

Laurence Lagarde-Piron

CORPS À CORPS INFIRMIERS

La rencontre soigné/soignant en apprentissage



Préface de Pascal Lardellier
Postface d'Yves Enrègle

Des Hauts & Débats

L'Harmattan

CORPS À CORPS INFIRMIERS

La rencontre soigné/soignant en apprentissage

Laurence Lagarde-Piron

Préface de Pascal Lardellier Postface d'Yves Enrègle

Entre les murs de l'hôpital se jouent l'intime et l'intimité des soignés et des soignants en formation. Dans le face à face de la rencontre, l'étudiant perçoit le monde des soins à travers ses sens. Ils l'informent, le désorientent, font émerger de multiples ressentis qui s'imposent et indisposent. Entre passion et répulsion, goût du métier et dégoût du corps souillé, l'apprentissage des soins infirmiers est ici abordé dans ses rapports aux corps et émotions. L'auteure revisite les normes sociales et morales en s'appuyant sur la sociologie et l'anthropologie du corps, des émotions et de la communication.

Laurence Lagarde-Piron est Puéricultrice Cadre de Santé, responsable pédagogique de l'École Régionale d'Infirmières Puéricultrice du CHU de Dijon et titulaire d'un Doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication.

Broché - format : 13,5 x 21,5 cm

ISBN : 978-2-343-14549-5 • 25 avril 2018 • 206 pages

EAN13 : 9782343145495

EAN PDF : 9782140088629

5. Le corps et les soins infirmiers

Notre vie quotidienne est rythmée par les détails de notre existence corporelle nous obligeant à manger, nous laver, nous habiller, soigner notre apparence, dormir, mais aussi éliminer. Lorsque la maladie ou le handicap empêchent de gérer ces détails de la vie quotidienne, nous faisons appel à une tierce personne pour nous y aider. Les infirmières assistent les personnes hospitalisées dans leurs besoins fondamentaux. Elles possèdent un savoir important relatif au corps et à la vie sociale, savoir construit dans le contexte d'une société au sein de laquelle les individus cachent les fonctions du corps. Les infirmières aident également les patients à vivre l'expérience de la maladie et du vécu du corps. Elles s'en occupent comme objet de soin, mais aussi comme sujet de soin, elles intègrent en un tout le corps et son vécu, le corps comme vecteur de l'expérience de soin.

Le problème du corps est peu présent dans les manuels scolaires, on n'en parle pas ou bien de façon implicite, sa présence est insinuée. Lorsqu'il est abordé, c'est au travers d'une procédure ou d'un protocole de soins. Le vocabulaire utilisé est alors édulcoré surtout lorsqu'il est question des aspects existentiels du corps et des déchets corporels auxquels sont pourtant quotidiennement confrontés les soignants. L'étudiant est peu préparé, il s'est entraîné sur un mannequin à l'IFSI quelques jours avant son départ en stage.

Mise en scène du rôle à travers la toilette

C'est au cours du premier stage que l'étudiant en soins infirmiers va interpréter pour la première fois le rôle. Et c'est très souvent avec la « toilette », considérée comme le soin emblématique de la première année de formation, ou le « change », qu'il va se donner en représentation. À la fois attendus et redoutés, les premiers soins au corps obligent le soignant à approcher le corps au-delà des limites sociales habituellement respectées, ils font voler en éclat les règles de bonne conduite et lèvent les interdits et les tabous. Ils rendent manifestes toutes les tensions affectives et morales de la

relation de soin, participent à la découverte d'un aspect central du métier : la vulnérabilité d'Autrui. Ils dévoilent tout ce qui doit rester caché.

« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »¹ fait partie des dix compétences à valider pour obtenir le diplôme d'Etat d'infirmière. Parmi tous, les soins d'hygiène et de confort sont de loin ceux qui interpellent le plus les étudiants, ce sont aussi ceux qui demandent de passer le plus de temps en contact rapproché avec le patient. Une injection, un prélèvement sanguin ou bien le pansement d'une plaie, sont des actes plus ponctuels ne concernant qu'une partie du corps et qui mobilisent l'utilisation de matériel intermédiaire pouvant servir de filtre de protection contre les perceptions sensorielles. Les soins d'hygiène, appelés aussi soins de *nursing*, vont concerner plusieurs parties du corps dont les parties les plus intimes. Ils sont dépourvus d'instrumentalisation et, bien que l'usage des gants se soit généralisé, les parties du corps seront touchées le plus souvent à mains nues. Les soins d'hygiène sont les plus engageants, ils regroupent tout un ensemble de soins, appelés « soins de confort et de bien-être »² dont l'objectif général est de suppléer aux déficiences temporaires ou définitives du patient. Cette suppléance s'inscrit dans le registre du corps fonctionnel et de ses besoins fondamentaux. Les soins sont liés à l'hygiène corporelle, à l'habillage et au déshabillage mais aussi à l'hygiène alimentaire, au sommeil, à l'installation et aux déplacements. Enfin, ils sont liés à l'élimination des salissures du corps et de ses excréments. Ils se déroulent dans l'espace clos d'une chambre, à l'abri des regards et sont le plus souvent regroupés sous le terme générique de « toilette » ou « changes » dans les discours des professionnels.

