

Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle

Rapport final de la Fondation de France
A propos de la diversité culturelle dans le soin : la pudeur

Laurence Kotobi¹ - Aïcha Lkhadir²

Mars 2017

¹ Anthropologue de la santé, coordinatrice scientifique du projet. Mcf à l'Univ. de Bordeaux.

² Anthropologue, salariée du CHU (Mana) et psychologue libérale.

Sommaire

Introduction

I. L'enquête ethnographique :

I.1. Démarche, outils méthodologiques:

I.1.2. Les observations,

I.1.3. Les entretiens semi – directif individuels et groupaux

I.1.4. Les discussions ordinaires

I.1.5. La prise de notes

I.1.6. Le cadre éthique

I.2 Lieux et population de l'enquête

I.2.1 Quatre services du CHU

I.2.2 Pourquoi ces quatre services ?

I.2.3. Population d'enquête

I. 3. A propos de la posture et du positionnement chercheur

II. Les premières données collectées, questionnements et pistes de réflexion

II.1. Les représentations des différentes dimensions de la pudeur

II.1.1 La dimension corporelle

II.1.2. La dimension émotionnelle

II.1.3. Les dimensions spatiale et sonore

II.1.4. La dimension langagière

II.1.5. La dimension intime

II.1.6. La dimension éthique

II. 2 La diversité culturelle

II. 2. 1 définie par les soignants

a. Les gens du voyage ou les Roms

b. La barrière de la langue

c. Les religions, tout particulièrement l'Islam

d. Les rites funéraires

II. 2.2 évoquée du côté des usagers

II.3. Zoom sur deux situations sensibles

II.3.1 Les chambres doubles : intimité, confidentialité et mixité

a. Ce qu'en disent les patients

- Chambre double/ femmes

- En lien avec les soins.

- Chambre double/ Hommes

b. Ce qu'en disent les soignants

II-3.2 La blouse d'opéré : entre pudeur et diversité culturelle

III. Pistes et préconisations

Bibliographie

Annexe

Introduction

Les recherches anthropologiques sur la pudeur et la diversité culturelle dans les soins au CHU de Bordeaux se sont déroulées au sein de l'établissement entre février et septembre 2015. Elles ont eu pour objectifs, d'une part de questionner la diversité culturelle dans les soins pour une meilleure communication entre soignants et soignés, et d'autre part d'aider à concevoir des outils qui permettront d'améliorer le respect de la pudeur à l'hôpital. Ces recherches ont été menées par Aïcha Lkhadir (AL) et Laurence Kotobi (LK) dans quatre lieux d'enquête différents du CHU. La sélection des terrains d'investigation - à l'exception du service des urgences- s'est construite au fur et à mesure, en relation avec l'avancement du projet « A propos de la diversité culturelle dans les soins : la pudeur », financé par la Fondation de France (Humanisation des soins, 2015).

La nature du sujet ainsi que l'orientation de cette étude ethnographique ont justifié le choix d'une méthodologie fondée sur des outils qualitatifs ; à savoir des observations de terrain, des conversations informelles et des entretiens semi-directifs. La diversité de ces quatre lieux d'enquête retenus, l'état de santé des patients comme la disponibilité des soignants et des familles ont incité les chercheuses à adapter leur mode de recueil de données aux conditions spécifiques des terrains investigués. Cette souplesse méthodologique visait aussi à favoriser le recueil ethnographique dans un climat respectueux des différents acteurs et conforme aux impératifs de confidentialité.

I. L'Enquête ethnographique

Une première prise de contact avec les cadres de santé des quatre services sélectionnés s'est effectuée dès février 2015.³ Le but recherché était non seulement d'informer les équipes de l'existence de cette recherche-action et de ces objectifs mais également d'explorer les services et à repérer leurs spécificités : les patients accueillis, les équipes de soignants, les lieux d'investigation possibles. Cette première étape a ainsi permis d'adapter les outils méthodologiques en fonction de chaque service.

I.1. Démarche, outils méthodologiques :

L'orientation anthropologique comme la démarche méthodologique qualitative empruntées dans cette enquête « *implique, de considérer les gens dans la pluralité de leurs situations et dans l'unité de leur existence* » (Althabe, 1998 : 89). De ce fait, il s'agissait pour les chercheuses de se placer à plusieurs niveaux de

³ A l'exception des services de gynécologie et de suites de couches, de la maternité où un travail d'observation exploratoire avait déjà pu être mené dans le cadre du stage de 3 mois d'une étudiante du Master 2 d'anthropologie, de l'université de Bordeaux, lié à ce projet, Anne-Yvonne Biaguy.

compréhension et d'information, dans le but d'explorer une situation donnée dans sa totalité et sa complexité, à partir de plusieurs techniques d'enquêtes:

I.1.2. Les observations

Cet outil méthodologique renvoie à priori au regard, mais en réalité ce sont tous les sens de l'observateur qui sont mobilisés, l'audition, l'odorat, le toucher. L'ensemble de ses sens est plongé dans la situation qu'il étudie et qu'il a à décrire. Ici, observer la question de la pudeur était d'autant plus sensible que le regard lui seul (et parfois la présence du chercheur) pouvait s'avérer « impudique ».

Comme nous le verrons, au cours de son immersion, l'ethnologue doit ainsi « travailler son regard » et la neutralité de sa posture. Du point de vue des observés, il n'est à son tour jamais « transparent ». Sa présence même, son attitude, sa personnalité, comme parfois son nom, son sexe ou son âge feront l'objet d'interprétation de leur part.

Ces biais sont susceptibles de modifier les situations, c'est pourquoi il convient de préciser que le chercheur observe toujours un lieu, une situation à un moment donné, pas toujours reproductible dans un autre contexte. Il s'agit donc de restituer les spécificités de ce moment singulier (dont tout détail peut s'avérer être un condensé d'informations importantes), pour ensuite effectuer un travail de comparaison (en relevant notamment les faits récurrents ou isolés) avant de procéder à une analyse plus générale.

Le fait de travailler en équipe a permis aux deux anthropologues d'effectuer cette nécessaire distanciation, par le croisement de leur regard et de leurs expériences. Signalons que du fait de leur trajectoire professionnelle respective, les deux chercheuses avaient une certaine *familiarité* avec le milieu hospitalier, ce qui leur a permis de ne pas s'en tenir trop longtemps à de *l'observation flottante* (Pétonnet, 1979), mais plus ciblée.

Enfin, il convient de préciser que dans cette recherche, les *observations* ont été effectuées à *découvert*, c'est à dire que les anthropologues ont indiqué leur présence.

I.1.3. Les entretiens semi – directif individuels et groupaux

L'élaboration des guides d'entretiens présentés sous forme de thèmes à explorer a été basée sur des premières rencontres et interactions informelles. Le choix de ne pas utiliser des entretiens plus directifs offrait aux interviewés la possibilité de donner un maximum d'informations, sans se sentir limité par un choix entre des réponses établies à priori. Cette forme d'entretien est un outil favorable au recueil des représentations collectives et individuelles, ici axées sur la pudeur et les cultures. Dans certaines situations, des entretiens collectifs ont pu être menés lorsque des membres de la famille ou plusieurs professionnels étaient présents et l'ont souhaité. Exceptionnellement, deux entretiens plus approfondis ont pris la

forme de *récits de vie*, permettant de retracer l'hospitalisation des patientes dans un parcours et une histoire de vie personnelle qu'elles ont livré.

I.1.4. Les discussions ordinaires

Moins connu dans les recherches hospitalières classiquement plutôt quantitatives, cet outil s'avère inséparable de la démarche anthropologique en ce qu'il permet de saisir des informations sur le sujet étudié, tout au long de la période d'immersion du chercheur sur le terrain. Les échanges que ce dernier mène avec ses interlocuteurs en dehors du cadre d'observation ou d'entretiens amènent, en effet, de nouveaux éléments qui enrichissent l'enquête ethnographique proprement dite. « *L'investigation ethnologique avec la distance qu'elle implique, se développe dans la non séparation d'avec la communication ordinaire* » (Althabe, 1998: 38). L'informel permet ainsi au chercheur d'être à l'écoute et d'enrichir ses propres intuitions de recherche pour formuler des hypothèses inductives, n'émanant pas d'un cadre hypothético-déductif, plus souvent employé en sciences sociales et en sociologie de santé. Enfin, ces discussions ordinaires permettent souvent le recueil d'éléments de langage courant utilisés dans les milieux observés et qui peuvent être mis en regard des discours recueillis par entretiens plus formalisés.

I.1.5. La prise de notes

Pour mettre à l'aise les interlocuteurs, les anthropologues ont opté pour la prise des notes plutôt que l'usage d'un magnétophone. Non seulement parce que ce dernier non seulement peut susciter la méfiance des interviewés, mais surtout parce qu'il n'aurait sans doute pas permis l'établissement d'interactions rassurantes, essentielles dans un cadre hospitalier, déjà stressant. De plus, cette prise de notes leur permettait de consigner à chaud certaines observations d'actions qui se déroulaient en parallèle des entretiens (souvent entrecoupés par des allers-venues du personnel soignant ou des proches, des appels téléphoniques, etc.). Ces notes, prises au fur et à mesure sur un carnet ethnographique, étaient ensuite retranscrites et complétées aussitôt après chaque session d'enquête (menée souvent par demi-journée). Plus à distance, l'ethnologue les relisait et les mettait en forme pour pouvoir mieux organiser son matériau nécessaire à la phase descriptive, préalable à l'analyse des données.

