

CROCHERIE Julie  
Promotion 2008-2011, groupe N

## Intimité et adolescents hospitalisés



Travail de Fin d'Etudes – Diplôme d'Etat Infirmier

Institut de Formation en Soins Infirmiers de Sainte Marguerite

**« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI Sainte Marguerite il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »**

## Remerciements :

Je tiens à remercier tous les soignants et toutes les personnes qui ont avec beaucoup de gentillesse accepté de répondre à mes questions aussi nombreuses soient-elles ainsi qu'à toutes celles et ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail.

Un grand merci également à toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de cette formation (amis, formateurs, soignants,...), et plus particulièrement à Virginie qui a toujours été présente et qui a réussi à me supporter pendant ces trois ans ce qui constitue en soit un exploit !

Enfin, merci à toutes les personnes de ma promotion qui ont fait de ces 3 années, et ce malgré toutes les difficultés rencontrées, des années pleines de souvenirs, de bonne humeur, et de fou rire.

# SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>Page 1</b>
<b>2. Le contexte de soins.....</b>	<b>Page 2</b>
<b>3. la phase exploratoire.....</b>	<b>Page 4</b>
<b>4. La phase conceptuelle.....</b>	<b>Page 8</b>
<b>4.1. Au niveau législatif.....</b>	<b>Page 8</b>
<b>4.1.1. Les droits des enfants.....</b>	<b>Page 8</b>
<b>4.1.2. Législation et intimité.....</b>	<b>Page 9</b>
<b>4.2.2.1. Le respect de l'intimité.....</b>	<b>Page 9</b>
<b>4.2.2.2 Le secret professionnel.....</b>	<b>Page 9</b>
<b>4.2. D'un point de vue des sciences humaines et sociales.....</b>	<b>Page 10</b>
<b>4.2.1. L'adolescence.....</b>	<b>Page 10</b>
<b>4.2.2. L'intimité.....</b>	<b>Page 12</b>
<b>4.2.2.1. Définition.....</b>	<b>Page 12</b>
<b>4.2.2.2. Les différentes intimités.....</b>	<b>Page 12</b>
<b>4.2.2.3. Les fonctions de l'intimité.....</b>	<b>Page 14</b>
<b>4.2.2.4. L'intimité, les soignants et les soignés.....</b>	<b>Page 14</b>
<b>4.2.3. La relation soignant-soigné.....</b>	<b>Page 15</b>
<b>4.2.3.1. Définition.....</b>	<b>Page 15</b>
<b>4.2.3.2. Les différentes distances chez l'Homme.....</b>	<b>Page 16</b>
<b>4.2.3.2. La confiance.....</b>	<b>Page 17</b>
<b>5. L'Hypothèse.....</b>	<b>Page 19</b>
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>Page 20</b>
<b>7. Annexes</b>	
<b>7.1. Annexe I : Témoignage d'Olivia.....</b>	<b>Page 21</b>
<b>7.2. Annexe II : Grille d'entretien réalisée pour ma pré-enquête.....</b>	<b>Page 23</b>
<b>7.3. Annexe III : La charte du patient hospitalisé.....</b>	<b>Page 24</b>
<b>7.4. Annexe IV : La charte de l'enfant hospitalisé.....</b>	<b>Page 25</b>
<b>7.5. Annexe V : Le serment d'Hippocrate.....</b>	<b>Page 26</b>
<b>8. bibliographie</b>	

## **1. Introduction**

Les jeunes de 10 à 18 ans environ, traversent une période à la fois dynamique et fragile appelée adolescence. Chez un adolescent, la maladie vient contrarier les exigences de son développement et met parfois durement à l'épreuve son estime de lui, sa démarche d'émancipation et sa capacité à prendre soin de lui. En effet, avec la puberté, vont débiter d'importantes modifications physiques, intellectuelles et psychiques qui feront de l'enfant un adolescent puis un adulte. Tous ces changements poussent l'adolescent à se poser des questions et à tenter ses propres expériences. Il participera de plus en plus aux choix qui le concerne, développera ses compétences et apprendra à s'occuper lui-même de sa santé.

En France, selon l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), les adolescents représentent 13% de la population. Il faut savoir que 10 % des adolescents de 12 à 19 ans sont hospitalisés une fois dans l'année et 10 % à 15 % des urgences pédiatriques correspondent à cette tranche d'âge. Les principaux motifs d'hospitalisation des adolescents sont les accidents, les plaintes somatiques, les tentatives de suicide et les maladies chroniques. L'hospitalisation de ces adolescents est particulière, en effet, ils peuvent être hospitalisés soit dans un service de pédiatrie (actuellement, et en France, 70% de ces services admettent les adolescents jusqu'à 18 ans), soit dans un service de médecine adulte ou encore dans un service de psychiatrie si l'état psychopathologique de l'adolescent le requiert (sachant que l'âge limite en pédopsychiatrie est de 16 ans).

Cependant, il faut savoir que toute hospitalisation d'adolescent nécessite un environnement thérapeutique adapté qui respecte son intimité, sa scolarité, ses loisirs, etc. où il aura la possibilité de rencontrer et d'échanger avec d'autres personnes de son âge et aura affaire à un personnel habitué à la prise en charge d'adolescents.

Pendant les 3 années passées à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, nous avons effectués de nombreux stages dans des services divers et variés. Dans le cadre de notre Travail de Fin d'Etudes, il nous fallait repérer des situations de soins, de vie qui nous auraient interpellées, et en choisir une sur laquelle on avait envie de passer du temps, d'approfondir le sujet,... Après diverses recherches, j'ai choisi de travailler sur l'intimité des adolescents à l'hôpital et la place que pouvait avoir cette dernière dans la relation soignant soigné.

Nous verrons dans un premier temps les deux situations de soins qui m'ont donné envie d'approfondir ce sujet, puis nous nous intéresserons dans ma phase exploratoire à l'avis des soignants et enfin nous étudierons l'approche théorique dans ma phase conceptuelle ce qui nous amènera à mon hypothèse de recherche.

## 2. Le contexte de soins

Avant de décrire ma situation de soins, il me semble nécessaire d'expliquer comment elle m'est venue à l'esprit. Il faut savoir que je n'ai pas de suite trouvé LE sujet que je voulais approfondir. En effet, à la fin de ma 2<sup>ème</sup> année à l'institut de formation en soins infirmiers, j'ai envisagé de travailler sur la gélothérapie (thérapie par le rire) auprès des enfants, puis, sur la présence des parents lors des soins invasifs réalisés sur leurs enfants. Pour l'un comme pour l'autre, je me suis retrouvée bloquée. Effectivement, au lieu de partir d'une situation de soins ou de vie précise et d'en développer les thèmes principaux, je suis partie de thèmes qui m'intéressaient pour aboutir à une situation de soins qui correspondrait. Or, ce système ne pouvait pas fonctionner, car voulant trop orienter mon mémoire, je me retrouvais à chaque fois en difficulté lors de mes recherches.

Dans le cadre d'un travail de groupe de pédiatrie réalisé en début de 3<sup>ème</sup> année, je suis tombée sur le site [www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org) et plus particulièrement sur le témoignage d'Olivia, 7 ans, qui dictait à sa mère une liste de commandements à respecter à l'hôpital<sup>1</sup>. D'après elle, si ces derniers avaient été respectés, ils lui auraient permis de mieux vivre son hospitalisation.

L'un de ces « commandements » m'a renvoyé à ma propre expérience en tant que patiente et en tant que soignante. Dans celui-ci, Olivia demandait aux soignants d'attendre sa permission avant de rentrer dans sa chambre, de la toucher, d'effectuer des soins,... car elle pouvait se sentir gênée et il pouvait y avoir des moments où elle n'en n'avait pas envie. A la suite de cette lecture, deux situations me sont revenues en mémoire :

Ma première situation s'est déroulée lors d'une hospitalisation personnelle pour une double fracture, à l'âge de 12 ans, due à une chute de toboggan dans une piscine. Accompagnée aux urgences par les pompiers, et après une longue attente, j'ai été transférée dans une salle d'examen où un médecin était présent. Ce médecin était un homme, et devait pour m'examiner et ainsi poser un diagnostic, me déshabiller, ce qu'il a fait sans me demander. Je me souviens avoir ressenti une grande gêne face à cet homme que je ne connaissais pas et qui me déshabillait, me touchait,...

Ma deuxième situation s'est déroulée lors d'un stage effectué, lors de ma deuxième année d'études, en chirurgie digestive dans un hôpital privé à but non lucratif de Marseille. Je prenais en charge Alexis, 16 ans, opéré la veille d'une appendicectomie réalisée sous anesthésie générale. C'était la première fois que je m'occupais de lui et j'avais débuté mon stage dans ce service que depuis quelques jours. A la suite de son anesthésie, il me fallait savoir s'il avait eu un retour de son transit intestinal. En effet je devais m'assurer que son système digestif permettait une reprise alimentaire. Je lui avais donc demandé s'il avait eu ou non un retour des gaz. C'est à ce moment là qu'il se mit à rougir, il était mal à l'aise et me répondit un oui à peine perceptible. Face à sa gêne, je m'étais moi aussi sentie mal à l'aise parce que le but de cette interrogation n'était pas de le mettre dans l'embarras, je n'avais même pas envisagé qu'il puisse être gêné par la nature de ma question et je ne savais pas quoi faire pour dissiper le malaise qui venait d'apparaître.