¹Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe II, Compétence 3.

²Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe III, Activité 2.

6. La toilette : soin emblématique de la formation

La toilette semble être un soin très quelconque tant il est familier pour chacun d'entre nous. De l'enfance à la vieillesse, le corps est lavé par soi-même ou une tierce personne selon l'âge et le degré d'autonomie. Les gestes sont familiers et se réalisent le plus souvent dans l'intimité et selon un rituel propre à chacun. Faire la toilette d'une autre personne, d'un autre corps que le sien, est loin de se présenter comme la simple reproduction des gestes habituellement réalisés pour soi. Ce soin ne répond pas seulement d'une nécessité d'être propre, il convoque tout un ensemble de règles, de valeurs et d'interdits avec lesquels chacun doit composer.

La toilette est un symbole particulièrement fort dans la formation en soins infirmiers. Elle est souvent considérée comme une épreuve initiatique, évoquée comme un soin marquant le passage du statut de profane à celui d'initié : « *c'est l'épreuve du feu* », « *le passage obligé, on n'a pas le choix* », « *il faut en passer par là* », « *c'est un peu un rite de passage, pour savoir si on va tenir ou pas* », et ce soin se fait le plus souvent « *dans la douleur* », « *on ne nous fait pas de cadeau* ».

Quel que soit le programme et quelles que soient les générations, la toilette occupe une place centrale dans la formation, elle est le soin dont on se souvient. Même après de nombreuses années d'exercice, les professionnels se rappellent de leur première toilette, lorsqu'ils étaient étudiants ou élèves, comme d'un événement dont il garde un souvenir vivace. L'expérience telle qu'elle est vécue laisse des traces.

Au cours de l'enquête, les étudiants ont été nombreux à aborder ce soin et la majorité des premières analyses de pratiques³ portent sur ce sujet. Dans leurs discours, le terme « toilette » est associé à l'ensemble des soins relatifs à l'hygiène

³Le référentiel de formation prescrit l'écriture d'une analyse de pratique par stage. Le thème est au libre choix de l'étudiant et doit porter sur une situation qui l'a interpellé.

du patient. Ils décrivent le soin tout en questionnant simultanément sa dimension relationnelle et technique. Ils évoquent plus particulièrement les notions de dignité, de pudeur, d'intimité et de bien-être dans leurs écrits ; à l'oral, ce seront leurs difficultés liées aux odeurs, à la vue des corps abimés et vieilliss, à toutes les sollicitations sensorielles, qui seront abordées.

Dans le langage courant, il n'est pas rare d'entendre que « *la toilette est au cœur du métier de l'infirmier* ». Et pourtant, le mot « toilette » n'apparaît pas dans la longue liste des soins infirmiers, c'est un abus de langage. Le terme n'est cité qu'une seule fois dans le référentiel d'activités et dans le cadre d'une situation très spécifique : « *la toilette et les soins mortuaires* ».⁴

La toilette est un soin emblématique, mais pas pour tous. Certains vont découvrir cette facette du métier en début de formation. L'infirmière est le plus souvent représentée une seringue à la main, au point qu'ils n'imaginent même pas en entrant à l'IFSI devoir laver le corps de quelqu'un, ou devoir gérer ses salissures. Sylvie se souvient du TD où la toilette a été abordée : « *Pour moi, l'infirmière c'étaient les clichés que l'on voit un petit peu partout, les piqûres, les pansements, les trucs un peu techniques... Je n'imaginai pas qu'une personne puisse être démunie au point de ne pas pouvoir se laver... Que l'on soit obligé de le faire à sa place, que l'on soit obligé de la nourrir, de l'aider à faire ses besoins. Quand je suis rentrée à l'école, j'étais loin de la réalité...et pour le premier TD toilette, je suis tombée de très haut quand les formatrices nous ont demandé si on avait déjà eu des contacts avec les soins...et je me souviens d'une fille, qui a levé le doigt et dit "moi j'ai beaucoup soigné ma grand-mère malade, je lui faisais sa toilette" et là, pour moi cela a été le choc...je me suis dit...parce qu'on fait la toilette des gens ? Les gens ne sont pas capables ?... J'étais dans ma petite vie dorée... Je ne m'étais jamais posé ces questions dans ces termes-là. Je ne m'étais pas*

⁴Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'Infirmier, Annexe III, p. 18. Activité 5. Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique.

du tout imaginée que l'on pouvait faire ça...et je me suis demandée comment j'allais faire ».

