

Faculté de Médecine Lyon Est
Université Claude Bernard – Lyon 1

Pudeur : à corps perdu dans l'univers hospitalier ?

Construction-déconstruction-reconstruction de la
pudeur au sein de la relation thérapeutique

Promotion Anne et Michel Juvet
2019-2025

Gabrielle Le Goff
Mémoire de master 1 de recherche biomédicale
-Philosophie du corps, Épistémologie, Éthique-

8, avenue Rockefeller
69008 Lyon

RÉSUMÉ :

Ce mémoire s'intéresse à la pudeur dans la relation de soin. Il interroge les représentations de la pudeur pour le soigné comme pour le soignant, par un travail sémantique et par un travail analytique des aspects sociétaux. Ce travail bibliographique fait également état des situations de soin qui mettent en péril la pudeur, dont l'importance aura été rapportée précédemment. Enfin, ce mémoire détaille la nécessité de garder sur la pudeur une attention toute particulière, la plaçant à tout moment au centre du soin. L'auteur portera une attention spécifique à ancrer cette analyse dans autant de situations concrètes, rencontrées par les protagonistes de la relation thérapeutique.

SOMMAIRE

	INTRODUCTION	p. 4-6
I-	Du concept de pudeur au concept de gêne	p. 7-18
	1. Pudeur et intimité	
	1. 1. Un combat entre la conscience et l'inconscience	
	1. 2. La construction de l'intime	
	1. 3. Pudeur individuelle et décence sociale	
	2. Le corps pudique	
	2. 1. Le corps, mon corps ?	
	2. 2. Image corporelle perturbée et nudité	
	2. 3. Respect du corps et législation	
	3. De la pudeur à la honte	
	3. 1. La pudeur source de gêne	
	3. 2. La gêne des soignants	
	3. 3. Interférences de genre, de mode et de culture	
II-	La pudeur au sein du milieu hospitalier	p. 19-29
	1. La dissymétrie soignant/soigné	
	2. Les menaces hospitalières de la pudeur	
	2. 1. Réification des corps et gestes de soin invasifs	
	2. 2. Réalité hospitalière et concept de fatigue	
	3. Préserver la pudeur sans la dénaturer	
	3. 1. Pudeur extérieure et intérieure	
	3. 2. Respecter le mystère	
	3. 3. Considérer la triangulation au lit du malade	
III-	La pudeur comme outil thérapeutique	p. 30-38
	1. Potentialisation de l'alliance thérapeutique	
	1. 1. Toucher et regard qui restaure	
	1. 2. L'art de la mise à nu	
	2. Le morcellement salutaire du corps	
	2. 1. La médiation par l'objet	
	2. 2. Une violence salutaire : la maladie comme force de décantation	
	3. La protection de la sexualité et du désir	
	3. 1. Restaurer la pudeur	
	3. 2. Incarner la pudeur	
	CONCLUSION	p. 39-40
	BIBLIOGRAPHIE	p. 41-43
	REMERCIEMENTS	p. 44

Introduction

1. 1. Situations de départ

Le problème général de ce mémoire est de recueillir : il consiste à ordonner ce qui était auparavant une foule d'informations disséminée, non-articulée, incomprise pour quelques-uns, et méconnue pour d'autres. Stefan Zweig écrit dans la préface de Magellan : « Je compris que le meilleur moyen de m'expliquer à moi-même quelque chose qui me paraissait inexplicable était de le décrire et de l'expliquer à d'autres. ». Ce sujet de mémoire est né de mes interrogations sur mon propre rapport à la pudeur, en tant que femme et en tant que futur médecin. Peut-on banaliser ces mots du médecin généraliste, qui répète en moyenne 20 fois par jour : « Pourriez-vous vous déshabiller s'il-vous-plaît, que je puisse vous examiner ? » ? Ce qui fait la richesse et la complexité de ce sujet s'appréhende directement par la forme des mots utilisés par le médecin : une question, ou plus précisément une prière. La nudité ne se réclame pas, elle peut faire l'objet de réticences chez le patient, et pis encore, elle ne s'impose pas sans être condamnable. Elle intervient de manière quasi-systématique dans le soin, sans que le patient y soit nécessairement préparé, et sans que le soignant ou le soigné la remettent en question. Perdre son corps ou celui de son patient dans l'univers hospitalier, le livrer à des machines, des mains ou des interprétations inconnues : y a-t-il un risque de bafouer la pudeur ? Le titre découle de ces interrogations.

Nous partons donc de quatre situations de départ en rapport avec la pudeur, et qui m'ont interpellée lors de mes stages d'étudiante en médecine. Ces situations n'appellent de ma part aucun jugement envers les professionnels de santé ou leurs actes, ils seront simplement support de réflexion.

Lorsque des étudiants en médecine effectuent un stage en cabinet, leur présence n'est pas imposée au patient qui a le droit de la refuser au début de la consultation ou pendant un geste spécifique du praticien. Lors de mon tout premier stage en hôpital de jour, tous les patients ont accueilli ma présence sans la remettre en cause. Arrive un patient d'environ mon âge qui s'installe timidement en face de nous. Il hésite avant de parler, puis s'exécute grâce aux encouragements du médecin. Il commence : « C'est gênant... ». Le médecin lui rappelle que lui comme moi sommes soumis au secret médical. Il entame avec des mots maladroits le récit des signes cliniques de son infection péniennne. Il termine en me regardant : « Vous allez me juger ». Le médecin lui demande ensuite l'autorisation de l'examiner. La réponse du patient : « C'est obligatoire ? ». Le médecin lui explique que cet examen est nécessaire pour confirmer le diagnostic et vérifier qu'il n'y ait pas d'autres pathologies associées. Le patient finit par s'exécuter.

Dans la deuxième situation d'appel, je me retrouve en stage de responsabilité sociale, dans une association qui s'occupe de fournir des certificats médicaux attestant des séquelles portées par des demandeurs d'asiles. Je suis aux côtés d'un médecin retraité qui guide une consultation constituée d'un entretien, puis d'un examen clinique ordinaire et enfin, de la caractérisation des cicatrices du patient. L'entretien se passe bien car nous réussissons à communiquer correctement avec le patient et à créer un lien. Ceci n'est pas évident dans ce genre de consultation, où la langue est souvent une barrière, et où nous recevons des patients avec un passé très lourd. Au moment de l'examen des cicatrices, le médecin demande au patient de se mettre en sous-vêtements, puis il se dirige vers la porte et me fait signe de le suivre. Nous sortons du cabinet. Il me glisse qu'il a pour habitude de laisser les patients se changer seuls, et qu'il accorde de l'importance à ce moment d'intimité.

Une autre expérience de stage, en salle d'accouchement a retenu mon attention. Pour faire état de l'engagement du fœtus pendant le travail, la sage-femme surveille régulièrement le col utérin de la patiente en effectuant des toucher-vaginaux. Lors du suivi d'une patiente de religion musulmane, la sage-femme et moi-même entrons dans sa chambre. Nous lui demandons l'autorisation d'effectuer un toucher vaginal pour faire état de l'avancée du travail. Nous l'installons en position gynécologique avec un drap qui soustrait ses parties génitales au regard de son mari. Celui-ci finit par se lever et dire « Je vais vous laisser entre femmes. » puis il s'éclipse discrètement.

Enfin, en tant qu'étudiante en médecine, je voulais également apporter mon témoignage sur le rapport au corps particulier que nous pouvons développer au cours de nos études. Nous étudions en effet l'anatomie des organes génitaux en long en large et en travers : rien qu'en première année, nous n'avons eu pas moins de cinq cours dans trois matières différentes à ce sujet. Il est intéressant de relever les mots que les étudiants emploient lorsqu'ils parlent de ces cours sur « la chatte » ou « la bite ». De la même manière, le rapport au corps des étudiants en médecine diffère du reste de la population de leur âge dans la mesure où dès la deuxième année, ceux-ci sont confrontés à la nudité d'un cadavre, et à sa manipulation en cours de dissection. Enfin sans trop en révéler à ce sujet, je ne peux omettre les différentes traditions estudiantines de nudité lors des soirées carabines, ou dans un amphithéâtre de cours à l'ambiance enflammée...

1. 2. Questionnements autour de ces situations d'appel

Je voudrais dans la première situation attirer votre attention sur l'attitude du médecin : il s'appuie sur la loi, et adopte un ton directif qui se veut rassurant. Par ses paroles et son attitude, permet-il que la pudeur du patient ne dégénère pas en honte ? Par ailleurs il est intéressant de relever la manière dont le patient fait état de ses craintes. En effet, pourquoi s'adresse-t-il à moi et non plus au médecin lorsqu'il a peur d'être jugé ? Nos âges similaires ont-ils interféré ? Son attitude défensive semble par pudeur, vouloir protéger son statut d'homme sexué, et pas seulement son corps.

J'ai choisi de vous raconter la deuxième situation, car la délicatesse de ce médecin retraité m'a d'une part touchée, et d'autre part interrogée. Qu'y a-t-il dans ce déshabillage que nous ne devons pas voir, alors que nous examinerons le patient nu quelques minutes après ? Le déshabillage est ordinairement un moment d'intimité, que nous exécutons chez nous, seuls, ou auprès d'un partenaire. Dans certains cas précis, il sert d'éveil au désir sexuel, lorsqu'il s'apparente à un *strip-tease*. Pudeur du soignant ou pudeur du soigné, que protège-t-on et comment ?

Poursuivons notre réflexion autour de la troisième situation d'appel. Dans leur salle d'accouchement, les parturientes sont généralement accompagnées de leur conjoint. Dans celle-ci comme dans n'importe quelle chambre d'hôpital, les patientes sont dans un domicile privé (c'est d'ailleurs inscrit dans la loi¹). Elles recréent souvent avec l'aide de leur mari une atmosphère un peu plus intime. Lorsque nous entrons pour exécuter un acte médical, il est parfois difficile de trouver le juste équilibre entre ce lieu qui est à la fois un lieu de soin et un lieu privé. La plupart du temps, le conjoint reste dans la pièce lorsque nous effectuons un acte de soin, mais nous soustrayons celui-ci à sa vue. Pourtant dans cette situation précise, le mari de la patiente a préféré sortir de la salle pendant ce toucher vaginal et tous ceux qui ont suivi. Dans la religion musulmane, un mari et sa femme sont « mahram », cela signifie qu'ils peuvent

¹ arrêt de la CA de PARIS 17 mars 1986, et article 226-4 du Code Pénal

se toucher sans problème. Cependant, il existe beaucoup de tabous sur les organes génitaux, et le fait de regarder avec des gens autour ou de regarder quelqu'un toucher la vulve de sa femme, aurait pu mettre cet homme mal à l'aise. Cet homme a-t-il agi par pudeur ?

Enfin, sous ces agissements de carabins, que reste-t-il justement de ce voile de mystère qui recouvre habituellement la nudité et ce qu'on en dit ? Que reste-t-il de la pudeur ? Les étudiants en médecine et les soignants en général ne peuvent-ils pas être pudiques ? Ou bien ne pas l'être à ce sujet cache-t-il justement un autre sujet de pudeur ?

1. 3. Question de départ

D'après l'ensemble de notre questionnement, nous interrogerons en ces termes : dans quelle mesure le soignant doit-il considérer la pudeur, menacée par l'univers hospitalier, comme la clé de la reconstruction du schéma corporel ?

1. 4. Annonce du plan

À travers ce mémoire, nous lèverons tout d'abord le voile sur la pudeur. Nous apporterons à cet effet une définition de la pudeur liée à l'intime, avant de l'étudier en lien avec le schéma corporel. Nous étudierons les mécanismes d'un glissement éventuel de la pudeur à la gêne.

En second lieu, nous replacerons le concept de pudeur dans un environnement hospitalier. Les différents obstacles à sa protection seront évoqués. Puis nous décrirons l'état actuel de la pudeur dans le soin.

Enfin, j'aborderai la place de la pudeur dans la stratégie thérapeutique. Nous évoquerons le concept de sexualité qui semble omniprésent dans le soin intime apporté à la personne, et que la pudeur semble vouloir protéger. Nous tenterons alors de déterminer le rôle du soignant dans la mise en place de cette stratégie de soin, et son rôle au sein même de cette stratégie.

I- Du concept de pudeur au concept de gêne

1. 1. Pudeur et intimité

1. 1. 1. Un combat entre la conscience et l'inconscience

Peut-on définir la pudeur sans la dénaturer ? Nous tenterons du moins de nous approcher d'une définition de ce qui n'est ni un sentiment, ni un caractère, mais plutôt une attitude. Pour ce faire, à l'éclairage de la lecture de la Genèse, nous partirons de l'hypothèse suivante : l'homme est un animal pudique. Dans le jardin d'Eden, lorsqu'Adam et Ève croquent dans le fruit défendu de la connaissance du bien et du mal, ils prennent alors conscience de leur nudité.

« Les yeux de l'un et de l'autre s'ouvrirent, ils connurent qu'ils étaient nus, et ayant cousu des feuilles de figuier, ils s'en firent des ceintures. »²

Cet arrachement à l'état de nature par la honte qu'ils ressentent, n'est-ce pas la naissance de la pudeur ? La pudeur est ici une protection face à la souffrance qu'ils peuvent s'infliger par la nudité, car le corps est source de passions et de pulsions parfois dévastatrices. L'habit permet symboliquement l'individualisation de chaque homme et partant, sa responsabilisation.

Rousseau rejoint cette hypothèse dans des termes plus critiques : dans le Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes, il avance qu'à l'état primitif, les Hommes se rapprochent de l'état de nature et « *supportent sans peine leur nudité* »³. Cet homme primitif est, selon lui, un homme idéal qui n'a pas été perverti par la civilisation, il est en cohérence avec la nature. Mais l'homme qui ne se savait pas nu a voulu intellectualiser et moraliser le concept de nudité. Progressivement, il s'est paré d'habits, et a moralisé la pudeur ; celle-ci est une hypocrisie car la morale n'est pas naturelle : elle justifie les inégalités parmi les Hommes. Cette idée fait écho avec la société du XVIII^{ème} siècle, dans laquelle la pudeur devient vertu, du moins chez la femme, ce qui souligne d'autant plus la supercherie de cette apparente morale. Mais la pudeur n'est-elle vraiment qu'un artifice moral ?

Dans Nudité et Pudeur, le mythe du processus de civilisation⁴, Hans Peter Duerr avance que la pudeur est bien plus naturelle que culturelle. Son argumentation se construit sur trois points :

- Tout n'est pas construction sociale et il existe un « fonds culturel commun à toutes les sociétés, à toutes les époques [incitant] à rompre avec l'animalité par la dissimulation de la nudité et des fonctions naturelles »⁵, d'après la préface d'André Burguière.
- Ce que construisent en revanche les sociétés, ce sont les manières d'explicitier ou non cet invariant anthropologique qu'est la pudeur. Duerr

² La Bible – Genèse 3.7

³ Dans Œuvres complètes de J.J. Rousseau, Paris, P. Dupont, 1823, Tome 1, p. 237

⁴ Editions de la maison des sciences de l'homme, 1998

⁵ Préface, p. 12

donne l'exemple des traités de savoir-vivre de la société française du XVI^{ème} siècle qui délimitent les règles de la pudeur.