Ces deux situations m'ont interpellée, je me suis alors posée plusieurs questions dont celles-ci :

---

<sup>1</sup> Cf. témoignage en annexe I

- Ma gêne aurait-elle été aussi grande si le médecin qui s'était occupé de moi avait été une femme ? Même question pour Alexis, aurait-il été aussi gêné si c'était un homme qui lui avait posé la question ? Autrement dit, est-ce que la gêne est exacerbée si le soignant et le soigné sont de sexe opposés ?
- Qu'est-ce qui fait qu'Alexis ait été gêné par ma question indispensable à sa prise en charge ?
- Sa gêne aurait-elle été amoindrie si ce n'était pas la première fois qu'il me voyait ? si nous n'étions pas si proches en âge ? s'il me connaissait et s'il avait confiance en moi ?
- Aurais-je posé différemment ma question à Alexis si j'avais anticipé le fait qu'elle puisse être gênante pour lui ?
- Les soignants sont-ils moins embarrassés et/ou gênés à l'idée d'entrer dans la sphère intime de personnes plus jeunes qu'eux ?
- L'intimité peut-elle être préservée lors d'hospitalisations ?
- La place qu'accorde le soignant à l'intimité du patient (adolescent) influence t'elle le vécu/ressenti de son hospitalisation ?
- Que peut-on mettre en place pour éviter la survenue de gêne lors de soins intimes ?
- Existe-t-il une prise en charge particulière des adolescents lorsque ces derniers sont hospitalisés ?

Dans la suite de mon mémoire, je souhaite approfondir la notion d'intimité car, selon moi, celle-ci est au cœur de tous les soins à l'hôpital. En effet, quelques soient les services dans lesquels nous avons travaillés, nous travaillons ou nous travaillerons, nous avons tous, de part la nature même de notre métier, accès à un moment ou à un autre à l'intimité de nos patients et c'est donc à nous, soignants de tout mettre en œuvre pour la respecter et la protéger. De plus, je pense que le respect ou non de cette intimité a un impact sur la relation que l'on peut mettre en place avec les patients que l'on prend en charge.

Les deux situations rapportées plus haut parlent d'adolescents, et j'ai choisi de conserver cette population pour la suite de mon mémoire. En effet, je trouve intéressant de travailler sur une population adolescente car je pense que celle-ci, de part tous les changements qu'elle subit au cours de l'adolescence, est particulièrement concernée par l'impact que peut avoir le respect de son intimité dans la relation qu'elle entretient avec les soignants.

Suite à cette réflexion, je me suis alors demandé : En quoi le respect de la sphère intime de l'adolescent lors des premiers contacts avec le personnel soignant a un impact sur la mise en place de la relation soignant-soigné ?

Avant de continuer, il me semble important pour la compréhension de mon mémoire de préciser ce que j'entends par soins intimes. Pour moi, les soins intimes sont tous les soins qui concernent aussi bien l'intimité physique que l'intimité psychique.

### **3. La phase exploratoire**

Au regard de ma question de départ provisoire, il me fallait aller sur le terrain, dans un premier temps pour confirmer ou infirmer le fait que les adolescents représentent (dans un service de pédiatrie) la population qui ressent le plus de gêne lors de soins touchant à leur sphère intime. Et, dans un second temps, pour savoir comment les soignants définissent l'intimité. Pour mener à bien mon enquête exploratoire, j'avais rédigé une grille d'entretien comprenant quatre questions<sup>2</sup> reprenant les points essentiels que je voulais développer par la suite.

Avant mes entretiens, j'avais dans l'idée que l'adolescence était une période de transition et de vulnérabilité. C'est le passage de l'enfance, où l'individu est dépendant (de ses parents, de sa famille), à la vie adulte, où l'individu prend de la distance avec son groupe familial pour tendre vers l'autonomie. C'est également le passage d'un corps d'enfant à celui d'un adulte, en effet, pendant cette période, la taille augmente, les caractères sexuels secondaires apparaissent,... C'est parce que les adolescents vivent de grands changements tant au niveau corporel qu'au niveau psychique que j'ai trouvé intéressant de travailler avec cette population. De plus, dans un service de pédiatrie, ils me paraissaient être les plus concernés par mon sujet. Ce temps de l'adolescence débute en général vers 10-11 ans et s'achève vers 18-19 ans.

Avec ma première question, je cherchais à savoir qu'elle était pour les soignants interrogés la population qui, dans un service de pédiatrie, était la plus à même de ressentir de la gêne lors de soins intimes. A cette question, tous les soignants interrogés m'ont répondu que les adolescents représentaient, dans un service de pédiatrie, la population la plus « touchée » par le sentiment de gêne lors de soins intimes. Ils m'ont situé l'adolescence entre 10-11 ans et 15-18 ans.

Cependant, grâce à cette question, une infirmière m'a apporté une nouvelle piste de réflexion, en me disant que pour elle, la gêne ressentie lors de soins intimes « *est aussi une question de personne dans sa globalité et de contexte* », et une autre a ajouté que « *cette gêne dépend beaucoup de l'éducation et de la manière dont on appréhende son corps et sa vie* ». Ce qui rejoint ce que dit Marie-Christine Parneix, directrice de l'institut de formation des cadres de santé du CHU de Limoges : « *Le respect de l'être humain ne saurait s'accommoder de comportements faisant abstraction de tout ce qui fait son être, son originalité et sa valeur, tout ce qui fait son intimité. Tenir compte de l'intimité du malade, c'est se donner les moyens de soigner dans les meilleures conditions possibles. C'est considérer l'individu au-delà de sa maladie et non seulement la maladie d'un individu.* »<sup>3</sup>

Les réponses obtenues à cette question me montrent que certes, comme je le pensais, l'âge a un impact important sur l'intensité de la gêne ressentie lors de soins autour de l'intimité mais que ce n'est pas le seul. A âge égal, le milieu social, le vécu,... en résumé, tous les éléments qui font la personnalité d'un patient rentrent en ligne de compte. Ce n'est pas parce que le patient est adolescent qu'il va forcément être gêné. Dans un service de pédiatrie, les adolescents sont effectivement les plus sensibles à tout ce qui touche à leur intimité mais le degré de gêne est individu dépendant, il varie d'un individu à l'autre selon son histoire, sa personnalité,...

---

<sup>2</sup> Cf. annexe II

<sup>3</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

Dans les questions suivantes, je cherchais à savoir comment les soignants définissaient l'intimité, ainsi que tout ce que leur évoquait cette notion.

Les soignants interrogés ont utilisé trois termes pour définir l'intimité : « *la pudeur* », « *le secret personnel* », et « *le secret professionnel* ». Je me suis donc rendue compte qu'il existait plusieurs « formes » d'intimité en effet, à l'aide des explications qu'ils m'ont données de ces termes et à la suite de lectures, on peut décliner deux grandes « formes » d'intimité : l'intimité corporelle et l'intimité psychique.

Pour les soignants, l'intimité physique ou corporelle et la pudeur sont étroitement liées. Néanmoins, l'un des soignants m'a bien différencié ces deux notions, pour lui, l'intimité corporelle « *ce sont les parties du corps que l'on ne souhaite pas montrer* » alors que la pudeur « *c'est plus un sentiment de gêne face à sa propre nudité ou quand on dévoile quelque chose qu'on ne voulait pas montrer comme une cicatrice par exemple* ». La pudeur serait donc le sentiment de gêne qui permettrait de « protéger » son intimité corporelle de toute intrusion externe.

Lors de mes entretiens, les soignants interrogés m'ont dit qu'en service, on a une « atteinte » à l'intimité corporelle lors de soins tels que : une toilette, un sondage, un lavement, ... « *Soigner c'est aussi avoir une relation au corps du malade par le toucher, le contact physique. Lorsqu'un infirmier fait la toilette d'un malade qui ne peut la faire seul, il peut se poser à celui-ci deux problèmes : celui de la dépendance physique et celui de voir son corps lavé, manipulé par d'autres mains que les siennes. [...] cela veut dire une autre appréhension du corps, cela veut dire des gestes différents de ceux dont on a l'habitude. La main du soignant ne connaît pas le corps du malade comme il le connaît lui-même. Cette dimension intime du toucher, de la douceur ou de la fermeté d'un geste est alors laissée au soignant* ».<sup>4</sup> L'adolescence est la période pendant laquelle un individu devient de plus en plus autonome, indépendant, or, la maladie arrive et le fauche en plein élan, il redevient alors pour une période plus ou moins longue dépendant de quelqu'un. En plus de devoir accepter de « redevenir » dépendant, l'adolescent doit subir une préhension de son corps différente de celle dont il a l'habitude. Imaginons un adolescent qui à l'habitude de faire sa toilette très rapidement en se frottant vigoureusement et qui ce jour là se fait laver par un soignant qui prend son temps, le manipule avec beaucoup de douceur, non seulement il ne peut se laver seul mais en plus sa toilette est très différente de ce qu'il a l'habitude de faire chez lui.