Un soin sans risque ?

Quel que soit le lieu où se déroule le premier stage, il est écrit nulle part que le premier soin à réaliser doit être un soin de *nursing*. Les activités proposées sont diverses et variées, mais une constance apparaît et traverse les générations des étudiants en soins infirmiers : le premier soin réalisé est un soin d'hygiène et de confort. Ce caractère immuable du mode d'entrée dans les soins peut en partie s'expliquer par le fait que, jusqu'en 2009, les étudiants en soins infirmiers devaient valider ce soin pour être autorisés à passer en seconde année de formation. Depuis, cette obligation est tombée, l'épreuve de fin de première année, la fameuse MSP⁵ qui portait essentiellement sur les soins d'hygiène et d'entretien de la vie, n'existe plus. Et pourtant, la toilette demeure LE soin du premier stage.

La logique du *moindre risque* dans une société qui n'accepte pas le risque peut également expliquer cette constance. Les soins d'hygiène sont souvent considérés comme simples à réaliser, ne nécessitant pas de pré-requis particuliers puisque, en tant que personne, nous sommes tous confrontés à ce soin dans notre vie quotidienne. « *Tu fais comme pour toi* », a entendu Anne le premier jour de son stage, « *ma première toilette ? On m'a dit "ben tiens, tu laves cette dame-là", et hop tu te débrouilles* », « *les bras ballants, je ne savais pas comment m'y prendre, laver quelqu'un d'autre est tellement différent que se laver soi-même* ». Les novices sont rapidement livrés à eux-mêmes pour la réalisation de ce soin « sans risque », alors qu'ils seront encadrés pour les soins techniques et autorisés à les faire seul après plusieurs répétitions sous le regard averti d'un expert. Débuter la formation par la réalisation d'une toilette, qui plus est, celle d'un patient adulte et non pas d'un enfant ou d'un

⁵MSP : mise en situation professionnelle, épreuve qui ponctue chacune des trois années de formation et qui devait être validée pour être autorisé à passer dans l'année supérieure. Cette épreuve a disparu avec le nouveau programme de 2009.

nouveau-né, apparaît comme un soin peu risqué. Le geste semble banal et ne présenter aucune difficulté.

Pourtant, le risque est grand. Risque de dérives, risque de maltraitance volontaire ou non, risque de négligences intentionnelles ou non, risque de maladresses et de gêne assurément. Les premières toilettes sont des moments forts en émotions, chargés du poids de l'injonction du respect de la pudeur et de l'intimité, déchargés des réalités du corps mis à nu qui s'expose et se montre sous tous les angles.

Les étudiants découvrent différentes formes de maltraitance sur le terrain, témoins impuissants de ce qui le plus souvent traduit la fatigue et l'usure des soignants. Aux sentiments de gêne, de dégoût et d'étrangeté se mêlent ceux de culpabilité et de honte comme en témoigne Noémie : *« Mon premier jour de stage, je suis avec une aide-soignante. Je suis en observation, les étudiants ne font jamais de toilette le premier jour de stage... On entre dans la chambre, l'aide-soignante allume la lumière et, sans la prévenir et sans lui demander son avis, soulève les draps et découvre la patiente, comme ça, sans autorisation... Elle me dit de regarder ce qu'elle fait... Je la vois mettre la patiente sur le côté, doucement mais sans lui parler. La dame se met à hurler, elle n'est pas d'accord mais on ne comprend pas ce qu'elle dit, l'aide-soignante n'en tient pas compte et lui retire ses habits. Elle retire la protection de la patiente et nettoie son intimité. Elle me tend ensuite la protection sale et m'en demande une propre. J'essaie d'avoir l'air calme mais je suis complètement paniquée devant cette scène tellement inattendue et d'une certaine brutalité. L'odeur de selles s'ajoute au spectacle, je ne peux retenir une grimace de dégoût qui agace mon binôme. Je lui tends une protection taille M qu'elle enfle en essayant d'apaiser la patiente. Elle ressort après lui avoir enfilé une robe de chambre et fermé les volets. La patiente ne s'est pas levée, et n'a fait que hurler tout le temps qu'a duré le change ».*

La face sombre de la relation de soin

Nous allons écorner ici l'image d'Épinal du soin. Le soin n'est pas que bienveillance, bienveillance et amour de son prochain. Il peut être maltraitance ou malveillance. Cet aspect, ignoré la plupart du temps, est mis régulièrement sur le devant de la scène dans les médias, il interpelle et offusque tant il est contraire à ce que devrait être le soin.