- En dernier lieu, Duerr admet que les seuils de gêne et de pudeur aient pu fluctuer selon les époques et les civilisations, mais s'oppose à une théorie évolutionniste de la pudeur en corrélation avec un degré plus ou moins élevé de civilisation.

Ainsi la pudeur, si elle n'est pas un arrachement à l'état de nature, correspondrait, et nos auteurs s'accordent sur ce sujet, à l'éveil de la conscience. Max Scheler rejoint Maurice Merleau-Ponty pour affirmer que « La pudeur, le désir, l'amour en général, ont une signification métaphysique, c'est-à-dire qu'ils sont incompréhensibles si l'on traite l'homme comme une machine gouvernée par des lois naturelles, ou même comme un "faisceau d'instincts". Ils concernent l'homme comme conscience et liberté⁶ ». La pudeur est donc une marque d'humanité.

1. 1. 2. La construction de l'intime

Comment expliquer qu'une vertu originelle ait besoin d'être éveillée par l'éducation ? Dans la théorie psychanalytique, Lacan définit le « stade du miroir ». Ce stade primordial dans le développement psychique de l'enfant (environ entre huit et seize mois), est celui où il prend conscience de l'unité physique et psychique de son corps. Non seulement lorsqu'il rencontre son reflet dans le miroir, mais aussi lorsqu'il prend connaissance du regard que l'Autre pose sur lui. Cet Autre lui désigne son corps, tant physiquement que verbalement.

« Le stade du miroir est ainsi le moment ou l'état durant lequel l'enfant anticipe la maîtrise de son unité corporelle par une identification à l'image du semblable et par la perception de son image dans un miroir. »⁷

Ce modèle du miroir, qu'il soit juste ou non, évoque ceci d'intéressant : la construction de l'unité du sujet par la parole. La parole nous couvre et nous découvre au regard de l'autre. Le corps décrit par les mots et, confronté à la société, prend alors sa valeur. André Bullinger parle de ce « moment où l'organisme devient corps » dans l'interaction de l'individu avec son milieu, pour donner naissance et nourrir l'activité psychique du sujet.⁸ Notre intimité trouve donc ses limites par le discours et la parole, ce qui explique qu'elle puisse être dépendante de la culture.

La pudeur se place comme l'outil indispensable à la construction de l'intime. Eric Fiat décrit habilement le rapport entre l'intimité et la pudeur :

« Le pudique seul nous semble avoir juste rapport au corps : quand l'obscène montre ce qu'il faudrait cacher et quand le honteux cache ce qu'il faudrait montrer, le pudique montre et cache à la fois, et acquiert par-là un charme et un mystère que ni le décent ni l'obscène, ni le coquet ni le honteux n'ont en partage : le charme de l'intimité. »⁹

⁶ Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945, p. 194.

⁷ Elisabeth Roudinesco, « Le stade du miroir, concept et archive » *Lacan*, Bayard Centurion, 2005

⁸ André Bullinger, *De l'organisme au corps : une perspective instrumentale*, *Enfance*, 2000, pp. 213-220

⁹ Éric Fiat « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société*, vol. 30 / 122, n°3, 2007, pp. 23-40.

La pudeur étant une constante présente depuis le plus jeune âge, cela justifie, selon l'analyse du psychanalyste Omar Guerrero, la gravité de son atteinte. Lors de violences sexuelles, brutalisant la pudeur, on assiste à une dissolution de la parole. L'écart et recul protecteurs que celle-ci permet n'existent plus : le sujet devient objet, l'amoureux devient le possesseur¹⁰. Pour l'homme, cela passe par l'humiliation et la féminisation, tandis que pour la femme, cela se traduit par le statut d'objet sexuel. Ces deux formes de violences sexuelles conduisent à destruction de l'intime, et donc du sujet.

Nous comprenons alors que la pudeur n'est pas seulement propriété du sujet, elle dépend aussi du regard que l'altérité pose sur elle. Delphine Horvilleur nous décrit cela avec humour dans son essai sur la pudeur féminine. À propos des regards parfois déplacés des hommes offensant la pudeur féminine, elle écrit : « Il faut que les hommes se souviennent qu'ils ont des paupières, et que les paupières ça peut se fermer¹¹ ». Cette remarque est bien sûr acceptable dans le sens contraire.

1. 1. 3. Pudeur individuelle et décence sociale

Comment la pudeur se manifeste-t-elle en société ? Claude Habib opère une distinction entre la pudeur et la décence. Là où la première est relative à une personne donnée, la seconde est régie par les codes d'une société¹². Ce principe voit son apogée sous le règne de Louis XIV notamment, où « L'Étiquette » définit les règles de bonne conduite et les valeurs morales.

La pudeur n'est pas anticipée, elle est spontanée et s'ignore elle-même. Elle répond à une extériorisation de l'intime, alors que la décence est une intériorisation calculée, réfléchie, de ce qu'il convient de faire. Décence vient du latin *decet*, « il convient ».

Cette irruption de la pudeur dans le domaine social peut-être illustrée par :

- Le vêtement : L'écrivain Mark Twain, racontant son voyage autour du monde, narre le recrutement des travailleurs de plantations du Queensland dans les îles au large de l'Australie. Il commente la naissance de la pudeur chez ces Kanaks qui quittent leur île, sur laquelle ils n'ont pas conscience et pas honte de leur nudité. Ils reviennent après un contact avec une autre société, vêtus et connaissant le risque de la honte.¹³ Il en découlera l'apophtegme suivant :

« La pudeur est née avec l'invention du vêtement. »

Roland Barthes théorise cette oscillation de l'individu qui s'habille, entre l'individuel et le collectif, entre « *parure et pudeur*¹⁴ ». Le vêtement qui couvre le corps par pudeur, est paradoxalement une manière de le montrer davantage, de susciter le désir en dissimulant, d'attirer l'attention par l'ornementation de certaines parties.

¹⁰ Omar Guerrero, « Violences sexuelles, arme de destruction », Journée d'Etude – 24 février 2020 – MéDA

¹¹ Delphine Horvilleur, *En tenue d'Ève : Féminin, Pudeur et Judaïsme*, Éditions Grasset & Fasquelle, 2013

¹² Pierre Pachet, *La réaction à l'outrage, La Pudeur : la réserve et le trouble*, C. Habib dir., 1992, p. 20-28

¹³ Mark Twain, *Following the Equator*, 1897

¹⁴ Roland Barthes, « Histoire et sociologie du vêtement », *Annales ESC*, 12-3, 1957, p. 433, 435

- Les réactions physiologiques liées à la pudeur : dans la manifestation du doute liée à notre propre autonomie, ou bien lorsque l'autre nous réduit à une partie de nous-même, nous néglige, il est possible de rencontrer le réflexe pudique. Comme l'escargot qui, répondant à une attaque physique, se replie dans sa coquille, l'Homme subissant une effraction de sa pudeur laissera échapper une réaction incontrôlable pour se préserver de la honte. Rougissement, transpiration, hésitation : ces réactions physiologiques sont la marque de notre humanité selon E. Gobilliard.¹⁵ Elles interviennent donc dans le domaine social car elles sont un support de communication non-verbale. L'analyse des réactions faciales, et corporelles plus globalement, nous permettent d'interagir avec autrui : l'intelligence dite émotionnelle détecte ces signes et interprète leur signification à la manière d'un langage à part entière.

1. 2. Le corps pudique

1. 2. 1. Le corps, mon corps ?

Nous pourrions comparer la pudeur à un voile jeté sur le corps, cette interface entre une enveloppe individualisée, d'une part, et nos interactions sociales, d'autre part. Siège de nos réactions pudiques, c'est aussi par le corps que s'extériorisent toutes les normes du comportement pudique. Notre corps, que pourtant nous n'avons pas choisi, est selon Merleau-Ponty, le siège de notre identité sociale¹⁶. La pudeur corporelle pressent le jugement que l'on portera dessus et s'en fait le bouclier. Ai-je un corps ou suis-je un corps ?

La pudeur se fait témoin de l'écart qui existe entre le corps propre et le corps comme objet biologique. Le sujet se saisit lui-même dans un miroir, dans les yeux de l'autre, et se retient alors d'exposer ce qu'il y a de non-relevable dans son corps. Il se voit alors amorphe, dans son infirmité, sa disgrâce, sa puanteur, déféquant ou pleurant, et veut cacher ce qui pourrait l'offenser.

« Je suis mon corps dans la mesure où je suis, je ne le suis pas dans la mesure où je ne suis pas ce que je suis »¹⁷

Les mots de Sartre nous feront dire que le corps n'est pas l'expression d'une pleine subjectivité. Le sujet souhaite légitimement pouvoir s'extraire, se dissocier de ce qu'il ne montre pas, de ce qu'il protège par pudeur.

Husserl distinguait deux types de corps : le *Körper* d'une part (le corps-objet ; est un *Körper* toute unité biologique ou non s'étendant dans l'espace), le *Leib* d'autre part (le corps-sujet ; et par ce mot notre auteur désigne le corps vécu, le corps investi par l'esprit) qui correspondrait en français à la chair¹⁸. Ainsi nous ne pourrions ni

¹⁵ « Soigner avec pudeur » conférence avec E. Gobilliard et Dr L. de Brugière, le 13/11/2019, centre Laennec

¹⁶ Voir le concept de « corps propre », chez Maurice Merleau-Ponty, Phénoménologie de la perception

¹⁷ Jean-Paul Sartre, L'être et le néant, Paris, Gallimard, 1943, p.37

¹⁸ Edmund Husserl Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures, vol. II Recherches phénoménologiques pour la constitution trad. 1982 par E. Escoubas, §36

affirmer « j'ai un corps », car l'unité biologique ne suffit pas à justifier la pudeur, ni « je suis un corps », car la pudeur cherche précisément à s'extraire de ce raccourci, mais seulement « je suis chair ». La chair¹⁹ désigne notre corps lorsqu'il possède la capacité intrinsèque et phénoménologique de se sentir lui-même, et grâce à cette propriété seulement, de sentir les autres corps.

1. 2. 2. Image corporelle perturbée et nudité

Charles BAUDELAIRE
« Les petites vieilles » - extrait

A Victor Hugo

I

*Dans les plis sinueux des vieilles capitales,
Où tout, même l'horreur, tourne aux enchantements,
Je guette, obéissant à mes humeurs fatales
Des êtres **singuliers, décrépits et charmants.***

*Ces **monstres disloqués** furent jadis des femmes,
Éponine ou Laïs ! **Monstres brisés, bossus**
Ou tordus, aimons-les ! ce sont encor des âmes.
Sous des jupons troués et sous de froids tissus*

*Ils rampent, flagellés par les bises iniques,
Frémissant au fracas roulant des omnibus,
Et serrant sur leur flanc, ainsi que des **reliques**,
Un petit sac brodé de fleurs ou de rébus ;*

*Ils trottent, tout pareils à des marionnettes ;
Se traînent, comme font les **animaux blessés**,
Ou dansent, sans vouloir danser, pauvres sonnettes
Où se pend un Démon sans pitié ! **Tout cassés***

*Qu'ils sont, ils ont des yeux perçants comme une vrille,
Luisants comme ces trous où l'eau dort dans la nuit ;
Ils ont les yeux divins de la petite fille
Qui s'étonne et qui rit à tout ce qui reluit.*

*- Avez-vous observé que maints cercueils de vieilles
Sont presque aussi petits que celui d'un enfant ?
La Mort savante met dans ces bières pareilles
Un symbole d'un goût bizarre et captivant,*

¹⁹ Michel Henry, *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Paris, Seuil, 2000, p.9

*Et lorsque j'entrevois un **fantôme débile**
Traversant de Paris le fourmillant tableau,
Il me semble toujours que cet **être fragile**
S'en va tout doucement vers un nouveau berceau ;*

*A moins que, méditant sur la géométrie,
Je ne cherche, à l'aspect de ces **membres discords**,
Combien de fois il faut que l'ouvrier varie
La forme de la boîte où l'on met tous ces corps.*

*- Ces yeux sont des puits faits d'un million de larmes,
Des creusets qu'un métal refroidi pailleta...
Ces yeux mystérieux ont d'invincibles charmes
Pour celui que l'austère Infortune allaita !*

Baudelaire, dans cet extrait choisi, se fait une nouvelle fois prophète de l'esthétique de la laideur. Tout en insistant sur la monstruosité de ces corps vieillissés : « monstres disloqués » (v.5), « brisés, bossus ou tordus » (v.6), « tout cassés » (v.16), « discords » (v.30), il nous invite en sa position de poète, lui-même en marge de la société, à regarder avec tendresse au-delà de la carapace de ces corps. « aimons-les » s'exclame-t-il (v.4) ! Ce poème illustre la réinvention du beau à laquelle procède Baudelaire, « Tu m'as donné de la boue et j'en ai fait de l'or ²⁰ » dit-il.

Ces corps laids, vieillissés, déformés, malades ou négligés, ce sont ceux que les soignants rencontrent à l'hôpital. En 2017, 45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des patients âgés de 65 ans et plus²¹. Comment, à l'instar de ce regard attendri que pose Baudelaire sur ces corps vieillissés, peuvent-ils appréhender le patient ? Le corps perturbé par les soins, la maladie ou la mort souffre-t-il la même éthique que le corps sain ?

L'image corporelle perturbée fait référence à ce que la personne éprouve face aux bouleversements de son corps physique, à la suite d'un événement pathologique comme la maladie, ou physiologique comme la vieillesse ou l'accouchement. À la suite de cela, la perception intérieure du corps change ainsi que le regard porté par autrui. Selon Bob Price²², trois composantes intriquées modifient l'image corporelle :

- Le corps réel : il est issu des lois de l'hérédité et éprouvé par le temps et son environnement,
- Le corps idéal : influencé par les normes socioculturelles, la mode, la publicité, il s'agit du corps et des performances physique ou de santé que nous jugeons optimales. Si le corps réel change, il peut s'éloigner et du corps idéal et le perturber.
- L'apparence : elle est ce que nous voulons montrer au monde extérieur, par la manière de nous coiffer, de nous maquiller, mais aussi de marcher ou de nous nourrir. Si le corps réel (maladie, vieillesse...) ou le corps idéal (canons publicitaires, mode) change, cela aura une influence directe sur l'apparence.