Ensuite, une infirmière m'a défini l'intimité psychique comme quelque chose « *que l'on considère comme personnel, que l'on garde à l'intérieur de soi* ». C'est cette intimité que certains soignants ont désignée par les termes de « *secret personnel* » et « *secret professionnel* ». Ils m'ont expliqué que ce qu'ils nommaient « *secret personnel* » c'était les « *confidences* » que l'adolescent leur faisaient à eux et rien qu'à eux « *par exemple leur relation avec un(e) petit(e) ami(e)* » et qui rentrait donc dans le « *secret professionnel* » car le soignant ne devait pas divulguer cette information sans l'accord au préalable de l'adolescent à l'ensemble de l'équipe, à la famille, ... Le « *secret personnel* » c'est donc lorsque le patient décide de partager avec autrui ou accepte de dévoiler à autrui une partie de son intimité psychique ou affective. En fait, le secret personnel serait donc l'information du point de vue du patient et le secret professionnel serait cette même information mais du point de vue du soignant.

---

<sup>4</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

Lors de mes stages et lors d'entretiens informels avec des soignants je me suis rendue compte qu'on avait également une atteinte de l'intimité psychique lorsque nous, soignants, posons des questions qui nous permettent d'obtenir des informations sur :

- L'état de la fonction d'élimination du patient (comme par exemple : combien de fois par jour le patient va à la selle ?, est-il continent ?)
- Le poids de ce dernier : « *C'est très souvent un sujet tabou, lié à l'image du corps et à l'éloge de la minceur qui est la notre dans la société contemporaine.* ».<sup>5</sup> Le poids est régulièrement un sujet sensible lors de l'adolescence, particulièrement chez les jeunes filles, or, c'est un paramètre important de l'état clinique du malade que l'infirmier(e) se doit de surveiller pendant toute son hospitalisation. En effet, celui-ci permet d'adapter des traitements, de voir s'il y a ou non une rétention urinaire, un état de dénutrition, de déshydratation ou autre. C'est donc à nous de faire en sorte que le patient nous donne le bon poids.
- Son régime alimentaire et sa consommation de tabac, de drogue et d'alcool : « *demander à un malade ce qu'il boit, ce qu'il mange, c'est entrer dans son mode de vie, dans son milieu socioculturel sinon pourquoi les malades seraient-ils aussi retissant à confier ce qu'ils boivent* ».<sup>6</sup> Là aussi, il est important pour un(e) infirmier(e) de savoir si le patient boit ou non de l'alcool, s'il fume (et qu'est ce qu'il fume) afin par exemple de prévenir un éventuel effet de manque au cours de son hospitalisation. Une réponse franche à cette question est encore plus difficile à obtenir de la part d'un mineur que de celle d'un adulte. En effet, si celui-ci n'a pas dit à ses parents qu'il boit régulièrement de l'alcool ou qu'il fume du cannabis, pour quelles raisons se confirait-il à nous ? Il nous faut également savoir ce que mange le patient (a-t-il un régime particulier ? des aversions ?...) afin de prévenir par exemple une dénutrition, une allergie ou nous permettre de faire le point avec un patient diabétique sur ses connaissances à propos de sa pathologie.

Les deux autres questions de ma grille d'entretien laissaient aux soignants la possibilité de me raconter des situations de soins autour de l'intimité qu'ils avaient vécues ce qui m'a permis d'obtenir de nouvelles pistes de réflexion.

Un soignant m'a fait part d'une situation : il réalisait une toilette au lit à un adolescent de 14 ans porteur d'une sonde vésicale qui est devenu « *mutique* » au moment où il passait à la toilette intime. Dans cet exemple la pudeur du patient s'exprime par son mutisme, ce dernier ressent une gêne, est mal à l'aise et ne parvient pas à « *s'écarter de cette gêne* », à penser à autre chose, ... Face à cette situation, la personne interrogée m'a dit qu'il revenait alors au soignant « *d'instaurer un climat de confiance* », et de mettre en place un maximum de choses afin que le patient puisse « *se détendre, ne pas se sentir observé malgré la nature du soin* ». Ici le soignant a expliqué au patient qu'il « *regardait sans voir* ». La notion de confiance a été évoquée pour la première fois lors de cet entretien, elle me semble intéressante. En effet, le patient se sentira-t-il observé, jugé, etc. si le soignant qui réalise le soin, qui est gênant pour lui, est une personne en qui il a pleinement confiance ?

Cette notion de confiance est revenue lors d'un autre entretien lorsqu'une infirmière m'a dit que « *chaque enfant est unique et a sa propre histoire, il est important de s'intéresser à cet individu au-delà de sa pathologie afin de mettre en place une relation de confiance nécessaire et indispensable pour le bon déroulement des soins notamment* »

<sup>5</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

<sup>6</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

*ceux pouvant toucher l'intimité de ces jeunes patients* ». Ce qui rejoint la situation que m'a racontée une autre soignante. Quand elle était infirmière en oncologie pédiatrique, elle avait dans son service une adolescente de 15 ans, que l'on appellera Léa. Cette patiente était atteinte d'une leucémie, et le personnel soignant devait lui faire le pansement de sa chambre à cathéter implantable, laquelle était située à droite juste au dessus de sa poitrine. Ce soin était très gênant pour l'adolescente. En effet, elle ne voulait pas qu'on voit sa poitrine. Pour elle, cette partie de son corps n'était réservée qu'à elle et son copain, néanmoins elle avait compris que ce soin était nécessaire. Pour le réaliser dans de bonnes conditions, Léa et les soignants s'étaient mis d'accord sur le fait que pendant qu'elle enlevait son T-shirt et son soutien-gorge, le soignant qui allait faire la réfection de pansement devait tenir le champ stérile de façon à ce qu'il ne la voit pas se changer, puis, une fois prête, elle lui signalait et donnait ses indications pour placer le champ afin que le soignant ait juste la place nécessaire pour faire son soin avec le minimum de poitrine découverte. Un jour, alors qu'elle était en train de s'installer, le soignant qui tenait le champ a voulu lui faire une « blague » et a baissé et remonté le champ en une fraction de seconde sans regarder, ce qui n'a pas fait rire du tout la patiente au contraire, cette dernière s'est énervée et n'a plus voulu que ce soignant lui refasse le soin. L'infirmière qui m'a raconté cette situation m'a dit qu'il avait fallu du temps pour que Léa soit de nouveau détendue pendant ce soin même avec d'autres soignants, sa confiance a été difficile à retrouver même si le soignant à l'origine de cette « blague » s'est excusé auprès d'elle, et a reconnu que c'était de mauvais goût.

*« S'il existe un échange, un dialogue, une relation interpersonnelle entre l'infirmier(e) et le malade, le soignant va percevoir des éléments sur l'intimité de ce dernier, celui-ci, dans la mesure où un climat de confiance s'est établi peut aussi dire des choses le concernant. »*<sup>7</sup>. Reprenons l'exemple de Léa, cette dernière était gênée par sa chambre à cathéter implantable de par sa localisation nous l'avons vu plus haut mais aussi par le regard que posait son copain dessus, pour elle, à cause de ce cathéter, son copain « *la considérait seulement comme une personne malade* » et plus comme Léa « *une jeune fille de 15 ans comme les autres* », du coup « *il n'osait plus la toucher, la contrarier,...* », et tout cela la faisait « *souffrir* ». Cette confiance, elle ne l'a pas faite au début de son hospitalisation (bien que la gêne soit survenue dès les premières visites de son copain), mais une fois qu'elle connaissait le personnel soignant et elle ne l'a faite qu'à une seule personne. Aurait-elle fait cette confiance si elle n'avait pas eu confiance dans la soignante présente ce jour là ?

Grâce à tous ces entretiens et à mes observations, je me suis rendue compte que l'intimité corporelle et l'intimité psychique étaient indissociables l'une de l'autre, qu'instaurer un climat de confiance avec un adolescent était un travail de tous les jours (long à mettre en place mais fragile), et que cette confiance entre soignants et soignés permettrait d'améliorer le vécu du patient lors de soins intimes. Ma question de départ définitive devient alors : En quoi le respect de l'intimité corporelle et psychique d'un adolescent par le personnel soignant permet-il la mise en place d'une relation soignant-soigné de confiance ?

---

<sup>7</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

#### 4. La phase conceptuelle

Dans cette partie, au vu de ma question de départ définitive, j'ai choisi d'étudier les concepts d'adolescents, d'intimité et de relation soignant-soigné de confiance sous deux champs conceptuels.

Nous développerons dans un premier temps les concepts d'intimité et d'adolescent d'un point de vue législatif, la législation étant à mon sens essentielle, en effet, comment prendre correctement en charge nos patients si nous ne connaissons pas leurs droits, les nôtres, et les devoirs que nous avons les uns envers les autres ?

Puis, comme je souhaite approfondir le concept de relation soignant(s)-soigné(s) et de confiance, les sciences humaines et sociales me paraissent être les plus appropriées puisque ces dernières étudient les comportements humains et les relations que l'on entretient les uns avec les autres. Nous verrons donc dans un deuxième temps les concepts d'adolescent, d'intimité, de relation soignant-soigné et de confiance d'un point de vue des sciences humaines et sociales.

##### 4.1. Au niveau législatif

###### 4.1.1. Les droits de l'enfant

La première déclaration des droits de l'enfant appelée Déclaration de Genève a été rédigée et adoptée par la société des Nations le 26 septembre 1924. Cette déclaration n'est composée que d'un préambule et de 5 articles mais a jeté les bases de ce qui deviendra 65 ans après la Convention des droits de l'enfant.