I.1.6. Le cadre éthique

Cette recherche-action a été autorisée par la Direction de l'établissement. Les chercheuses ont élaboré une charte de confidentialité en conformité avec les usages et pratiques de la discipline anthropologique.

Cadre Déontologique :

Toute information collectée à partir des outils de méthodologie (entretiens, observations ou consultations des sources du CHU) soumet les anthropologues à un devoir de confidentialité qui respecte les principes de la structure et répond aux exigences d'un travail de recherche en anthropologie.

En vue de l'obtention du consentement des patients et des professionnels pour participer à l'enquête, un affichage a été disposé dans les 4 lieux choisis afin d'informer les publics sur la démarche en cours. Des flyers (cf. Annexe 1) ont également été distribués aux différents professionnels rencontrés, susceptibles d'ouvrir leur consultation aux chercheuses, ainsi qu'aux personnes dans les salles d'attente ou autres lieux stratégiques. Le recours à une langue étrangère (anglais, arabe) a parfois été nécessaire pour expliciter la recherche-action et demander aux patients l'autorisation de les investiguer ou leur collaboration.

Dans le souci de respecter cet engagement, les données ici présentées ont donc été anonymisées.

I.2 Lieux et population d'enquête:

I.2.1 Quatre services du CHU

L'échantillon de la recherche a porté sur 4 lieux différents, situés sur 2 des 3 sites du CHU de Bordeaux:

- ***Le service orthopédique*** sur le site de Pellegrin : où ont été effectués principalement des observations et des entretiens dans les chambres doubles (H/F)

- ***L'Unité 26*** de l'Hôpital Saint-André (en centre-ville) : où les observations et entretiens ont été menés dans les couloirs, les salles de soins et surtout dans les chambres des patients en ciblant les interactions soignants/patients (présence de l'ethnologue pendant les soins dispensés par le personnel soignant dans la chambre, avec accord des patients). La participation de l'ethnologue aux réunions de transmissions inter-équipes du matin et de l'après – midi y a permis également l'observation des interactions entre soignants.

- ***Le service des urgences*** de Pellegrin : où les observations ont été menées dans la salle d'attente, à l'accueil, dans le couloir de soins en urgence et dans les boxes où les patients attendent leur hospitalisation.

• **Le pôle ORG (Obstétrique, Reproduction, Gynécologie)** du Centre Aliénor d'Aquitaine, situé sur Pellegrin : où observations et entretiens ont été effectués à différents niveaux : au bloc opératoire, en salle de réveil, dans les couloirs et sas d'attente, en soins continus ; au centre d'orthogénie (service fermé) : dans les couloirs, en salle de repos et dans les chambres individuelles et durant le suivi de la visite médicale ; au centre de planification et d'éducation familiale : son parvis, le secrétariat et l'accueil infirmier, les salles d'attente et couloirs, les bureaux de consultation (observation de la consultation d'une conseillère conjugale) ; à la maternité : sa cafétéria et son parvis, le hall d'entrée, les admissions, les salles d'attente des consultations, de l'échographie, les bureaux de consultations (observation de la consultation d'une infirmière), les couloirs et ascenseurs.

I.2.2 Pourquoi ces quatre services ?

Le choix de ces 4 lieux d'enquête s'est construit à partir de plusieurs paramètres, qui ont permis un consensus:

- L'avis et les propositions du groupe de pilotage et du service culturel de l'hôpital (porteur du projet), recueillis lors de réunions de travail et d'échanges organisés régulièrement.
- Les préconisations recueillies à l'issue de la ^{1ère} session de formation d'un groupe transversal constitué en fin d'année 2014 sur les questions de la pudeur et la diversité culturelle, au CFPPS, animé par les deux anthropologues LK et AL.
- L'intérêt et les demandes manifestés par certains soignants et cadres informés des objectifs de la recherche-action financée, pour l'enquête anthropologique dans leur service.
- Seul le service des urgences a d'emblée été choisi par l'ensemble des acteurs impliqués dans le projet.

I.2.3. Population d'enquête

Dans un souci de représentativité, la population d'enquête a été volontairement diversifiée au sein des 4 lieux d'investigation, tout en gardant une homogénéité par rapport à d'éventuels profils dominants (essentiellement féminin en gynécologie par exemple). Cf. Tableau ci après : Populations et lieux d'enquête.

Populations et lieux d'enquête :

Population d'enquête	Nombre	Age	Sexe	Contexte
Patients	90 patients	Entre 15 et 100 ans	23 hommes et 67 femmes	Accueil Chambres Salle de soin, de réveil, bloc Couloirs, salles d'attente
Familles & proches	24 membres	Entre 18 et 75 ans	9 hommes et 15 femmes	Halls, salles d'attente, couloirs, réa, chambres, cafétéria
Soignants	58 soignants	Entre 23 et 55 ans	24 hommes et 34 femmes	Accueil Bureaux et salles de soins Salles de réunion Visites Ascenseurs, cafétéria
Cadres de santé	9 cadres	Entre 37 et 57 ans	Femmes	Bureaux Salles de réunion

Autres	9 personnes	Entre 30 et 70 ans	6 hommes et 3 femmes	Salles d'attente
---------------	--------------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------------

Au total : 190 personnes (dont 62 hommes et 128 femmes)

Le déséquilibre Femme/Homme peut s'expliquer par les biais de sélection des services et des professionnels (les cadres de soins interrogées dans les services par exemple étaient toutes des femmes). Il reflète aussi la féminisation du monde hospitalier.

Outils qualitatifs utilisés selon les services

Outils qualitatifs (total)	Service orthopédique	Service des urgences	Unité 26	Pôle ORG
Entretiens individuels (68)	28	14	16	10
Entretiens de groupe (11) (Formels ou Informels)	3 uniquement avec les soignants (F)	Aucun	6	2
Observations (1/2 journées= 36)	10	11	7	8

I.3. A propos de la posture et du positionnement chercheur :

Comme vu précédemment, l'enquête anthropologique se doit de demeurer inséparable de l'épistémologie et appelle à une analyse réflexive des biais de la relation observateur/observé. Le chercheur doit s'interroger constamment sur sa

position et sur les représentations d'autrui à son égard, comme sur les siennes en regard de l'objet étudié. En se présentant et en présentant les motifs de sa présence l'ethnologue participe d'emblée à la construction du matériau qu'il collecte. Sa posture réflexive et le croisement des données recueillies *in situ* et en immersion avec celle de l'état de l'art qu'il effectue en parallèle, seront garantes de l'objectivation attendue dans toute démarche scientifique.

Dans cette perspective :

- Il est important d'élucider la position que les enquêtés assignent au chercheur, il n'y a pas de situation d'observateur « objectif » ,en dehors de l'échange que constitue toute situation d'enquête, comme le rappelle François Laplantine : « *nous ne sommes jamais des témoins objectifs observant des objets, mais des sujets observant d'autres sujets au sein d'une expérience dans laquelle l'observateur est lui-même observé* » (2000 : 21).

Les témoignages suivants sont illustratifs à cet égard :

Un patient d'origine marocaine, 87 ans demande d'emblée à AL si elle est marocaine et d'où elle vient, sans répondre à l'infirmière qui lui pose quelques questions sur ses maux de ventre. En poursuivant l'échange avec AL, il insiste et affirme qu'elle provient certainement de sa région car « *physiquement* » « *elle fait berbère.* ».

Ce phénomène d'assignation du chercheur à une identité (voire une ethnicité) supposée ou réelle est classique et a été décrite à l'occasion de recherches hospitalières (Crenn & Kotobi, 2012 : 220-224). A l'inverse, l'absence de caractéristiques physiques souvent considérées ou interprétées comme des signes ou des *signes distinctifs* ou *d'appartenance* culturels empêchent souvent les individus d'imaginer par exemple, les doubles compétences de l'enquêteur ou sa familiarité ou sa proximité possible (LK est par exemple anthropologue et infirmière diplômée d'Etat).

Une infirmière (28 ans) déclare à AL « *votre présence limite mes échanges avec les patients* ».

Une autre infirmière (50 ans): « *Enquêter sur la pudeur peut être qualifié en soi d'impudique* », elle indique à AL « *je ne veux pas qu'on me suive, c'est une atteinte à ma pudeur !* » et ajoute « *Je rigole...* ».

Une autre dans un autre service, à propos de la présence d'AL : « *exceptionnellement je prends du temps avec les patients pour que vous puissiez voir comment cela se passe* ».

« *Tu me trouves comment ?* » demande une femme médecin que LK accompagne, « *car en gynéco, on en voit de toutes les couleurs, alors parfois j'en rajoute un peu !* ».

Classique, ce phénomène de miroir est généralement dépassé quand l'observé s'habitue à la présence de l'observateur qu'il ne voit quasiment plus (Peneff, 1995b, Véga 2000). C'est pourquoi, il est préférable de répéter autant que possible les séances d'observations de façon à ce qu'elles deviennent routinières, pour réduire ce type de biais.

