

Comment éclaircir la notion de Pudeur dans le soin ?

Discussion de ce sentiment dans l'Hôpital

How to Elucidate the Notion of Modesty in Care ?

Discussion About this Feeling in the Hospital

Dr Mathieu BOURHIS

Auteur correspondant, UFR de Philosophie de l'Université de Nantes
(France), mathieubourhis.po@gmail.com

Date de soumission : 16.12.2021 – Date d'acceptation : 14.04.2022 – Date de publication : 03.05.2022

Résumé — La pudeur n'a jamais été une mode. La pudeur semble être un sentiment solitaire. Elle est un voile se faisant dans la difficulté d'un être à apparaître et s'apparaître. L'individu peine à imaginer son altérité dans les yeux d'autrui. Cet état est assez communément observé dans la relation de soin. Dans ce cadre, le respect de la pudeur du patient est un devoir strict du médecin. Malgré cela, ni le soignant, ni le soigné ne savent ce qui est « pudique » dans les yeux de l'autre et quels sont leurs lieux communs. Ce flou naturellement subjectif peut nuire à l'alliance thérapeutique occasionnant des problématiques regrettables. Comment éclaircir la notion de pudeur dans le soin ? Nous proposerons dans cet article d'éclaircir le concept de pudeur du soin à l'aide des ressources de la philosophie. Pour ce faire, nous tenterons d'apporter des frontières définitionnelles et fictionnelles à ce sentiment. Ces hypothétiques définitions pourraient être considérées à contre-courant de l'intuition dominante de nos sociétés pluralistes quant à la vision des concepts de valeurs. Cependant, ce travail s'inscrit comme une tentative de joindre le déontologique à l'empirique du soin. Ainsi, nous pourrions donner un catalogue conceptuel de ces sentiments, dans l'espoir de faire éprouver à une partie des lecteurs, un ressenti approuvateur quant à leurs connaissances des relations médicales. Pour commencer, nous suivrons le fil de la pudeur à la honte puis nous reviendrons à la pudeur avec la dignité pour enfin nous intéresser à l'intimité de la douleur.

Mots-clés : *vertus, intimité, corps, soignant, déontologie.*

Abstract — Modesty has never been a fashion. The modesty seems to be a solitary feeling. It is a veil being made in the difficulty of a being to appear and to appear. The individual struggles to imagine his otherness in the eyes of others. This state is quite commonly observed in the care relationship. In this context, the respect of the patient's modesty is a strict duty of the physician. In spite of this, neither the caregiver nor the cared-for person knows what is "modest" in the eyes of the other and what their common ground is. This naturally subjective vagueness can be detrimental to the therapeutic alliance, leading to unfortunate problems. How can we clarify the notion of modesty in care? In this article, we propose to clarify the concept of modesty in care with the help of the resources of philosophy. In order to do so, we will try to bring definitional and fictional boundaries to this feeling. These hypothetical definitions could be considered against the dominant intuition of our pluralistic societies regarding the vision of value concepts. However, this work is an attempt to join the deontological with the empirical of care. Thus, we could give a conceptual catalog of these feelings, in the hope of making some of the readers feel approving about their knowledge of medical relationships. To begin with, we will follow the thread from modesty to shame, then back to modesty with dignity and finally to the intimacy of pain.

Keywords: virtue, Intimacy, body, medical staff, deontologism.

« La pudeur et l'impudeur prennent donc place dans une dialectique du moi et d'autrui qui est celle du maître et de l'esclave : en tant que j'ai un corps, je peux être réduit en objet sous le regard d'autrui et ne plus compter pour lui comme une personne [...] 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 un sujet » (Merleau-Ponty, [1945] 1978, p. 194-195).

Introduction

Cette discussion sera une maïeutique, un accouchement définitionnel qui en aucun cas doit être compris comme axiomatique ou normatif. Le travail qui se déroule ci-dessous tend à être une tentative de discuter, les concepts de pudeur, de honte, de dignité et de douleur dans les relations de soins. Nous partirons du cadre le plus généralisant de la médecine et pas à pas nous nous immiscerons dans le nœud de la relation, du regard médical pénétrant dans la subjectivité du rapport de soin interpersonnel. C'est alors que par un fondamentalisme déontologique et épistémologique, il s'agira d'apporter à tous et à chacun des clefs de compréhension sur les valeurs en tension dans ce flou naturellement problématique.

Tout d'abord, il nous faut nous intéresser au cadre de pratique dans lequel s'inscrivent ses valeurs de pudeur, de honte, de dignité parfois questionnables.

Le propos de la médecine est consacré aux problèmes du vivant, il y a là un exercice à deux entrées conjointes : premièrement, essayer de porter un regard objectif et neutralisé sur le normal et le pathologique, deuxièmement, avoir une attention particulière à la clinique médicale, au souci de soigner, un art, une praxis¹. On peut faire le constat que c'est dans cette crevasse épistémologique entre art de soigner et technique de laboratoire que les sciences humaines peuvent s'immiscer dans les institutions de soin. Et pourtant, les sciences de l'homme ont été aux prémices de la médecine depuis son avènement occidental par les premiers textes dits « hippocratiques »². Depuis la théorie des miasmes jusqu'à l'arrivée de la psychiatrie institutionnelle et maintenant des comités éthiques intra hospitaliers dans certains pays, sa volonté perdure et continue de s'accrocher dans ce qu'il y a d'humain dans les rapports de soin. Néanmoins, nous ne pouvons nier que le médical se doit parfois d'objectiver son objet premier, le corps, au détriment de l'humain. Dans certaines situations, la nécessité prend le pas sur l'art de soigner et l'examen médical a alors

¹ Praxis est un terme de grec ancien souvent exploité par les philosophes antiques pour inspirer le concept d'action ou de pratique.

