannissant un silence parfois trop pesant, pour l'un comme pour l'autre.

Ainsi, la qualité et la formation du soignant, mais aussi la prévenance, le respect, doit enlever toute équivoque au geste qui pourrait l'être. Il est clair, toutefois que patients ou patientes se voient contraints de vivre des situations impudiques auxquelles ils ne sont pas toujours préparés.

5 – LE RESPECT DE LA PUDEUR AU SEIN DE LA FAMILLE.

La sociologie et la psychologie offrent des outils pour analyser les rapports entre les différents acteurs sociaux impliqués dans les situations de soin. Ainsi les rapports entre les soignants et soignés, entre les soignés et leur famille.

Il me paraît important de rappeler l'évolution des comportements face à la pudeur familiale. En effet, nous avons connu un bouleversement socio-culturel des comportements concernant la nudité en famille en l'espace d'une seule génération : il n'y a encore qu'une dizaine de décennies, il était exclu de se montrer dénudé en famille alors qu'aujourd'hui comme le dit Intel:

« ne pas pouvoir se montrer nu à ses propres enfants ou à son partenaire en dehors des rapports sexuels est un signe négatif, indicateur de manque d'authenticité et de proximité dans la relation, voire être limite « vieux jeu ». Les anciennes pudeurs semblent avoir soudainement disparu. »²⁶

Du fait de son immobilité, Mme G. ne peut s'isoler. C'est donc à son époux de « s'éclipser » pour préserver la pudeur de son épouse.

Ce problème de la pudeur, dans la pratique médicale et les soins, est aussi ancien que l'art de guérir. Déjà, Hippocrate, père de la médecine occidentale, recommandait *« de ne pas dénuder les malades sans nécessité, surtout en présence des proches. »²⁷* Il conseillait d'autre part de le faire avec tact.

²⁶ Le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, WINTER (J-P), « l'amour interdit », 98 pages.

²⁷ BOLOGNE (J-C), « histoire de la pudeur », 1999, Ed. Perrin.

Certains gestes ne sont qu'à soi. Certains sont très personnels. Ainsi le partenaire faire preuve de discrétion en ne s'imposant pas. Ce que M. G a fait. Il a eu du tact, a senti les signaux non verbaux et s'y est adapté.

Par ailleurs, comme nous avons vu plus haut, le couple peut reposer sur le désir physique du partenaire ou le besoin de plaire. Parfois, il est des impudeurs qui peuvent provoquer des dégoûts ponctuels pouvant se généraliser en dégoût de l'autre. Par exemple, l'expérience montre que des maris ayant assisté à l'accouchement de leur compagne se trouvent, à posteriori, perturbés dans leur sexualité et leur désir pour leur femme. Le rôle du soignant est alors d'anticiper cette éventualité et proposer la présence du papa à la tête de sa femme : il pourra se sentir plus utile dans son sentiment d'impuissance à soulager sa femme.

Au regard de notre situation, il me paraît utile de définir dans un premier temps ce qu'est le couple, puis d'élargir le thème à la famille, puisque dans la pratique quotidienne, nous sommes confrontés à leur présence :

5-1 Le couple c'est « un homme et une femme unis par le mariage ou par des liens affectifs. »²⁸

M et MME G semblent être un couple uni. M. G, retraité, ne quitte que très rarement son épouse. Il est très attentionné. Il lui rapporte des fleurs, des photos de ses petits enfants et des dessins qu'ils ont fait pour elle.

Pour Françoise Dolto « *le corps passe par le désir de l'autre* ».²⁹ Le couple est soumis à ce désir, et il y a accouplement dans l'intimité. De plus, « *De tout temps, l'Homme a éprouvé le besoin de plaire* ».³⁰ L'anxiété de Mme G. provient de son atteinte corporelle. Elle est dépendante, elle vient de subir une intervention qui lui vaut une cicatrice et une immobilité fonctionnelle. Elle ne peut s'accomplir dans son désir de plaire. Aussi, elle n'apparaît pas mécontente de l'absence de son époux lors des soins.