- Porter la blouse blanche ou ne pas la porter a son impact : De nombreux travaux d'ethnographie hospitalière (Arborio 2001; Peneff 1995; Pouchelle 2003 ; Fainzang, 2006) ont pointé ce biais potentiel dans leurs recherches et les choix qu'ils ont effectués. En portant la blouse blanche, les patients perçoivent d'emblée l'anthropologue comme étant soignant, ou au moins un membre du personnel hospitalier.⁴ Cela impacte fortement l'échange et les interactions. De façon générale, les propos des patients s'orientent davantage sur leurs problématiques de santé. Non seulement ils confient rapidement les raisons de leurs hospitalisations mais montrent leurs corps comme ils le feraient avec des soignants, ainsi qu'en témoigne ce patient :

«... j 'ai pu remarquer que certains soignants ne me serrent pas la main, mais vous, vous l'avez fait. Comme je suis porteur de VIH, ils ont probablement peur que je les contamine, cela me gêne plus que ma maladie en elle même.... » (Jeune homme hospitalisé, 18 ans)

En revanche lorsque l'observateur ne porte pas la blouse les patients attendent à ce le chercheur leur explique les raisons de sa présence et se gardent d'évoquer avec précision leur pathologie. C'est le cas de cette patiente de 45 ans porteuse également de VIH et souffrant d'un cancer de l'utérus (d'après l'infirmière), à la question d'AL sur les raisons de son hospitalisation, *« je souffre d'une infection urinaire... »*, a-t-elle dit. Parler de sa maladie n'est jamais anodin et c'est le discours subjectif (ma maladie) que peut justement aussi collecter l'anthropologue, souvent différent de la maladie diagnostiquée.

Les chercheuses ont opté pour négocier le port d'une blouse ou d'une tenue hospitalière adaptée (avec les cadres de santé et les médecins). Elles ont porté le plus souvent possible un badge avec leur nom et leur fonction pour être facilement identifiées comme faisant partie de la recherche-action annoncée par affichage.

D'autres situations spécifiques, telles qu'une intervention au bloc opératoire ont imposé bien évidemment au chercheur de respecter les règles d'hygiène et d'asepsie. Il peut dans ce cas être méconnaissable (y compris des soignants) ou invisible au milieu des nombreuses personnes présentes (étudiants en médecine,

⁴ L'étudiante anthropologue Anne-Yvonne Biaguy indique ainsi qu'au cours de son stage à la maternité, en portant la blouse, elle a été à plusieurs reprises identifiée comme une interne, ce qu'elle a rectifié, à chaque fois (Biaguy, 2015).

stagiaires). C'est pourquoi, il lui faut trouver la bonne formulation au bon moment pour expliquer sa présence et demander l'accord des personnes investiguées, pour ce travail.

LK a parfois préféré ne pas entrer dans une salle de bloc, lorsqu'elle n'a pas pu anticiper cette étape. Ce type de renoncement permet de ne pas créer (ou le moins possible) de malentendus, qui impacteront directement la qualité des relations établies avec les équipes et les personnes observées, mais également celle des données recueillies. « *Il faut distinguer dans chacune des situations analysées, le cercle des personnes de qui on est connu comme observateur et le cercle des personnes par qui on est pris pour autre chose* » (Arborio & Fournier, 2010 : 93).

Quoique concernant plus le cadre de la recherche que son contenu, ces éléments de méthodologie nous apparaissent d'autant plus indispensables à expliciter que cette étude de terrain s'inscrivait comme la première étape de la recherche-action, qui a amené différents acteurs de l'hôpital à s'impliquer dans le projet au fil des deux années, aux côtés des anthropologues. La relation de confiance qui a pu se nouer témoigne de la qualité des relations qui se sont développées dans cet exercice, incluant l'étape de la restitution des données de l'étude, organisée sur place ou au CHU et lors du séminaire du 21 mars 2016.

II. Analyse des premières données collectées, questionnements et pistes de réflexion

II.1- Les représentations des différentes dimensions de la pudeur

Généralement définie comme une « gêne qu'éprouve une personne devant ce que sa dignité lui semble interdire » ou un « sentiment de honte, de gêne qu'une personne éprouve à faire, à envisager ou à être témoin des choses de nature sexuelle » (Petit Robert, 1979), la pudeur semble difficile à définir, sans doute parce qu'il n'est pas facile de la distinguer de la honte. En français, le terme vient du latin « *pudere* » qui signifie justement « avoir honte ». Dans son livre *Origine de la pudeur*, l'anthropologue C. de Merejkovsky (1919 : 301) la définissait aussi comme « la honte de montrer nos organes sexuels ».

Or nos recherches ethnographiques ici menées en terrain hospitalier révèlent que la notion de la pudeur - telle que les interlocuteurs se la représentent et à travers les observations recueillies- est polysémique et multidimensionnelle. Elle s'imbrique, en effet dans un système de représentations complexe qui est à la fois un produit de vécus individuels, des interactions soignants /soignés, des relations sociales et des perceptions environnementale et institutionnelle. Nous en présentons ci- après les principales dimensions, en les illustrant d'extraits de l'enquête.

II.2.1 La dimension corporelle est prédominante:

Cette dimension a été la plus évoquée, autant par les patients que par les soignants, par les femmes que par les hommes. Elle concerne la gêne que peut susciter la nudité, les bruits du corps, ses parties solides, liquides, gazeuses, ses pathologies et son hygiène.

Les points suivants sont illustratifs des moments, des gestes ou des zones corporelles les plus souvent évoqués ou observés, relativement à la pudeur corporelle.

- Du côté des patients, un sentiment de gêne, mais aussi de honte est souvent exprimé pour décrire sa propre pudeur :

« Les infirmières viennent me laver les fesses en pleine nuit à cause de ma maladie, je me vide comme un poulet, c'est dégradant à mon âge, c'est honteux, je me sens mal, jamais personne ne s'est occupé de moi de cette façon, c'est la seule chose qui me gêne ici car ma pudeur est touchée fortement... » (Patiente d'origine tunisienne, 45 ans).

L'inconfort est souvent lié aux odeurs dégagées par le corps malade, qui sont difficilement dicibles (Candau & Jeanjean, 2006)⁵ et demeurent taboues. En effet, les odeurs et la non maîtrise des fluides, des matières ou des gaz corporels sont fortement inscrites dans les systèmes de normes (de politesse, de bienséance, voire de bonne éducation, de chaque époque comme le montrait Norbert Elias, en décrivant *La civilisation des mœurs* (1973)).

Une femme qui vient d'être opérée et réinstallée dans sa chambre, demande à l'infirmière de rapprocher sa table de nuit pour lui donner sa trousse. Au cours de l'échange qui suivra avec l'anthropologue (LK), elle utilise *discrètement* à plusieurs reprises un spray qu'elle avait apporté, destiné à purifier son haleine. Elle le tient dans son poing fermé et de temps en temps l'approche de sa bouche qu'elle cache alors de ses deux mains.

- Le regard des autres sur soi et sur son corps ou son état physique est perçu comme essentiel, dans le ressenti de la pudeur. Les patients qui se sont exprimés éprouvaient une **peur du jugement** qui peut être porté sur eux, bien qu'ils cherchaient souvent à minimiser leur sentiment, par des expressions du type « *je sais qu'ils ont l'habitude ...* ». Il est difficile d'en parler ou d'exprimer sa pudeur aux soignants.

⁵ Voir le résumé de cet article dans le livret bibliographique mis à disposition des personnels. Classiquement la langue française ne permet pas d'exprimer avec précision ce que suscite ce sens olfactif qui est lui aussi intégré à une, voire des cultures

« ..ici à l'hôpital c'est toujours délicat de préserver sa pudeur surtout pour la toilette, qu'elle soit faite par un homme ou une femme, il y a de la gêne, mais on y peut rien ! à 85 ans il est rare de trouver une personne impudique. Peut-être si on le devient c'est qu'on a perdu la boule » (Patiente, 85 ans)

Parfois la personne (souvent une femme) était issue d'une culture, d'un groupe social ou d'une génération où le corps est habituellement caché aux regards ou encore érotisé. Dans ce sens, un certain nombre de stéréotypes concernant la difficulté des femmes Roms par exemple à se dévêtir ont été véhiculés, en insistant sur l'origine culturelle de ce comportement, resté peu souvent décrit ou rapporté à un contexte précis, dans les récits. L'effet généralisateur de ce type de propos participe du stéréotype.

Car par exemple, le corps dénudé peut ne pas être vécu facilement d'autant qu'il peut aussi porter des traces :

«... Au tout début de mes soins ici, je ressentais une certaine gêne quand je me déshabillais pour montrer mes bleus, montrer mes jambes, mes cuisses surtout à un homme, mais je n'ai jamais pu l'exprimer, j'ai du mal à me dévêtir devant quelqu'un, même devant une femme ... » (Patiente d'origine marocaine, 25 ans).

Le sentiment de honte peut alors être redoublé, indépendamment de sa culture d'origine. D'ailleurs, le fait d'indiquer au chercheur que « *chez nous, ça ne se fait pas !* » participe de cette culturalisation de la pudeur qui la construit en un véritable signe de distinction (au sens de Bourdieu).⁶

On a pu relever ainsi une différenciation établie parfois dans les propos, par rapport à une société française perçue comme libérale ou encline à l'étalage médiatique des corps dénudés (publicité, émissions de télérealités). Cependant, peu d'allusions, par exemple ont été faites aux réseaux sociaux ou à l'usage des téléphones portables pour prendre des photos par les personnes rencontrées (quel que soit leur âge). Or, les observations menées au sein de l'hôpital ont pointé que les usagers comme les soignants utilisent ces outils au quotidien, indifféremment pour différents usages personnels ou professionnels. De même, un nombre croissant d'informations, de photos de vidéos d'ordre privé circule au fil des dernières années sur la toile (Facebook, Youtube) sans que cela ne questionne pour autant les personnes qui les déposent en ligne. Or, certaines d'entre elles peuvent porter atteinte à l'intimité ou à la pudeur des personnes qui y figurent.