²⁰ Charles Beaudelaire, *Les fleurs du mal*, épilogue, 1840

²¹ DREES, Personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une durée plus longue, mars 2017, n°1008

²² Directeur de l'enseignement par correspondance au Royal College à Londres (1998)

Lorsque l'une de ces composantes diminue, il convient alors de compenser cela avec une autre. Une personne dont le corps réel est atteint d'alopécie par exemple, peut compenser cette perte en modifiant son apparence avec une perruque pour se rapprocher d'un « corps idéal ». Le corps du soigné apparaît donc comme un patrimoine qu'il convient de préserver en l'aidant à ajuster les trois composantes de son image corporelle.

Lorsque l'image corporelle est perturbée, le sujet se trouve alors transitoirement dans un état de vulnérabilité liée à une perte de repères et de confiance en son corps. Or, d'après Jean Claude Bologne :

« Pudeur des sentiments et pudeur corporelles sont régies par les mêmes logiques : on cache ce qui apparaît comme une faiblesse²³ »

Pourtant, le travail du soignant nécessite de révéler, de dévoiler ces faiblesses pour aider le sujet à reconstruire son image corporelle. Doit-il passer outre la pudeur du soigné ? Le regard du soignant sur la nudité d'un corps, à l'instar du regard de l'artiste devant le sujet de son nu, met-il à mal la pudeur du patient ? Le regard du médecin ou de l'artiste n'a pas pour objet la contemplation de la nudité, ce qui lève donc toute obscénité et rend le nu « chaste », tout autant que la consultation médicale.

1. 2. 3. Respect du corps et législation

Au nom de la dignité, tout corps humain, abîmé ou défiguré, vieilli ou victime de violences sexuelles, doit être respecté. Il en va de même pour le corps morcelé par les prélèvements ou pour le corps sans vie. La conservation ou la restauration de l'image corporelle s'avère être primordiale. Comment se justifient ces précautions ? Comment la pudeur du corps est-elle devenue décence inscrite dans la loi ? De quel droit, si j'ose l'astuce ? Et qui est titulaire de cette dignité : la personne, l'humanité, l'individu, le corps ?

Le droit s'appuie sur la notion de personne juridique, support aux droits et obligations du sujet dans son rapport à autrui. Cette personne, le code civil, le code pénal, et le code de la santé publique l'ont jugée digne. Depuis le XXe siècle, la personne juridique est, en association avec le corps, regroupée sous la notion de personne humaine²⁴. L'article 16-1 du Code civil interdit de porter atteinte à l'intégrité du corps « entier » sauf à deux conditions : le consentement du patient et un motif médical. L'individu doit pouvoir refuser que son corps fasse l'objet d'un soin, d'un don, d'une expérimentation, même d'une observation non interventionnelle.

Nous retrouvons cette idée chez Camus dans la figure de l'homme révolté : lorsque la dignité d'un homme se retrouve bafouée par un autre homme, c'est l'humanité toute entière qui se retrouve bafouée car en traitant un être humain comme une bête, toute l'espèce humaine se retrouve insultée. Inversement, lorsque qu'un homme en relève un autre, il relève toute son espèce.

« Je me révolte, donc nous sommes²⁵ »

²³ Jean-Claude Bologne *Histoire de la pudeur*, Paris, Hachette 1986

²⁴ C. Lévy, *La personne humaine en droit*, thèse de doctorat en droit privé, université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne, 2000, p. 26.

²⁵ Albert Camus, *L'Homme révolté*, 1951

Camus voit dans la révolte le fondement de la communauté humaine et la préservation de sa dignité. La révolte est ce qui maintient l'homme en vie.

En 1810 apparaît dans l'ancien Code pénal la notion d' « outrage public à la pudeur ». En 1994, le mot pudeur disparaît pour devenir « agression sexuelle ». La notion d'attentat à la pudeur englobait plus de situation qui ne portaient pas forcément atteinte à l'intégrité physique, mais étaient jugées indécentes. Il a fallu préciser ces situations dans lesquelles la nudité, même si indécente, n'était pas motif de condamnation.

Venons-en enfin à la législation en hôpital. La chambre est le lieu où l'intime est « extimé », où le patient perd sa totale souveraineté sur son corps, en étant dans une situation de dépendance. Dans la Charte du patient hospitalisé de 1995, puis la loi du 4 mars 2002, la chambre d'hôpital est définie comme lieu intime et privé. Lors de la laïcisation de l'hôpital, les crucifix et les religieuses ont été remplacés par la Charte du patient hospitalisé pour définir les bonnes pratiques protégeant la dignité du patient. Alors non, nous ne pouvons pas laisser « *la pudeur à l'ombre du droit*²⁶ ». Sans cela, le malade, déjà soumis à une perte de repères spatiaux, perdrait son intimité et sa dignité. Cette perte met en péril le bon déroulement des soins pour un patient exposé, donc inquiet. Elle va à l'encontre du respect dû à toute personne et en raison de cela, brise la confiance du soigné envers le corps médical.

1. 3. De la pudeur à la honte

1. 3. 1. La pudeur source de gêne

L'étymologie de la pudeur nous renvoie au latin *pudere* qui signifie « avoir honte ». Pour une fois celle-ci n'aura pas raison. Comme le dit si bien Eric Fiat, c'est le rôle du soignant de prêter attention à ce que la pudeur ne dégénère pas en honte sur le lit d'hôpital. Le pudique est un honteux en puissance, mais pas en acte !

« Le pudique parle avec retenue, le honteux se tait. Le pudique se retient, le honteux se cache.²⁷ »

Le soignant a besoin d'objectiver les corps lors d'un examen afin de sécuriser la pratique médicale. La protocolisation des soins est une nécessité qui permet à la prise en charge d'être encadrée et optimisée, en étant conforme aux avancées scientifiques. De même, le recul qu'elle suppose permet au soignant de ne pas laisser l'affect prendre le pas sur son geste de soin. Cette objectivisation ne risque-t-elle pas de porter atteinte à la pudeur du soigné ? Éviter cela requiert l'introduction du silence, ou encore la délicatesse du soignant malgré la vitesse d'exécution : c'est ce respect de la pudeur que Joubert appelle le « tact de l'âme²⁸ ».

²⁶ Catherine Labrusse-Riou, *La pudeur, la réserve et le trouble*, *Autrement*, n° 9, 1992, p.42

²⁷ France Culture, *Les Chemins de la philosophie* « Au lit ! Épisode 2 : La pudeur sous perfusion », par Adèle Van Reeth et Eric Fiat

²⁸ Joseph Joubert, « Qu'est-ce que la pudeur ? », 1938, livre audio

Avant d'avoir honte, que nous pouvons qualifier de sentiment extrême, le patient peut être plus modérément et simplement gêné. Edelman définit ainsi la gêne :

« état psychologique très désagréable, qui peut avoir un effet profondément perturbateur sur l'interaction sociale [car elle] peut être attribuée à la violation d'attentes sociales qui définissent un comportement jugé souhaitable.²⁹ »

Lorsque le voile de la pudeur se soulève, ou que quelqu'un y entre par effraction, le patient peut alors avoir recours à des manœuvres d'évitement : refus des soins problématique, ou détournement par l'humour (ce qui peut parfois augmenter la gêne de la situation, ou la faire basculer du côté du soignant). Par ailleurs, certains facteurs sont reconnus pour augmenter le sentiment de pudeur et donc le risque de gêne chez le soigné :

- La présence d'une tierce personne dans la pièce (étudiant, patient, accompagnant)
- Le manque de précision dans les directives du médecin
- L'absence d'espace dédié au déshabillage
- Etc...

1. 3. 2. La gêne des soignants

La gêne des soignant reflète souvent la gêne que le soigné projette sur lui. Le malade dans son état de dépendance craint le regard que l'on pose sur lui, et y associe sa propre gêne, qui est donc pour le médecin, souvent plus imaginée que réelle. Dans sa thèse d'exercice en médecine, Mélanie Manas cite une des patientes qu'elle a interrogée

Karine : « c'est comme si j'appréhende le choc du médecin quand il va venir me voir que je suis , que je suis plus nue que nue . Il y a peut-être de ça. ³⁰»

Pourtant dans certaines situations, la gêne du soignant est indiscutable : un sujet difficile à aborder, une phrase maladroite, un rire nerveux, certaines situations sont des terrains à risque. Le moment de l'adolescence par exemple catalyse beaucoup de celles-ci lors de l'interaction avec le personnel médical.

« La notion de pudeur m'embête parce que je ne sais pas où l'enfant en est. L'âge civil, c'est pas forcément l'âge du développement intellectuel. Donc, si je deviens un peu trop intrusif, je peux gêner et ça, ça me gêne » (Dr Hervé)³¹

Je vous parlerai ici de ma propre expérience d'étudiante en médecine : ces situations de gêne sont d'autant plus fréquentes chez un étudiant en santé, dont les

²⁹ Robert J. Edelman, Social embarrassment and analysis of the process, Journal of Social and Personal Relationship, Londres, 1989, p.195

³⁰ «Le déshabillage en consultation de médecine générale, Etude qualitative sur le vécu et les représentations des patient·es », thèse d'exercice en médecine, 16 mai 2019, Mélanie Manas, Dr Pierre Girier dir.

³¹ Virginie Vinel, Un corps qui gêne. Les médecins face à la puberté, Ethnologie française, vol. 154, no. 4, 2015, pp. 655-664

connaissances n'ont pas été éprouvées par l'expérience. Certaines réactions de patients ne peuvent pas être anticipées, un médecin expérimenté ne les anticipera pas non plus, mais il aura acquis une capacité d'adaptation supérieure.

« 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.³² »

À la faculté de médecine de Lyon Est, dans certains cours de sciences humaines, les étudiants sont amenés à réaliser des jeux de rôles : ce sont de petites mises en situation se rapportant à la pratique médicale. Celles-ci permettent de développer, au sens de Jacques Tardiff, des compétences³³. Chaque situation rencontrée permet une meilleure adaptation de l'étudiant lorsqu'une situation qui s'en rapproche sera effectivement croisée dans sa pratique ultérieure. Annonce d'un diagnostic difficile, explications et justification face à un patient sceptique, prise en charge urgente, ce sont autant de situations qui peuvent être abordées. L'analyse post-simulation est une étape primordiale. On pourrait envisager dans ce cadre une analyse plus fine des moyens de prise en charge de la pudeur, dont le réflexe qu'elle doit devenir mérite d'être réfléchi et n'est pas inné. Cela conduit à une anticipation préalable souhaitable de ces situations, afin que le soignant puisse adopter une attitude plus juste lorsqu'il y est confronté par la suite. Particulièrement lorsqu'il s'agit d'une situation où le temps est compté, et peut alors conduire à des erreurs par manque de réflexion.

1. 3. 3. Interférences de genre, de mode et de culture

Dans la consolation à Helvia, Sénèque que évoque la pudeur comme une notion très genrée : la vertu féminine par excellence.

« À tes yeux l'unique parure, la beauté suprême et qui nargue toutes les atteintes du temps, l'ornement le plus glorieux d'une femme, c'est la pudeur. ³⁴»

La pudeur est-elle pour autant une notion genrée ? Indispensable à la construction de l'intime comme nous l'avons vu précédemment, nous comprenons bien que la pudeur n'est pas seulement féminine. Les interférences de genre que nous étudierons sont celles qui s'exercent dans un colloque singulier entre un homme et une femme, deux femmes, ou bien deux hommes. Dans le cadre des soins médicaux, le genre a des représentations préétablies qu'il convient d'exposer ici. Au XIX^e siècle, le modèle dominant de la profession infirmière est la femme, auparavant religieuse, puis peu à peu laïque à l'image du système hospitalier, tandis que le médecin est plus souvent un homme (la première femme à obtenir un diplôme de Docteur en médecine, en France,

³² Xavier Emmanuelli, *le Nouvel Observateur*, HS n°39, 1999, *La chair des pauvres*, 98 pages.

³³ La compétence : « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations », par Jacques Tardiff dans *Organiser la formation à partir des compétences. Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*, Louvain-la-Neuve, Belgique, De Boeck, 2017, p. 15-37

³⁴ Sénèque, *Consolation à ma mère Helvia*, 16, 4, René Waltz trad., Paris, 1961

est Madeleine Brès en 1870). Depuis les mœurs ont largement évolué, les hommes représentent 12,9% de la profession infirmière, et les femmes 48% de la profession médicale en 2019. Selon Saliou-Legas, la gestion des patients violents où agités est traditionnellement déléguée aux hommes dont la force physique est un atout. À la femme, on associe plus une « maternisation des patients³⁵ », comme si un « instinct féminin » intervenait lors de la réalisation de soins. Réflexes archaïques ou traduction d'une réalité ? À ces représentations, parfois dénuées de fondements, sont associées toutes les occurrences de refus de soins qui sont cette fois-ci réelles et fréquentes, liées au sexe du soignant. Georges Maupetit écrit³⁶ que la pudeur naît de la volonté de cacher à l'être de sexe opposé les organes pouvant faire naître chez lui un désir sexuel. Cette précaution laisse alors, selon lui, la possibilité de se dévoiler de manière volontaire, et de protéger sa constitution intime si le sujet a accepté de se montrer. Or, le désir naît-il seulement du regard posé sur les organes sexuels et sur le corps ? D'autre part l'altérité des sexes est-elle, par extension de sa pensée, condition de la pudeur ? Certainement pas, pourtant l'opinion, étant par définition une représentation commune qui n'est pas questionnée, se nourrit de ces représentations et donne lieu à une forme de pudeur « naïve » qu'il convient de respecter. Le soigné peut tout à fait prêter aux soignant des intentions qui n'existent pas. Déconstruire ces représentations en en parlant est une solution de ces situations d'inhibition. Mais la discussion peut-être compliquée à amorcer, justement car le patient préférera, par pudeur, éviter ce sujet. Passer la main revient donc parfois comme la solution la plus respectueuse et la plus aisée. D'autre part, déconstruire ces représentations est un travail qui ne doit pas avoir lieu dans le cadre direct du soin, mais en amont. Car le soigné, dans une situation de soin qui peut être urgente, où sa dépendance et sa fragilité est réelle, où la dissymétrie de relation avec le soignant est parfois si forte, ne sera pas toujours en mesure d'aborder ces sujets.

Nous ne devrions pas passer sous silence la crainte qui existe aussi du côté du médecin, d'être pris pour un voyeur. Il réside dans l'altérité des sexes associée à la nudité une sensualité ancrée dans les représentations, qui n'a pourtant pas sa place dans un cabinet médical. Ces représentations sont entérinées par les fictions (littérature, cinéma) ou la soignant représente souvent un fantasme. Un mot, une attitude ou un regard peuvent, lorsqu'ils sont guettés, suffire à franchir la ligne qui fait basculer l'examen médical dans une situation d'effraction de la pudeur, d'effacement de la décence.