La convention internationale relative aux droits de l'enfant (adoptée à l'unanimité le 20 novembre 1989 par l'Organisation des Nations Unies) comporte un préambule et 54 articles. Parmi tous ces articles, quatre me paraissent essentiels lorsque l'on prend en charge un adolescent :

- L'article 1 qui définit l'enfant comme « *tout être humain jusqu'à l'âge de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable* »<sup>8</sup>
- L'article 12 qui nous parle de l'opinion de l'enfant, « *les Etats garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant.* »<sup>9</sup>
- L'article 16 qui nous parle de la protection de l'intimité, « *nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.* »<sup>10</sup>
- Et enfin l'article 24 qui nous parle de la santé de l'enfant, « *les Etats [...] reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation.* »<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> [www.droitsenfant.com](http://www.droitsenfant.com)

<sup>9</sup> [www.droitsenfant.com](http://www.droitsenfant.com)

<sup>10</sup> [www.droitsenfant.com](http://www.droitsenfant.com)

<sup>11</sup> [www.droitsenfant.com](http://www.droitsenfant.com)

## **4.1.2. Législation et intimité**

### **4.1.2.1. Le respect de l'intimité**

Le droit au respect de l'intimité à l'hôpital est reconnu par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Celle-ci, consolidée le 15 avril 2011, stipule dans l'article L 110-4 que « *toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant* »<sup>12</sup>. L'article R4312 -2 du code de la santé publique reprend cette notion en disant que « *l'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille* »<sup>13</sup>.

Ce droit est également inscrit dans la charte de la personne hospitalisée<sup>14</sup> : le chapitre 8 intitulé « *la personne hospitalisée est traitée avec égards* » stipule que « *le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier* »<sup>15</sup>. Et est repris dans la charte de l'enfant hospitalisé<sup>16</sup> en effet, le chapitre 10 nous informe que « *l'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.* »

Enfin, le respect de l'intimité est un critère lors de la démarche d'accréditation. Le manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, édition 2009 de la haute autorité de santé (HAS) stipule dans la référence n°10 « *la bientraitance et les droits* », du chapitre 2 « *prise en charge du patient* » que, « *les soins y compris les soins d'hygiène sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.* »<sup>17</sup>

### **4.1.2.2. Le secret professionnel**

Le serment d'Hippocrate<sup>18</sup> montre bien le rapport entre l'intimité psychique et le secret professionnel : « *admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés* »<sup>19</sup>, et l'article R 4312 - 4 du code de la santé publique fait le lien entre le secret professionnel et le métier d'infirmier : « *le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris* ».<sup>20</sup>

---

<sup>12</sup> [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>13</sup> [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>14</sup> Cf. annexe III

<sup>15</sup> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

<sup>16</sup> Cf. annexe IV

<sup>17</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

<sup>18</sup> Cf. annexe V

<sup>19</sup> [www.aly-abbara.com](http://www.aly-abbara.com)

<sup>20</sup> [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Le secret professionnel est également un critère entrant dans la démarche d'accréditation, en effet, la référence n°10 du chapitre 2 nous signale que « *l'organisation et les pratiques de l'établissement [doivent permettre] le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.* »<sup>21</sup>

Pour les mineurs, le respect du secret professionnel est « compliqué » en effet il est de notre devoir de soignants d'informer en plus du patient, les représentants légaux de l'autorité de l'état de santé de leur enfant comme le stipule l'article L 1111-2 du code de la santé publique : « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] les droits des mineurs [sont exercés] par les titulaires de l'autorité parentale.* » Et, il ajoute que les patients mineurs « *ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée [...] à leur degré de maturité.* ».

Néanmoins, le patient mineur peut s'il le souhaite et selon son degré de maturité refuser que les responsables de l'autorité parentale soient informés de son état de santé. En effet, l'article L 1111-5 du code de la santé publique stipule que « *le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre [...] dans le cas ou [la personne mineure] s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. [...] Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.* » Dans ce cas là, la prise en charge des adolescents est difficile, en effet ces derniers tendent vers l'autonomie, ont de plus en plus de responsabilités, mais sont toujours mineurs et donc sous la responsabilité de leurs parents (ou du responsable légal de l'autorité). Si l'adolescent hospitalisé ne souhaite pas pour une raison X ou Y, informer ses parents de son état de santé, nous sommes, nous soignants, dans une position délicate, comment expliquer aux parents que leur enfant refuse de les mettre au courant de son état sans provoquer des disputes, des incompréhensions, des rejets ou autre ? Si l'adolescent ne souhaite pas informer ses parents, on peut supposer qu'il a une bonne raison. Or nous, soignants, ne sommes pas là pour rentrer ou créer d'éventuels conflits mais plutôt pour aider à les résoudre.

## **4.2. Au niveau des Sciences humaines et sociales**

### **4.2.1. L'adolescence**

D'après le dictionnaire du Larousse, l'adolescence est « *une période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, période pendant laquelle se produit la puberté* », c'est donc une étape nécessaire au développement de chaque individu. Il définit ensuite la puberté comme une « *période de transition entre l'enfance et l'adolescence caractérisée par le développement des caractères sexuels et une accélération de la croissance staturale, conduisant à l'acquisition des fonctions de reproduction* »<sup>22</sup>. Enfin, le dictionnaire Reverso, lui, définit l'adolescent comme un individu « *qui n'est pas complètement formé* ».

Nathalie Levisalles, dans son ouvrage l'ado (et le bonobo), dit de la puberté qu'elle « *est un sculpteur qui remodèle un corps d'enfant pour en faire un corps d'adulte* »<sup>23</sup>. Elle ajoute que « *Pour le spectateur qui a oublié son propre désarroi pubertaire, [la puberté pour l'adolescent] est une source inépuisable de perplexité. Pour le propriétaire du corps,*

---

<sup>21</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

<sup>22</sup> [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr)

<sup>23</sup> L'ado (et le bonobo), essai sur un âge impossible de N. Levisalles, p.55

*c'est gênant, étrange parfois angoissant*».<sup>24</sup> On voit ici que ce corps qui change est inconnu, c'est une nouveauté que l'adolescent doit découvrir, apprivoiser, et s'approprier. L'adolescent doit reconnaître cette nouvelle image qu'il voit dans le miroir comme étant la sienne. La difficulté pour lui/elle d'accepter son nouveau corps est exacerbée par le fait que toutes les parties de son corps ne grandissent pas à la même vitesse, les bras et les jambes « poussent » plus vite que le tronc, ce qui peut donner l'impression d'être disproportionné.

Françoise Dolto, psychanalyste française, utilise une métaphore définissant très bien la mutation de l'adolescence : *« les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps-là, ils sont très en danger. Pour les adolescents, c'est un peu la même chose. Et fabriquer une nouvelle carapace coûte tant de larmes et de sueurs que c'est un peu comme si on la "suintait" »*<sup>25</sup>. Elle nous rappelle ici que les modifications physiologiques propres à cette période de la vie engendrent des répercussions psychologiques. L'adolescent est en quête de son identité, de sa personnalité, il cherche à devenir un individu à part entière, unique, original. Il va pour cela tester son nouveau corps, ses limites, celles des autres,... Toutes ces modifications intervenant au même moment, on comprend aisément pourquoi l'adolescence est une période de grande vulnérabilité.

Patrick Alvin, pédiatre dans un service de médecine pour adolescent, souligne que les adolescents sont confrontés au paradoxe suivant : ils ont encore besoin des adultes (représentés par les soignants et leurs parents lors d'hospitalisation) mais la présence de ces derniers risque en même temps d'être ressentie comme une menace à leur autonomie. Pour lui, les adolescents *« posent, et de façon incontournable, la question de l'intimité, de la confidentialité et de la place accordée aux parents »*.<sup>26</sup> En effet, d'après lui les soignants se sentent parfois mal préparés pour discuter de certains sujets qu'ils jugent *« sensibles »* à cet âge (comme par exemple la sexualité, l'usage de drogue, la violence, les idées suicidaires,...), ils peuvent également être gênés lorsqu'ils doivent faire à un adolescent *« un examen physique complet, sphère génitale comprise »*. Enfin, les soignants peuvent se sentir *« mal à l'aise avec le maniement du secret professionnel entre l'adolescent d'un côté et les parents de l'autre »*.

L'enquête téléphonique IPSOS 2006 (fondation Wyeth)<sup>27</sup> qui avait entre autre pour intérêt d'évaluer le ressenti des médecins face à l'adolescent lors d'une consultation renforce ce que nous dit Patrick Alvin. Cette enquête a révélé que les conditions de succès de la consultation sont fondées sur le respect de l'intimité, de la confidentialité et de la qualité de la communication engagée. Elle a également révélé la difficulté des médecins à aborder ces adolescents. En effet, l'étude a montré que ces derniers expriment souvent difficilement leurs problèmes (surtout en présence des parents) et les médecins quand à eux, se sentent souvent mal préparés pour aborder certaines thématiques jugées sensibles comme la sexualité, l'usage de drogues, les idées suicidaires, la violence,...

Comme nous venons de le voir, l'adolescence est une période de grande vulnérabilité. Le physique et le psychique des individus changent, évoluent, de plus, la maladie vient perturber le déroulement *« physiologique »* de cette étape essentielle dans la vie de chaque individu. Imaginons un instant un adolescent hospitalisé en chirurgie. Alors même qu'il

---

<sup>24</sup> L'ado (et le bonobo), essai sur un âge impossible de N. Levisalles p.63

<sup>25</sup> Paroles pour adolescent, le complexe du homard de F. Dolto et C. Dolto-Tolitch.