La relation de soin se caractérise par son asymétrie. Elle est rencontre entre deux personnes, le patient en demande de soins et le soignant qui dispense les soins. Le patient est allongé, fragile et vulnérable, il est soumis au bon vouloir du soignant, censé détenir le savoir et le pouvoir de le soigner. La vulnérabilité peut engendrer la soumission et le pouvoir peut se transformer en abus de pouvoir.

La maladie entraîne la dépendance qui rappelle l'état de néoténie de tout être humain et provoque la régression. Les soins donnés dans cette relation asymétrique, remettant en question la réciprocité peuvent donner lieu à certaines dérives comme l'humiliation ou l'infantilisation. L'attitude du soignant pourra se traduire par une projection empathique, « *je sais ce qui est bon pour vous, je sais ce que vous ressentez* », avec une lecture unilatérale de la situation et le droit de décider ce qui est bien pour le patient. La vulnérabilité pourra favoriser les tendances perverses.

S'occuper d'un corps malade peut provoquer des réactions de rejet ou de mépris voire de maltraitance. La passivité et la fragilité du patient dépendant peuvent réveiller des tendances sadiques chez le soignant. Simone Korff-Sausse, interroge cette dimension et la relie aux bénéfices que le soigné peut trouver à recevoir des soins : « la dépendance est source de bénéfices, souvent inavouables chez le soigné, il y a un investissement du plaisir masochiste à se faire soigner et chez le soignant un investissement du plaisir sadique à le soigner ». ⁶ Cette

⁶Simone KORFF-SAUSSE in BENAROYO, Lazare, LEFEVE, Céline, MINO, Jean-Christophe, WORMS, Frédéric. *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société*. Paris : PUF, 2010, p. 59.

dimension sadique est une composante de la relation de soin qui est à prendre en compte et à aborder avec les étudiants pour la prévenir et la dénoncer.

Cette part sombre de la relation est effleurée en formation, c'est en termes positifs que la relation de soin est abordée à l'IFSI.

Une relation privilégiée

La toilette est idéalisée dans les discours des formateurs, valorisée pour la relation qu'elle permet avec le patient. Elle est présentée comme un temps privilégié de relation soignant-soigné, moment de partage et d'échange où l'on prend le temps, moment où le patient se sent reconnu en tant qu'être humain, moment de bien-être physique et moral. Mais en est-il toujours ainsi ? Alors que la toilette devrait être réalisée en prenant le temps, elle est effectuée le plus souvent à la chaîne, dans l'urgence de toutes les activités de la journée. Certains étudiants reconnaissent être privilégiés de pouvoir prendre ce temps, « *je prenais plus d'une heure avec cette personne-là, je prenais le temps. L'aide-soignante avec qui j'étais me disait que quand je serai diplômé, je n'aurai que 10 mn par patient, je ne sais pas comment cela peut être possible...* ».

Un soin souvent dévalorisé...

Les soins d'hygiène sont quelquefois appelés « soins de base » par les infirmiers, leur donnant implicitement une moindre valeur par rapport aux soins plus techniques auxquels ils sont souvent opposés. Ils ne demandent pas d'aptitude particulière – en apparence seulement – et, s'apparentant à des soins ordinaires, ils sont envisagés comme du travail domestique. Ils sont associés au rôle traditionnellement assigné aux femmes dans notre culture, assimilés au maternage.

Les soins techniques relèvent du rôle sur prescription, ils résultent de l'évolution médicale et renvoient au modèle biomédical de la santé. Le plus souvent médiatisés par des instruments, ils sont définis comme des actes de soins effectués selon des procédures spécifiques et impliquant l'usage de produits et/ou de matériels appropriés. Le soin technique le plus

représentatif de l'infirmière est l'injection ou ponction veineuse, la « piqûre », symbolisée par la seringue et l'aiguille. Cette division des soins infirmiers et la façon de les nommer laissent supposer que les soins techniques sont plus difficiles que les soins de base.

Notre propos n'est pas de polémiquer sur la supériorité des soins techniques sur les soins d'hygiène, mais de souligner que, même en étant reconnue comme faisant partie du rôle propre infirmier, la toilette et ses corollaires font partie du *sale boulot*, souvent relégué à l'arrière-plan et abandonné aux étudiants et aux aides-soignants.