² Les textes attribués à Hippocrate sont un corpus se situant sur plusieurs siècles. Ce faisant les textes sont dits « hippocratiques » puisqu'ils appartiennent à la même tradition.

lieu sur un « corps-objet ». D'un point de vue purement factuelle, cette prise en charge n'a rien d'étonnant, la procédure médicale l'oblige et s'intéresse au corps en une cartographie complexe et fonctionnelle. Pourtant, cette approche ne semble pas dénuée d'implications psychiques complexes. Comment ne pas observer qu'il y a danger dans cette manière objectivante de penser le corps d'autrui comme chose ? N'est-ce pas une réduction asymétrique d'un rapport humain quand bien même il y a des implications techniques indispensables ? La philosophie morale a dressé à travers les siècles des cartographies conceptuelles de qualités morales dans la relation de soin. Grâce à ses outils de sciences humaines, pourrions-nous avoir l'impression que ce regard protocolaire du médical peut amener à des tensions entre la valeur du soin, de la pudeur, de l'alliance thérapeutique, de la honte ou même de l'intimité ? La philosophie occidentale part souvent du principe d'étonnement³. Dans ce cas, les questionnements ci-dessus en sont une bonne description et peuvent nous amener à faire des hypothèses. Il peut sembler que les rapports médicaux ne sont pas aussi simples à appréhender dans leur objectivité signifiante qu'il n'y paraît d'un point de vue humain. Même si l'intentionnalité du praticien est focalisée sur la bienfaisance et des principes de déontologies médicaux bienséants, rien ne dit que le patient, le soigné ne soit pas atteint dans cette dégénérescence de sa forme. Ce rapport « pourrait » créer une frontière difficile à déterminer entre l'objectif de conformité de la tâche du médecin et le ressenti du patient. Le conditionnel de la phrase précédente marque bien l'incertitude des réactions du corps exhibé en objet devant le médical. De plus, ce devoir strict d'objectivité du soignant n'implique pas une règle formelle et indépassable en son esprit. Le médecin est humain, il se peut que lui aussi manque à son devoir professionnel et donne des sensations ou impressions de jugements aux tiers soignés vis-à-vis de son corps. Ces différentes hypothèses nous amènent toutes inextricablement à nous raccrocher à des concepts, des croyances génériques et explicites qui, au-delà de leurs implications subjectives sont des comportements connus presque par toutes les cultures : la pudeur, la honte, la dignité. Après avoir exposé ces tensions de la relation soignants / soignés nous arrivons au cœur de notre projet, éclaircir ces valeurs qui ici se mêlent et se confrontent : la pudeur en tête, puis la honte et la dignité qui nous semble indissociables. Nous tâcherons de montrer dans cet article pourquoi les dissocier est chose compliquée dans le soin. La tâche de la philosophie est de comprendre le monde qui l'entoure, de questionner les représentations et les pratiques. Les textes philosophiques sont une bonne ressource quant à l'analyse des concepts en jeu dans ces relations humaines.

Peut-elle nous aider par une approche déontologique et rétrospective à étudier ces valeurs morales de pudeur, de honte, de dignité, de douleur dans la relation de soin ? Y aurait-il des orientations pratiques données par des perspectives

³ La tradition de la philosophie occidentale est souvent commencée chronologiquement aux textes de Socrate. Ce dernier considère que le geste premier de la Philosophie est l'étonnement.

définitionnelles qui pourraient être susceptiblement judicieuses⁴ pour les acteurs du soin ? La démarche proposée sera de rechercher des principes définitionnels à la pudeur, expliquer son glissement naturel vers la honte en pratique, sa résistance grâce au concept de dignité et enfin, son évocation à travers le concept de douleur.

1. De la pudeur à la honte

À la différence de l'anglais, l'allemand ou le latin, le français possède deux termes pour définir la force interne qui conduit le sujet à se détourner du regard d'autrui : la pudeur et la honte. D'un point de vue de la psychologie, ils sont définis comme un ensemble de stratégies plus ou moins consistantes, élaborées par soumission ou asservissement à une morale dogmatique [1]. Pourtant les deux termes ne sont pas équivoques. Qu'est-ce qui les différencie, autant dans leurs théories définitionnelles que dans les pratiques de soin ?

1.1. La pudeur comme conscience de soi

Étymologiquement la pudeur vient du verbe infinitif « *pudere* »⁵ qui voudrait dire avoir honte de quelque chose. Sa signification semble nous amener vers une perméabilité de sens avec la valeur de honte. Ce faisant, nous allons tenter d'en dégager des principes de définitions différents pour ensuite les exposer dans des situations de relations de soin. Tout d'abord, la pudeur est une vertu sociale. Ce premier postulat peut se confirmer en opposition avec l'hypothèse suivante : « *les animaux ne connaissant pas le concept de pudeur* ». En effet, même si nous pouvons avoir des impressions sur leurs comportements, nous n'avons aucun moyen technique suffisant pour formuler des contradictions pertinentes comme : « *Mon chat a de la pudeur quand il fait sa toilette* ». Nous n'avons pas accès aux états mentaux des autres animaux mis-à-part l'Homme et quelques primates évolués. Nous pourrions même ajouter que dans le récit biblique, il n'est jamais expliqué que les animaux ont croqué le fruit de la connaissance du bien et du mal [2]. Ces derniers se sont nourris exclusivement des arbres du champ. Même s'ils existent des démarches qui sont explicitées sous la valeur de coquetterie chez certains animaux, il ne semble pas que la pudeur puisse être définie dans une situation d'état de nature [3]. Il n'y a pas des vêtements pour les meutes de loups. La pudeur est alors une vertu parfaitement humaine qui s'inscrit dans un rapport social formant de la même façon un concept qui la cadre, celui de l'intimité. Le terme vient du superlatif latin « *intimus* »⁶ qui signifie : « *le plus au-dedans* ». L'ajout du concept d'intimité au concept de pudeur donne une meilleure description du cadre dans lequel elle s'inscrit. Effectivement, il

⁴ Nous entendons par « *judicieuses* » le sens étymologique latin de « *judicium* » impliquant le jugement, le discernement et l'impartialité.