Toutefois, certains comportements comme *se promener en partie dévêtu* ou *avec la blouse ouverte* dans les couloirs ou une chambre étaient cités aux anthropologues par les soignants comme des comportements **impudiques**.

⁶ Le sociologue Pierre Bourdieu a montré ce mécanisme (1979) en termes de classes sociales à partir de pratiques qui permettraient de lire l'appartenance sociale, via les habitus. La distinction peut aussi être conjuguée à une identité ethnicisée ou genrée qui peut se constituer en capital culturel.

- Au cours de plusieurs observations, un geste revenait souvent, celui de cacher ses parties intimes lors d'un examen, d'un soin ou d'un changement de position (au cours des transferts d'un lit à un brancard par exemple).

Parmi les situations sensibles, comme nous avons pu le voir dans les verbatim déjà cités, c'est le moment de **la toilette** qui est le premier pointé, tant par les patients que par les soignants :

« Au début de mon hospitalisation ça m'a été dur d'être lavée par un homme, je pense que quand il s'agit d'une personne âgée, les soignants ne prêtent pas attention à ce détail, ils doivent se dire de toute façon elle est vieille, qu'elle soit lavée par un homme ou une femme il n'y a pas de risque, or ils se trompent. Personnellement je resterai pudique même arrivée à ma tombe, encore aujourd'hui c'est le même jeune homme qui m'a lavé, je suis gênée mais je ne pourrai pas le dire » (patiente, 80 ans).

La différence de sexe peut classiquement être un élément qui heurte cette dimension corporelle de la pudeur, mais aussi la différence d'âge, moins souvent exprimée. Or ces éléments participent à construire le principe de « non mixité », à laquelle nombre de soignants, en charge d'organiser les entrées ou la répartition des chambres se référaient dans les entretiens, comme une norme importante à respecter : *« On s'arrange pour mettre ensemble les parents dans le même boxe, pour éviter que les autres mères ne soient trop gênées quand elles allaitent, car on garde souvent les portes ouvertes et en plus tout est vitré !* (puéricultrice, 34 ans)

Si la **mixité** liée au sexe des usagers ou des personnels dans les services a pu par moments poser des difficultés aux uns et aux autres, dans l'ensemble les individus ont paru l'accepter et ont trouvé et mis en place des petits arrangements (comme dans le cas des chambres doubles, ci-après) : tourner le dos, détourner le regard, proposer de le faire soi même (toilette, habillage, déshabillage).

A l'inverse la faible mixité (dans le ratio homme/femme) d'un service pouvait tout autant gêner les usagers, comme les soignants, mais pas toujours.

Un jeune homme nettoie le couloir dans un service exclusivement féminin. L'anthropologue (LK) qui l'a remarqué se présente à lui et explique la recherche en cours. Il oriente spontanément la discussion sur sa place un peu singulière de « garçon au milieu de ces jeunes filles et de ces femmes » et précise que cela ne fait pas très longtemps qu'il travaille là, vient d'une autre branche et est très content d'avoir trouvé cet emploi d'ASH. Il indique aussi que travailler à l'hôpital l'a fait beaucoup réfléchir dans sa vie personnelle et qu'il se fait un point d'honneur à ce que tout se passe bien avec les patients qui viennent de subir une intervention pas marrante. Il est d'ailleurs bien reçu et n'a encore jamais rencontré de problème parce que c'est un homme, mais sait que cela peut arriver et le comprendrai.

Dans les chambres, ce jeune homme changeait les poubelles dans lesquelles des serviettes hygiéniques usagées avaient été jetées, une fois les (jeunes) femmes sorties du service, n'ayant donc pas à les croiser.

Cette non mixité, parfois due à l'organisation d'un service ou d'une consultation produit un effet normatif fort, au risque de créer une violence symbolique. Le cas d'un homme d'une quarantaine d'années, rencontré à plusieurs reprises en salle d'attente, au cours d'une demi-journée d'observation effectuée par LK, en témoigne. Ce mari qui avait posé sa journée de RTT pour accompagner sa femme à une visite pré-IVG, et « *être présent à ses côtés dans ce moment important* » était énervé du fait de « *ne pas avoir été considéré, ni même regardé de la journée* » par les différents personnels qui se sont occupés d'elle. Dans l'entretien que lui propose l'anthropologue, il indique avoir été volontairement ignoré ou écarté, en tant qu'homme et livre à voix basse, qu'il a presque ressenti un sentiment de honte à « *vouloir rester* » à tout prix, dans cet environnement féminin où il s'est « *senti de trop* ».

- A l'hôpital, la pudeur des soignants est forcément convoquée, en regard des corps qu'ils voient, regardent, touchent, pénètrent ou manipulent du fait de leur fonction ou des gestes à effectuer dans les soins.

Nombreux ont été les soignants qui, à l'occasion de l'étude, ont évoqué spontanément leur propre pudeur. Dans les entretiens ou les conversations informelles, certains ont exprimé qu'ils n'aimeraient pas être **maltraités** ou qu'ils ont déjà vécus des situations difficiles ou cocasses à l'hôpital, dont ils se souviennent, surtout « *quand il a fallu passer de l'autre côté* ». Il n'est dès lors pas toujours facile de garder son anonymat et de ne pas « *être reconnu* », ce qui peut mettre mal à l'aise. Une jeune chef de clinique précisait ainsi qu'elle avait accouché à la maternité et qu'elle était assez contente de ne pas tomber sur une équipe qu'elle connaissait « *histoire de garder un peu une vie privée quoi !, les 4 pattes en l'air, on doit toutes y passer, je sais, mais quand c'est soi, c'est différent... et d'ailleurs ça fait réfléchir...* »

Les soignants s'appuyaient ainsi souvent sur leur propre vision du corps et sur leur propre expérience de la pudeur.

Lors d'un échange avec un jeune anesthésiste, alors que LK est accompagnée par l'un des membres du groupe ressource qui l'introduit au bloc opératoire, celui-ci réfléchit au thème de la recherche et leur raconte qu'il a perçu la dimension émotionnelle que pouvait porter son regard d'homme médecin, pas seulement sur les patientes amenées à se dénuder les seins (par exemple pour les ECG ou autres auscultations cardiaques) mais aussi par le biais de sa compagne qui lui a fait remarquer qu'il devait *en voir souvent* ! « *Ah bon tu touches aussi leurs seins ?* ». Il a alors pris la mesure du décalage qui pouvait exister entre la signification érotisée des seins à l'extérieur de l'hôpital et dans

sa vie privée et sa façon de « *ne pas les voir au quotidien* » dans son travail. Il opère ce qu'il appelle un « *découplage* » entre les deux : d'un côté la nudité et la pudeur dans les soins, et de l'autre la vision de la société. Ce qui pouvait expliquer qu'à force il n'est plus attentif à ce type de pudeur, sauf quand la patiente se cachait ou était voilée.

« Ce qui m'a le plus choqué au cours de mes études, c'est qu'en anesthésie, on entend les patients qui vous disent : « je vous abandonne mon corps » ! Et les rumeurs aussi, ça y va... On m'a plusieurs fois demandé très sérieusement, en ville, est-ce que c'est vrai que vous violez vos patientes ? C'est dingue ! Tu as envie de leur répondre « Ben oui, on est dix et on passe à tour de rôle... » Ah les fantasmes... »

Cette posture réflexive a pu être mise à profit pour appuyer un changement de regard, de pratiques, consécutif à une expérience personnelle, comme quelques personnels hospitaliers l'ont relaté aux anthropologues.

- Enfin, globalement au cours de cette étude, les soignants observés au cours des soins au corps qu'ils prodiguaient se montraient la plupart du temps très attentionnés et attentifs au respect de l'intimité de leurs patients, qu'ils tentaient de préserver au mieux.

Certains soignants se plaçaient par exemple comme un paravent au regard d'autrui (lorsque quelqu'un entrait dans la chambre ou dans le bureau de consultation) ou baissaient la voix de façon à maintenir un cocon et soutenir la relation qu'ils avaient établie, parfois avec difficulté. Ces signes montrent une attention de leur part, mais aussi, il faut le souligner, une grande concentration pour ces personnels (aides-soignantes et infirmières principalement) très souvent interrompus dans leur travail.

De leur côté, ils signalaient ne pas ou peu entrer dans les chambres lors des visites médicales ou spécialisées (kiné, assistante sociale ou encore psychologue) pour respecter les soins au corps et la confidentialité de ce type de consultations « au pied du lit du malade ». L'inverse était plus rare du côté des professionnels qui effectuaient leur tournée dans certaines chambres, oubliant parfois de frapper à la porte, comme d'indiquer leur présence par la lumière réservée à cet effet à l'entrée des chambres. Dans ce cas, le professionnel apparaissait à l'anthropologue très concentré ou absorbé par ses tâches, ne regardant pas autour de lui, comme pour ne pas déranger...

*« Combien de fois le chef de service déboule avec toute sa troupe dans la chambre des patients, alors que la personne est aux WC ! Confiait une cadre en précisant qu'elle « essaie de les faire ressortir dans ce cas », plutôt que de participer à ce qu'elle considère comme « une vraie **violence** au quotidien : c'est à dire un*

échange très inégal entre le patient assis sur ses toilettes et donc en posture délicate et un ou des médecins qui lui parlent ou lui explique le déroulé de l'hospitalisation, etc.

Ce type de situations et le ressenti ici exprimé en termes de violence peuvent être mis en regard de la notion de « **bientraitance** » qui fait l'objet d'une réflexion collective au CHU.