...mais d'une grande complexité

Pour Laura, laver le corps d'un autre s'avère être d'une grande complexité technique. *« La toilette demande un temps de réflexion plus long que les autres soins. Ça commence quand je prépare mon matériel. J'ai tellement peur d'oublier quelque chose, ça me stresse. Je me pose mille questions, combien de gants ? Un, deux, trois ? Combien de serviettes ? Dans quel ordre on doit faire les choses ? On lave quoi en premier ? Le haut du corps, le bas, le dos ?... On doit changer l'eau de la cuvette combien de fois ? Retourner le gant pour le bas ?... Certains patients aiment se laver les dents en premier, d'autres non. Certains veulent se raser d'abord, d'autres après... Ne pas mettre de l'eau dans les yeux. L'infirmière m'a dit de ne pas mettre de savon pour laver le visage des patients mais moi, j'en mets pour me laver le visage, alors comment faire ?... Comment déshabiller le patient ?... Commencer par le haut, le laisser faire, est-ce qu'il peut, est-ce qu'il veut ?... Ne pas frotter trop fort pour ne pas abîmer la peau, ne pas oublier les mains, bien rincer, sécher, couvrir... Laver le bas, les jambes, les pieds ; ne pas oublier entre les doigts de pieds, regarder s'il reste des saletés logées entre les doigts de pieds, faire attention aux plaies, regarder les talons si le patient ne peut pas bouger... Tourner le patient avec douceur et en sécurité et laver le dos, retrouver le bon gant du haut... Changer les draps, passer une lavette sur l'alèze du lit, faire vite car la position en décubitus latéral n'est pas confortable, bien faire le lit en technique....*

Rhabiller le patient, l'installer dans un fauteuil ou le remonter dans son lit alors qu'il pèse parfois deux fois ton poids, et sans se faire mal au dos... Vraiment pour moi, la toilette c'est le soin le plus compliqué ».

Il faut du temps pour se sentir « à l'aise » dans ce rôle de l'infirmière qui fait à la place d'autrui. Les novices rencontrent également des difficultés à engager la conversation en réalisant le soin, à trouver les bons mots pour parler des parties du corps qui vont être touchées. S'ils les nomment par leur nom anatomique, il y a de grandes chances pour que le patient ne comprenne pas, « *on nous apprend qu'il faut parler au patient, établir une relation de confiance, le prévenir du soin que l'on va lui faire mais on ne nous apprend pas comment...je vous lave le dos, les pieds, ça va encore...les fesses, tout le monde comprend mais si je dis "je vais vous faire la toilette du périnée" ou bien "je vous lave le prépuce", je ne pense pas que beaucoup de résidents comprennent !* ». Utiliser le langage courant semble être du bon sens mais le choix des mots n'est pas si simple quand cela concerne les parties du corps les plus intimes, ou certaines dimensions de l'existence peu partagées et dont on ne parle pas facilement.

La complexité se loge également dans le respect de l'ordre des parties du corps à laver. Le grand principe d'hygiène hospitalière, « travailler toujours du plus propre au plus sale, du plus haut au plus bas, du plus éloigné au plus central »⁷ doit s'appliquer à tous les soins, quelle que soit leur nature. Pour les soins d'hygiène, il se traduit par l'ordonnancement des parties à laver. Le corps est coupé en deux, le haut et le bas, et certaines parties font l'objet de plus d'attention, « Insister sur les endroits riches en prolifération microbienne : oreilles, coudes, aisselles, plis cutanés – notamment sous les seins –, ombilic, pieds... ».⁸ Les préoccupations des novices vont concerner la partie la plus intime du corps, ils se posent mille questions, « *j'ai une question toute bête, si le patient a uriné dans sa protection, je commence par la toilette intime ? S'il a eu des selles, je*

⁷http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Soins_hygiene/Toilette.pdf (consulté le 13/08/16).

⁸*Ibid.*

commence par nettoyer le siège ? Mais s'il a eu des selles et des urines, je commence par quoi ? ». À cette question postée sur un blog⁹, la réponse est la suivante : « vu que l'on va du plus propre au plus sale, tu commences par le siège puis tu t'occupes de l'appareil urinaire. On considère que les selles sont plus sales que l'urine », conseil qui ne satisfait pas une autre blogueuse qui poursuit : « Tu te contredis. Le siège est considéré comme sale, on débute la toilette génitale par le siège ».

Le « sale » est constitué des sécrétions et produits d'élimination, selles, urines, sang et pus, tout ce qui vient de l'intérieur du corps. Dans la vie ordinaire, le sale vient plutôt de la pollution extérieure, des poussières et de la terre. Cette redéfinition du sale comme venant de l'intérieur du corps fait appel aux pur et impur. On observe une hiérarchie des perceptions concernant les saletés corporelles selon la signification sociale qui lui est attribuée, chacun ne donnant pas la même valeur aux différentes excréments du corps. Tel soignant sera plus sensible au crachat, tel autre au vomir. La transpiration, les excréments et le sang menstruel n'ont pas le même degré de saleté.

7. Les soins de propreté

La prise en charge de la propreté et de la saleté s'ancre dans l'histoire du rapport de l'individu à son corps et à celui des autres ; elle fait appel à un ensemble de pratiques sociales et culturelles plus générales abordées précédemment.