⁵ Cette définition étymologique du terme de *pudeur* vient du dictionnaire du site de l'Académie française.

⁶ Cette définition étymologique du terme *d'intimité* vient du dictionnaire du site de l'Académie française.

peut sembler évident pour tous lecteurs que tous les éléments constituant la vie sociale et physique ne sont pas exposés au regard d'autrui. Certains éléments sont cachés, ne sont accessibles que par autorisation préalable de l'individu. Il relève alors de l'intime. Après ces remarques préliminaires, qu'est-ce donc que le concept de la pudeur ? Notre premier postulat sera que la pudeur semble participer au processus d'individuation et de séparation de l'être. Max Weber explicite dans son ouvrage *Sociologie des religions* que « la pudeur c'est quand l'esprit rougit du corps » [4]. Sans partir nécessairement d'un dualisme de pur corps / esprit, il faut que la pudeur se joue dans un autre type de rencontre. Son activation se fait dans l'éveil de soi par l'autre : « *le moi s'éveille par le toi* » [5]. C'est un désir de « *quant à soi* » qui se forme par l'expérience du monde. En reprenant l'expression citée précédemment par le sociologue allemand, nous pourrions imaginer ce rapport comme un concours de circonstances dualiste entre, d'un côté, un corps vu comme une couche superficielle de l'expérience de soi et d'un autre côté, un esprit qui reçoit cette sensation comme une impression intense de son corps sur le monde extérieur. Ce postulat psychique donnerait à l'expérience de la pudeur une certaine intensivité. Il devient difficile pour l'esprit de soutenir les stimulations imaginatives et ressenties de l'image de son propre corps par soi-même. Cette conceptualisation psychologisante de la pudeur fait d'elle une valeur sans normativité morale. La fixation de ses règles la rendrait plus acceptable comme ressenti subjectif. La classifier ainsi ne retire rien de sa force structurante dans la psyché humaine ni ne retire ses possibles universalisations conceptuelles. Rendre le concept de pudeur comme une expérience intensive de conscience de son corps à soi peut l'ériger en une notion universalisable quand bien même les raisons qui la poussent à exister sont culturelles, historiques, sociales, religieuses. Nous pourrions alors définir la pudeur comme une impression de l'image du corps sur soi-même avec une intensivité prononcée, poussée par le regard d'autrui et une gestion complexe du ressenti de l'altérité. Une fois ce postulat accepté, qu'en est-il de son existence dans la pratique de la relation de soin et vers quoi cette expérience amène-t-elle ?

1.2. Exposition de la pudeur

Dans la sous-partie précédente, nous avons tenté de donner une description du concept de pudeur et sa réalisation empirique. Néanmoins, cette conceptualité n'a rien retiré à la difficulté qu'elle peut faire exister dans son appréhension par autrui. C'est dans ce flou pratique que nous allons tenter de montrer son expérience et surtout son glissement vers d'autres ressentis dans la relation de soin. Le trouble que possède la notion de pudeur se situe dans son accessibilité. Nous l'avons explicité plus tôt, elle est une expérience intensive, les stimuli peuvent être multiples pour le sujet et surtout, cela crée une accumulation de sens qui est difficile d'accès sous la forme d'un état, d'une notion statique et découplable en une suite de causes explicites. Or, dans le rapport de soin, il y a des comportements souhaitables pour aller avec la déontologie médicale et les procédures thérapeutiques. De surcroît, il y a surtout des normes. Cette normativité impose à l'être des comportements, qui

Comment éclaircir la notion de Pudeur dans le soin ?

auront un impact dans leur relation de soin. Par exemple, le médecin généraliste pourrait être atteint dans sa pudeur si un individu lui demandait de lui prescrire la « *prep* »⁷. Si ce dernier agit ainsi, il aura manqué à son devoir de neutralité. De fait, il aura mal agi. Il y a dans ce rapport un processus normatif bien distinct. Autre exemple fictif, une médecin a un patient X qui a déclaré une hépatite virale. Après des prises de sang des membres de la famille, le corps soignant remarque que la conjointe du patient X n'a pas déclaré la pathologie. Ce faisant, la médecin pourrait avoir « honte » de demander ce qu'il en est de la relation conjugale de son patient et de son côté, le patient pourrait considérer cela comme une atteinte à sa pudeur. Le soigné pourrait trouver que la médecin n'honore pas ses devoirs de soins par cette discussion. Là encore, nous serions devant une situation normée, qui nous renvoie vers des pratiques de la pudeur dans les situations de soin. Dans ce flou de norme entre deux individus, la pudeur se réalise dans l'incertitude, dans la condition de dévoilement demandée par le domaine du soin. Le geste de soin est intime, il peut être intrusif autant psychologiquement que physiquement. Il peut aussi être intime parce qu'il expose quelque chose. Nous pourrions prendre le cas fictif, d'un patient jeune sous tutelle d'état qui a subi un accident physique grave. Ce dernier ne pouvant se doucher seul, se retrouve à être aidé par l'équipe de soin du service. Étant adolescent et en pleine acceptation de son corps, il est particulièrement difficile pour lui de s'exhiber devant les aidants. La réalisation de la pudeur se fait autant dans une intimité « *révélatrice* » que « *intérieure* ». Ces expériences ont toutes un point commun, elles projettent le concept de pudeur dans une dimension de tension telle qu'elle amène à une exposition visuelle. C'est ici que nous formerons le postulat créateur de la honte. L'hypothèse que nous faisons est la suivante : le concept de pudeur étant cette intensité psychique exposée plus tôt, le concept de honte sera sa dérivation, sa réalisation empirique. Nous pourrions fonder cette hypothèse sur le couple « *en acte / en puissance* » du philosophe grec Aristote [6]. Quand l'expérience de la pudeur est pleinement réalisée pour paraphraser les propos du philosophe, cette dernière se mue en « Honte ». La pudeur serait alors l'expérience de l'être qui s'émeut par lui-même, en lui-même et cela, quand bien même l'existence du concept se fait par la présence d'autrui. Le concept de pudeur serait le premier pas d'une expérience pouvant donner naissance à un indéterminé qui pourra être la honte ou tout autre chose. Cette hypothèse de glissement de l'expérience de la pudeur à la honte se retrouve quelque peu dans les propos du philosophe Vladimir Jankélévitch :