Même si ses époux forment en apparence un couple uni, il est difficile de connaître les degrés de pudeurs respectifs. Le soignant doit être attentif aux manifestations verbales ou non verbales même lorsque celles-ci relèvent de la pudeur familiale.

²⁸ Définition du Petit Larousse 2000.

²⁹ Sciences humaines et soins infirmiers, Ed. Lamarre, 2000, 207 pages.

³⁰ Sciences humaines et soins infirmiers, Ed. Lamarre, 2000, 207 pages.

5-2 La famille est :

*« Un ensemble formé par père, mère, enfant, famille nucléaire ou conjugale réunissant dans un même foyer. Ensemble de personnes qui ont un lien de parenté par le sang ou par alliance présentant des caractères communs. Appartenance à un ensemble, avec une origine commune, une même racine ».*³¹

En ce qui concerne la famille, elle est souvent très attentive aux souhaits du malade, elle va même au devant. Elle connaît ses habitudes, ses goûts, ce qui peut lui faire plaisir ou au contraire ce qui lui déplaît. Elle peut être aidante ou pas.

*« La famille est le témoin le plus récent. Elle est le lieu de sa vie affective. Les liens familiaux sont irremplaçables. »*³²

Elle est effectivement très importante pour le bien être du patient. Elle est le lien entre le patient hospitalisé et l'extérieur, la société. Cependant, l'entourage ne peut pas tout apporter à son parent hospitalisé. Les soins techniques relèvent des soignants. Il est peut être plus facile de montrer son corps à des professionnels qu'à son entourage proche.

*« Quand un malade entre dans le service, il nous faut aussi prendre en charge sa famille avec lui. »*³³ En effet, celle-ci peut-être émotionnellement affectée de l'hospitalisation de son proche. Il faut pouvoir les guider, les reconforter, les accompagner dans le cheminement d'une pathologie.

*« Malheureusement, le manque de temps est souvent évoqué par les équipes : il est la cause de regrettables malentendus. »*³⁴

L'infirmière doit cependant prendre des « gants », savoir employer les mots, le ton, pour ne pas offusquer un proche en s'adressant à lui. Cela nécessite un savoir-être, un savoir-faire.

5-3 Les différentes réactions des familles :

Les familles sont-elles toujours aidantes ?

³¹Définition du Petit Larousse 2000.

³² Formation du soignant, accompagnement au quotidien, Ed. Masson, page 70.

³³ Infirmière, Adonis (C), Ed. Grosset, 1979, 218 pages.

³⁴ Infirmière, Adonis (C), Ed. Grosset, 1979, 218 pages.

Les familles éprouvent parfois des difficultés dans leur relation. Il arrive aussi qu'elles se montrent agressives, peu coopératives, elles protestent contre les pratiques de soin.

Le personnel soignant doit être conscient de ces éventuelles réactions psycho-affectives. Ne le serions-nous pas nous même lors de l'hospitalisation d'un proche ? d'un enfant ?

Dans la situation de M. G, il n'a pas été question d'hostilité puisqu'il a acquiescé de suite et s'est levé. Cela relève de la communication non verbale.

*« Il y a effectivement des familles anxieuses, hostiles, trop discrètes, envahissantes, celles qui ne veulent pas comprendre ou qui n'entendent pas un diagnostic, celles qui n'admettent pas l'échec, celles qui s'étonnent... et il y a aussi les familles admirables ».*³⁵

Le soignant doit pouvoir gérer par anticipation : le savoir-faire, la diplomatie et prendre un certain recul ou pouvoir déléguer un entretien s'il sent que la relation va être tendue : c'est le travail en équipe.

Rappelons aussi que la représentation de la famille est très variée d'un pays à un autre et dans une même société. Elle varie d'un groupe culturel à un autre, d'une classe sociale, d'un niveau d'étude. L'infirmière doit tenir compte de la vie privée de la personne comme le stipule l'article 9 du code civil et la convention européenne des droits de l'homme.³⁶ La personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix, mais l'infirmière est tenue de respecter et faire respecter l'intimité.