Enfin, les pratiques de déshabillage lors des consultations médicales ont pu faire l'objet de discussion, comme l'illustre, de façon impromptue, la vignette suivante:

Lors d'une discussion sur l'enquête au sein du secrétariat, qui sert de point de ralliement, une gynécologue qui consulte depuis longtemps (vacations) au centre de planification de l'hôpital confiait « *Je dis à l'externe de se mettre de côté quand la femme se déshabille* ». C'est la fin de journée, il n'y a personne dans le couloir, mais la porte vitrée du petit bureau est ouverte. Le médecin précise alors qu'elle ne demande jamais aux femmes qu'elle ausculte « *d'être toute nue sur la table !* » Elle fait des gestes « *en 2 parties, d'abord le haut, puis le bas* ». *Et quand je vois qu'elles se dépêchent, je leur dis : attendez, on n'est pas aux pièces ! Heureusement ça a bien changé, car avant, à la maternité, il y avait des cabines de déshabillage et on recevait les personnes à poil pour les interroger* (rires des personnes présentes, dont une qui rougit). *A la limite, faire enlever la culotte et garder la robe.*

Tiens, une fois, il y en même une qui m'a dit « je peux garder mon tampon ? », mais là c'était grandiose... (rires immédiats). Alors pudeur ? pas pudeur ? ajoute-t-elle en direction de l'anthropologue. « *Vous imaginez, vous ? devoir enlever votre tampon devant le médecin... ?* », lance-t-elle à ses interlocutrices à haute voix.

Tandis qu'au cours de l'échange la conseillère conjugale est sortie pour accueillir et éloigner le jeune couple qui venait d'arriver. Elle s'est adressée à eux spontanément en anglais et nous a fait un signe de la main en s'éloignant avec eux, tandis que la conversation se poursuivait dans le bureau, la porte ouverte.

- Lors des différentes consultations pré-hospitalisation du pôle ORG, soignantes (souvent infirmières) et secrétaires doivent délivrer un grand nombre d'informations, en temps contraint. Ce qui demande du doigté et de l'habitude pour ne pas heurter les usagères et leurs accompagnants. La grossesse, l'accouchement, comme la planification des naissances ou les pathologies sexuelles ou de l'appareil reproducteur sont en effet des événements de la vie (des individus et des couples) qui touchent directement à la sexualité et à aux corps

reproductifs (plus souvent féminins) des usagers du CHU. Bien qu'universel, cet aspect est ancré dans des contextes culturels, sociaux, économiques déterminés. Ainsi la fonction d'accueil que doivent remplir les professionnels de l'hôpital consiste à faire connaître mais aussi à faire respecter les protocoles et les usages de l'établissement public. Selon les situations (urgence ou non), l'usager rencontre différents interlocuteurs dans son parcours (d'ailleurs souvent surnommé *parcours du combattant*) et reçoit une somme importante d'informations orales ou consignées par écrit (documents à signer, fiches d'information, plaquettes, etc.), alors qu'il doit faire face à une hospitalisation presque toujours anxiogène.

L'observation de plusieurs séances de consultations pré-opératoires au sein de ce pôle, avec l'accord des professionnels et des patientes, montre la complexité de l'exercice :

En présence d'un couple mixte (elle ivoirienne, lui français), d'une fille de 28 ans avec son père (la soixantaine) qui l'a conduit depuis la Dordogne et d'un autre couple d'une quarantaine d'années, l'infirmière qui les recevait expliquait en détail les gestes attendus en termes d'hygiène et de propreté, de rasage à faire la veille de l'hospitalisation, et dispensait des conseils par rapport aux saignements :

IDE : « *Quelles sont vos habitudes en terme de rasage du pubis ?* »

La femme ivoirienne : *Euh... la lune !* (elle rit et baissa la tête en la tournant un peu vers son compagnon qui regardait devant lui vers le fond du bureau).

IDE : *C'est pour connaître vos habitudes en fait. Vous utilisez généralement un rasoir ? parce que là Bic-Gillette ou autre... ce sera interdit à partir de maintenant, à cause du risque de micro-coupures. Sinon, ça peut être fait, soit à la tondeuse, soit avec la crème* »

Elle détailla ensuite « *Trois doigts sous le pubis* », en se levant et en montrant le geste sur elle-même. « *Vous me faites toute la limite et la bande car il fera des trous là et là* ».

La femme ivoirienne : « *d'accord, d'accord* », a t'elle repris avec sérieux en se retenant de rire. Elle tourna son visage en direction de l'anthropologue comme pour chercher son regard.

La séance se poursuivit.

A la fin du rendez-vous qui a duré 17 minutes, le couple est reparti visiblement détendu et décontracté et a remercié l'infirmière qui les reconduisait, elle aussi souriante.

Devant le père de sa seconde patiente, celle-ci utilisa l'humour :

Après avoir expliqué les modalités d'accès aux locaux, le matin de l'intervention à 7h, l'infirmière attendit quelques secondes que l'anesthésiste qui a frappé à la porte

et déposé un dossier sur le meuble à côté de la porte, ressorte, pour lancer à la jeune femme:

IDE : *Il faudra aussi penser à apporter une serviette hygiénique pour éviter de rentrer chez vous avec nos petits modèles.* Et elle sorti de son tiroir une protection de très grande taille, qu'elle agita, pour détendre un peu l'atmosphère.

Tout le monde s'est mit à rire, y compris le père, visiblement un peu gêné d'être là. Elle le mit à l'aise. *Ben oui, ça a changé heureusement pour nos histoires de femmes !*

Puis elle poursuivit l'entretien de façon très concentrée pour ne rien oublier, tout en tapotant sur son clavier. Le téléphone sonna, elle répondit brièvement et ne reposa pas le combiné sur son support pour éviter d'être dérangée à nouveau.

A travers ces propos et observations,

Le corps apparaît comme un système de significations, de représentations tant individuelles que collectives, qu'il convient de décrypter, et non pas simplement comme une constitution anatomique ou biologique fonctionnelle ou dysfonctionnelle. Comme le rappelle David Le Breton (1999 : 19) «*le corps produit continuellement du sens, et ce faisant, il insère l'homme à l'intérieur d'un espace social et culturel donné* », il est un véritable support de la personne.

Dans cette perspective, dès que le corps - ainsi que le montrent les différents témoignages- s'expose aux regards d'autrui, une gêne surgit. Elle se manifestera par plusieurs attitudes, les yeux qui s'abaissent, les mains qui protègent une partie du corps, la tête parfois qui se tourne vers un côté sans personne. Bref comme le souligne Denis Vasse (2002 : 222), « la pudeur s'oppose au dévoilement brusque d'une région du corps comme à celui d'un sentiment, d'une idée ou d'un souvenir qui doit rester secret, (...) mouvement de la chair et de l'esprit, la pudeur surgit aux frontières du volontaire et de l'involontaire. Elle rend furtivement conscient ce qui ne l'était pas ».

Dans le même ordre d'idées, Jean-Claude Bologne dans son ouvrage sur l'histoire de la pudeur montre que cette dernière est « fondée sur un processus dynamique qui lie un regard à la prise de conscience survenue au moment de la découverte du sentiment d'être nu » (1986 : 15). L'hygiène du corps, la toilette demeure ainsi un moment où la pudeur surgit et de façon intense non seulement lorsqu'elle fait rencontrer des sexes opposés quel que soit l'âge, mais également des variabilités culturelles quant à la perception du corps. L'historien Georges Vigarello (1985 : 11-12) dans son ouvrage *Le propre et le sale*, illustre combien depuis le moyen – âge, « *une histoire de la propreté est (...) aussi une histoire du corps* ». La pudeur, par son lien au corps, participe à la construction de l'identité sociale et culturelle de l'individu. C'est sur lui que s'exercent les normes de comportement

pudique : il est socialisé selon un système socioculturel qui détermine ce qui peut être exhibé et ce qui doit être caché, ce qui est pudique et ce qui est impudique. Protéger son corps ou le corps de l'Autre, souffrant ou vulnérable fait partie des **habitus** et des cultures transmises par les institutions (famille, école, justice, religion, hôpital). D'où l'intérêt de s'appuyer sur une démarche interculturelle pour prendre en compte cette richesse et cette diversité autant que ce qui peut être partagé.

II.2.2. La dimension émotionnelle aussi évoquée

Une autre facette de la pudeur relève de ces sentiments propres à l'homme. Cette dimension émotionnelle rejoint de fait la dimension corporelle par laquelle elle peut être exprimée, se traduisant là encore par des manifestations variées :

- une gêne à manifester ses sentiments (ses peurs, sa tristesse, son chagrin),
- une appréhension ou une peur d'informer ses proches ou d'entendre un terrible diagnostic (évoqué plus par les patients)
« ... ce qui me rend pudique c'est quand mon père parle de ma maladie devant tout le monde, c'est honteux pour moi tout comme si ce père n'a rien d'autre à dire de son fils que cette maudite maladie, je me sens envahi par une honte terrifiante à l'idée d'apprendre à ma copine et à ses futurs beaux parents ma maladie, tout est mélangé dans ma tête, la honte la gêne, l'envie de mourir, je fais un grand effort à ne rien montrer ... », Jeune 24 ans atteint de VIH.
- un embarras, voire une honte d'être atteint de telle maladie ou d'avoir à subir tel examen ou intervention.