« Le médecin a le droit de voir ce qu'on ne montre pas aux autres, il a le droit de parler de sujets indécents, il a le droit de toucher. Le médecin est parfois vécu comme un voyeur. ³⁷»

³⁵ M. Saliou-Legas, *Hommes et femmes infirmiers, quelles différences dans les soins ?*, La revue de l'infirmière, Octobre 2013, n°194, p. 23 à 28

³⁶ Georges Maupetit, *La Pudeur (Genèse de ce sentiment chez l'homme)*, Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris-Année 1914 pp. 404-417

³⁷ Lucien Israël, *Le jeu du docteur et la relation médecin-malade*, Le médecin face au désir. Le parcours freudien de Lucien Israël, ERES, 2007, pp. 35-59.

Il convient alors de respecter la juste distance, protectrice de la pudeur du patient, et protectrice de la décence que le soigné est en droit, pour reprendre les mots de Lucien Israël, d'attendre du soignant (et inversement !).

Si le genre est bien une interférence notable dans l'expression de la pudeur, que peut-on dire de la pudeur, lorsqu'elle est exprimée au sein d'une société donnée, et à une époque donnée ? Dans Histoire de la pudeur, Jean-Claude Bologne en parlant de l'analyse de la pudeur dit ainsi :

« Tous ceux qui s'y sont risqués ont négligé cette dimension historique particulièrement féconde : chaque époque a privilégié tel ou tel aspect de la pudeur, qui apparaît de façon plus évidente dans une perspective diachronique.³⁸ »

Dans son ouvrage J.C. Bologne met en avant l'existence d'une mode du nu, dont découle alors une mode de la pudeur. Au Moyen-Âge, le nu est perçu comme une faiblesse, au XIX^e siècle, il est ridicule, aujourd'hui il est érotisé. À une époque différente, dans une autre société, montrer ceci ou cela de son corps est ou n'est pas impudique. En témoignent l'histoire du sein, ou des maladies sexuellement transmissibles, dont la syphilis qui fut tantôt honteuse, tantôt une mode. A l'instar des travaux de Hans Peter de Duerr que nous avons évoqué précédemment, et de ceux de Jean-Claude Bologne, le soignant doit donc avoir conscience qu'en pénétrant, dans le cadre de la consultation, dans l'intimité de ses patients, il pénètre également dans un contexte culturel et sociétal, selon lesquels les limites de la pudeur fluctuent et ne doivent pas être franchies.

« Je veux souligner ici que s'interroger sur l'effraction, l'effacement et la mise à mal de la pudeur ne relève pas de la réflexion théorique, mais de l'expérience. Et cette expérience ne méconnaît pas le politique.³⁹ »

Cette analyse d'Albert Nguyên, nous redit que la pudeur est à analyser au sein d'un contexte, qui nécessite autant de connaissances que de compétences.

³⁸ Jean Claude Bologne, Histoire de la pudeur, Hachette. 1986, p.10

³⁹ Albert Nguyên, « Note sur *Effraction de la pudeur* », Champ lacanien 2017/1 N° 19, p. 167 à 170

II- La pudeur au sein du milieu hospitalier

2. 1. La dissymétrie soignant/soigné

À l'hôpital, la relation soignant/soigné résulte d'un déséquilibre aux origines même de la rencontre entre ces deux personnes. En effet, l'un, le soigné, est l'initiateur de cette relation, l'autre, le soignant, la reçoit sans la choisir.

« Il y a toujours eu un moment où l'attention des praticiens a été attirée sur certains symptômes, par des hommes qui se plaignent de n'être pas normaux, c'est-à-dire identiques à leur passé, ou de souffrir. Si aujourd'hui la connaissance de la maladie par le médecin peut provenir de l'expérience d'autres médecins, elle commence toujours par un appel d'un malade. C'est donc bien parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leur maladie.⁴⁰ »

Au sein de cette relation se dessinent bien d'autres asymétries en lien étroit avec les notions de corps, d'intimité, de nudité et donc de pudeur. Intéressons-nous tout d'abord à l'aspect physique de cette relation qui place le soignant dans une situation autrement plus confortable que le soigné. Le soignant reçoit le patient sur son lieu de travail, un lieu qu'il connaît et dont il maîtrise les codes et les rouages : l'hôpital. Il est alors légitime pour le soigné de montrer quelque appréhension devant ce nouvel environnement, et les nouveaux espaces, d'intimité notamment, qu'il devra recréer dans sa chambre. Pierre Perret souligne justement cette perte de repères dans les paroles de sa chanson :

*« Qu'on est loin de son pays natal
Quand on se retrouve à l'hôpital⁴¹ »*

Le soigné doit se dévêtir parfois entièrement, son corps est exhibé, exposé aux yeux du corps médical, qui lui porte une blouse blanche. Cette blouse blanche qui est un symbole, contraste étrangement avec les blouses des patients, ayant fait l'objet d'une pétition en 2012⁴². Celles-ci, toujours utilisées dans certains services d'hôpital, laissent à l'air libre une partie du dos et des fesses des patients lors de leur déplacements au sein du service, les exposant alors au personnel soignant, et aux autres patients. D'autre part la nudité peut être perçue une humiliation lorsqu'elle est unilatérale. Le sociologue Christophe Colera distingue quatre formes du nu : la nudité d'affirmation, imparfaite et sans retouches, qui sert à dénoncer telle ou telle cause, la nudité fonctionnelle pour les actes nécessaires (la douche par exemple) la nudité comme humiliation (celle du prisonnier de guerre) et enfin la nudité comme un don (l'érotisme, la sexualité)⁴³. La demande de déshabillage formulée par le médecin doit être celle de la nudité fonctionnelle. Si elle n'est pas assez précisée ou maladroite, on

⁴⁰ Canguilhem G, *Le Normal et le Pathologique*, Presses Universitaires de France, 1999, Paris

⁴¹ Pierre Perret, *L'hôpital*, 1979

⁴² « Pour des chemises d'hôpital respectant la dignité et la pudeur des patients », pétition lancée par Farfadoc en 2012, et ayant reçu environ 10.000 signatures.

⁴³ Christophe Coléra, *La nudité, pratiques et significations*, Editions Du Cygne, 2008

peut basculer dans une autre forme de nudité et commettre une effraction de la pudeur du patient.

Ceci nous amène au point suivant : un des grands risques pour le soignant est celui d'oublier la gêne occasionnée pour le soigné. Bien que souvent cette gêne soit directement et rapidement explicitée ! En effet il y a pour le soignant certainement, un phénomène d'accoutumance à cette demande de déshabillage, qui rentre facilement dans la routine de la consultation, de l'examen, de la toilette, etc. Tandis que le patient, s'il n'est pas un malade chronique, a très peu d'occasions au quotidien, de se déshabiller devant une personne qu'il connaît depuis quelques minutes, ou qu'il ne voit que rarement pendant l'année.

D'autre part, et cette asymétrie vient une nouvelle fois biaiser le rapport à la pudeur, le soignant au cours de ses études aborde régulièrement le sujet de la nudité. Il connaît le corps physiologique et pathologique dans ses moindres recoins. Il sait comparer objectivement deux corps en les distinguant des personnes auxquels ils appartiennent, alors que pour le soigné, la plus grande des appréhensions est justement d'être comparé à un corps bien portant, ou plutôt *mieux* portant. Elodie Vignon détaille dans sa thèse d'exercice médical⁴⁴, les émotions du patient pouvant déboucher sur des non-dits : « *un sentiment de gêne, une pudeur vis-à-vis du médecin* », « *le sentiment de honte* », « *de fierté, de dignité* », « *la peur de l'anormalité* », ou encore « *la peur du jugement [du médecin]* ».

Ensuite, nous nous devons de revenir sur ce rapport décomplexé qu'ont les étudiants en médecine devant la nudité et le corps : catharsis ou conséquence de connaissances rabâchées, poussant la décomplexion à l'extrême ? N'y aurait-il pas une forme d'oppression systémique du soigné par le soignant, générée par toutes ces dissymétries dans l'exercice de leur travail ? Rire de l'obscénité est une tradition carabine qui trouve son apogée dans les salles de gardes au fresques lubriques. Mais cela existe aussi dans la pratique quotidienne par le biais des plaisanteries, ou lorsque la nudité est présentée sans autre forme de précautions lors des enseignements. Le ressenti du soigné, l'attitude du soignant face à un corps nu y est tue. Tout se passe comme s'il n'était pas nécessaire d'en parler, ou plutôt comme si l'on se savait pas en parler.

« En cours, on nous apprend à rire de la mort et à être suffisamment détaché pour pouvoir manger près d'un cadavre. Et je crois qu'au final, on devient aussi froids que les corps qu'on étudie.⁴⁵ »

Ceci est le témoignage d'Adelina, étudiante en troisième année de médecine. La dissection sur un cadavre fait souvent naître chez les étudiants une gêne à laquelle ils tentent de se soustraire par une plaisanterie maladroite, ou en occultant leurs émotions. Le premier rapport au corps chez les étudiants en médecine se fait en deuxième année par la dissection anatomique sur un cadavre, avant les stages de l'externat qui commencent en troisième année.

⁴⁴ Elodie Vignon, Le non-dit du patient en consultation de médecine générale, thèse d'exercice en médecine, octobre 2015, p.71-72

⁴⁵ Ovidiu Tiță, « Dissections, graisse d'aisselle et selfies macabres : la vie d'un étudiant en médecine », Vice, 31 août 2015

« Ce côtoiement de la mort, dans une ambiance où se mêlent l'effroi et la franche rigolade, permet assurément de prendre ensuite une plus grande distance⁴⁶ »

Dans ce contexte, l'étudiant apprend garder du recul face à ce corps déshumanisé, recul qui devient parfois une norme. Face au corps vivant du patient, certains font preuve du même détachement, devant un patient sous anesthésie générale en particulier, mais aussi en abordant des sujets troublants pour certains patients. Nous pourrions citer par exemple la manière d'aborder la contraception chez des adolescentes au corps changeant, les troubles de l'éjaculation chez l'homme⁴⁷, ou encore l'annonce de diagnostics difficiles. Ces discussions amorcées de manière décomplexées par le soignant peuvent se heurter de plein fouet aux complexes des patients, à leurs représentations, à l'essence même de leur pudeur.

« Turpis non est, quia per naturam venit⁴⁸ »

Cet adage, qui signifie « les choses qui viennent naturellement ne sont pas honteuses », souvent convoqué pour légitimer la nudité et la décontracter le patient exposant son corps dans le cadre médical, semble donc être bien plus une maxime pour le soignant que pour le soigné.

De plus, le corps que le patient donne à voir au soignant n'est pas un corps idéal, c'est un corps souffrant, meurtri, déformé, douloureux.



« Portrait de Charles avec un bâton », par Juan Pantoja de la Cruz, vers 1605

⁴⁶ Catherine Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, Seli Arslan, août 2017, p. 188

⁴⁷ Voir à ce sujet la thèse d'exercice en médecine de Marie Barais, Ejaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale, 2009

⁴⁸ Virgile, Géorgiques, III, v.96

Cette peinture n'a pas été choisie par hasard. Ce portrait de Charles Quint représente l'empereur de trois-quarts, avec une barbe. Charles Quint souffrait de prognathisme⁴⁹, c'est pour cela que nombreux sont ses portraits qui révèlent les mêmes caractéristiques posturales. Chez le médecin, tous ces artifices que l'on retrouve dans la peinture, la mode, le maquillage s'effacent pour laisser place à ce corps « dans tous ses états ⁵⁰» dont parle Frédérique Chauvaud. Le médecin bien portant doit entrer en contact avec la plainte de ce corps en dysfonctionnement, qui cherche par pudeur, par honte, par peur, à dissimuler ses défauts.

Il existe enfin une dissymétrie essentielle entre le soignant et le soigné qui est le fait de leurs expériences et savoirs respectifs. Le soigné, bien qu'il détecte certains signaux d'alerte lancés par son corps, a le statut « d'ignorant biomédical » devant le soignant qui a les compétences pour apporter une aide devant des enjeux de souffrance, de naissance, et de mort, qui sont des enjeux majeurs. Mais le soigné possède une connaissance sur son corps, auquel il a accès dans un rapport intime et intérieur, auquel le soignant n'aura jamais accès. Il se rappelle des expériences passées, a conscience de ses limites physiques, et du cadre socio-environnemental dans lequel il évolue. Ceci conduit le Dr Alain Moreau à dire que le soin naît d'une « rencontre entre deux perspectives et deux expertises »⁵¹. L'expérience du patient éclaire les diagnostics médicaux, c'est ce que Balint appelle « le diagnostic approfondi⁵² ». Il est primordial de faire intervenir la perspective du patient sur son propre problème.

On peut donc avoir une relation dissymétrique, mais sans domination. Il est nécessaire d'avoir conscience de ces dissymétries pour équilibrer la relation thérapeutique. Que la pudeur soit celle du soignant, ou bien du soigné, chaque partie doit user de son expertise pour respecter l'intimité, les réticences et les représentations de l'autre. Certaines asymétries peuvent se surajouter à celles que nous avons évoqué précédemment : le sexe, la classe sociale, etc... D'où la nécessité de développer une relation empathique, et un partage de pouvoir entre le soigné et le soignant.

2. 2. Les menaces hospitalières de la pudeur

2. 2. 1. Réification des corps et gestes de soin « invasifs »

La pratique hospitalière requiert des gestes dits invasifs, dans le sens où ils franchissent et pénètrent l'espace d'intimité du patient, dévoilent son corps de l'intérieur, de l'extérieur, ou selon d'autres perspectives.

Le patient peut-il être pudique devant un aspect de son corps immortalisé sur une radiographie ? L'imagerie médicale ne montre pas seulement le corps nu, mais aussi l'intérieur, qui est plus analysé que photographié.

⁴⁹ Déformation de la mâchoire, décalée vers l'avant

⁵⁰ Frédéric Chauvaud, *Le corps dans tous ses états*, *Sociétés & Représentations*, vol. 6, no. 1, 1998, pp. 211-227.

⁵¹ Conférence de SSH donnée à la faculté de médecine Lyon Est par le Dr Alain Moreau, le 7 février 2019,

« L'approche centrée patient »

⁵² M. Balint, *Le médecin, son malade, la maladie*, Paris, Payot, 1960

« Lorsque les manipulateurs [radio] travaillent sur leur console et que le corps devient « imagé », la question du genre ne se pose que rarement, le corps se désérotise et devient asexué ⁵³»

Dans son ouvrage sur le rapport au corps vu sous l'angle de l'imagerie médicale, Cécile Estival montre que la vision des patients de leur corps est différente lorsqu'il s'agit du corps physique de la personne qui se dévêtit, que lorsqu'il s'agit du corps observé par l'imagerie grâce à laquelle on observe l'intérieur. Pourtant, lorsque quelques-unes des patientes qu'elle a interrogées parlent de leur ressenti quand le médecin observe leur imagerie, celles-ci décrivent l'impression d'être nues, et le sentiment de pudeur qu'elles éprouvent à cette impression. Le plus souvent, la reconnaissance d'un détail anatomique particulier sur une imagerie permet au patient de s'identifier lui-même, le renvoyant « à la singularité de son être⁵⁴ », ce qui fait donc naître la pudeur. Dans d'autres cas au contraire, le patient ne se reconnaît pas et dissocie mentalement son corps physique et sa représentation qu'il voit sur l'imagerie produite.