Ce travail de fin d'étude m'a permis d'approfondir la dimension du respect de la pudeur en milieu hospitalier.

Je me suis interrogée sur mon « savoir-être » en tant qu'infirmière, face au patient, dans le cadre d'un soin. La question que je me suis posée était la suivante : « quelle approche dois-je avoir avec le malade pour respecter sa pudeur, tout en conservant l'efficacité des soins que je dois lui prodiguer ? »

Tout d'abord, je dirais que sans l'apprentissage des techniques de soins, cette approche n'a aucune consistance. Il est bien évident que la connaissance des gestes professionnels permet d'introduire une réflexion sur la

³⁵ Infirmière, Adonis (C), Ed. Grosset, 1979, 218 pages.

³⁶ Annexe I, droit à la vie privée et à la confidentialité.

sensibilité de la personne soignée. Les différents stages que j'ai effectués m'ont progressivement conduit à m'interroger sur la personnalisation des soins. Si les techniques restent les mêmes, l'intérêt que nous portons aux fins d'aider le patient à garder sa dignité et lui accorder une attention toujours renouvelée, doivent faire appel à des qualités d'écoute et de discrétion dans le souci de préserver son intimité.

Au cours de mes recherches, l'étude de la sociologie m'a permis de mieux connaître les autres et moi-même afin de respecter les différentes formes ou manifestations pudiques. Il est évident que le soignant doit se garder d'une implication personnelle trop importante car il doit conserver le recul nécessaire à la sérénité professionnelle et individuelle.

La pratique du « respect » est d'une grande complexité, si une approche du problème est envisageable, il n'existe aucune règle ou « recette » applicable. Trop de paramètres sont présents entre la personnalité du patient, celle du soignant et la présence de la famille. Il appartient à chacun d'entre nous d'agir et de réagir au cas par cas en faisant preuve de vigilance.

Les soins au corps et le respect de la pudeur en milieu hospitalier impliquent donc de maintenir le proche à la fois dans la proximité et dans l'éloignement. C'est un savoir qui se construit dans des communications personnelles avec les patients et au fil du temps avec l'expérience.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

ADONIS (CA), 1979, Infirmière, Ed. Grosset, 218 pages.

BOLOGNE (J-C), 1999, Histoire de la pudeur, Ed. Perrin.

BURRUS (O), de VILLERMAY (D), 1997, L'infirmière d'aujourd'hui, Ed. Josette Lyon, 175 pages.

CHAMPAULT (G), SORDELET, Le métier d'infirmière : des études à la pratique, Ed. Masson.

DOLTO (F), 1990, Tout est langage, livre de poche, 191 pages.

DROUARD (J-P), 2002, Des soins infirmiers et des cultures, Ed. Ellipses, 175 pages.

DUBOY-FRESNEY et PERRIN, Le métier d'infirmière en France, Que sais-je ? n° 3052, 2308, 2200, 125 pages.

Formation et pratique du soignant, Ed. Masson.

GUEZ (E) et TROIANOVSKI (P), 2000, Sciences humaines et soins infirmiers, Ed. Lamarre, 205 pages.

HESBEEN (W), 2000, Prendre soin à l'hôpital, Inter-Editions Masson, 195 pages.

LOUX (F), Traditions et soins d'aujourd'hui, Inter-Editions.

TAYLOR (C.), 1991, Diagnostics infirmiers, 2^{ème} Ed. Decarie Maloine, 1990, 336 pages.

Dictionnaires :

Le petit Larousse, 2000.

Le Larousse Médical, 2001.

Articles de publications périodiques :

«La pudeur, une histoire de la nudité »,1999, Le Nouvel Observateur, Hors-Série n°39, 98 pages.

CASIMIR DUNCAN (Mireille) - février 2004 – n°123, « formation à la pudeur », Objectif soins, p 13-15.

Textes officiels :

Recueil des principaux textes,2003, Profession infirmier, Ed. Berger-Levrault, 87 pages.