« Si le honteux se cache, l'obscène se montre, le pudique se montre discrètement » [7].

Cette énumération nous expose que la honte semble être supérieure à la pudeur en termes d'intensité dans la philosophie déontologique de Jankélévitch. Cette

⁷ La *Prophylaxie Préexposition* est un médicament qui protège des infections VIH et doit être pris plusieurs heures avant le rapport sexuel pour être efficace.

gradation pratique pourrait se marier avec le couple puissance et acte, le glissement empirique et conceptuel que nous proposons ci-dessus. La pudeur serait d'une intensité moindre dans son ressenti physique et vécu alors que la honte, elle serait une expérience qui s'observe distinctement. Néanmoins, l'hypothèse que nous formulons dans la pratique est que la honte dans la relation de soin est un dérivé de la pudeur. Métaphoriquement, la pudeur serait un regard d'ombre et la honte le regard ébloui par la lumière du soi observé. Cette perspective de pensée sur les concepts de pudeur et de honte comme d'un passage fluctuant et mouvant permet de penser la relation de soin comme une relation de précautions et de modestie. D'un côté, le médecin a ses obligations formelles de soin et de droit, qui doivent coïncider avec le respect de la pudeur et d'un autre côté, il y a une attitude réelle à penser comme un équilibre. Cette attitude du juste milieu peut nous amener à penser la notion « *aidos* » grecque, explicité dans « éthique à Nicomaque » d'Aristote [8]. Cette notion de modestie pourrait être une possibilité de réponse médicale à la pudeur qui peut s'exercer dans ce rapport asymétrique. En revenant sur le nœud de notre propos, nous avons tenté d'apporter un cadre simplifié de l'expérience de la pudeur dans le soin. Nous avons amené le concept comme un processus d'états mentaux intensif qui en pratique de soin glisse parfois vers le concept de honte, une des formes de son actualisation. Pour autant, nous avons apporté que très peu de définitions de concepts positifs autour de la pudeur. Nous l'avons surtout montré comme un concept possiblement obstruant. Pourtant, ce concept a des implications qui pourrait être protectrice des droits du patient dans le contexte du soin. N'y-a-t'il pas déontologiquement parlant, d'autres vertus connexes dans le soin qui pourraient rendre la notion de pudeur utile ?

2. Intimité entre Pudeur et Dignité

Dans l'action de soin, la dignité du malade est autant l'horizon à atteindre qu'un obscur axiome déontologique. Ce principe est souvent discuté comme une borne, une frontière pour délimiter les bonnes pratiques dans le soin. De fait, il est autant convoqué par les juristes que par les philosophes pour réguler les actions médicales. Au fil des années, il est devenu un principe laïque qui se meut quelque peu sous la forme d'un principe sacré, voire transcendant dès que le domaine du soin va trop loin pour certains. Cette notion est au cœur des droits de l'homme et représente ce qu'il y a de sacré, d'intrinsèque dans l'humain. Appliqué au domaine du soin, le malade est malmené par l'épreuve de la maladie. Les termes communs viennent expliquer que le malade est « dépouillé » de sa dignité, il perd sa dignité. Ces mots ne sont pas sans rappeler les situations liées à la pudeur et à la perte de l'intimité que cela suppose. Ces deux concepts se croisent entre les lits hospitaliers, et se retrouvent autour de certaines questions : Comment prendre soin de la pudeur, de l'intimité sans « profaner » ? Comment articuler la dignité avec le concept de pudeur ? Dans cette partie nous tenterons de montrer la résistance mutuelle qui se joue entre les deux notions, comment l'une et l'autre se fondent dans les pratiques.