Dans le cadre du soin d'autres pratiques menacent la pudeur en s'immisçant dans l'intimité du corps. Dans la première scène de son film-documentaire autobiographique sur le SIDA, Guibert nous donne à voir un corps mis à nu, désincarné, livré à la froideur des examens médicaux.

*« Le processus de détérioration amorcé dans mon sang par le SIDA se poursuit de jour en jour. Bien avant la certitude de ma maladie sanctionné par les analyses, j'ai senti tout à coup mon sang **découvert, mis à nu**, comme si un vêtement l'avait toujours protégé sans que j'en ai conscience, il me fallait vivre désormais avec ce sang **dénuqué, exposé**, à toute heure dans les transports publics, dans la rue quand je marche, toujours guetté par une flèche qui me vise à chaque instant. Est-ce que ça se voit dans les yeux ?⁵⁵ »*

Ces paroles sont prononcées par la voix-off, alors que la scène montre une infirmière effectuant une prise de sang sur le personnage principal. L'examen médical invasif, qui expose le corps n'est pas anodin. Le sujet se retrouve noyé, dépossédé de toute intimité. Son identité se confond avec celle de sa maladie par l'effraction de la pudeur. On peut supposer que la pudeur dépend également de la nature de la maladie. Certaines comme le SIDA ont dans l'imaginaire collectif un caractère honteux contre lequel luttent les associations de patients. L'exposition du sang de malade en révèle trop de sa personne, qu'il voudrait soustraire au jugement d'autrui.

La médecine est une science qui expose les corps. Jusqu'à la Renaissance le corps était considéré comme sacré, il n'était pas possible de l'ouvrir, la médecine européenne restait tributaire de la médecine Galénique (Galien avait disséqué des

⁵³ Cécile Estival, *Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur dans la relation patients-soignant*, 2012, p. 77-91

⁵⁴ Margitta Zimmermann, *Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique*, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, Paris, 2004, p. 325.

⁵⁵ Extrait de la bande son du film *La pudeur ou l'impudeur*, d'Hervé Guibert, 1991

singes) et des avancées d'Hippocrate. À la Renaissance, dans son traité De Pictura⁵⁶, Alberti change cette vision. Il dit que pour bien représenter un corps, l'artiste doit connaître la disposition des muscles et des os. Léonard de Vinci, et Michel Ange notamment récupèrent des cadavres pour effectuer des dissections. Pour les médecins est alors mise en place à la Renaissance une dissection par an. Ces dissections se faisaient par un chirurgien qui exposait le corps sous la lecture par le médecin des ouvrages de Galien. Nulle analyse ou recherche : on était plutôt dans la démonstration des découvertes Galéniques. De nos jours, la dissection des cadavres a fait, et fait toujours progresser la médecine, sur la compréhension mécanique du corps, la conception prothétique, etc. L'exposition du corps est une nécessité. Mais son exhibition ne doit pas devenir obscène.

Pour exposer ces corps le soignant doit les réifier, le temps de l'acte technique. Éric Fiat raconte à ce sujet une opération du cerveau à laquelle il a assisté aux côtés d'une amie neurochirurgienne. Il raconte :

« Je me suis dit : "mince, elle est en train d'intervenir sur le cerveau, le souvenir d'une promenade en forêt, le désir qu'elle a de cet homme, sur cette petite tristesse." Je ne suis pas parvenu à objectiver. Si vous regardez le cerveau de quelqu'un comme le foyer des sentiments, vous ne pouvez pas opérer. »⁵⁷

S'il s'est évanoui, c'est qu'il n'a pas réussi à dissocier le *Körper* du patient qui était opéré, de son *Leib* (cf. Husserl, page 9), et a donc pensé l'opération comme une opération sur son esprit matérialisée par son cerveau. La prise de distance nécessaire dont parlent les étudiants en médecine prend tout son sens lorsqu'il s'agit de réaliser de tels actes. Mais lorsque ceux-ci sont effectués, la relation avec le patient en tant que personne doit à nouveau s'établir, le médecin doit à nouveau s'adresser à son patient comme un *Leib*, et se laisser toucher par son histoire. Comme Éric Fiat se plaît à le dire⁵⁸, le bon samaritain ne fait pas un bon soignant, il soigne l'âme, mais le soin du corps requiert aussi bien souvent de la technique, qui nécessite une objectivisation du soin et du corps. Jean Cocteau, lorsqu'il a été hospitalisé pour un anthrax, un flegmon, un impétigo et une trachéite à la fois, écrit dans son journal :

« Etrange psychologie que celle des bonnes sœurs. Les bonnes sœurs ne sont pas vraiment bonnes. Les bonnes sœurs ont remplacé la bonté par un mécanisme de bonté. C'est un automate vêtu de blanc qui entre dans la chambre, la range et en sort. Toute attention à la singularité du cas du malade dérèglerait le mécanisme et leur semblerait un crime de lèse-majesté par rapport au médecin chef ou à la mère supérieure⁵⁹ »

⁵⁶ Leon Battista Alberti, De pictura, 1435

⁵⁷ Éric Fiat, « De l'intime à l'extime, et retour », conférence prononcée à l'occasion de la 14ème Journée Haut-Rhinoise de Psycho-Oncologie le 14 juin 2013

⁵⁸ France Culture, Les Chemins de la philosophie « Au lit ! Épisode 2 : La pudeur sous perfusion », par Adèle Van Reeth et Eric Fiat

⁵⁹ Jean Cocteau, Journal, 16 avril 1945

Cet extrait date d'avant la sécularisation de l'hôpital, mais il est frappant d'actualité sur la manière de fonctionner de certains soignants. Le soin est protocolisé, mécanisé, de manière nécessaire, lorsqu'il n'efface pas la singularité de la prise en charge du patient hospitalisé.

2. 2. 2. Réalité hospitalière et concept de fatigue

La morale et l'éthique sont théorisées et ont été analysées par des hommes s'adressant à un esprit en forme. Mais la réalité devient toute autre au lit du malade. La fatigue est-elle une limite à l'éthique ? L'éthique est-elle la même dans la maladie, l'urgence, la souffrance ? Dans des périodes de fatigues, et nous en faisons nous-mêmes trop souvent l'expérience, les vertus aristotéliennes⁶⁰ sont rendues difficiles. Le courage se transforme en lassitude, en lâcheté, l'altruisme et la patience se transforment en l'impatience de petits enfants.

*« "L'ocnophilie", pour reprendre le terme de Balint, nous donne, en effet, l'impression d'être une attitude primitive, spontanée, quasi-réflexe, à **tendance régressive** où l'infirmière identifiée à un objet "ocnophile", constitue un symbole de sécurité, telle une mère aimante et sûre. L'attitude du patient à l'hôpital ne se comprend dès lors qu'à partir de ses sentiments de **peur, de honte et de pitié**.⁶¹ »*

Un homme fatigué et souffrant régresse en certains points de son psychisme. Il doit d'abord se porter lui-même avant de porter les autres.

« Le rapport avec la nudité prend alors le relais de toutes les attentions qu'on ne peut plus désormais accorder aux actions thérapeutiques.⁶² »

Devant la mort, contre laquelle les soignants se battent parfois jusqu'à l'épuisement, la pudeur devient première. L'effraction du corps par les machines, pénétrant par tous les orifices, se résorbe. Un silence habille la chambre et les allées et venues s'estompent. Et par-dessus tout, on habille le mort.

*« La notion d'assise corporelle est frappante : les soignants sont sur la corde raide, toujours à la limite, le plus souvent dans un état de fatigue avancée. Une forme de pudeur chronique et tacite porte sur ces états du corps, elle appartient à un quasi-code : **on ne parle pas** de fatigue, ni du manque de sommeil. Seul les petits jeunes, les étudiants, en parlent ... Les réanimateurs sont des lutteurs, et la première personne sur laquelle ils font effraction est la leur propre. Habilités à entrer dans le corps d'autrui, ils repoussent les limites de leur énergie vitale, apprenant à vivre, comme ils le disent, sur les surrénales.⁶³ »*

⁶⁰ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, 1108a5

⁶¹ Jean-Gilles Boula, *Perspective soignante : corps malade et régression*, 2017

⁶² Christine Bergé, *Retenue du regard, larmes contenues. Pudeurs réciproques en service de réanimation*. 2004

⁶³ Ibidem

Face à la fatigue, soignants comme patients suivent la même éthique : la pudeur ressurgit, ou plutôt paraît être le résidu le plus résistant de leur éthique.

Cocteau toujours lors de son hospitalisation écrit : « il m'est arrivé de parler de la souffrance quand je ne la connaissais pas, alors je pouvais la couler en belles images, je pouvais la nervaliser ». Gérard de Nerval avait décrit la douleur avec des mots poétiques, contemplatifs. Or l'homme qui souffre se tait et ne parle plus qu'avec les mots d'une bête : cris, gémissements, silence. La douleur menace l'éthique et la parole : elle évoque la mort devant laquelle nous sommes « acculés, cloués, vidés ⁶⁴ ».

2. 3. Préserver la pudeur sans la dénaturer

2. 3. 1. Pudeur extérieure et intérieure

Lorsque le voile de la pudeur devient trop évident, n'est-il pas hypocrite ? Que reste-t-il de la pudeur lorsqu'elle se montre ? « On gâte des sentiments si tendres à les raconter en détail ⁶⁵ », disait Stendhal.



La Pudeur, d'Antonio Corradini, 1752

Cette sculpture illustre bien l'ambiguïté de la pudeur lorsqu'elle se montre. Cette femme voilée d'une apparente pudeur, est ô combien impudique, sous ce léger tissu qui ne cache rien de l'érotisme de ses courbes voluptueuses. Aussitôt qu'on l'affiche, la pudeur n'est plus.

Éric Fiat opère une distinction entre la pudeur et la coquetterie. La coquette baisse son regard et rougit pour mieux se montrer, tandis que la pudique baisse son regard, rougit et voudrait disparaître. L'impudique a peur de l'autre et peur pour lui-même, la pudique a peur pour l'autre et peur de lui-même.

« La coquetterie demande à être vue, la pudeur regrette d'être vue ⁶⁶ »

⁶⁴ Philippe Jaccottet, *Leçons* p. 15

⁶⁵ Stendhal, *Vie de Henry Brulard*, 1836, chapitre XLII

⁶⁶ Claire Marin et Éric Fiat, *Les chemins de la philosophie*, France Culture, « La Pudeur - Épisode 3 : Quand la maladie nous met à nu », avril 2016

Au moment même où la pudeur s'extériorise, et se raconte, elle cesse d'exister. On ne peut être pudique et le dire. (De la même manière qu'on ne peut être humble et le dire). La lettre X des Liaisons dangereuses illustre bien dans le ton de Mme de Merteuil l'hypocrisie de la pudeur lorsqu'on la calcule. Elle parle de son déshabillé qui « ne laisse rien voir, et pourtant fait tout deviner ⁶⁷ ». La pudeur ici affichée est une façade trompeuse à la débauche et au mensonge.

La pudeur donne une épaisseur, une profondeur à nos personnes. Une personne qui se dévoile entièrement à la première rencontre n'éveille pas la curiosité et le désir. Mais au-delà de toute considérations de ce genre, une personne sans pudeur est une personne plate, mécanique et sans la complexité de l'être qui fait sa richesse. Comment peut-on la dévoiler sans la dénaturer ? Comment le soignant peut-il respecter la pudeur sans pour autant en parler ? Il s'agit pour le soignant de regarder avec pudeur et de toucher avec tact : son but est bien de prévenir un glissement de la pudeur à la honte. Ceci n'appelle pas de mots, mais une attitude. La pudeur est bien propre à une personne, mais elle ne dépend pas seulement d'elle. Elle dépend plutôt de l'altérité, de l'attitude de l'autre envers elle, ou plutôt de l'anticipation qu'elle a de cette attitude.

2. 3. 2. Respecter le mystère

Aristote pour caractériser l'éthique, disait que celle-ci est une « kairologie », une science du *kairos*. Ce mot grec est celui du « moment opportun, de l'occasion propice »⁶⁸. Dans le soin, la ligne éthique à suivre doit être celle du moment opportun. Le soignant doit avoir le tact de la temporalité. L'annonce d'un diagnostic difficile ne se fait pas à la première consultation pour tous les patients, la toilette d'un autre ne se fait qu'après avoir échangé quelques mots, la mise en place d'un traitement se fait plus progressivement avec tel patient qu'avec tel autre... « Pour bien agir, encore faut-il agir à propos ⁶⁹ » disait Montaigne. L'intervention du soignant doit avoir lieu à un moment décisif et nécessaire. Toute tentative de suivre un plan préétabli risque d'être réduite à néant devant une situation qui est unique et singulière.

D'autre part, et toujours à la manière de l'éthique aristotélicienne, l'éthique clinique doit être une éthique de la *phronesis*. La *phronesis*, vertu intellectuelle, peut se traduire par la prudence. Celle-ci selon Aristote, ne se réduit pas à une simple intuition et retenue, mais elle invite à la délibération. Le but étant de déterminer la normativité propre au patient, en vue d'un soin adaptée et du respect de la pudeur s'inscrivant elle-même dans l'histoire du patient. L'éthique aristotélicienne est l'éthique de la juste mesure qui doit s'appliquer à la relation de soin.

« L'évaluation du malade appelle à la rigueur, à la retenue et à l'écoute⁷⁰ »

⁶⁷ Choderlos de Laclos, Les liaisons dangereuses, 1782, lettre X

⁶⁸ Patrice Guillaud, L'essence du kairos, Revue des Études Anciennes, vol. 90, nos 3-4, 988, p. 359-371

⁶⁹ Montaigne, Les essais, 1580

⁷⁰ Gilles Voyer, Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne. Montréal, Artel-Fides, 1996, p. 156

Cette éthique de la juste mesure et du tact est la meilleure façon de respecter la pudeur du soigné comme du soignant.

Sur un lit d'hôpital, il est nécessaire pour le soignant de reconnaître et de faire place à cette grande part de mystère qui règne auprès de la souffrance et de la mort. Simone Weil affirme que le philosophe doit conjuguer tous ses efforts pour circonscrire le mystère, il doit convoquer toute sa raison et son intelligence à le dissiper. Toutefois sur le lit d'hôpital, face à la mort, le soignant doit reconnaître que le mystère est dans le cœur de celui qui va mourir, et doit respecter ce mystère. Les derniers instants d'un patients sont des moments, pour qui veut soigner de manière éthique, devant être empreints de retenue, de la pudeur par excellence, qui enveloppe d'un voile protecteur la peur du mourant.