La vignette suivante montre que ces différents éléments peuvent se conjuguer :

En salle de réveil, la jeune fille est allongée et tient sa blouse d'opérée par ses bras croisés, dont un est perfusé pendant que la médecin vérifie si elle saigne, en lui demandant d'écarter un peu les jambes, et en vérifiant sa protection hygiénique. En même temps, l'infirmière lui apporte le haricot car M. s'est plainte de nausées. Pas encore bien réveillée, M. s'agrippe ensuite à ses draps (lorsque la médecin a fini), comme pour rester protégée, au chaud et à l'abri.

Toute la durée de son réveil, elle tourne la tête du côté où les lits sont vides, ne regardant pas l'autre femme qui est dans le lit à côté d'elle. Quand une autre jeune fille, ayant probablement aussi eu une IVG, est ensuite installée M. détourne à nouveau la tête et ferme les yeux pour pleurer en silence. Visiblement, elle n'a pas envie d'être dérangée.

Lorsque LK la revoie ensuite dans sa chambre, M. lui dira qu'elle s'est sentie très gênée d'avoir revue la jeune fille qu'elle avait croisée dans la salle d'attente pour son premier rv au planning et qui l'avait visiblement aussi reconnue. Elles savent l'une comme l'autre pourquoi elles sont là et M. aurait préféré garder cet IVG pour elle. C'est son histoire.

Quant à l'attitude du personnel, M. imaginait bien qu'ils avaient l'habitude, mais palper ainsi son ventre et ouvrir ses cuisses tout en parlant avec ses collègues l'avait beaucoup dérangée. « *De toutes façons je n'aime pas les hôpitaux et je suis angoissée par ce geste. Maintenant c'est fait, et j'ai tué quand même mon bébé !* ». M. regarde l'anthropologue qui est à ses côtés et se remet à pleurer. Elle lui glissera ensuite dans la conversation qu'elle est contente de sa présence, car elle ne comprend pas pourquoi elle doit justement rester toute seule à un moment aussi sensible. Son petit ami viendra la chercher à 14h et il n'a pas le droit de rentrer. C'est interdit !

La dimension construite des émotions, tant par les appartenances sociales que culturelles des individus a été démontrée dans le travail de soin, notamment par des sociologues et des anthropologues qui les appréhendent comme un langage à part entière (Fernandez, Lézé & Marche, 2008). « Etre pudique » diffère donc pour chaque personne, tant dans sa conception que dans ses manifestations émotionnelles. En même temps, la pudeur est socialisée et fortement normée par les mondes sociaux et culturels qui la construisent.

- Comment lire alors les émotions ?

Comprendre l'appréciation de la pudeur en monde hospitalier est fondamental pour en saisir les modalités de sa lecture et de sa prise en compte au cours des soins. Selon les actes et les situations, l'émotionnel n'est pas toujours librement exprimé et fait souvent l'objet de jugements de valeur (empathiques, culpabilisants, stigmatisants, etc.), comme l'on déjà montré plusieurs travaux. Des anthropologues (Kessar & Kotobi 1996, Véga 2000) ont pointé la nature du processus de mise à distance de l'Autre (souffrant) par les soignants, qui opère lorsque l'expression de la souffrance leur devient insupportable ; comme dans le cas d'un dit « syndrome méditerranéen », produit par une lecture fortement culturaliste des faits et émotions.

Les observations ont ici montré des biais dans la lecture de la pudeur émotionnelle, appelée dans d'autres contextes « pudeur des sentiments ».

Un patient qui ne laisse pas voir ses émotions est souvent perçu par les soignants comme peu réactif et insaisissable, surtout quand il est d'origine étrangère ou qu'il a des difficultés à communiquer en français. Les soignants sont dans ce cas particulièrement attentifs à essayer de lire les réactions ou les signes corporels, quitte à les (sur)interpréter à partir de leurs propres perceptions. La retenue a été une attitude, pointée comme pouvant porter à confusion.

« Je sais pas trop si elle souffre, elle ne montre rien en tous cas et dit que « ça va » (Médecin, la trentaine)

« On ne sait pas trop si elle avait mal intérieurement, car impossible de communiquer avec elle, elle ne parle pas français ; les Roms elles ont l'habitude d'avorter aussi... Donc peut être que ce n'est pas pareil » (Infirmière, 48 ans)

Inversement quand une douleur ou un chagrin est fort, cela dérange ou est vécu comme dérangeant.

« En salle de réveil, l'espace commune ne permet pas d'isoler les patientes qui ont trop mal et c'est mauvais pour le moral des autres. D'ailleurs à l'inverse, il y a des femmes qui viennent d'accoucher et qui sont accompagnées de leur bébé pour la première mise au sein. Et là le bébé pleure alors que de l'autre côté de la vitre, il y a des femmes qui viennent d'avoir un avortement et qui sont tristes. Bon on essaie de séparer au maximum entre la joie des uns et la peine des autres. Sinon, on essaie de les faire remonter au plus vite dans leur chambre, car des fois c'est insupportable » (Infirmière, salle de réveil, la trentaine).

Les conditions matérielles des locaux ou organisationnelles ont souvent été évoquées pour expliquer l'inconfort des patients. Dans plusieurs services, les équipes signalent aux anthropologues qu'elles font « au mieux » pour être attentives à ne pas soigner « à la chaîne » et rester « humains » ou « dans le soin relationnel », en dépit des nombreuses contraintes qui semblent peser sur elles (en termes de temps et de moyens principalement). En parlant des usagers, certains soignants ont ainsi pu évoquer pudiquement des ressentis (colère, souffrance, ras le bol, lassitude) quant aux pratiques qu'ils mettent en œuvre et dont ils ont parfois honte.

« Avant on avait le temps pour parler avec les patientes, voir avec leur conjoint comment ils ressentent les choses dans ce moment crucial (...), maintenant c'est à peine si l'anesthésiste ne les a pas déjà endormi, car il doit aller vite pour aller ailleurs ensuite. Ils sont surbookés, car ne sont pas assez nombreux ! (Ibode, 42 ans)

- Comment limiter les actes intrusifs qui peuvent être vécus comme traumatisants ou agressifs ?

De plus en plus souvent, en situation d'accueil, les professionnels doivent s'enquérir d'un certain nombre d'informations qui peuvent paraître intrusives au moment d'un premier contact. Le caractère administratif ou organisationnel des entretiens qui parfois se répètent (entre les admissions, les différentes consultations et l'hospitalisation) ne favorise pas chez les patients un sentiment de confort ou de sécurité, propice à l'établissement d'une **relation de confiance**.

Ils se montrent parfois énervés par les nombreux papiers à apporter et renseignements à donner ou à redonner. Plusieurs fois, des usagers ont montré des

signes d'impatience devant des personnels rivés sur leur ordinateur (par des haussements de sourcils, des regards obliques à leurs proches). Plus rarement des **inquiétudes** ont été exprimées sous la forme « *vous ne vous trompez pas au moins, il s'agit bien de moi ?* », notamment lorsque le professionnel prend du temps, augmentant ainsi l'attente.

Du côté des soignants, certains relevaient cet aspect de leur travail, qui est de plus en plus demandé par l'établissement, comme une tâche supplémentaire. Une infirmière de consultation pré-hospitalisation s'exprimait sur ce point : « *Je suis obligée de leur demander s'ils ont une pièce d'identité et c'est vrai que c'est délicat, car cela ne m'est toujours à l'aise, surtout les étrangers. On a un peu l'impression d'être des flics* ». Elle expliquait faire généralement « une coupure » en sortant photocopier les papiers, pour reprendre ensuite sur d'autres bases « *après tous ces papiers administratifs on va passer maintenant à quelques informations pratiques qui vont vous intéresser et puis vous me poserez toutes les questions que vous avez, d'accord ?* » Elle soulignait aussi l'importance de **se montrer à l'écoute** et d'aider au mieux les patients à visualiser le déroulé de leur hospitalisation, pour diminuer leur angoisse et les mettre en confiance. D'autant qu'elle doit aussi aborder au cours de cet accueil des points sensibles (tels que les habitudes de rasage pubiens, la toilette intime préopératoire, etc.), cela quelque soit la langue et le type de personne qu'elle a en face, qui vient, seule ou accompagnée (d'un conjoint, d'un enfant, d'un parent, d'une voisine, etc.)

Plus personnellement les soignants peuvent être heurtés dans leur dimension émotionnelle, en regard de certains gestes ou actions qu'il leur faut réaliser et qui leur coûte :

« ... la pudeur c'est le respect de l'intimité, du corps du patient. Personnellement malgré toutes les années travaillées à la morgue, je suis très gênée de mettre le coton dans les orifices. On a l'impression qu'on en train d'étouffer la personne, de violer son intimité pour lui ! (Aide soignante, 40 ans)

Cette dimension traduit certaines manifestations physiologiques des ressentis qui ne peuvent être exprimés verbalement « par pudeur ». Aussi ce vocable voile un objet honteux (témoignage du patient de 24 ans). Ainsi que l'écrit Boris Cyrulnik, « *quand on ne s'exprime pas, l'émotion se manifeste encore plus forte sans les mots (...) le honteux aspire à parler (...) mais il ne peut pas vous dire tant qu'il craint votre regard. Il croit qu'il va mourir de dire* » (2012 : 8). Au premier abord, l'émotion liée à la pudeur a valeur de honte mais comme le précise José Morel, distinguer la pudeur de la honte présente des difficultés analogues à celles rencontrées quand on cherche à différencier la honte de la culpabilité. Pour l'auteur « *l'une et l'autre renvoient à des dynamiques psychiques proches dans leur origine et dans leur mécanismes* » (2002 : 202). Toutefois, il est à noter que les émotions ne répondent pas aux mêmes déclencheurs psychologiques et ne se manifestent pas de façon analogue. Elles sont également « *sociales et peuvent être*

décodées à travers les grilles de perception culturelle au point que l'on peut dresser une anthropologie des émotions» (Christine Détrez, 2002 : 93).