<sup>26</sup> Bulletin d'Education du Patient, Vol. 19 – n°3 - 2000

<sup>27</sup> <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr>

commence à apprivoiser son « nouveau corps », il doit se faire à l'idée d'avoir une cicatrice plus ou moins grande, plus ou moins bien « localisée » en fonction de l'opération subie et surtout plus ou moins bien acceptée selon l'adolescent concerné. De plus, alors que cette période est normalement synonyme de découvertes, de prise de distance par rapport à son groupe familial donc d'autonomie, de rencontres,... ce dernier voit son espace de vie réduite à l'espace d'une chambre et se voit redevenir dépendant pour des actes courants de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se coiffer, se maquiller,...). Pour toutes ces raisons, il me paraît intéressant maintenant de s'attarder sur la notion d'intimité chez ces adolescents hospitalisés et sur l'impact que peut avoir cette dernière sur la mise en place de la relation soignant-soigné.

#### **4.2.2. L'intimité**

*« Objet d'humiliation de la dépendance, de la nudité offerte, ce corps meurtri, technicisé, voire amputé, n'est plus [du point de vue du patient] le lieu de sensations, d'amour, mais il est devenu un lieu d'informations et d'actions. En quelques heures, l'espace de vie est passé de la superficie d'un pays, d'une ville, à quelques mètres carrés. Il a rétréci en taille, en familiarité, en liberté du mouvement [...] Il ne reste plus que l'espace intérieur, lieu de l'imaginaire fertile, effrayant ou... réconfortant. »<sup>28</sup>* Ce petit paragraphe laisse supposer qu'il existe au moins deux formes d'intimités ou « d'espaces » personnels, propres à chacun. On a tout d'abord l'espace extérieur représenté par le corps, que tout le monde peut voir, et auquel tout le monde peut avoir accès d'une manière ou d'une autre. On a ensuite « l'espace intérieur » représenté par le psychique d'un individu auquel seules certaines personnes peuvent accéder et encore qu'en partie.

Intéressons nous dans un premier temps à la définition même de l'intimité, nous verrons ensuite quels sont les différents types d'intimité, puis les fonctions de l'intimité et enfin la place qu'occupe cette dernière dans la relation soignant-soigné.

##### **4.2.2.1. Définition**

Le mot intime vient du latin « intimus » qui désigne ce qu'il y a de plus intérieur. Au sens littéraire du terme, l'intimité est définie par le dictionnaire du Larousse comme le « caractère de ce qui est intime, profond, intérieur ». R. Delplanque nous dit que l'intimité est « une notion complexe, un droit à respecter, une épreuve de tous les jours dans les soins ».

##### **4.2.2.2. Différentes intimités**

Grâce à mes lectures, je me suis rendue compte qu'il existait de nombreuses formes d'intimité, je me suis donc limitée à celles qui revenaient le plus fréquemment : l'intimité corporelle, l'intimité psychique ou affective et pour finir l'intimité de l'espace.

L'intimité corporelle c'est l'intimité du corps, c'est toutes les parties du corps que l'on ne souhaite pas exposer aux yeux et à la vue de tout le monde et auxquelles seuls quelques privilégiés ont accès. Lorsque, pour une raison quelconque, un individu sent son intimité corporelle menacée, il ressent une émotion, un sentiment de gêne (rougit, devient violent, mutique,...) c'est ce sentiment que l'on appelle la pudeur.

---

<sup>28</sup> Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatrique 2006

La pudeur peut se définir comme un « *sentiment de gêne qu'éprouve une personne à se montrer nue* »<sup>29</sup>. Le centre national de ressources textuelles et lexicales définit la pudeur comme la « *disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature sexuelle, ou de montrer, d'observer, de faire état de choses considérées comme étant plus ou moins directement d'ordre sexuel ; attitude de quelqu'un qui manifeste une telle disposition* »<sup>30</sup>. La pudeur est donc un sentiment, une émotion qui permet de protéger l'intimité physique et c'est cette pudeur qui peut entraîner ou entraîne un sentiment de gêne, pour le soignant et/ou le patient, lors de soins portant atteinte à l'intimité physique, comme par exemple une toilette intime.

Michela Marzano résume bien ce que nous venons de dire en différenciant intimité corporelle et pudeur de la façon suivante : l'intimité renvoi « *à l'individu lui-même, [alors que la pudeur suppose] une sensibilité au regard d'autrui et [réagit] à une réprobation extérieure, réelle ou hypothétique* »<sup>31</sup>

L'intimité psychique ou affective est définie par Marie-christine Parneix surveillante au Centre Hospitalier Universitaire de Limoge comme « *ce qui fait la réalité du malade, ce qu'il est en tant qu'individu [...] par rapport à un passé, à sa vie, à ses expériences vécues. C'est aussi tout ce qu'il est dans sa vie sociale, familiale, professionnelle [...] c'est aussi la façon dont il appréhende la mort.* »<sup>32</sup> C'est cette intimité qui fait, par exemple, d'une personne ayant un frère ou une sœur jumelle identique à elle sur le plan physique, une personne unique en fonction de ses expériences et de ce qu'elle aura retenu de ces dernières.

A l'hôpital nous avons accès à cette intimité psychique lors des confidences que les patients nous font mais aussi grâce à nos observations. Toutes les informations recueillies à propos d'un patient doivent être protégées car elles ne concernent que la personne qui nous les a confiées et elles ne peuvent en aucun cas être divulguées sans l'accord au préalable de celle-ci. C'est pour cette raison que toutes les personnes de l'équipe pluridisciplinaire qui ont accès à ces données sont soumises au secret professionnel. En effet, prenons l'exemple d'une jeune fille de 16 ans qui est hospitalisée. Lors du recueil de données, sa mère nous signale qu'elle ne prend pas la pilule or plus tard, la jeune fille nous apprend qu'elle la prend depuis plus d'un an sans que ses parents ne soient au courant. Cette révélation ne nous appartient pas, et nous nous devons, puisque nous l'avons écrite dans son dossier de soins de tout faire pour que ce dernier (au même titre que tous les autres dossiers de soins sous notre responsabilité) ne « tombe » dans les mains d'une personne ne faisant pas partie de l'équipe soignante. L'association nationale française des ergothérapeutes nous rappelle l'importance du respect de ce secret professionnel en effet, celui-ci « *est une obligation à la fois morale et juridique permettant de maintenir la relation de confiance instaurée entre le soignant et le soigné* »<sup>33</sup>

En résumé, tout comme la pudeur protège l'intimité corporelle du patient, le secret professionnel protège l'intimité psychique de ce dernier.

---

<sup>29</sup> Dictionnaire du petit Larousse 2000

<sup>30</sup> Site internet du centre national de ressources textuelles et lexicales ; <http://www.cnrtl.fr>

<sup>31</sup> L'intimité, études rassemblées par Lila Ibrahim-Lamrous et Sévryne Muller

<sup>32</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

<sup>33</sup> <http://www.anfe.fr>

Enfin, voyons maintenant l'intimité de l'espace. C'est la façon dont les patients vont s'approprier leur espace de vie (c'est-à-dire leur chambre) afin de se sentir bien tout au long de leur hospitalisation. La citation de Flor des Dunes, écrivain canadien, fait le lien entre la chambre et l'intimité : « *Une chambre ! Qu'elle soit vêtue de deuil et de misère, ou capitonnée de soie et d'or, n'est ce pas toujours le sanctuaire secret ou se déroule le plus intime des vies ?* ».<sup>34</sup> Cette intimité est difficile à avoir à l'hôpital, en effet les allées et venues des différents membres du personnel se succèdent dans les chambres tout au long d'une journée et même pendant la nuit, plusieurs personnes entrent dans cette chambre alors qu'une seule est nécessaire pour effectuer un soin (par exemple un(e) infirmier(e) accompagné d'un(e) étudiant(e) infirmier pour que ce dernier apprenne son futur métier),...

#### **4.2.2.3. Les fonctions de l'intimité**

Alan Westin, professeur de droits publics, en a identifié trois :

- L'autonomie personnelle : « *l'intimité est l'univers qui permet à l'homme d'exister* »<sup>35</sup>. C'est la zone (chambre d'hôpital par exemple) dans laquelle il intègre son image corporelle, et où il peut ressentir un état de bien-être qui est indispensable à son équilibre.
- La libération émotionnelle : « *L'intimité crée un espace protégé qui permet à l'individu de libérer sans crainte ses tensions internes. Il exprime alors librement ses sentiments, ses émotions que les règles de bienséance de la vie sociale limitent* »<sup>36</sup>. A l'hôpital, le soignant se doit d'aider le patient à exprimer librement ses émotions, sentiments etc. car ce dernier ne s'autorise pas toujours par exemple le droit de pleurer, d'être anxieux,... D'autant plus chez un adolescent, en effet, un garçon qui pleure c'est, pour reprendre leurs termes, « la honte » un garçon c'est censé être fort, ne pas pleurer, etc. surtout pas devant quelqu'un, or pleurer permet d'évacuer des tensions, des émotions parfois trop fortes et que l'individu ne peut plus supporter.
- L'autoévaluation : « *C'est le fait pour l'individu de se retrouver seul face à lui-même pour faire le point sur un événement douloureux, un deuil, une maladie ou encore faire des choix. C'est pour le malade le moment privilégié qui va lui permettre de trouver la quiétude nécessaire à l'analyse, à l'intégration de la réalité qu'il vit et à ses conséquences* »<sup>37</sup> Prenons un jeune homme de 14 ans victime d'un accident de scooter, il vient d'apprendre qu'il va devoir se faire opérer, suivre une rééducation longue, et douloureuse. Le laisser seul un moment lui permettra d'intégrer ces informations, d'imaginer comment va s'organiser sa vie future, de se poser des questions,...