2. 3.3. Considérer la triangulation au lit du malade

Au lit du malade se retrouvent trois entités, trois cœurs ambivalents et clivés. Dans le soin, il convient d'équilibrer cette triangulation :

- Le malade souffre : ses états physiques et ses états d'âme lui font dire tour à tour que « la vie ne vaut rien mais rien ne vaut la vie⁷¹ ».
- Le proche compatit : *cum-pathos*, il « souffre avec » le malade. Son état de fatigue parfois démesuré voudrait que le malade s'en aille, puis son éternel refrain reprend, « laissez-le moi, encore un peu, mon amoureux⁷² »
- Le médecin : il voudrait parfois guérir plus qu'il ne soigne. Doit-il maintenir la vie à tout prix ?

L'interaction de ces trois corps pensants sous-entend la cohabitation de trois corps pudiques. Ceux-ci n'expriment pas toujours bien leurs émotions, car ils n'y sont pas préparés. De même leurs réactions parfois exemptes de justesse nous redisent la spontanéité de la pudeur.

« Le travail, et non pas l'œuvre, exige pour bien réussir une exécution rythmée, et lorsque plusieurs travailleurs font équipe, il lui faut une coordination rythmique de tous les gestes individuels⁷³ »

Celle-ci nécessite donc coordination. La triangulation dans le soin est parfois perçue comme une contrainte car elle donne lieu à l'interférence de plusieurs intérêts divergents. Mais comme le dit à juste titre Jean-Pierre Gagnier⁷⁴, cette triangulation permet une dilution de la souffrance du patient, une dilution de la responsabilité d'une décision qui ne serait prise que par le soignant, une dilution de la fatigue de l'accompagnant. Cela rajoute en revanche des contraintes lors de la mise à nu du patient par exemple : que peut-on laisser savoir et voir à ses proches ? Rien que le patient ne cautionne pas. Et si le patient n'est pas en mesure de s'exprimer ? Il convient d'appliquer comme nous l'évoquions plus haut un principe de précaution auprès du

⁷¹ André Malraux, *Les conquérants*, 1990

⁷² « Mon Dieu », Edith Piaf, 1960

⁷³ Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Agora, 1988, p. 41

⁷⁴ Jean-Pierre Gagnier et Linda Roy, « Souffrance et enjeux relationnels dans le contexte de la maladie grave », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 36, n°1, 2006, pp. 69-79.

personnel soignant et des proches, en prenant soin d'une pudeur qu'on devine, qu'on suppose par défaut.

« 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 accord⁷⁵ »

Cela se traduit par l'aménagement des espaces de consultation et de la chambre du soigné. L'organisation de la chambre d'hôpital va au-delà de considérations seulement sanitaires et septiques : elle considère l'intime.

« Le soignant aménage un espace commun comme on aménage une maison, soit a le souci de la bienséance qui va au-delà du rapport technique.⁷⁶ »

⁷⁵ Formation de pratique du soignant, Ed. Masson, page 9.

⁷⁶ École de la paix, Café 63 : La pudeur et le vivre-ensemble Textes

III- La pudeur comme outil thérapeutique

3. 1. Potentialisation de l'alliance thérapeutique

3. 1. 1. Toucher et regard qui restaure

Le pudique voudrait se recroqueviller tandis que le soignant a besoin l'examiner, parfois sous toutes ses coutures, de le palper, et d'entrer en communication. Il s'agit alors de prendre en charge la pudeur elle-même, en prenant soin de la caractéristique rétractile du pudique. L'origine étymologique d'auscultation est issue du latin *auscultare*, qui signifie « écouter ». L'auscultation permet d'écouter celui qui s'est tu par douleur, ou plutôt s'exprime par les maux davantage que par les mots. Le soignant même s'il doit objectiver son patient le temps du geste doit aussi laisser une grande place à la compréhension et l'écoute. Les soins et la manière d'examiner le patient doivent être en accord avec la protection de sa dignité. Avant d'être inscrit dans la loi⁷⁷, c'est aussi une obligation morale pour le soignant. Concrètement, la prise en charge de la pudeur réside dans le tact du regard et du toucher par le soignant, il s'agit d'un abord non-insistant. Si l'on regarde un corps abîmé de manière insistante, on manque de respect au patient, qui a perdu la maîtrise de celui-ci. Le regard empathique est celui qui sauve ses apparences, qui se refuse à objectiver le patient. Comme le dit Husserl, et nous l'avons vu précédemment⁷⁸, laver un corps-sujet est différent de laver un corps-objet : laver un corps est différent de laver sa voiture.

Sartre analyse ainsi le regard : le regard a le pouvoir d'objectiver et de considérer le sujet collé un objet extérieur. Le sens premier du mot objet, du latin *objectum* désigne « ce qui est placé devant », ce qui est jeté devant-soi. Montrer son corps pour le patient, c'est le projeter et l'étaler sous le regard d'autrui, le livrer sans défense. Ceci nécessite d'être en confiance, car l'être-sujet est détroné par le regard du soignant, qui l'objectivise.

« Je viens de faire un geste maladroit ou vulgaire : ce geste colle à moi, je ne le juge ni ne le blâme, je le vis simplement, je le réalise sur le mode du pour-soi. Mais voici tout à coup que je lève la tête : quelqu'un était là et m'a vu. je réalise tout à coup la vulgarité de mon geste et j'ai honte. Il est certain que ma honte n'est pas réflexive, car la présence d'autrui à ma conscience, fût-ce à la manière d'un catalyseur, est incompatible avec l'attitude réflexive : dans le champ de ma réflexion je ne puis jamais rencontrer que la conscience qui est mienne. Or autrui est médiateur entre moi et moi-même : j'ai honte de moi tel que j'apparais à autrui.⁷⁹ »

Cet extrait de L'Être et le Néant illustre ma constitution comme "objet" dans le regard d'autrui, mais étant sujet, j'ai "honte" de lui apparaître comme objet regardé et non comme sujet regardant. Autrui doit être le moyen de me constituer comme conscience "regardante" mais aussi comme conscience "regardée". De là surgit la formule célèbre : « l'enfer c'est les autres ». Le regard de l'autre empêche

⁷⁷ Loi Kouchner, mars 2002, article L1110-2 du CSP. « La personne malade a droit au respect de sa dignité. »

⁷⁸ Cf. Note 18

⁷⁹ Jean-Paul Sartre, L'Être et le néant, 1943

notre relation d'évoluer s'il me fige dans une relation sujet-objet (dans laquelle je suis l'objet). Je suis dominé par l'extériorité du regard d'autrui qui empêche notre rencontre. Ceci se passe si le soignant considère son patient comme un amas d'organes en dehors du geste de soin.

Pour Laure de Brugière⁸⁰, le regard adressé au patient doit alors être « *un regard qui envisage, et non qui dévisage* ». Les gestes doivent le mettre en confiance, c'est un toucher qui restaure le corps autant que la dignité du patient. La question que doit se poser un soignant avec ses patients est la suivante : « Qui suis-je pour être si proche de ce corps ? ». Le soignant doit s'émerveiller devant chaque personne, qui, honorée, recouvre sa dignité. Tout homme est une histoire sacrée qui nous renvoie en la respectant, à la dignité de chacun.

L'analyse de Merleau-Ponty situe quant à elle la pudeur dans l'affrontement des consciences :

« Dire que j'ai un corps est donc une manière de dire que je peux être vu comme un objet et que je cherche à être vu comme sujet, qu'autrui peut être mon maître ou mon esclave, de sorte que la pudeur et l'impudeur expriment la dialectique de la pluralité des consciences et qu'elles ont bien un signification métaphysique. ⁸¹ »

La pudeur et l'impudeur établissent donc un rapport de force avec autrui, c'est dans ce cadre que l'on choisit de dévoiler son corps ou non. Les consciences modulent selon la crainte ou la volonté de fasciner lors de l'exposition du corps, soit la peur d'être esclave ou la volonté de rendre autrui esclave. C'est donc un affrontement des libertés, car ce qui est en jeu c'est la maîtrise de l'autre réduit comme objet lorsqu'il livre son corps à un regard extérieur.

Le peintre Amaury Duval, lorsqu'il rapporte ses souvenirs de l'atelier de son professeur Ingres, parle du regard spécifique au peintre, que celui-ci pose sur le corps.

*« En général, ces jeunes filles commençaient le métier de modèle à un âge où le sentiment de la pudeur n'existe pas encore; et elles en prenaient l'habitude sans s'en apercevoir. Quant à celles qui débutaient plus tard, souvent poussées par la misère, presque toutes m'ont avoué que leur première émotion durait bien peu devant l'attitude sérieuse du peintre. Elles sentaient tout de suite qu'elles n'étaient pour lui **qu'une chose dont il admirait la beauté**, de la même façon qu'il eût admiré une œuvre d'art. En effet, pour nous, la vue d'une jeune fille nue, sur la table de modèles, en plein jour, est tellement **dépourvue de toute impression sensuelle**, que le modèle comprend du premier coup qu'elle n'a affaire qu'à un peintre, pas le moins du monde à un homme et je pourrais ajouter -comme preuve la difficulté qu'on avait à les décider à poser devant ce qu'elles nommaient un bourgeois, si même on y parvenait. Plus la beauté est grande, plus l'admiration du peintre éteint en lui ce qui n'est pas tout à fait pur et élevé. ⁸² »*

⁸⁰ « Soigner avec pudeur » conférence avec E. Gobilliard et Dr L. de Brugière, le 13 novembre 2019, centre Laennec

⁸¹ Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945

⁸² Amaury Duval, *L'atelier d'Ingres : souvenirs* / par Amaury-Duval, 1878, BNF, 297 pages

La pudeur dépend donc de la qualité du regard posée sur le corps. Dans ses souvenirs, Amaury Duval rapporte également que seuls les carabins, outre les artistes peintres, étaient autorisés moyennant une petite participation financière, à venir regarder le corps nu des modèles qui posaient ; tandis que l'insistance et les grosses sommes offertes par des artistes amateurs pour regarder le modèle poser nue étaient systématiquement refusées.

3. 1. 2. L'art de la mise à nu

Y'a-t-il un art et une manière de se dénuder ? Pour le philosophe Max Scheler, la mise à nu est intentionnelle, car l'intention qui se cache derrière la nudité est plus évocatrice que la nudité elle-même⁸³. Le journaliste Luc Adrian⁸⁴ illustre ce propos par des situations équivoque qui montrent que la pudeur dans la mise à nu est au service de la relation car elle sauvegarde la possibilité d'une communication, et que l'impudeur ne se limite pas à la nudité. Une personne qui se met à nu de manière provocante coupe court à la relation en instaurant une gêne destructrice pour celle-ci.

Dans ces situations parfois choquantes où la pudeur est mise à mal, et qui peuvent survenir dans une relation de soin, la clé du soignant comme du soigné pour s'en extraire est la parole. La parole permet de désamorcer ces situations par l'aveu de la gêne ressentie par l'une ou l'autre des parties. Lorsque cette approche que nous qualifierons de frontale est difficile, la parole s'utilise également comme outil d'auto-dérision du soignant comme du soigné. Laure de Brugière témoigne de ces situations délicates où le médecin « doit avoir à cœur de verbaliser ses gestes et ses réflexions pour le patient⁸⁵ ». Le soignant doit ainsi demander la permission à son patient avant tout contact physique, et lui expliquer la finalité de son geste. Elle rappelle régulièrement à ses patients l'accord trop souvent tacite qui les lie sur le plan du secret médical. L'examen est le lieu de la confiance du corps, de la confiance du patient qui lui livre sa pudeur.

Cependant l'attention particulière accordée à la verbalisation doit être doublée d'une focalisation analogue sur la communication non-verbale. Le professeur Boulos prête une attention particulière au fait de se mettre à la hauteur du patient, car il y a une symbolique forte dans ce geste, et cela facilite la communication par le regard. L'expression du visage doit être contrôlée car le patient y guette souvent des informations sur son état de santé, et guette la réaction du soignant à la vue d'une chose qu'il a peur d'exposer. De manière paradoxale, certaines fois, plus on s'éloigne du patient et on se tient à distance, plus on est objectifs sur son observation, et mieux on le soigne. Le soignant doit donc se tenir à la distance qui considère l'autre avec justesse, dans sa relation avec le patient, mais aussi physiquement. Les ouvrages médicaux recommandent une distance juste d'environ cinquante centimètres qui lorsqu'elle est franchie, doit l'être pour une raison impérieuse, pour laquelle le patient a été dûment averti et a donné son consentement.

⁸³ Max Scheler, *La pudeur*. Trad. par M. Dupuy, Paris, Aubier, 1952, pp. 416-418

⁸⁴ Luc Adrian, « La pudeur est un cadeau » article, 24 juillet 2012, Numéro 1799

⁸⁵ « Soigner avec pudeur » conférence avec E. Gobilliard et Dr L. de Brugière, le 13 novembre 2019, centre Laennec

Un cabinet médical, tout autant qu'une chambrée double à l'hôpital doivent être aménagés. L'existence d'un espace où le patient peut se changer en s'extrayant du regard du soignant et d'une tierce personne est idéal, la séparation des espaces à l'aide de paravents peut être une alternative. Dans les chambres doubles de l'hôpital il en existe trop souvent qui sont empoussiérées dans un coin. Nous l'avions également évoqué lors de nos situations d'appel : lorsque l'aménagement de la pièce ne se prête pas à l'arrangement d'un espace d'intimité, le soignant, peut aussi sortir de la pièce le temps que le soigné se déshabille. Ce geste est un signe de respect et non d'abandon comme je l'avais interprété de prime abord. Le soignant doit également faire sortir les accompagnants de la personne qu'il soigne et aussi des autres soignés qui sont dans la pièce. Ces chambres doubles posent un réel problème de confidentialité et de pudeur au sein de l'hôpital. Comment en effet annoncer un diagnostic difficile, ou poser des questions intimes qui sont parfois les plus importantes, sans heurter le patient aux frontières de ce qu'il ne souhaite pas dévoiler ?

3. 2. Le morcellement salutaire du corps

3. 2. 1. La médiation par l'objet

L'hôpital est un lieu rempli de machines et d'outils divers et variés dont l'utilisation effraie souvent les patients. Ceux-ci peuvent ne pas comprendre leur utilité, se sentir alors considérés au même rang que ces objets, se sentir fouillés, ou plutôt « trifouillés », dirons-nous de manière plus triviale. Pourtant pourrions-nous considérer un tenant positif à cette exploration ? Non point en s'attardant sur sa nécessité dans le soin, car nous ne traiterons pas de cela ici, mais du point de vue de la pudeur. Le morcellement du corps met-il réellement à mal la pudeur corporelle ?