Dans le même ordre d'idées, l'anthropologue Marcel Mauss (1968), en étudiant les rites de salutations par exemple montrait la relativité culturelle de l'expression et de la manifestation des émotions. Les larmes qui sont une réponse à la douleur interviennent dans certaines populations pour saluer une personne.

Ce sont également les émotions qui donnent leur signification aux représentations que l'on a de soi et de l'Autre. Dès lors, saisir ce qui fait pudeur demande de prendre en considération ces différents aspects, psychologique, social et culturel comme l'ancrage des perceptions de la pudeur dans les expériences qui ont participé à la modeler.

II.2.3. les dimensions spatiale et sonore, plus matérielles:

Parmi les éléments qui entrent en jeu dans le sentiment de pudeur figure également le contexte matérialisé dans lequel il s'inscrit ou se dévoile.

- Dans les discours recueillis au cours de l'étude, la configuration des lieux (en face du pallier, de l'ascenseur, à proximité de, en sous-sol, etc.) et l'agencement des locaux (chambres, salles d'attente, couloirs, comptoirs ou bornes d'accueil) ont été signalés comme étant contraignants en regard du respect d'une certaine intimité et pudeur.

Ainsi, la présence ou non d'aménagements privés ou privatifs dans l'espace, les portes qui restent ouvertes ou la non présence/utilisation de paravents ou de rideaux ont été évoqués par les personnels pour exprimer leur gêne à ne pas pouvoir respecter ce qu'ils considèrent relever de la pudeur de leurs patients et parfois de la leur.

« Pour moi la pudeur c'est le respect, trouver les mots justes pour les familles, ici il y a besoin de beaucoup d'humanité, c'est la reconnaissance des choses, le non respect de la pudeur c'est synonyme de la maltraitance; je ne laisse jamais la porte ouverte, on a la responsabilité de protéger le patient, bien que la plupart du temps les patients soient inconscients, qu'il ne peuvent voir, on met des paravents, mais on n'en n'a pas beaucoup », (Infirmière, 37 ans)

Parfois les éléments d'isolement sont mis en place (porte fermée, paravent ou rideau tiré) et l'attitude des professionnels favorise l'intimité du patient (en baissant la voix lors d'un accueil ou d'un soin pour ne pas être entendu par les autres personnes présentes ou en s'approchant de lui), mais les individus à proximité font preuve de curiosité ou d'indélicatesse.

Une jeune interne, s'approche d'une jeune fille accidentée, la découvre et lui demande si elle peut lui enlever les bottes, lui fait faire quelques mouvements.

Elle lui pose des questions sur ce qui s'est passé. Pendant ce temps, le patient installé à côté essaie de voir ce qui se passe, alors qu'il y a un paravent.

Les observations *in situ* montrent que la disposition des lieux ne préserve pas toujours des regards, ni même des sons ou des conversations.

Certains personnels, souvent proches des patients (infirmières, aides-soignantes, psychologues) sont attentifs à protéger la relation de soin et la confidentialité, en aménageant des tactiques.

« *La pudeur c'est tout ce qu'on veut garder en soi et pour soi, le personnel ici fait de son mieux pour préserver la pudeur mais l'architecture de la salle ne s'y prête pas* », (Infirmière, 45 ans).

D'autres pointent des failles dans l'organisation de l'espace qui est parfois contraire aux valeurs et aux normes professionnelles : allier le relationnel et le technique par exemple, notamment dans les cas où l'asepsie doit être respectée, lors des soins ou dans les blocs. Les circuits du propre et du sale/ les zones du stérile et du non stérile doivent être respectés pour assurer une qualité des soins dans l'établissement. D'un autre côté, les situations humaines propres à la maladie, à son traitement ou sa prévention, souvent difficiles, ne peuvent être ignorées et les professionnels en ont fait part au cours de l'enquête.

Au bloc opératoire, une cadre signalait à LK combien son équipe est parfois bouleversée par la présence des pères ou des hommes accompagnant leur conjointe ou leur partenaire pour un moment douloureux que représente une Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Ils restent seuls dans le couloir pendant l'intervention, habillés façon bloc, sans pouvoir entrer dans la salle. Autorisés à « accompagner » leur partenaire dans cette étape douloureuse de la mise à mort de leur bébé/futur enfant, ces personnes sont laissées à elles-mêmes. Ils pleurent parfois au milieu du personnel et semblent perdus. « *C'est très dur pour eux comme pour nos équipes. On est face à une extrême souffrance* ». Elle aimerait mettre en place une réflexion sur ce qui pourrait être fait, y compris par rapport au rôle de l'accompagnant dans la naissance, qui est aussi un moment fort. La douleur de ces pères en désarroi est visible et ils sont comme exposés aux regards. L'anthropologue a pu constater qu'ils sont de surcroît parfois pris pour des internes ou de jeunes externes, malgré la tenue de visiteur qu'ils sont censés porter.

D'autres soignants signalent que certains pères se retrouvent parfois devant des corps nus de femmes, lorsque les portes des blocs s'ouvrent et se ferment ; « *Ils voient mais c'est pas de leur faute, il suffit que quelqu'un entre ou sorte et paf ! Une fois, la dame n'était pas encore endormie et elle a bien compris que c'était pas un soignant, alors elle m'a demandé tout de suite d'aller fermer la porte (vitrée). C'était justement au moment où elle était dans son plus simple appareil...* » (Aide soignante, 38 ans).

Le regard profane est ainsi distingué du regard professionnel que les soignants construisent au cours de leur formation, comme neutre et autorisé, ce qui pourrait être interrogé.

- L'aspect sonore, on l'a vu, est également un facteur qui impacte les représentations de la pudeur. Les bruits du corps, les cris, les pleurs, les gémissements à proximité de soi mais aussi les conversations téléphoniques ou encore les fortes respirations et soupirs sont généralement perçus par les usagers comme dérangeants et parfois impudiques.

Du côté des professionnels, l'attention était davantage portée sur le fait de devoir conserver une certaine confidentialité, notamment lors des visites des médecins ou lors des consultations.

Les services des urgences, comme les salles de réveil, de surveillance ou de réanimation d'une part mais aussi les halls et salle d'attente de consultations, les bornes d'accueil sont particulièrement exposés à la diffusion d'informations médicales ou privées.

« Quand on passe dans le hall où il y a les sièges pour les admissions, on entend tout ! Le nom des gens, leur situation professionnelle, sociale, leur numéro de téléphone, leur statut matrimonial. Bref une vraie agence de rencontre ! Quelqu'un s'installe là et hop il peut trouver une âme sœur ! (Assistance sociale, la quarantaine).

Plusieurs observations dans le hall de la maternité ont en effet permis d'entendre très distinctement par exemple, le nom des personnes devant passer une échographie, car elles sont appelées depuis le comptoir à voix haute. Ce n'est pour autant pas toujours la règle. Dans un service de consultation, nouvellement équipé d'écrans télévisuels, l'équipe discutait de la possibilité d'afficher ou non les noms et prénoms des patients en fonction des secteurs et des spécialités, alors que le public pouvait juridiquement refuser d'être ainsi repéré (du fait de la traçabilité de l'écrit sur l'oral). A l'inverse, dans le cadre du centre d'orthogénie, un numéro est depuis plusieurs années attribué aux femmes *« pour préserver l'anonymat »*.

L'infirmière leur précise ce fonctionnement *« Vous allez être le n° 3 pour toutes les consultations d'aujourd'hui, quand on viendra vous appeler en salle d'attente »* au cours de l'entretien d'accueil où sont vérifiés les papiers, la prise en charge. Toutes les informations et les étapes du parcours sont données oralement dans ce bref entretien, sans flyer ou support écrit (plan du site hospitalier par exemple). Bien que la secrétaire et l'infirmière qui sont présentes dans le bureau d'accueil des consultations pré-IVG aient une grande habitude, il n'est pas toujours facile pour elle d'effectuer ce travail délicat qui s'avère être de plus en plus lourd administrativement: être accueillantes, claires et complètes dans leurs explications,

vérifier toutes les pièces (adresse d'envoi du courrier, statut de mineure/majeure, la prise en charge sociale, demander si besoin d'un justificatif d'absence, etc.) et planifier les rendez-vous, dans un temps très court (sur des plages horaires généralement entre 12 et 14h). Elles sont de surcroît régulièrement interrompues par le passage des professionnels qui pour certains frappent à la porte, quand d'autres entrent et viennent voir directement le cahier des planifications (une médecin sort son portable et le photographie), n'hésitent pas à interrompre l'entretien pour obtenir une information manquante, un dossier, etc. L'IDE explique alors à LK qu'elle se voit être obligée de « *rebrief* » l'interne pour mieux les remplir, ou pour ne pas oublier une étape de la prise en charge et de l'organisation : « *elle a du emporter directement le dossier manquant aux urgences et n'a pas téléphoné au service pour le dire...* ».

Chaque consultante restait en moyenne 10 à 12 minutes dans ce bureau d'accueil. Le vendredi la salle d'attente était pleine en raison de la spécificité des rendez-vous donnés ce jour là.