#### **4.2.2.4. L'intimité, les soignants et les soignés**

*« La façon d'envahir l'espace intime, les précautions que le soignant va prendre, le comportement qu'il adopte lors des soins ont une grande incidence sur le confort psychique*

---

<sup>34</sup> Citation d'Et les feuilles tombent de Flore des Dunes récupéré via <http://www.evene.fr/citations>

<sup>35</sup> Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatrique 2006

<sup>36</sup> Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatrique 2006

<sup>37</sup> Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatrique 2006

*du patient* ». <sup>38</sup> Effectivement, pour le patient, ne pas savoir comment va se dérouler un soin, quand va se dérouler le soin, combien de personnes vont rentrer dans sa chambre, quand vont-elles rentrer... peut engendrer entre autre, du stress, de l'angoisse, de la peur. Il appartient donc au soignant d'informer au maximum son patient sur les gestes réalisés, le prévenir de son arrivé etc. afin d'assurer à ce dernier le meilleur confort possible.

« *Mais soigner c'est aussi [...] accepter que le malade puisse vous apercevoir à un moment donné comme gênant, comme dérangent, parce qu'associé à l'image de la maladie, de la dépendance, parce qu'entrant dans l'intimité qu'il va vouloir cacher par l'agressivité, l'ironie, l'humour* ». <sup>39</sup> Pour le soignant il faut savoir repérer ses signes afin de pouvoir en discuter avec le patient et permettre à ce dernier d'évacuer d'éventuelles tensions internes relatives au soin que l'on est en train d'effectuer.

« *La notion d'intimité ayant essentiellement une connotation individuelle, l'infirmier qui n'a pas de relation d'échange avec le malade ne pourra jamais savoir ce qui est l'intimité [de ce dernier et] ne pourra pas la respecter. [En effet,] on ne peut pas respecter ce que l'on ne connaît pas et s'il n'y a pas de relation, il ne peut y avoir de connaissance de l'intimité de l'autre* ». <sup>40</sup> Pour illustrer cette citation sortons du contexte hospitalier et prenons l'exemple de deux jeunes filles du même âge dans le vestiaire d'une piscine. L'une ne va pas ressentir la moindre gêne à l'idée de se changer devant d'autres femmes dans le vestiaire collectif alors que la deuxième va préférer le vestiaire individuel. Ces deux jeunes femmes ont donc une vision différente de leur intimité, l'une a plus de pudeur que l'autre, pourquoi ? Comment savoir quand est-ce qu'un patient considère qu'on rentre dans son espace intime si l'on ne le connaît pas ? Et comment le connaître si l'on n'a aucune relation, aucun échange avec ce dernier ?

### **4.2.3. La relation soignant soigné**

#### **4.2.3.1. Définition**

Une relation est un lien entre des éléments (sujets, objets), qui évolue, à un début et une fin. D'après le dictionnaire du Larousse, un soignant est une personne « *qui soigne, qui procure les soins médicaux nécessaires* », les soins sont des « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un. Actes de thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps et qui visent à entretenir, préserver quelque chose* » et un soigné est une personne « *qui a été l'objet de soins médicaux* ».

Le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers définit la relation soignant-soigné comme suit : « *Lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. [Cette relation] a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie, [et] permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions.* » <sup>41</sup> La relation soignant-soigné n'est pas une

---

<sup>38</sup> Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatrique 2006

<sup>39</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

<sup>40</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

<sup>41</sup> Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, Marguerite Potier, éditions Lamarre 2002, p.281

relation symétrique. Il y a toujours une part de dépendance du soigné (qui peut être très affaibli) par rapport au soignant (qui est supposé avoir les compétences requises pour améliorer la situation du soigné). Il ne s'agit donc pas d'une relation « ordinaire », mais d'une relation professionnelle. C'est pour cela que les soignants doivent être constamment vigilants afin de ne pas réagir comme à « l'ordinaire » mais en professionnel de santé.

Pour Marguerite Potier, infirmière enseignante, cette relation nécessite trois attitudes<sup>42</sup> :

- « *Un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments.* » Par exemple, imaginons une adolescente qui est végétarienne, il nous appartient de faire en sorte que son régime alimentaire, si elle le souhaite, soit respecté tout au long de son hospitalisation sans faire transparaître à aucun moment son point de vue sur ce sujet si l'on n'approuve pas l'application de ce régime alimentaire.
- « *Une objectivité pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu.* » Prenons l'exemple, d'un adolescent qui va se faire opérer et qui nous dit être anxieux. Etant habitué à ce que les patients soient angoissés avant leur chirurgie, nous concluons et nous signalons au chirurgien que cet adolescent est anxieux vis-à-vis de son opération. Or, ce dernier est anxieux parce qu'il va louper le lycée pendant une semaine, que l'on est à un mois du baccalauréat et qu'il ne sait pas comment il va pouvoir rattraper son retard. Dans ce cas là, ayant tiré une conclusion trop rapidement, et n'ayant pas identifié le bon problème, comment peut on mettre en place une action pertinente ?
- *Un minimum de disponibilité* : « *Dans la mesure où il se sent écouté le malade peut parler de lui, se livrer* ». <sup>43</sup> En effet, si le soignant n'est pas ouvert, donne l'impression qu'il n'est pas en capacité d'écouter, d'entendre ce que le patient a à lui dire, ce dernier ne pourra pas se confier à lui. Lors de mon hospitalisation évoquée dans ma situation de soin, je me rappelle avoir ressenti des douleurs et ne pas en avoir parlé à l'infirmière car même si cette dernière me demandait comment je me sentais, j'avais l'impression que ce n'était pas important et qu'elle n'avait pas de temps à me consacrer.

En plus des trois attitudes développées ci-dessus, d'autres entrent en jeu dans la mise en place de la relation soignant-soigné, ce sont les attitudes « physiques » que les soignants et les soignés vont adopter l'un envers l'autre et c'est ce qu'Edward T. Hall nomme : les distances.

#### **4.2.3.2. Les différentes distances chez l'homme**

Edward T. Hall, anthropologue américain, différencie dans son ouvrage « *la dimension cachée* » quatre types de distances chez l'Homme : la « *distance intime* », la « *distance personnelle* », la « *distance sociale* » et la « *distance publique* ». Dans le cadre de mon mémoire, je ne m'attarderai que sur les deux premières :

- La distance intime (du corps à corps à 40 cm) qui est la distance du contact, du secret, « *à cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir*

<sup>42</sup> Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, Marguerite Potier, éditions Lamarre 2002, p.281

<sup>43</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé »

*envahissante par son impact sur le système perceptif*»<sup>44</sup>. Nous utilisons cette distance lorsque nous effectuons des soins tels que : une toilette, un sondage, une pose de cathéter, une prise de sang,...

- La distance personnelle (de 45 cm à 1,25 m) qui est la distance des confidences et des discussions personnelles qui peuvent être entendues par quelqu'un « *hors champ* » seulement s'il fait un effort pour écouter. C'est une « *bulle qu'un organisme [crée] autour de lui pour s'isoler des autres* ». A cette distance il peut encore y avoir contact physique entre les personnes. C'est cette distance que nous adoptons le plus souvent lorsque nous effectuons un entretien, une relation d'aide,...

Quand ces deux distances sont imposées au patient, des mécanismes de défense sont mis en œuvre car elles engendrent du stress, de la gêne et, si elles ne sont pas acceptées, elles sont considérées comme une agression. Il est donc nécessaire pour tout soignant de savoir reconnaître ces différentes distances et demander la permission avant d'investir ces espaces normalement réservés aux seuls proches du patients (parents, enfant, frères et sœurs, conjoint(e),...). Mais, utilisées à bon escient, ces distances permettent au patient de se dévoiler, de confier ses craintes, angoisses à un soignant attentif et prêt à les recevoir et à en faire bon usage. Ce n'est pas une coïncidence si c'est lors de soins tels qu'une toilette ou un pansement que l'on recueille le plus d'informations sur qui est notre patient, sa personnalité, son histoire de vie,...

Cependant, « *pour parler de soi à un IDE, il faut peut être autre chose que la certitude que ce que l'on dit ne sera pas dévoilé. Cette autre chose peut être le fait d'avoir avec elle une relation privilégiée qui a permis d'établir un climat de confiance* ».<sup>45</sup>

#### **4.2.3.3. La confiance**

Le mot confier vient du latin « *confidere* » qui signifie remettre quelque chose de précieux à quelqu'un en se fiant à lui. La confiance renvoie donc à l'idée que l'on se fie à quelqu'un ou à quelque chose. Le dictionnaire du Larousse la définit comme « *le sentiment de sécurité de celui qui se fie à quelqu'un, à quelque chose* »<sup>46</sup>

Walter Hesbeen, dans son ouvrage « *prendre soin à l'hôpital* », nous rappelle l'importance pour un infirmier de tisser des liens de confiance avec le patient et nous dit qu'au départ cette confiance peut ne concerner qu'un seul soignant puis progressivement s'étendre au reste de l'équipe. Pour lui, tisser des liens de confiance nécessite au moins huit éléments<sup>47</sup> :

- « *La chaleur* » : qui permet au soignant d'être perçu comme un être chaleureux, bienveillant auquel on peut confier quelque chose sans crainte d'être jugé.