2.1. L'intimité « résistante » du corps soigné

Une fois dans les bâtiments de l'hôpital, les questionnements sur la pudeur de l'être peuvent se poser. Les différents examens qui peuvent avoir lieu en fonction de la pathologie vont amener le patient à se dévoiler à se montrer à nu au sens propre et figuré. Nous l'avons explicité plus tôt, cela fait partie intégrante des procédures ; il faut parfois raser le patient sur les zones d'opérations, laver à la bétadine le corps, se déshabiller, etc. Comment éviter la froide objectivation experte du corps ? Au-delà de la notion de pudeur prise pour elle-même, ne pourrions-nous pas articuler cette dernière avec la dignité du corps soigné ? En pratique médicale, le questionnement ci-dessus semble être une imposture relationnelle. Il paraît évidemment complexe, voire impossible dans certains cas médicaux de pouvoir éviter l'effraction de l'intimité et l'expérience de la pudeur à la honte. On pourrait prendre l'exemple d'un diagnostic d'obstruction intestinal. Le traitement nous oblige à passer par des examens *enteroscanner*⁸ ou de *coloscopie*. La réponse technique devant l'intimité du corps soigné peut être compliquée à entendre. De plus, il serait aisé de raccourcir la différence conceptuelle entre la froide objectivité et la distance relationnelle exercée par le médical. Il ne faut pas oublier que le médecin a une identité professionnelle dans laquelle s'inscrit un devoir d'équilibre entre la neutralité et la compréhension. Autant du point de vue personnel que du point de vue technique, il semble compliqué dans le domaine du soin de penser le rapport à la pudeur sans s'y confronter brutalement. Néanmoins, au même titre que cette double posture entre technique et rapport personnel, l'objet du soin, principalement le corps garde une ambivalence significative. D'un côté, le corps est « le corps malade »⁹ qui se fonde sous l'objectivation permanente du thérapeutique et d'un autre côté, il est le corps du malade qui dans ce rapport personnel ne peut être totalement objectivé par autrui. Cette insurmontable limite nous laisse entre l'approche fonctionnaliste et l'approche subjective et singulière d'un corps qui a une histoire, qui garde quelque chose d'intouchable. Le philosophe Levinas nous explique la rencontre avec autrui et son visage signifie bien plus que de simples formes plastiques [9]. Il perce les formes. Il y a dans cette nudité du visage qui me regarde une exposition éthique indiscutable en soi-même : « *Autrui n'est ni visée ni donnée* ». En s'appuyant sur les propos de Levinas, on peut en faire découler une exigence éthique intuitionnelle et universalisable d'une subjectivité reconnue. Le corps malade ne peut être totalement objectivé. Implicitement, le concept de dignité sous-tend les mots du philosophe et nous amène à faire tenir ensemble la dignité et la pudeur du corps soigné. En effet, si on prend en considération cette nécessité éthique de dignité, d'existence biographique et subjective du corps, on

⁸ Un examen de l'intestin grêle permettant l'étude de ses parois grâce à un scanner et l'ingestion d'un liquide rendant les organes gastriques visibles.

⁹ Cette distinction entre « *corps malade* » et « *corps du malade* » semblait être une bonne manière de mettre en exergue la différence d'appréciation de l'objet qui peut exister dans l'œil du médecin. D'un côté, le regard curatif et de l'autre, le regard humain qui est tourné vers la relation interpersonnel.

tente de laisser au corps-objet du pouvoir biomédicale une substance qui fait subsister la pudeur. Certes, ce corps est dévêtu de nombreuses valeurs et de biens de ses qualificatifs, toutefois, il est observé avec des prémisses humaines et judicieuses. Il est compris et traité dans un rapport de représentation. Ainsi, l'explication pédagogique de ce corps pris dans une certaine posture peut nous amener à garder une notion de pudeur. Il est avant tout autre chose, le corps du malade devenu sous le regard, un corps ni désirant, ni désirable, dévêtu et simple. Il n'y a plus aucune intentionnalité, ce corps n'est plus la victime de ses propres représentations dans le temps du soin. Il devient un cadre épistémique qui peut être autant accepté par le patient que par le soignant. L'intimité est laissée en suspens, hors de ce temps de soin. Cette représentation si elle est bien exposée et comprise, peut essayer d'éviter les autres normes culturelles, religieuses et sociales.

Pour autant, il pourrait nous être objecté que la pudeur est un processus d'état mentaux qui ne peut être considéré comme un état statique et qui ne peut se placer hors du temps du soin grâce à une exigence éthique formelle... Comment éviter cet écueil d'absence de jugement qui pourrait être considéré comme une application en partie de mauvaise foi au-devant de la réalité du soin ? De fait ne pourrions-nous pas dévoiler une autre articulation entre la dignité et la pudeur ?

2.2. L'Homme digne et la pudeur

Dans les parcours de soin, il y a de nombreux moments où des atteintes à la dignité et à la pudeur peuvent arriver. La plupart sont évités et résolus par le travail adroit des soignants et / ou des codes de déontologies et de santé publique. De son côté, le patient convoque en lui-même de multiples barrières psychiques pour ne pas sentir cette domination objectivante du soi. Plusieurs protections à différentes échelles permettent à l'Homme soigné d'éviter les expériences de la pudeur. Malgré tout ça, il nous faut imaginer que le malade hospitalisé vit dans une situation de non-intimité qui peut rendre impossible la tenue de la pudeur et parfois au même de la dignité. Prenons l'exemple d'un patient Z ayant le virus de l'immunodéficience humaine au stade dit « SIDA »¹⁰. Ce dernier a de nombreuses comorbidités tel qu'une tuberculose¹¹. Le patient Z est donc hospitalisé et doit être protégé du moindre virus ou bactéries. Ce faisant, tous les jours, de nombreux aides-soignants, infirmiers, médecins viennent dans sa chambre. Cela ne laisse aucune tranquillité au patient Z et même si ce dernier a probablement vécu avec cette pathologie des atteintes à sa pudeur, l'accès à son intimité n'a jamais été aussi grande. La situation est un passage obligatoire de soin, néanmoins sa pudeur et sa dignité sont mises à rude épreuve. Dans un cas comme celui-ci, le domaine du pudique n'a plus l'air d'avoir une quelconque existence. Et en même temps, nous pourrions penser que

¹⁰ Le SIDA est le syndrome d'immunodéficience acquise. Le système immunitaire n'est presque plus protégé par ses défenses immunitaires.

¹¹ La tuberculose est une infection qui peut se déclarer assez facilement si le système immunitaire est affaibli à cause d'une infection VIH par exemple.

Comment éclaircir la notion de Pudeur dans le soin ?

toutes ses relations de soin fondent et créé peut-être des expériences pudiques quasi-excessives pour le patient Z. Il n'y a aucun refuge à son être subjectif. Or, c'est justement parce que cette situation est fondamentalement non-pudique que nous pourrions émettre une hypothèse de recréation d'une forme de reconnaissance inscrivant la notion de dignité et de pudeur.