L'appréciation du propre et du sale est très subjective et repose sur la signification sociale que chacun lui attribue en fonction de son éducation. Le versant propre est également de nature subjective et seul le patient peut l'évaluer. La contrainte sociale de tenir le corps en état de propreté se retrouve à l'hôpital, les toilettes sont réalisées de façon quotidienne et sont

⁹<http://www.infirmiers.com/forum/toilette-intime-du-plus-propre-au-plus-sale-184973.html> (consulté le 13/08/16)

justifiées par un souci de « bonne santé », de « se sentir mieux », et de « respect du patient ». Mais le plus souvent, par manque de temps, le personnel hospitalier ne lavera qu'une partie du corps, celle qui se voit. « *Le week-end, on n'a pas le temps de laver tous les patients, l'équipe est en effectif réduit. Alors on ne lave que ce qui se voit, les bras et le visage, le reste est caché sous les draps...c'est pour ne pas avoir de reproches de la part des familles qui viennent leur rendre visite* ».

Le constat de saleté se fera par l'intermédiaire des sens. Le toucher donnera une sensation de collant, la vue objectivera la saleté du corps, mais c'est surtout l'odorat qui apportera le plus d'informations sur le manque d'hygiène.

Evolution des sentiments de pudeur, de honte et d'intimité

Les changements des pratiques d'hygiène et d'entretien du corps ne se sont pas limités à la conquête du « propre », ils ont également modifiés nos comportements dans la gestion des fonctions corporelles d'élimination, et dans l'hygiène corporelle. La toilette se déroule dans un espace privé, à l'abri des regards et dans l'intimité. « Il a fallu que nos sociétés parcourent un long chemin pour que la défécation encore chantée par Rabelais, évoquée sans vergogne par Montaigne...devienne un motif de honte, impliquant le silence, le repli sur soi et la crainte d'être surpris en si fâcheuse posture ».¹⁰ Les notions de pudeur et de honte sont associées à cette évolution.

Sentiment intime, sentiment de l'intime

La notion d'intimité est omniprésente dans les soins, on la retrouve interrogée dans les écrits des étudiants comme une préoccupation de tous les instants et de tous les soins, un droit sacré à respecter. Intéressons-nous à cette notion et à ses fonctions.

Le mot intime vient du latin *intimus* qui désigne ce qu'il y a de plus intérieur. Au sens littéraire du terme, l'intimité est définie comme le « caractère de ce qui est intime, profond,

¹⁰LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Op.Cit., p. 99.

caché et impénétrable ». ¹¹ L'intimité concerne d'abord ce qui est de l'ordre de la vie privée. Issu du droit, ce concept distingue le privé du public. Le public recouvre tout ce qui relève des rapports entretenus par nécessité avec d'autres personnes et régis par la loi, ou bien ce que la personne elle-même accepte de rendre publique. Ce qui est de l'ordre privé concerne ce qui échappe au public par la loi et par la volonté de la personne. Les occasions d'atteinte à la vie privée sont nombreuses dans les établissements de soins et sont le fait de la vie en collectivité imposée et des horaires de soins non choisis.

Mais l'intimité ne se décline pas seulement en termes d'opposition public-privé. Elle est aussi cette part personnelle de soi qui est réservée. Elle est ce qui appartient en propre à la personne et que l'on retrouve sous différentes formes. L'intimité corporelle, où le corps établit une première limite de l'intime ; l'intimité psychique ou affective, faisant appel au monde secret et à tout ce que l'on garde pour soi. Enfin, l'intimité de l'espace, qui est notre bulle protectrice nous entourant et formant l'espace intime.

Les secrets de l'intime

A l'hôpital, les soignants ont accès à l'intimité psychique des patients lors des confidences qu'ils leur font sur leurs ressentis face à la maladie, ou dans les questions que les soignants posent pour connaître et identifier leurs besoins. Toutes les informations recueillies à propos d'un patient sont protégées par le secret professionnel, le *savoir coupable* de Hughes.

L'étudiant est souvent la personne à qui se confie le patient. Il entend ses plaintes, ses craintes, ses souffrances, témoin impuissant de ses confidences dont il ne sait que faire. Il « se charge » du mal du patient. Et si certains guérisseurs s'en débarrassent en se secouant les mains, comme dirait François Laplantine, le soignant ne s'en débarrasse pas aussi facilement, sauf s'il a possibilité de le partager et de le transmettre aux autres.

¹¹<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/intimité> (consulté le 12/08/16)

L'intimité de l'espace

Dans le quotidien des soins, l'intimité de l'espace du malade n'est pas toujours respectée. La chambre n'est pas considérée comme l'espace du malade, mais comme un lieu que les soignants investissent. Ils y entrent le plus souvent sans frapper, et les allées et venues des différents membres du personnel tout au long de la journée et même pendant la nuit sont incessantes.