<sup>44</sup> La dimension cachée d'Edward T.Hall, p.147

<sup>45</sup> Mémoire de Marie-Christine Parneix, « *l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé* »

<sup>46</sup> Dictionnaire du Larousse 2006, p.358

<sup>47</sup> Walter Hesbeen, « *prendre soin à l'hôpital* », page 99

- « *L'écoute* » : communiquer c'est aussi savoir se taire pour entendre ce que l'autre a à nous dire. Pour être efficace cette écoute nécessite de la part du soignant une capacité de concentration pour cela il faut que ce dernier soit disponible.
- « *La disponibilité* » : qui permet de montrer au patient que l'on est présent pour lui et que l'on est en capacité de recevoir de lui des confidences. En effet, nous ne pouvons « exiger » d'un patient qu'il se confie à nous lorsque sa porte est ouverte et que nous sommes dans le couloir en train de vérifier ses médicaments.
- « *La simplicité* » : si nous voulons établir une relation de confiance, nous devons nous mettre au même niveau que la personne soignée. Au cours de différents stages que j'ai effectué, j'ai pu me rendre compte de l'impact que pouvait avoir le langage inaccessible, de certains professionnels, sur les patients. Quand, après des explications très pointilleuses sur la pathologie du patient le médecin lui demande s'il a compris, le patient, en général, répond oui. Plus tard dans la journée quand une infirmière, aide-soignante, ou une autre personne lui redemande s'il a bien tout compris, le patient répond non mais, qu'il n'a pas osé le dire au médecin car il avait peur de passer pour quelqu'un de stupide. Le langage que certains médecins utilisent est trop pointilleux et inaccessible pour certains patients ce qui ne favorise pas l'établissement d'un lien de confiance.
- « *L'humilité : celle qui témoigne d'un professionnel conscient de ses limites, qui a l'ambition d'apporter de l'aide sans avoir la prétention de tout maîtriser et de tout savoir [...] et qui ne veut pas exercer sur le patient [...] une forme de suprématie liée à son statut professionnel* » ce qui permet d'entretenir une relation de confiance et non pas une relation d'autorité ou l'un détiendrait le savoir et l'autre obéirait.
- « *l'authenticité* » : comment avoir confiance en quelqu'un si l'on découvre qu'il n'est pas vrai, authentique avec nous, qu'il paraît nous comprendre, nous respecter etc. et qui dès qu'on a le dos tourné se moque de nous, répète nos confidences ?
- « *L'humour : celui qui permet de ne pas alourdir une situation [...] témoignant d'un soignant capable de recul, relativisant les choses en identifiant [...] les aspects positifs, insolites ou intéressants pour le futur...* »
- « *La compassion* » : qui consiste à avoir conscience de la souffrance de l'autre. Marie de Hennezel définit la compassion comme quelque chose qui « *consiste à accueillir la souffrance, l'angoisse d'autrui puis à offrir à son tour toute la confiance et la sérénité que l'on peut puiser en soi. Il s'agit, dans cette participation si simple de la souffrance de l'autre, d'être avec lui, de ne pas le laisser seul* »<sup>48</sup>

Je conclurai ce chapitre avec deux citations : « *communiquer, c'est déjà engager une part de notre intimité. La confiance établie permet de recevoir des confidences, des émotions de la part du soigné* »<sup>49</sup> et, « *l'infirmière doit tout savoir du malade et non de la maladie car la maladie c'est la science du médecin et le malade l'art de l'infirmière* »<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Walter Hesbeen, « prendre soin à l'hôpital », page 100-101

<sup>49</sup> Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatrique 2006

<sup>50</sup> Léonie Chaptal via « *Les infirmières : ni nonnes, ni bonnes* » de J. Saliba, B. Bon-Saliba, B. Ouvry

## 5. Hypothèse

Ce travail m'a permis de faire plusieurs constats :

- On ne peut pas s'occuper de l'intimité physique d'une personne sans prendre en compte son intimité psychique (et vis et versa).
- L'adolescent, de part tous les changements qu'il subit de façon plus ou moins rapide lors de la puberté, fait partie des patients hospitalisés les plus vulnérables et a un rapport particulier avec son intimité.
- Le respect de l'intimité de l'adolescent permet d'établir une relation de confiance entre le soignant et le soigné.
- La mise en place d'un climat de confiance nécessite « un savoir-être » de la part du soignant.

Suite à ces constats, mon hypothèse est la suivante : Le respect de l'intimité d'un adolescent hospitalisé associé à un savoir être de la part de l'infirmier favorise la mise en place d'une relation soignant-soigné de confiance permettant au soignant de recevoir des confidences, ces dernières lui donnant les moyens de mieux connaître son patient et donc de lui assurer une prise en charge adaptée car personnalisée.

Pour tester cette hypothèse, au jour d'aujourd'hui, je pense utiliser comme outil un entretien. En effet, je pense que ce dernier donne aux soignants interrogés la possibilité, s'il est bien construit, d'apporter des idées nouvelles, et il me permet à moi d'observer le non verbal du soignant afin de voir s'il est influencé dans sa réponse, si mes questions sont claires, etc. ce qui me donne la possibilité sur le moment de modifier, reformuler, approfondir des informations,...

## **6. Conclusion**

En conclusion nous pouvons dire que l'adolescent fait partie des personnes les plus vulnérables à l'hôpital principalement du fait qu'il traverse une période de bouleversements biologiques qui modifient à la fois son aspect physique et son état psychique. Les adolescents entretiennent avec leur intimité un rapport très particulier, en effet, la puberté modifie rapidement et de façon plus ou moins harmonieuse leurs corps qu'ils doivent s'approprier et reconnaître comme étant le leur.

Afin d'assurer à notre patient, adolescent, une prise en charge individualisée, nous devons être capables d'établir avec lui un climat de confiance en effet si la confiance entre lui et nous est réciproque, nous aurons accès à une partie de son intimité ce qui nous permettra entre autre de mieux le cerner, de déterminer ses besoins et ainsi d'y répondre le mieux possible.

Au début de mon travail, je comptais ne développer qu'une seule intimité : l'intimité physique. En effet, pour moi, c'était cette intimité (selon si elle était respectée ou non), qui avait le plus d'impact sur la relation soignant-soigné que l'on pouvait mettre en place avec un adolescent. Or, je me suis rendue compte que l'intimité physique était indissociable de l'intimité psychique si l'on voulait assurer à notre patient une prise en charge adaptée à ses besoins ce qui a tout naturellement orienté mon travail sur l'impact que pouvait avoir l'intimité en général sur la relation soignant-soigné.

J'ai trouvé très intéressant d'effectuer des recherches sur les adolescents, et plus particulièrement sur les problèmes qu'ils soulèvent au niveau des lieux d'hospitalisations, sur la distinction qu'il est nécessaire de faire entre un changement physiologique et pathologique à cette période où tout est modifié. En tant que future professionnelle, je pense qu'il est très enrichissant de travailler avec des adolescents, de les aider et ce malgré la survenue de la maladie à continuer le processus d'émancipation qu'ils avaient entamé avant leur hospitalisation, et de favoriser leur autonomie tout en maintenant le lien familial. Toutes ces découvertes ont renforcé mon envie de travailler auprès des enfants et plus particulièrement des grands enfants.

Les recherches que j'ai effectuées sur les adolescents hospitalisés et sur la relation soignant-soigné que l'on met en place avec un adolescent ont fait émerger une nouvelle interrogation : Quel impact peut avoir une hospitalisation dans l'enfance d'un individu sur sa vie d'adulte ?

# ANNEXES

### *Annexe I : Témoignage d'Olivia<sup>51</sup>*

Une patiente de 7 ans propose quelques règles aux adultes qui travaillent à l'hôpital. -  
10/09/2002

Les médecins, les infirmières et beaucoup d'autres personnes étaient vraiment gentils avec moi quand j'étais malade, mais j'ai voulu écrire ces commandements pour que l'on comprenne mieux comment s'occuper des enfants à l'hôpital.

- 1) Ne me surprenez pas. Dites-moi ce que vous allez faire avant de le faire. Ca me gênait beaucoup quand les médecins sont entrés dans ma chambre, m'ont réveillée et puis ont commencé à me faire des choses. J'ai détesté ça. S'il vous plaît, expliquez-moi ce que vous allez faire bien avant de me toucher. S'il me faut une piqûre, n'attendez pas le dernier moment pour me le dire.
- 2) Cherchez toujours le moyen le moins douloureux de faire ces choses. Il me fallait une piqûre tous les jours. D'abord c'était une prise de sang. Après c'était à cause d'un caillot de sang dans mon cœur. Et puis après un médecin a dit à l'infirmière de mettre une crème spéciale sur mes bras et mes jambes avant de me faire la piqûre pour que ça fasse moins mal. Ça m'a beaucoup plu. Ça allait beaucoup mieux avec ça. Je n'aimais pas non plus quand un médecin voulait une prise de sang pour quelque chose et puis un autre médecin venait pour faire une prise de sang pour quelque chose d'autre. J'étais vraiment triste et je pleurais et ça m'énervait : pourquoi ne pas prendre tout en même temps ? Alors, essayez de faire toutes les prises de sang en même temps. Ce n'est pas facile d'avoir une piqûre, même s'il y a des gens qui disent autrement.
- 3) Soyez honnête. J'étais vraiment en colère, j'avais envie de pleurer quand on me disait que quelque chose n'allait pas faire mal et que c'était pas vrai. Je déteste les piqûres. Ça fait mal. Il faut toujours me dire la vérité. Une fois, un médecin m'a dit qu'il allait enlever mon cathéter pendant une opération et quand je me suis réveillée le cathéter était toujours là.