Le poète et écrivain Philippe Rahmy dans son ouvrage *Mouvement par la fin*, un portrait de la douleur explicite l'hypothèse que nous proposons ci-dessous :

« Le corps malade est un puits pour les autres [...] ma souffrance plus compacte pousse ceux que je reçois à me montrer leurs peines » [10].

C'est un partage de l'expérience de la souffrance qui s'opère ici. Dans ce passage, l'écrivain vit des situations d'intimités touchantes à travers l'exposition de sa souffrance, de son intimité. Il se joue dans ses lignes, une scène de reconnaissance. Le parcours de soin de Philippe Rahmy nous montre la dignité d'un être dans sa souffrance. Après que sa douleur fut reconnue aux yeux des autres, après que sa pudeur fut mise à mal, sa vulnérabilité souffrante a recréé des expériences d'intimité. Les autres se livrent dans un partage pudique évident. L'expérience de la relation qui est à l'origine même de la création de la pudeur et de l'activation de la honte reste tant bien que mal, le lien par lequel se reforme aussi la dignité de l'être souffrant. Des situations empathiques se dévoilent et donne à penser un retour de la dignité du malade par la reconnaissance de sa douleur et de surcroît, de son être. Dans cette relation de soin, c'est en retirant la pudeur de l'être que renaît un rapport intime, renouant avec une posture où la vulnérabilité ne tombe pas dans la soumission à des représentations mécaniques. Ainsi, l'Homme reste digne et la pudeur renaît des cendres de la procédure médicale institutionnalisée.

À travers deux grandes hypothèses, celle l'exigence éthique de dignité du corps et celle de la reconnaissance de la douleur, nous avons tenté d'amener des éclaircissements sur des articulations entre la pudeur et la dignité dans les situations de soin. Malgré tout, la situation évoquée par Philippe Rahmy est un ressenti qui semble assez rare dans le milieu hospitalier. Il paraît compliqué d'articuler l'expérience de la douleur comme une possible émancipation des rapports pudiques et objectivants de la pratique médicale. Nous pourrions dire que la souffrance est l'une des expériences les plus centrées sur soi-même puisqu'elle n'est vécue que par soi et seulement emphatiquement par autrui. De fait, nous pourrions nous demander comment la pudeur est vécue à travers la douleur. Et comment nous pouvons suspendre l'intimité de l'expérience de la souffrance dans la pratique médicale.

3. La douleur comme expérience de l'intimité

« La souffrance est, avec la jouissance, la retraite ultime de la singularité » [11].

La souffrance est ce qui malmène, ce qui est amenée péniblement à la perception. À ce titre les parcours de soin des malades dits « chroniques » sont des expériences

de la douleur prolongée. Le malade hospitalisé vit cette expérience intime de la douleur comme le dernier refuge à sa subjectivité. Les soins de l'hospitalisation, le processus thérapeutique est lourd de rencontres et de sollicitation constante du corps soignant. Ces procédés de soin sont une intrusion aussi évidente que logique dans l'expérience intime de la douleur du patient. La pudeur est grande pour celui qui est grandement malade. Cette conception est difficile à articuler pour le corps médical, qui pour savoir comment se passe le processus curatif a besoin de quantifier cette douleur. Et même si la prise en charge tend à être pluridisciplinaire parfois, les soignants sont obligés d'avoir des seuils, des indicateurs de tolérances souvent discutés avec les patients pour arriver à des diagnostics et pronostics efficaces. De fait, comment articuler l'intimité de la douleur perçue, la pudeur qu'elle engrange avec la méthodologie et le cadre médical ?

3.1. L'incompressible souffrance

Étymologiquement la douleur vient du latin « *dolor* »¹² qui signifie une sensation physique pénible à endurer. Le terme de souffrance lui vient de verbe « *ferre* » avec le « *sub* » signifiant porter quelque chose au-dessous. Dans les deux cas, la notion de pénibilité est notable. Les deux termes s'accompagnent de quelque chose de supplémentaire et d'incommode. D'un point de vue neurologique, les douleurs viendraient d'un excès de *nociception*¹³ des phénomènes neurogènes massifs, aigus et parfois chroniques [12]. Nous pouvons ainsi dire que même si la douleur tire son existence d'un rapport créateur, d'une existence supplémentaire à l'état « normal » du corps, elle reste un phénomène intériorisé et psychique. La souffrance se donne comme une expérience qui affecte l'intime, le soi-même. La relation de soin donne accès de manière légitime à cette intimité par devoir curatif. Il se joue ici une mise en abîme, le patient a pour lui la douleur qui fait effraction dans l'impression de continuité de son être et le médecin lui fait effraction dans cette expérience douloureuse. Dans les cas où la douleur est grande, de nombreux procédés de minimisation de la douleur sont à disposition du corps médical : les antalgiques, la sédation proportionnée, profonde, etc. Ces techniques ont des effets évidents et importants sur la continuité de l'expérience de la douleur. Néanmoins, il y a une grande variabilité culturelle à l'expression de la souffrance, ainsi, il est compliqué d'analyser, de normaliser les degrés de douleurs. Pour autant, il existe des échelles d'évaluation de la douleur aiguë, prolongée, chronique, etc. [13]. Leurs buts sont d'apporter des solutions dans l'urgence et de faciliter les procédures de soins de longue durée ou de fin de vie. Malheureusement, pourrions-nous considérer ces échelles comme une atteinte à la personnalisation de la douleur ? L'idée est de remettre la pudeur au centre du concept de douleur et en lui redonnant une certaine élasticité.

¹² Définitions étymologiques de douleur et souffrance venant du site du dictionnaire de l'Académie française.

¹³ Les *nociceptions* sont des fonctions défensives d'alarmes neurologiques, des stimuli du système nerveux central accordé à l'expérience d'une douleur.