La façon d'envahir l'espace intime, les précautions prises par le soignant, le comportement adopté lors des soins, tout a une grande incidence sur le confort psychique du patient. Effectivement, pour le patient, ne pas savoir quand et comment va se dérouler un soin, combien de personnes vont rentrer dans sa chambre, peut engendrer entre autres, du stress, de l'angoisse et de la peur.

L'intimité corporelle et la pudeur

L'intimité corporelle, c'est l'intimité des parties du corps que l'on ne souhaite pas exposer aux yeux et à la vue des autres. C'est cette intimité-là qui nous intéresse plus particulièrement, perpétuellement menacée dans le monde des soins. L'intimité est associée à la pudeur.

Dévoilement de l'intime

Pour la plupart des gens, la nudité peut représenter une humiliation à l'exception de certaines situations où elle est autorisée : la relation amoureuse, la convention nudiste encadrée dans un espace privé, et la relation de soin. La nudité des naturistes n'est pas sans pudeur, elle est reliée à des occasions particulières et elle est consentie par les individus qui, par ailleurs, n'ignorent pas la norme sociale.

La pudeur se définit comme la « disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature sexuelle ».¹² C'est un sentiment qui permet de protéger l'intimité corporelle, et sa

¹²<http://www.cnrtl.fr/definition/pudeur> (consulté le 12/08/16).

transgression provoque des sentiments de gêne et de honte pour le patient, mais aussi pour le soignant.

Le sentiment de pudeur est dicté par les normes et les valeurs de la société, mais aussi par l'éducation. L'enfance est une période particulière où la nudité semble ne pas déranger l'enfant, jusqu'à un certain âge. Les enfants ne transgressent pas les normes sociales, ils les ignorent, ils acquièrent le sens de la pudeur progressivement, souvent en lien avec la maîtrise des sphincters et l'acquisition de la propreté. Les parents inculquent la pudeur à leurs enfants tout comme ils enseignent le langage. L'éducation a une influence sur les attitudes de l'étudiant dans ses rapports au corps nu et aux pratiques liées à la nudité, « *je n'ai jamais vu d'autre corps nu que le mien* » nous confie Sonia. Elle poursuit en ces termes : « *mes grands-parents je ne les ai jamais vus en maillot de bain, je connais de leur corps que leurs mains et leur tête, ce qui dépassent des vêtements et ne peut être caché* ».

L'élimination

Pudeur et honte sont contigües. L'une précède l'autre, la pudeur intervient la première, elle règle les distances entre soi et l'autre, elle veille sur l'espace socialement construit. « La honte est toujours un accident de la pudeur ».¹³ La vigilance de la pudeur évite à l'individu d'être exposé à la honte. Cet ordre des choses ne s'applique pas à la façon dont ce sentiment est transmis durant l'enfance. Les parents ont plutôt tendance à faire honte à leurs enfants sans attendre que la pudeur soit complètement acquise. La pudeur devient chronologiquement seconde lorsque le parent fait des reproches à son enfant jouant avec ses excréments et n'ayant pas encore compris qu'il faut se cacher pour déféquer. La honte forme ainsi à la pudeur alors qu'en principe, la pudeur devrait permettre d'éviter la honte. La honte mise en place dès les tous premiers moments de l'éducation va s'inscrire de façon indélébile dans la constitution

¹³HABIB, Claude, « La pudeur et ses limites », in MARQUET, Jacques, MARQUIS, Nicolas, HUBERT, Nathalie. *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers: de la formation à la profession*. Louvain : Academia l'Harmattan, 2014, p. 47.

psychique de l'enfant et va conditionner nombre de ses comportements relationnels et sociaux.

L'enfant devient pudique en comprenant qu'il faut dissimuler tout ce qui peut offenser le regard des autres. Il apprend la pudeur pour éviter la honte, il dissimule les choses honteuses de manière réflexe.

L'enfant apprend à ne pas parler de ses fonctions corporelles. Si le contrôle des sphincters renvoie bien à leur maturation physiologique, les fonctions d'élimination relèvent d'un processus d'apprentissage débuté dès le plus jeune âge. Norbert Élias a étudié ce processus et a décrit comment lentement l'individu en est arrivé à se cacher pour éliminer, « les sentiments de honte et de malaise se sont progressivement imposés comme des réponses affectives socialement appropriées à certaines fonctions corporelles ».¹⁴

Les activités liées au corps excréteur sont une préoccupation à de nombreux moments du séjour hospitalier, il est souvent très gênant pour l'étudiant de proposer le bassin à un patient alité pour aller à la selle, ou bien d'avoir à tenir l'urinal parce qu'il ne le peut pas. « *Je ne savais pas comment m'y prendre pour le mettre sur le bassin, j'avais honte alors que c'est lui qui aurait dû être gêné et il ne semblait pas l'être* ».