---

<sup>51</sup> [www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org)

J'étais vraiment en colère. En revenant dans ma chambre, je disais : Vous êtes tous des menteurs, tous. Je sais que vous ne voulez pas toujours dire la vérité aux enfants, mais c'est mieux que de dire des mensonges.

- 4) Demandez-moi ma permission avant de me toucher. Les médecins me demandaient presque tout le temps s'ils pouvaient me toucher ou appuyer sur mon ventre. Mais souvent ils étaient déjà en train de me toucher sans attendre ma réponse. Si vous me touchez déjà, pourquoi me poser la question ? Souvent je me sentais comme une peluche, avec les gens toujours en train d'appuyer sur mon corps. Une fois, quelqu'un a pris ma tension, et je me suis réveillée avec quelque chose sur le bras. Vous pouvez me réveiller avant de mettre quelque chose sur mon bras ! Parfois je voudrais peut-être dire non, parce que c'est possible que je n'aie pas envie d'être touchée.
- 5) Descendez à mon niveau. Si je suis dans mon lit, asseyez-vous. Vous pouvez vous asseoir sur mon lit. Ne restez pas debout à côté de mon lit, ça me fait très peur. Je me dis : oh là là ! Qu'est ce qu'il va me faire ? Il y avait un médecin qui était super grand. Je ne lui parlais pas parce qu'il était grand. Il était sympa, mais très grand et ça m'a fait peur. Une fois il s'est mis à genoux pour me parler et je n'avais plus peur.
- 6) Essayez que les médecins et les infirmières qui viennent dans ma chambre soient toujours les mêmes. Ça m'a fait très peur quand je me suis réveillée et que j'ai vu tous ces médecins que je ne connaissais pas autour de moi. Je voyais tellement de personnes que je ne connaissais pas. Pendant un moment j'étais dans un endroit à l'hôpital, et j'ai eu la même infirmière, Mlle Carol, et elle était très gentille. Elle m'a aidé à prendre mes médicaments et aussi pour les piqûres. Elle a appris ce que j'aimais faire. Quand je devais avoir un médicament nouveau, elle l'a toujours goûté avant moi. Comme ça, je me sentais beaucoup mieux.
- 7) Essayez de me réveiller moins souvent pendant la nuit. Ça, c'était vraiment dur pour moi, parce que je ne suis pas du matin. Pourquoi fallait-il me réveiller tant de fois pendant la nuit ? Je m'étais enfin endormie, je rêvais et tout, et puis quelqu'un m'a réveillée. C'était vraiment un cauchemar. Je voulais juste dormir un peu.
- 8) Portez vos vêtements de tous les jours. Ne portez pas une blouse blanche[1]. Les gens qui portaient des blouses blanches m'ont fait peur. Quand je voyais quelqu'un avec une blouse blanche, je pensais à chaque fois que quelque chose de mauvais allait m'arriver ou que j'allais avoir des mauvaises nouvelles.
- 9) Il faut être abonné au câble. Si c'est un hôpital pour les enfants, il devrait y avoir plus d'émissions pour les enfants. Il n'y avait presque rien pour les enfants à la télévision pendant la journée, que des émissions pour les grands.
- 10) Arrêtez de me dire que "c'est pas grave". Je n'aimais pas du tout que les gens me disent que ce n'est pas grave d'avoir une prise de sang. Pour moi, c'est grave. C'est grave pour moi

parce que vous prenez quelque chose qui appartient à mon corps. Ce n'est peut-être pas grave pour vous, parce que ce n'est pas à vous que ça arrive.

*[1] Aux Etats-Unis beaucoup de médecins travaillent à l'hôpital sans blouse blanche.*

## **Annexe II : Grille d'entretien pour ma pré-enquête**

- **Question n°1** : « Selon vous quelle catégorie de population ressent le plus de gêne lors de soins « portant atteinte » à leur intimité ? »
- **Question n°2** : « Qu'évoque pour vous la notion d'intimité ? »
- **Question n°3** : « Avez-vous déjà effectué des soins sur un adolescent ayant entraîné une "gêne" pour lui et/ou pour vous ? » « Si oui expliquez-moi la situation. »
- **Question n°4** : « Qu'avez-vous mis en place pour palier à cette gêne ? »

# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

### Principes généraux\*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 **L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 **Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

### Annexe III : La Charte du patient hospitalisé<sup>52</sup>



8 **La personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

<sup>52</sup> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

# Charte de l'enfant hospitalisé



L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.



On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.



On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

## Annexe IV : La charte de l'enfant hospitalisé<sup>53</sup>



L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.



L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.



L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

<sup>53</sup> <http://petitsoleils.over-blog.com>

## **Annexe V : Le serment d'Hippocrate** <sup>54</sup>

*Le serment médical que tout nouveau médecin prête, à la faculté de médecine, à l'issue de sa soutenance de thèse ou au cours d'une cérémonie distincte. Il s'agit d'un texte est dérivé de celui du *serment d'Hippocrate* dans la Grèce antique.*

**Serment d'Hippocrate réactualisé par Pr Bernard Hœrni.**  
***Bulletin de l'Ordre des médecins - n° 4 d'avril 1996.***

" Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination

---

<sup>54</sup> [www.aly-abbara.com](http://www.aly-abbara.com)

selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

### **Le serment d'Hippocrate actuel à la Faculté de Médecine de Paris V**

*Extrait de : La Gazette du Groupe d'Etude en Orthopédie Pédiatrique, n°11, Janvier/février 2004*

" Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. "

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **Ouvrages**

- Levisalles Natalie - « L'ado (et le bonobo), essai sur un âge impossible » - Hachette Littérature - ESSAIS - France - 2009 - 237 pages
- Dolto Françoise, Dolto-Tolitch Catherine, Percheminier - « Paroles pour adolescent, le complexe du homard » - édition Gallimard - France - 2003 - 163 pages
- « Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatrique 2006 » - édition Elsevier Eds – collection Srlf - France – 2006 – 329 pages
- Dictionnaire du petit Larousse 2000 - édition Larousse – collection collectif - France - 1999 – 1900 pages
- Michael Herzfeld - « l'intimité culturelle » - édition Presses de l'université Laval – collection interculture – Cambridge - juin 2008 – 285 pages
- Patrick Alvin et D. Marcelli – « la médecine de l'adolescent 2<sup>ème</sup> édition » - édition Masson – collection Pour le praticien – Paris – 2005 – 480 pages
- T.Hall Edward - « la dimension cachée » - éditions du Seuil - collection points - New York - 1966 - 254 pages
- Potier Marguerite – « dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers » - éditions Lamarre – collection fondamentaux étudiants IFSI- France - 2002 – 363 pages
- Jean Morval - « Introduction à la psychologie de l'environnement » - édition Pierre Mardaga – collection sh - Bruxelles -1981 - 190 pages

## **Reuves et articles**

- Patrick Alvin – « la santé des adolescents en question » - Bulletin d'éducation du patient, volume 19 n°3, 2000, page 102 à page 105

## **Documents non publiés**

- Marie-Christine Parneix - « l'infirmière et l'intimité du malade hospitalisé » - recherche – CHR de Lille - Juin 1987, 73 pages
- Louise Castro – « le respect du droit à l'intimité des patients : Un défi pour l'infirmière générale » - mémoire de l'école nationale de la santé publique – 1999 – 64 pages
- Typhaine Roselier – « la distance dans la relation de soins » - travail écrit de fin d'études diplôme d'état infirmier – Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Nantes – janvier 2009 – 40 pages

-

## **Internet**

- Thierry Amouroux – « Relation soignant-soigné : respecter la personne malade » - [www.syndicat-infirmier.com](http://www.syndicat-infirmier.com) – 13 juin 2009 actualisé le 19 mai 2011 – 1 page – consulté le 13 février 2011
- Jean-Charles Champagnat – « Histoire des droits de l'enfant » - [www.droitsenfant.com](http://www.droitsenfant.com) – crée et actualisé le 19 juin 2011 – 1 page – consulté le 4 avril 2011
- Olivia – « Promettez-moi de me dire si ça va faire mal... » - [www.sparadrap.org](http://www.sparadrap.org) – crée le 10 septembre 2002 actualisé le 19 septembre 2011- 1 page – consulté le 26 septembre 2010
- Direction de l'accréditation - « Manuel de certification des établissements de Santé et guide de cotation » - [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) – crée et actualisé le 7 juin 2007 – 180 pages – consulté le 7 avril 2011
- Laurent Degos et François Romaneix – « manuel de certification des établissements de santé version 2010 » - [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) – crée en juin 2009 réactualisé le 6 octobre 2010- 100 pages – consulté le 10 avril 2011
- Dr B. Thire et Dr B. Carabalona – « charte du respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité du patient » - [www.clinique-st-jean.fr](http://www.clinique-st-jean.fr) – crée et actualisé le 19 juin 2011 – 1 page – consulté le 4 avril 2011
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et direction générale de la santé –« usagers vos droits charte de la personne hospitalisée » - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) -avril 2006 actualisé le 28 février 2007 – 26 pages – consulté le 5 avril 2011
- Danièle Sommelet – « l'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé » - [www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr) – crée le 28 octobre