Comment éclaircir la notion de Pudeur dans le soin ?

Actuellement, dans les hôpitaux, l'influence de l'approche psychosomatique de la douleur est mise en avant. L'anthropologie, la psychologie et la sociologie ont donné à l'expérience de la douleur, une réouverture vers des approches pluridisciplinaires : les centres de la douleur, l'approche collégiale englobant la psychologie et le ressenti personnel du sujet, etc. Ces approches font de la douleur une sensation unique, marquée par le sceau de la subjectivité. Il n'y aurait pas de douleur semblable. Le retour à l'empirique est encourageant quant à l'appréciation du concept. Malgré tout, cette façon de faire se confronte à quelques difficultés. Premièrement, elle demande une sollicitation d'une équipe pluridisciplinaire qui a un coût économique et temporel certain. Deuxièmement, elle demande un suivi régulier et long qui sied assez difficilement avec la façon de fonctionner quasi-mécanique des grandes infrastructures de soin publique ou privé. Troisièmement, nous pourrions émettre une difficulté plus philosophique consistant à la mise en retrait du concept de pudeur dans ces procédés. Remettre au centre l'individu qui vit la douleur, le solliciter vis-à-vis de son état peut sembler pertinent, le phénomène complexe de l'expérience de la douleur est peut-être trop contextuel pour être appréhendé avec de simples ajustements de diagnostics médicaux. Néanmoins, l'intériorité de la douleur est quand même difficilement abordable d'un être à un autre comme un état explicite et transparent. Même si le discours médical est clair, éclairé et donne une sensation de proximité, il ne peut s'occulter de son identité professionnelle et pratique. Nous pourrions prendre l'exemple d'un patient A pour expliquer cette limite. La patiente A est une femme ayant dermatose aiguë¹⁴ au niveau de son sexe depuis quelques années. Elle suit un traitement pour atténuer la douleur et a un suivi régulier avec son gynécologue. Son médecin est homme d'un âge similaire au sien. À chacune de leurs discussions, elle tente de donner un aperçu de la douleur ressentie. Néanmoins, la patiente A est gênée d'essayer d'expliquer ses douleurs à un être masculin même si elle connaît pertinemment la posture médicale et objectivée de ce dernier. Elle se dit que malgré sa formation, elle ne peut avoir la certitude de l'existence de son œil empathique et du ressenti de douleur qu'elle subit. Dans cette situation, le subjectivisme est autant un mal qu'un bien. La patiente fait l'expérience de la pudeur, non seulement à cause du genre de son interlocuteur mais aussi par sa posture médicale. Cela nous amène à penser l'expérience de la douleur comme un phénomène impressible, une multitude de couches de nouvelles sensations qui au-devant d'une relation avec autrui sont autant de difficultés nouvelles que de complications de sens. La mouvance conceptuelle de la douleur, lui donne une forme infigurable et fuyante qui ne s'exprime que dans l'être. Il ne s'agit pas ici de faire un scepticisme quant à la possibilité des individus à se comprendre mais de redonner de la matière à un concept qui est appréhendé sous la forme d'un espace découpé en une multitude de points. Dans cette hypothèse, ces points sont les moments

¹⁴ Les dermatoses aiguës sont des œdèmes qui touchent principalement les femmes. C'est une forme de défaillance cutanée.

d'interactions médicalisés et/ou des moments où l'attention du patient est plus forte, par une mobilisation différente de son système neurologique ou de ses dispositions psychiques. Dans *La pensée et le mouvant* du philosophe Henri Bergson propose cette approche légèrement différente de la phénoménologie inspirant à une nouvelle pensée des concepts par l'intuition [14]. Dans cette somme de conférences, Bergson fait du concept, une idée universalisable, immuable d'un genre singulier et fluent. Il correspond à un découpage de la réalité qui fait abstraction de ses articulations propres. Même si le concept est le produit rigoureux et nécessaire de l'intelligence, il est aussi arbitraire. En s'inspirant de la pensée bergsonienne, l'hypothèse que nous formulons ici est de redonner au concept de douleur, une élasticité plus temporelle que spatiale. La souffrance étant une expérience vécue en continu par le malade, elle ne peut être formulée et résumée conceptuellement dans un discontinu qui se donne de manière formelle et linguistique. En effectuant cette hypothèse, on peut essayer de redonner au concept de douleur, un voile obstruant quand il le faut, se cachant du rapport objectivant avec autrui. Du même coup, le pudique reprend forme dans le concept de souffrance, l'être qui a mal est seul connaisseur intime de son expérience. L'expérience de sa douleur devient l'expérience même de sa singularité dans le processus de soin et devient un des outils indispensables à son accomplissement.

À supposer que le concept de douleur puisse aussi bien s'articuler avec la pudeur, n'est-ce pas un idéal de considérer son ressenti comme un accomplissement ? La relation de soin a pour but de guérir, ne pourrions-nous pas trouver une façon plus adéquate de montrer l'évocation de la pudeur à travers le concept de douleur ?