Le sentiment moral de honte

La pudeur est un vécu subjectif fortement lié au sentiment de honte. « La honte ne se dit pas, ne se montre pas, ne se représente pas »¹⁵, elle est un sentiment moral, une sorte de culpabilité à aborder un sujet tabou comme l'élimination. On n'en parle pas car on a honte, et on se sent humilié lorsque le sujet est abordé. Pour Serge Tisseron, l'humiliation est une manifestation de la honte, elle est la pire des épreuves. Les patients éprouvent une grande gêne à parler de leur besoin d'élimination par pudeur, par honte et sentiment d'humiliation.

¹⁴ELIAS, Norbert. *La Civilisation des mœurs. Op.Cit.*, p.192.

¹⁵TISSERON, Serge. *La honte, psychanalyse d'un lien social*. Paris : Dunod, 1992, p. 130.

Ayant les mêmes influences sociales et culturelles, cette gêne est partagée par les soignants.

Claude Habib explore différentes formes de pudeur : l'*aïdos* des Grecs, la pudeur sentimentale, et la pudeur corporelle, et montre la difficulté à préciser les contours de la notion. L'auteure défend l'idée que la pudeur est une des conditions essentielles de la vie en société car elle permet de prévenir la violence dans les rapports humains.

Lors des soins d'hygiène, la pudeur est mise à mal. La situation de soin est paradoxale, le soignant doit être attentif à respecter la pudeur du patient tout en lui demandant d'y renoncer pour la plupart des soins. Le patient se retrouve encore plus démuné à l'hôpital car les défenses de la vie ordinaire pour ménager sa pudeur ne sont plus possibles.

Une cartographie sensible du corps

Dès lors que l'on aborde les soins d'hygiène du corps, la nudité et l'érotisme sont forcément convoqués. Laver les parties génitales d'une personne, voir les corps dans leur nudité font partie du métier. Dans la vie privée, la nudité se partage dans l'intimité d'une relation amoureuse et sexuelle. À l'hôpital, la nudité devient publique, même si elle se dévoile dans l'espace privé d'une chambre, et appelle la question de l'érotisme.

La nudité est souvent associée à la sexualité, les normes professionnelles tendent vers une relative déssexualisation des corps des patients. Les étudiants de début de formation ont des représentations sur les parties du corps cachées dans l'espace public. Les parties habituellement visibles ne posent pas de problème *a priori*. Les organes sexuels et les poitrines des femmes sont considérés comme des parties du corps sensibles et complexes à toucher dans les premiers soins.

Nous pouvons dessiner une cartographie assez semblable aux normes véhiculées par la société occidentale, où l'influence judéo-chrétienne reste marquée. Le corps apparaît comme coupé en deux, d'un côté les parties moins sensibles correspondant aux parties qui sont montrées comme les bras, les jambes, le torse pour les hommes, le dos. L'étudiant n'exprime

pas de difficultés à les toucher, à les laver. Les zones génitales sont les parties du corps les plus sensibles car liées à la sexualité. La zone anale fait également partie des zones sensibles mais pour une autre raison, elle est souvent associée aux excréments et à la saleté.

Dans son étude sur la pratique des seins nus à la plage, Jean-Claude Kaufmann identifie trois visions du corps que l'on peut retrouver dans notre contexte de soin : le corps normalisé, le corps esthétique et le corps érotique. Le corps esthétique s'offre au regard soignant le temps de s'attarder un peu, et stigmatise les seins non conformes aux standards car trop vieux, trop gros. Le corps sexuel dans sa dimension érotique, « *Je devais faire la toilette d'une très belle fille, elle était dans le coma suite à un AVP [accident voie publique], allongée sur le lit, elle ne bougeait pas... Je devais lui faire sa toilette, lorsque je lui ai ôté sa chemise fendue, j'ai été fasciné par ses seins, je n'osais pas toucher les seins, je passais le gant de toilette en touchant à peine, je n'osais pas lui toucher, l'aide-soignante a pris le relais* ». Cette fascination pour la beauté du corps est sans nul doute doublée d'une dimension érotique.

Enfin, le corps normalisé s'efface dans la ritualisation des gestes de la toilette, il devient un morceau de chair à laver. Mais il ne faut pas croiser le regard du patient.

Le visage et le sexe semblent à part dans les soins, ils disposent d'une zone de protection qui les isolent du reste du corps, « [ils] jouissent en négatif d'une attention redoublée dans la mesure où le contact avec l'un ou l'autre est impensable lors de l'échange ».¹⁶ Les soins du visage peuvent autant susciter la répulsion, comme les soins de bouche, que la gêne lorsqu'il sera question de raser le visage d'un homme. Le rasage peut être vécu comme un soin érotique s'il s'agit d'un visage encore jeune.

¹⁶LE BRETON, David. *Des visages. Essai d'anthropologie*. Paris : Métailié, 1992, p.143.