Dans la préservation de la pudeur se joue un point essentiel de la confiance entre le patient et le soignant. Le patient accepte de se dévoiler, s'il fait confiance au soignant : s'il estime que son action est nécessaire et que le soignant saura l'exploiter. On étudie alors une confiance qui attend un retour de connaissances et de compétences. Il le fera également s'il est assuré que son intimité, qu'il livre totalement par son corps et par son discours, ne sera dénigrée ou exposée à un tiers que dans la limite de l'anonymat ou d'un avis nécessaire au soin.

Le soignant peut alors faire une utilisation que nous appellerons didactique de l'objet technique qui dévoile le corps du patient : celui-ci devient instrument de dialogue. Le soignant qui utilise un discours parfois abscons et confus, ce qui le rend anxiogène pour le patient, peut choisir de l'intégrer dans sa démarche réflexive. Il explique l'outil employé, et si cela est possible laisse le patient participer à son utilisation. C'est d'ailleurs le principe de l'éducation thérapeutique du patient, de plus en plus mise en place pour les affections longue durée. Celle-ci s'inspire par ailleurs des travaux de Carl Rogers⁸⁶ ayant débuté en 1942 et stipulant que le rôle du soignant est de faire émerger les besoins du patients et l'aider à mobiliser ses propres ressources, plutôt que de lui imposer des solutions de soin

⁸⁶ Carl Rogers, La relation d'aide et la psychothérapie, ESF Éditeur, 2005, p. 235.

venues de l'extérieur. Le patient accroît ainsi sa connaissance de lui-même, trouve des solutions adaptées à ses attentes et augmente son autonomie. Autre exemple : Marion Coville atteinte d'endométriose explique en conférence ⁸⁷ que l'échographie est un examen qui lui a permis de faire équipe avec son médecin. En effet c'est un examen dynamique dans lequel elle avait un rôle actif à jouer. Ainsi dans ce cas, le patient ne sacrifie plus sa pudeur sur l'autel de l'examen médical, mais se retrouve acteur au sein d'un rapport de confiance.

Jean-Philippe Pierron constatant l'impact grandissant de nouveaux outils dans le soin, dit à ce propos :

« Une médecine de la médiation technologique s'est substituée à une médecine de la palpation »⁸⁸

Un exemple probant de cette affirmation dans l'histoire médicale serait l'invention du stéthoscope par le Dr René Laennec en 1816. Selon la tradition, celui-ci aurait inventé l'objet par souci de précision, mais également par souci de pudeur.⁸⁹ Auparavant l'examen des bruits cardiaques s'effectuait en posant son oreille contre la poitrine dénudée du patient. Elle était dite « auscultation immédiate » à laquelle Laennec appose alors une « auscultation médiate »⁹⁰. Ainsi malgré un examen explorant plus méticuleusement la fonction cardiaque, la pudeur s'en retrouve inversement protégée. La partie du corps soumise à un examen approfondi s'en retrouve comme extraite, et protège par conséquent le reste du corps d'un examen ou de regards superflus.

En nous attachant à nouveau à l'aménagement d'un lieu de soin, mentionnons alors le rôle de l'éclairage dans le morcellement positif du corps. Au bloc opératoire, ou dans une salle de soin, un éclairage plus tamisé et une lampe plus forte focalisée sur la zone à observer, peuvent lorsque le cas s'y prête, être un bon moyen de centrer le soin seulement sur l'essentiel du corps, évitant alors de mettre à mal un corps dénudé et surexposé. Les champs stériles ne découvrant qu'une zone délimitée du corps ont un rôle analogue. Marie-Christine Pouchelle dit alors que le chirurgien travaille sur un morceau de corps « relativement isolé du reste de la personne, et en ce sens sur une abstraction »⁹¹. Suivant la même ligne de réflexion, c'est ce qui se passe lors de l'entretien médical, où les questions posées par le médecin ne doivent pas revêtir de caractère intrusif mais sont motivées par une recherche d'éléments nécessaire à la réflexion diagnostique. Le soignant doit ainsi apporter de la nuance tant dans son discours que ses agissements, utilisant un principe de clair-obscur qui met uniquement en lumière ce qui est nécessaire et choisi par le patient.

Enfin, nous reprendrons ce cas de l'imagerie sur lequel nous nous étions attardés. Elle qui propose une exploration plus profonde du corps, et possiblement de celui-ci dans son ensemble. L'imagerie a ceci de spécifique, qu'elle explore le

⁸⁷ Marion Coville, Conférence de SSH de la faculté de médecine Lyon Est, 2019

⁸⁸ Jean-Philippe Pierron, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n°2, 2007, pp. 43-66

⁸⁹ Chantal Puech, *L'invention du stéthoscope*, Blog Gallica, 2016

⁹⁰ René Laennec, *De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*. (tomes 1 et 2)

⁹¹ Marie-Christine Pouchelle, *L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière*, Seli Arslan 2003, p.212

corps dans une profondeur avancée. Pourtant est-elle réellement le reflet du corps ? aucun des deux groupes interrogés par Cécile Estival ne dit réellement observer une pudeur comparable à l'idée d'un corps réel et physique nu, face à ces images de l'intérieur du corps interprétées par le corps médical. Cette appropriation du corps suppose un effort qui n'est pas inné, comme elle le souligne dans ses travaux. Paradoxalement, on peut dire que l'imagerie renvoie l'image d'un corps asexué tandis qu'elle pénètre au plus profond du corps, révélant des parties plus qu'intimes et se centrant parfois sur les parties sexuées de ce corps (exploration de l'utérus, des ovaires, des testicules...). Le propre de l'imagerie est de rendre visible ce qui est invisible, mais aussi de rendre invisible ce qui est visible : organes génitaux externes, et certaines parties sexualisées du corps (peau, seins, fesses...) que l'imagerie ne met pas en évidence⁹². Malgré une exploration plus poussée du corps, l'interprétation de ces images ne se fait ainsi pas forcément au détriment de la pudeur.

3. 2.2. Une violence salutaire : la mise à nu comme force de décantation

Qualifier la maladie d'événement positif permettant un recueil sur soi-même, un temps de pause que l'on jugerait, de l'extérieur, bienvenu pour certains, est bien le fait de ceux qui n'ont jamais été dans une telle situation. Pourtant si l'événement en lui-même n'est pas souhaitable, il est possible de se découvrir à cette occasion une constitution et une force insoupçonnée. C'est ce que l'on peut entendre dans les mots d'Antoine de Saint-Exupéry :

« L'Homme se découvre quand il se mesure à l'obstacle⁹³ »

Une mise à nu inopinée et non souhaitée pourrait-elle être, de la même manière, l'occasion de se dévoiler plus largement, d'apprendre à assumer ce que nous avons l'habitude de cacher, de se rendre compte qu'en s'exposant, la confrontation avec le regard de l'autre est bien souvent différente et plus douce que ce que nous avons imaginé ? Bien loin d'entériner une mise à nu que le patient n'aurait pas choisie ou à laquelle il n'aurait pas été préparé, celui-ci sans toutefois accepter cela, peut tâcher d'en extraire un apprentissage positif.

3. 3. La protection de la sexualité et du désir

3. 3.1. Restaurer la pudeur

Le soignant ausculte un corps sexué. Cette considération a sa place dans le soin lorsqu'il s'agit d'adapter un traitement ou un geste de soin. Un corps sexualisé quant à lui ne doit, selon l'opinion commune, pas interférer dans le soin. Pourtant lorsque la pudeur d'un patient se trouve bafouée, c'est toute sa sexualité qui est niée, et c'est elle que le soignant peut aider à reconstruire et protéger.

⁹² Voir à ce propos les travaux de Bettyann Kevles, *Naked to the Bone : medical Imaging in the Twentieth Century*, Rutgers University Press, 1997

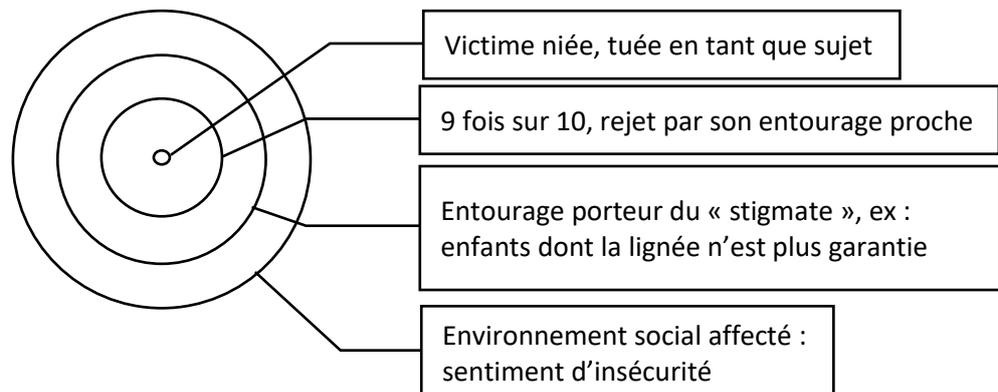
⁹³ Antoine de Saint-Exupéry, *Terre des hommes*, 1939

Dans quelles conditions se met-on nu ? Répondre à cette question qui fait écho à l'une de nos situations d'appel, permet de réaliser que les conjonctures sont rares : hygiène corporelle intime, examen médical, relation sexuelle. Lorsque la pudeur de l'individu est mise à mal à l'une de ces occasions, celle-ci retentit certainement sur les deux autres. Une relation sexuelle non-consentie, ou un examen médical mené en dépit de l'attention devant être portée à la pudeur du soigné peuvent se rejoindre, et lors d'un examen médical deux situations comparables peuvent faire l'objet de réminiscences plus ou moins délicates pour le soignant et plus ou moins traumatisantes pour le patient.

À ce propos, Karol Wojtyla déclare que l'impudeur surgit « quand la nudité remplit un rôle négatif par rapport à la valeur de l'individu. On peut dire que ce qui s'accomplit alors est une dépersonnalisation de la personne par la sexualité ». En s'éloignant d'un regard ou de gestes éthiques, l'individu est nié.

Yolanda Gampel⁹⁴ utilise la notion de « radioactivité du traumatique » dans le cadre de violence sexuelles subies par un individu.

Intéressons-nous à la représentation suivante :



Ce graphique illustre la destruction profonde du sujet et de l'intime, lorsqu'il est victime de l'arme qu'est la violence sexuelle, et de son retentissement. Les effets de la violence sont comparables à ceux des ondes de choc délivrées par une explosion radioactive. La destruction et la négation de la pudeur a malheureusement de lourdes répercussions sociales. Le cadre thérapeutique fait partie de ces répercussions sociales, et ces répercussions doivent même permettre au soignant de remonter à la source de la souffrance de leur patient.

Comment soigner cette atteinte à la pudeur ? Comment la restaurer alors que la violence a dissout la parole, a découpé le corps et l'a réduit à un objet de commerce social et sexuel ? Sans la parole, le lien social devient un lien exclusivement biologique encadré par un rapport de force, un « corps-à-corps ». Il convient tout d'abord de restaurer le dialogue en aidant la victime à construire un récit et se réapproprier son corps par les mots⁹⁵. D'autre part le processus de soin ne doit pas se faire de manière isolée, reproduisant l'isolement qui s'est construit

⁹⁴ Yolanda Gampel, dans *Connexions*, 2016/2, n°106, pages 135 à 142

⁹⁵ Entretien avec un médecin de l'association MéDA, entre deux consultations auxquelles je participais en 2019/2020.

autour de la victime. Le processus de soin doit s'attarder autant sur le corps meurtri de la personne qu'au soin psychique.

Dans plusieurs langues latines on distingue deux manières de dire « je suis » : *ser/estar* en portugais et en espagnol, *essere/stare* en italien. Dans le cadre de la reconstruction psychique consécutive à la pudeur bafouée d'un individu, il faut le conduire à séparer ces deux termes. Ce serait l'équivalent en français de la distinction entre l'état et l'essence. Être une victime est un état dont on peut s'extraire mais n'est pas une essence immuable. C'est le message que doit faire passer le soignant dans son attitude auprès du patient. La reconstruction psychique et physique de l'individu traumatisé passe donc en premier lieu par la reconstruction de sa pudeur.

4. 3.2. Incarner la pudeur

La pudeur nous l'avons vu, est un fondement de l'intimité et de l'individu qui « meurt symboliquement » si elle est contrainte ou détruite. La protéger, la restaurer, est la mission du soignant dans le cadre de la relation thérapeutique. S'il peut la reconstruire par la parole, par le soin physique, par la reconstitution d'un environnement social adapté au patient, le soignant peut aussi incarner la pudeur. En se révélant en tant qu'être sensible et pudique, le soignant se fait témoin d'une humanité attentive et restitue son existence aux yeux du patients.

Omar Guerrero⁹⁶, au cours d'entretiens psychanalytiques, décrit cette attitude d'incarnation de la pudeur face à ses patients ayant subi des violences sexuelles. Devant une patiente qui s'apprête à se déshabiller pour lui montrer les stigmates des violences laissées sur son corps, il lance :

« Non vous n'avez pas besoin de me montrer, je souhaite plutôt que vous me racontiez. »

La victime pense souvent que seul son corps est désormais autorisé à parler, car sa parole a été « désautorisée, vidée, déconnectée, destituée ». En agissant ainsi, le thérapeute lui propose un moyen de s'extraire de ce qui est devenu un statut « biologique métonymique » de sa personne.

Lorsque le soignant incarne cette pudeur, il n'y a pas que la qualité de son regard qui doit se révéler pudique, c'est son statut tout entier en tant que clinicien et non en tant qu'homme ou femme qui se fait pudique. D'après Erwin Goffman⁹⁷, lorsqu'un individu entre en relation avec un autre, il ne le fait pas en tant que personne globale, mais selon une identité particulière : dans la relation de soin, cette identité est celle d'un soignant. Jouer ce rôle du clinicien implique de rester tout entier ouvert et d'accueillir la demande du patient dans le cadre thérapeutique. Celle-ci peut être une demande totale de combler le vide qui s'est formé après la mise à mal de leur pudeur. Lacan⁹⁸, de manière simplifiée, détaille trois manières de combler le vide : la religion évite le vide, la science cherche désespérément à évacuer ce vide, et l'art compose avec et s'organise autour de ce

⁹⁶ Omar Guerrero, conférence pour le colloque MéDA, le 24 février 2020

⁹⁷ Erwin Goffman, *Les rites d'interaction*, Éditions de Minuit, 1974

⁹⁸ Lacan, *Le Séminaire*, livre VII, *L'éthique de la psychanalyse*, p.142

vide. En conclusion, les art-thérapeutes auront peut être tout compris de la reconstruction de l'intime. Ou bien, dirons-nous, le soignant est lui-même un artiste qui écoutant le récit de son patient, vient combler ce vide à sa juste mesure.