3.2. Le « patients »

Nous avons observé l'expérience de la douleur comme un ultime rempart, un acte de pudeur devant la relation objectivante du soin. Maintenant, nous allons nous pencher sur le concept même de patient. Dans un premier temps, il nous faut rappeler que le patient vient du terme latin « *patiens* » qui veut dire pratiquement : « *Celui qui souffre* » [15]. Cela nous amène à penser que le concept même de patient contient déjà celui de la souffrance. Le terme de douleur est étymologiquement intrinsèque au terme de patient. Dans ces conditions, le rapport médical a toujours inclus son sujet comme étant celui qui porte un poids supplémentaire à l'être bien portant. Tout du moins, c'est ainsi qu'il pourrait être appréhendé sans l'historicité médicale et l'épistémologie de la médecine. Nous restons néanmoins accroché au postulat selon lequel le concept de douleur est contenu dans celui de patient. De fil en aiguille, nous pouvons amener l'hypothèse suivante : à la partie précédente de notre article, nous avons émis que la pudeur est contenue dans le concept de douleur car elle est une barrière infranchissable de l'expérience du moi. Donc, elle est une action qui possède une grande pudeur, une grande intimité qui ne se donne que par des biais. Cette idée peut nous amener à penser que si le concept de douleur est sous-tendu dans celui de patient, alors celui de pudeur l'est aussi. En faisant ce postulat, nous faisons du terme patient, un concept fluctuant, contextuel et qui vit intrinsèquement la douleur ainsi que potentiellement la pudeur. Ce retour étymologique et

définitionnel donne un éclairage nouveau sur l'approche psychosomatique du patient dans la relation de soin actuelle et lui donne peut-être un crédit supplémentaire. Si le but de l'interaction médicale est de faire disparaître la maladie, il faut alors que le patient soit contextualisé dans une histoire de vie, un ressenti bien particulier et abordé sous plusieurs aspects douloureux. Cette conception fait de la douleur et de la pudeur, deux concepts substantiels de la définition de patient, de celui qui livre son intimité et sa pudeur à autrui dans un but curatif.

Conclusion

L'objectif de cet article était d'éclaircir la notion de pudeur dans le soin. Nous n'avons pas pu la dissocier de plusieurs grands concepts intriqués dans la relation de soin tels que : la honte, la douleur, l'intimité, le patient, etc. Nous avons commencé par émettre l'hypothèse que la pudeur est un processus intensif d'état mentaux vis-à-vis de l'idée de son propre corps en relation avec autrui. Cette définition psychologisante ne suffisait pas à décrire sa réalité dans la pratique médicale. C'est pourquoi nous nous sommes imprégnés de cas fictifs de patients pour montrer le glissement naturel de la pudeur vers la honte dans le contexte de la relation de soin. L'hypothèse fut que la honte soit une actualisation du processus de pudeur se faisant en puissance. De cette façon la pudeur serait une expérience intérieure, plus diffuse et moins expressive. Par la suite, nous avons recherché d'autres vertus qui avaient un lien fort avec la pudeur dans le soin. L'idée était de voir ce qui pouvait la fonder explicitement et la défendre en-dehors des normes juridiques et des pratiques médicales normées. Ainsi donc, nous nous sommes tournés vers les liens effectifs entre la valeur de dignité et la pudeur. Cet argumentaire s'est découpé en deux temps de justification, le premier devait amener le lecteur à penser que la dignité et la pudeur ne pouvaient être séparées à partir du moment où une exigence éthique minimale était portée sur le corps du malade. Le second temps se tournait vers une justification de la dignité et de la pudeur par la reconnaissance de la douleur du patient. Ce postulat, nous a naturellement fait bifurquer vers les liens évocateurs entre les concepts de souffrance et de pudeur. Ce dernier lieu argumentatif a tenté d'expliquer en quoi la douleur était une expérience pudique et comment la notion de patient avait déjà en elle, le concept de pudeur.

Ce catalogue conceptuel espère apporter des éclairages sensibles et conceptuels sur la nature et l'essence de la notion de pudeur dans le cadre du soin. Il n'a pour vertu que d'initier des ressentis positifs ou vécus par les pratiques et amener des intuitions communes sur le fil de la pudeur.

Références bibliographiques

1. ACADÉMIE FRANÇAISE, <https://www.dictionnaire-academie.fr/> consulté le 14/12/21, France.
2. BATHÉLEMY SAINT-HILAIRE Jules (2012), *Aristote : Ethique à Nicomaque*, Le livre de Poche, France.

3. BENHAMOU-JANTELET Ghislaine, Monique FORMARIER (2002). *Les concepts en sciences infirmières [Douleur]*, 2^e édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, France, p.158-160.
4. BUBER Martin (2012). *Je et Tu*, Aubier Philosophie, France, p. 7-13.
5. FIAT Éric, Adèle VAN REETH, (2016). *La pudeur*, Plon / France Culture, France, p. 144-145.
6. JANKÉLÉVITCH Vladimir (1998). *Philosophie morale [Le pur et l'impur]*, France.
7. LEMOINE Mael (2021). *Bergson Henri : La pensée et le mouvant*, éditions studyrama, France.
8. LEVINAS Emmanuel (2002). *De l'existence à l'existant [Avant-propos]*, éditions Vrin, France.
9. MARZANO Michaela (2007). *Dictionnaire du corps*, édition PUF, France, p. 792-793.
10. RAHMY Philippe (2005). *Mouvement par la fin. Un portrait de la douleur*, Chambon-sur-Lignon, Cheyne, 2005, p. 26-27.
11. RICOEUR Paul (2001). Le Juste, 2 [Le Juste les trois jugements du médical], Esprit, collection « Philosophie », p.228-229
12. SEGOND Louis (1910). *La Bible* (La Sainte Bible- Ancien et Nouveau Testament) édition BIBLI O. Ancien Testament, France.
13. SOCIÉTÉ FRANÇAISE d'accompagnement et de soins palliatifs, 2014, www.sfap.org/rubrique/les-echelles-de-la-douleur consulté le 14/12/21, France.
14. WEBER Max (2013). *Sociologie de la religion*, Champs classiques, France.
15. WUERNET Jean-Luc, (2017), *Aristote : Œuvres complètes et annexes (40 titres annotés et illustrés)*, Arvensa éditions, France.

Pour citer cet article

Mathieu BOURHIS, « Comment éclaircir la notion de Pudeur dans le soin ? Discussion de ce sentiment dans l'Hôpital », *Paradigmes*, vol. V, no Spécial 02, 2022, p. 135-149.