Retour sur les situations initiales et conclusion :

La première situation nous révélait la composante spontanée de la pudeur, mais nous donnait aussi l'intuition de ce que protège la pudeur : la sexualité et le désir. Une exposition outrancière met non seulement en péril la relation thérapeutique, elle outrepassa de surcroît la dignité du patient. Tout outrage à la pudeur inflige des blessures niant l'humanité du patient.

La deuxième situation poursuivait ce cheminement réflexif en illustrant la délicatesse que requiert le soin lorsqu'il a attiré au déshabillage et à la nudité, qui ne doivent pas être traités de manière anodine par un soignant qui en a pourtant l'habitude. Cette situation s'interrogeait plus implicitement sur l'incarnation de l'attitude pudique : cette attitude est-elle celle du soigné ou du soignant ? La solution se situe à la croisée des chemins : l'une conditionne l'autre.

La troisième situation nous éclairait sur la place du regard porté par un tiers ou par le soignant sur le corps du patient. Elle entérinait le fait que la pudeur n'est pas simplement conditionnée par l'attitude d'une personne, mais qu'elle se perçoit et a sa justification dans l'altérité.

La dernière situation faisait la lumière sur l'importance des mots dans l'occultation ou le dévoilement de la nudité et du corps. Il existe une manière pudique de dire le corps. Et cette manière pudique de dire le corps et d'exprimer ses émotions est au fondement de la construction ou de la reconstruction du « moi intime ».

Enfin, ce qu'il faut par-dessus tout évoquer à la lecture de ces situations, c'est qu'il n'existe pas une attitude juste pour le soignant, mais des attitudes justes, qui sont au nombre des patients.

Ainsi, la pudeur, comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, se décline en composantes intervenant sans cesse dans le soin. Qu'elle soit corporelle, émotionnelle, spatiale et sonore, langagière, intime ou éthique, sa préservation est fondamentale. Elle se place au cœur de la relation soignant/soigné car la déconstruction de la pudeur mettrait en péril cette relation, car sa construction place les bases de la confiance et du respect qui conditionne toute relation thérapeutique efficace, car sa reconstruction est en elle-même un acte de soin.

Nous pourrions en conséquence définir cinq points essentiels à mettre en place de manière concrète et systématique. L'objectif est de faire de cette attention portée à la pudeur un tremplin pour le soin. Nous en avons fait, découvert le potentiel sous-exploité ou le manque d'attention que nous lui apportons.

Précisons ainsi ce que nous appellerons « les 5 R de l'attitude pudique du soignant » : respect, regard, recueil, reconnaissance, reconstruction.

1. Respect : Le respect conditionne une relation de confiance, à l'écoute de la singularité du soigné. Mais le respect se positionne aussi comme limite et cadre de toute relation de soin. Le respect de la pudeur est son respect pour chaque patient selon ses spécificités. L'attitude pudique s'attache au respect que l'on voue aux autres, mais également à soi-même.
2. Regard : La qualité du regard du soignant se distingue de tout autre regard porté sur le corps et s'abstient de tout jugement. Il existe par ailleurs des moyens de rendre ce regard plus spécifique et de le centrer sur ce qui est réellement nécessaire au soin.

3. Recueil : Recueil du consentement du patient, mais surtout recueil de son histoire : le patient est questionné ouvertement pour qu'il puisse répondre autrement qu'en étant mis sous pression ou manipulé, avec la discrétion et la retenue seyant à la pudeur d'un interrogatoire
4. Reconnaissance : Le soignant doit accompagner le soigné à distinguer l'essence de l'état. Lorsque la pudeur a été niée, il faut reconnaître cette « mort subjective » de la victime, sans la figer justement dans cet état de victime qui se tait.
5. Reconstruction : La restauration de la pudeur passe par la reconstruction de la parole qui voile à nouveau l'intime. Cette reconstruction dans la relation thérapeutique est permise par l'incarnation de la pudeur par le soignant.

La pudeur dans le milieu hospitalier est le « tact de l'âme » que tout patient espère rencontrer chez ses soignants dans le cadre de son parcours de soin. Ces 5 R sont un guide : une conclusion rapide d'une réalité mouvante et singulière qu'est la préservation de la pudeur dans un milieu tel que le soin. Un milieu délicat où la nudité est acceptée, nécessaire mais qu'il convient d'interroger et de traiter avec tact. La nudité y est facilement brutalisée, et l'histoire du soigné demande parfois un travail et des précautions.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et extraits :

- Stefan Zweig Magellan, Préface
- Max Scheler, La pudeur, Traduction par M. Dupuy, Paris, Aubier, 1952
- Nicole Pellegrin, « Corps du commun, usages communs du corps », dans Histoire du corps. I, De la Renaissance aux Lumières
- Code Pénal : article 226-4
- Arrêt de la Cour d'appel de Paris, 17 mars 1986
- Code Civil : Article 222-33
- La Bible – Genèse
- Œuvres complètes de J.J. Rousseau, P. Dupont, Paris, 1823, Tome 1
- Hans Peter Duerr, Nudité et Pudeur, le mythe du processus de civilisation, Éditions de la maison des sciences de l'Homme, 1998
- Maurice Merleau-Ponty, Phénoménologie de la perception, Paris, Gallimard, 1945
- Le respect du corps humain pendant la vie et après la mort, Anne-Marie Duguet, Isabelle Filippi, juin 2005
- Delphine Horvilleur, En tenue d'Ève : Féminin, Pudeur et Judaïsme, Éditions Grasset & Fasquelle, 2013
- Mark Twain, Following the Equator, 1897
- Roland Barthes, « Histoire et sociologie du vêtement », Annales ESC, 1957
- Pierre Pachet, La réaction à l'outrage, La Pudeur : la réserve et le trouble, C. Habib dir., 1992
- Jean-Paul Sartre, L'être et le néant, Paris, Gallimard, 1943
- Edmund Husserl, Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures, vol. II Recherches phénoménologiques pour la constitution, trad. par E. Escoubas, 1982
- Michel Henry, Incarnation. Une philosophie de la chair, Seuil, 2000
- Charles Beaudelaire, Les fleurs du mal, 1840
- Albert Camus, L'homme révolté, 1951
- Jacques Tardiff, Organiser la formation à partir des compétences. Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur, Louvain-la-Neuve, Belgique, De Boeck, 2017
- Sénèque, Consolation à ma mère Helvia, 16, 4, René Waltz trad., Paris, 1961
- Georges Maupetit, La Pudeur (Genèse de ce sentiment chez l'homme), Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris-Année 1914 pp. 404-417
- Canguilhem G, Le Normal et le Pathologique, Presses Universitaires de France, 1999, Paris
- Christophe Coléra, La nudité, pratiques et significations, Editions Du Cygne, 2008
- Catherine Mercadier, Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, Seli Arslan, août 2017
- Virgile, Géorgiques, III
- Michael Balint, Le médecin, son malade, la maladie, Paris, Payot, 1960
- Leon Battista Alberti, De pictura, 1435
- Jean Cocteau, Journal
- Aristote, Éthique à Nicomaque, 1108a5
- Philippe Jaccottet, Leçons, 1969
- Stendhal, Vie de Henry Brulard, 1836
- Choderlos de Laclos, Les liaisons dangereuses, 1782
- Montaigne, Les essais, 1580
- Gilles Voyer, Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne. Montréal, Artel-Fides, 1996
- André Malraux, Les conquérants, 1990
- Hannah Arendt, Condition de l'homme moderne, Paris, Agora, 1988
- Jean-Pierre Gagnier et Linda Roy, « Souffrance et enjeux relationnels dans le contexte de la maladie grave », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, vol. 36, n°1, 2006
- Formation de pratique du soignant, Ed. Masson
- Code de la santé publique, article L1110-2
- Jean-Paul Sartre, L'être et le néant, 1943
- Amaury Duval, L'atelier d'Ingres : souvenirs / par Amaury-Duval, 1878, BNF, 297 pages
- Carl Rogers, La relation d'aide et la psychothérapie, ESF Éditeur, 2005

- René Laennec, De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration, tomes 1 et 2
- Marie-Christine Pouchelle, L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière, Seli Arslan 2003
- Antoine de Saint-Exupéry, Terre des hommes, 1939
- Erwin Goffman, Les rites d'interaction, Éditions de Minuit, 1974
- Lacan, Le Séminaire, livre VII, L'éthique de la psychanalyse, 1960

Articles :

- Elisabeth Roudinesco, Le stade du miroir, concept et archive, Lacan, Bayard Centurion, 2005
- André Bullinger, De l'organisme au corps : une perspective instrumentale, Enfance, Année 2000
- Éric Fiat, Pudeur et intimité, Gérontologie et société, vol. 30 / 122, n°3, 2007
- DREES, Personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une durée plus longue, mars 2017, n°1008
- Catherine Labrusse-Riou, La pudeur, la réserve et le trouble, Autrement, n° 9, 1992
- Robert J. Edelman, Social embarrassment and analysis of the process, Journal of Social and Personal Relationship, Londres, 1989
- Virginie Vinel, Un corps qui gêne. Les médecins face à la puberté, Ethnologie française, vol. 154, no. 4, 2015
- Xavier Emmanuelli, le Nouvel Observateur, HS n°39, 1999, La chair des pauvres
- M. Saliou-Legeas, Hommes et femmes infirmiers, quelles différences dans les soins ?, La revue de l'infirmière, Octobre 2013, n°194
- Lucien Israël, Le jeu du docteur et la relation médecin-malade, Le médecin face au désir. Le parcours freudien de Lucien Israël, ERES, 2007
- Jean Claude Bologne, Histoire de la pudeur, Hachette, 1986
- Albert Nguyễn, « Note sur Effraction de la pudeur », Champ lacanien 2017/1 N° 19
- Frédéric Chauvaud, Le corps dans tous ses états, Sociétés & Représentations, vol. 6, n°1, 1998
- Cécile Estival, Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur dans la relation patients-soignant, 2012
- Jean-Gilles Boula, Perspective soignante : corps malade et régression, 2017
- Christine Bergé, Retenue du regard, larmes contenues. Pudeurs réciproques en service de réanimation, 2004
- Patrice Guillaud, L'essence du kairos, Revue des Études Anciennes, vol. 90, nos 3-4, 988
- École de la paix, Café 63 : La pudeur et le vivre-ensemble, Textes
- Luc Adrian, « La pudeur est un cadeau » article, 24 juillet 2012, Numéro 1799
- Jean-Philippe Pierron, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », Sciences sociales et santé, vol. 25, n°2, 2007, pp. 43-66
- Chantal Puech, L'invention du stéthoscope, Blog Gallica, 2016
- Bettyann Kevles, Naked to the Bone : medical imaging in the Twentieth Century, Rutgers University Press, 1997
- Yolanda Gampel, Connexions, 2016/2, n°106

Travaux de fin d'étude :

- C. Lévy, La personne humaine en droit, thèse de doctorat en droit privé, université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne, 2000
- Mélanie Manas, Le déshabillage en consultation de médecine générale, Etude qualitative sur le vécu et les représentations des patient-es, thèse d'exercice en médecine, Lyon, mai 2019
- Élodie Vignon, Le non-dit du patient en consultation de médecine générale, thèse d'exercice en médecine, octobre 2015
- Marie Barais, Ejaculation précoce : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale, thèse d'exercice en médecine, 2009
- Margitta Zimmermann, Le jeu avec les ombres : médecine, maladie et expérience esthétique, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, Paris, 2004
- Cécile Estival, thèse de doctorat en anthropologie, décembre 2008

Colloques et conférences :

- Valériane Dujardin, Vie privée à l'hôpital ? « Cadre réglementaire, genèse de la vie privée », 8ème soirée de L'Espace de Réflexion Ethique en santé mentale de la F2RSM, 20 juin 2012
- Omar Guerrero, « Violences sexuelles, arme de destruction », Journée d'Etude, MéDA, 24 février 2020
- E. Gobilliard et Dr L. de Brugière, « Soigner avec pudeur », conférence du centre Laennec, 13 novembre 2019
- Dr Alain Moreau, « L'approche centrée patient », Conférence de SSH, faculté de médecine Lyon Est, 7 février 2019
- Éric Fiat, « De l'intime à l'extime, et retour », conférence pour la 14ème Journée Haut-Rhinoise de Psycho-Oncologie, 14 juin 2013
- Marion Coville, Conférence de SSH de la faculté de médecine Lyon Est, 2019

Documents sonores et vidéos :

- France Culture, Les Chemins de la philosophie « Au lit ! Épisode 2 : La pudeur sous perfusion », par Adèle Van Reeth et Eric Fiat, *podcast*
- Joseph Joubert, « Qu'est-ce que la pudeur ? », 1938, *livre audio*
- Pierre Perret, L'hôpital, 1979, *chanson*
- La pudeur ou l'impudeur, d'Hervé Guibert, 1991, *film*
- France Culture, Les chemins de la philosophie, « La Pudeur - Épisode 3 : Quand la maladie nous met à nu », Claire Marin et Éric Fiat, avril 2016, *podcast*
- « Mon Dieu », Edith Piaf, 1960, *chanson*
- Spotify, Philosophy is sexy, « Épisode 4 – La Pudeur », Marie Robert

REMERCIEMENTS

Mes divers relecteurs, merci pour votre patience et votre tact devant mon obstination, merci surtout pour vos conseils avisés.

Mr Goffette, Mr Perru pour leur cours passionnants de philosophie du corps et d'éthique médicale, pour avoir été les instigateurs de ce mémoire, et pour leur patience et leur compréhension avant que je finisse ce travail.

Marie, merci de m'avoir motivée pendant mes baisses de régime, et merci pour ta tisane au gingembre qui m'aura bien inspirée quelques réflexions...

Le confinement, merci de m'avoir permis l'accès à de nombreux ouvrages en ligne qui n'étaient pas numérisés avant cette crise sanitaire.

Mon opération, merci de m'avoir faite rester en place, je me suis ainsi résolue à écrire certainement plus que je ne l'aurais fait.

Mes petits parents, merci de m'avoir demandé régulièrement si mes travaux avançaient, la piqure de rappel était parfois douloureuse mais nécessaire.

Charles, Eléonore, si vous lisez ceci, merci d'être allé jusqu'au bout (sauf si vous avez sauté trop de paragraphes).

Merci à Stephan Zweig, Martin Winckler, Baptiste Baulieu, et bien d'autres, dont les romans ont maintenu mon esprit éveillé ces derniers temps .

Et surtout soignants ou futurs soignants qui me lisez, merci pour votre engagement quotidien, et merci pour vos divers témoignages qui ont pour moi valeur d'enseignement.