Lorsqu'elles ressortaient, les jeunes filles/ femmes et leurs accompagnants se réinstallaient en salle d'attente pour être appelées par leur numéro par la gynécologue, l'anesthésiste ou la conseillère conjugale. Les portes s'ouvrent et quelques bribes de conversations ou d'entretiens étaient audibles depuis la salle d'attente centrale, où régnait parfois aussi un grand silence. Certaines jeunes filles, au bord des larmes, ne semblaient visiblement pas avoir envie d'être là. Beaucoup regardaient leur portable, plus que les affiches ou les dépliants. Depuis certains sièges, LK remarque qu'on entend toute la consultation gynécologique qui se déroule derrière, en raison d'une porte condamnée qui n'a pas été insonorisée. Les conversations privées, téléphoniques ou professionnelles des personnes et des personnels parlant dans le couloir qui amène à la salle d'attente sont totalement audibles depuis celle-ci, qui en partie est cachée à leur vue. Certaines personnes y arrivent et paraissent surpris de découvrir autant de monde au détour du couloir, ou gênés d'avoir parlé fort, car ils baissaient le ton en cherchant une place.

Le *parcours du combattant* a été relaté par la plupart des femmes rencontrées comme un moment difficile, où elles se sont senties perdues et traitées « *un peu à la chaîne* ». Le fait d'« *être un numéro* » était compris par elles, mais pouvait leur donner le sentiment de ne pas être singulières.

Certains soignants se sont montrés dérangés par les conversations téléphoniques tenues à haute voix par les patients et leurs proches dans les couloirs ou lorsqu'ils sont assis sur des sièges ou près des comptoirs d'accueil, en faisant remarquer qu'il y aurait besoin d'aménager de vraies salles d'attente (où les personnes parlent à voix plus basse), ou des panneaux séparateurs permettant une certaine insonorisation (comme l'encadré ci-dessus). « *La ligne de confidentialité n'empêche pas d'entendre ! Alors moi des fois, je mets de la musique, parce que ce n'est pas normal d'entendre tout. Et en plus c'est très fatigant ! Le personnel des admissions devrait quand même être formé* » (secrétaire médicale, 55 ans).

Quand le patient, sa famille sont inquiets, il arrive qu'ils bousculent les portes, les convenances ou les règles d'organisation de l'institution de soins, sans toujours les avoir appréhendés :

« Malgré ce paravent, on entend tout ce qui se dit pour le patient à côté » on essaie comme on peut de respecter l'accueil, mais je sais que tout le circuit des urgences va changer, venez voir ». Aux urgences, un brancardier amène AL voir une grande pièce et lui dit « en principe les patients seront accueillis ici individuellement », (Brancardier, 45 ans).

Depuis l'enquête, les urgences ont effectivement été réaménagées suite à un projet visant à améliorer la fonctionnalité du service, ouvert jour et nuit, 24h sur 24.

La musique adoucit aussi la violence de certaines situations

Au bloc opératoire, l'infirmière anesthésiste demande à la patiente allongée sur la table, pas encore dénudée, si elle veut un peu de musique pendant qu'on la prépare. Un drap est tendu au niveau de ses épaules et la soignante s'assied sur un tabouret haut près de sa tête en lui parlant et en lui caressant le bras pour repérer ses veines. Elle se lève et va choisir un CD qu'elle met dans un appareil radio-cassette portatif sur lequel le nom du service est inscrit au marqueur. La jeune femme qui est marocaine ne parle pas et laisse couler quelques larmes au fur et à mesure que son corps est dénudé par les différentes personnes qui s'agitent et qu'elle ne voit pas. L'ibode installée de l'autre côté glisse à LK *« ça permet aussi de couvrir les bruits et les voix des médecins qui expliquent ce qu'ils vont faire ou ce qu'ils font quand la patiente n'est pas endormie ou est sous locale. En plus, cette dame est très angoissée, c'est pas la première fois qu'elle vient alors elle appréhende beaucoup son IMG ».*

La configuration des chambres d'hospitalisation (notamment les chambres doubles, exposées ci après) est aussi propice à l'exposition sonore qui s'avère gênante dans certaines situations, surtout pour les patients et leurs proches.

Une dame qui partage sa chambre avec une autre dame de 64 ans : *« Personnellement je sais que je vais recevoir beaucoup de visites, dans ma culture c'est ainsi (d'origine algérienne) et c'est sûr qu'on va faire beaucoup de bruit, ce qui pourrait être très gênant pour la voisine, autant que je sois dans une chambre individuelle ».*

Sa voisine ajoute :

« ... j'ai bien écouté ce que ma voisine vous disait, personnellement s'il y a beaucoup de bruit je ne vais pas être bien puisque j'aime lire , par principe quand on est dans une chambre double, il faudrait respecter l'autre, parler doucement,

ne pas téléphoner, ne pas recevoir beaucoup de visites, pour moi la pudeur c'est un respect général, un paravent s'impose et il faudrait des toilettes et une douche dans la chambre, si on doit être à deux, la sonorité est à éviter, c'est désagréable » (Femme, 64 ans)

« Je suis quelqu'un d'assez solitaire, il n'y a pour moi aucun avantage à être dans chambre double, si la personne à côté ronfle je ne pourrais pas fermer l'œil et le téléphone portable c'est vraiment quelque chose dans la chambre double. (Femme de 70 ans)

Non exclusives, ces différentes dimensions apparaissaient être plus ou moins dominantes selon les services. Très présentes dans le service orthopédique en raison de la chambre double, ou au sein du pôle ORG, c'est une autre dimension, langagière, présentée plus avant, qui était davantage pointée dans le service des urgences.

« ... ici (l'accueil des urgences) c'est simple il n'y a pas de pudeur car il n'y a aucune séparation, pas de séparation, forcément pas de pudeur, tout le monde voit tout et écoute tout », (Ambulancier, 35 ans)

Ces témoignages des patients et des soignants montrent comment les dimensions spatiale et sonore vont à l'encontre du respect et de la préservation de la pudeur, dans les soins au quotidien.

Concernant le premier axe, l'espace : Bien que les soignants soient soucieux de respecter l'espace privé du patient, le mur de la pudeur est rapidement franchi, par le manque de paravents, l'insuffisance de rideaux dans les pièces communes (chambres doubles) ou les sas d'auscultation, les portes laissées ouvertes. En effet la pudeur individuelle peut être entravée par l'intrusion du regard extérieur et de l'écoute volontaire ou involontaire, dans ce qui relève de l'intime et du privé de l'Autre.

Si la question du respect de la confidentialité en milieu hospitalier a été pointée par la sociologie hospitalière et analysée sous l'angle des relations de pouvoirs qui opèrent autour du secret professionnel (prioritairement médical) dans les analyses interactionnistes classiquement proposées (Strauss, 1992, Schweyer, 2007), c'est la question du regard, qui a été davantage investie par les anthropologues (Fainzang, 2006, Touhami, Kotobi 2012) habitués à en déceler les enjeux dans leur pratique même du terrain ethnographique. Ainsi les yeux impudiques, les risques d'interprétation inhérents aux pouvoirs symboliques de l'œil, la concupiscence d'un regard constituent des éléments centraux dans la gêne que peut ressentir la personne qui en fait l'objet. Bologne (2010 : 103) tend ainsi à pointer le caractère intrusif et dévoileur d'un regard appuyé sur quelqu'un ou sur

une partie de son corps: « le regard de l'autre engendre la pudeur (...) car même habillée, la femme par exemple convoitée se sent nue ». Pour expliciter ce lien entre le regard et pudeur, il rapporte que « dans la mentalité antique et médiévale, l'œil est actif. Pour l'amoureux, c'est l'hameçon du regard qui va pêcher le cœur de sa proie. Le sorcier croit à la fascination ; le médecin à la transmission d'esprits animaux ; le chroniqueur à l'empoisonnement par le regard ». Dans le contexte hospitalier le regard suscitant la gêne ne se réduit pas uniquement à celui posé sur le corps nu, ou sur le corps maigre, déformé, abimé par la maladie, mais s'étend au regard intrusif posé sur tout ce qui relève du privé quel que soit l'âge et le sexe. C'est le caractère mal intentionné et la dimension voyeuriste du regard, sa curiosité malsaine qui dérangent, ainsi que les effets que de tels gestes produisent (moqueries, blagues salaces, etc.) et qui peuvent être interrogées dans le cadre des routines hospitalières, en vue de modifier certains rituels et usages perçus aujourd'hui comme de plus en plus choquants.

Concernant le deuxième axe, l'écoute imposée, importune ou à visée de contrôle ou d'espionnage apparaît de plus en plus mal reçue en regard des nouvelles règles de bienséance et de civilité qui émergent dans notre société connectée.⁷ Des files d'attente sont parfois dessinées à différents endroits de l'hôpital pour éviter que des informations confidentielles ne soient délivrées lors des échanges effectués au niveau des bornes ou comptoirs d'accueil et d'orientation, ainsi que pour réguler le fonctionnement des services, notamment quand les usagers considèrent leur situation comme urgente (voire prioritaire).

« On a été obligés de faire la queue encore une fois aux admissions pour aller remplir un papier, alors que ma fille perdait les eaux ! J'ai bousculé tout le monde, je m'en fiche, sinon elle allait accoucher sur place !! La dame qui nous voyait bien, elle a dit que je respectais pas les autres, quand je me suis approchée du bar et que je parlais trop fort comme tous les gitans...mais ils pourront vous dire ceux qui étaient là, elle mettait une heure à discuter alors qu'elle nous voyait (femme « voyageuse », la quarantaine).

En somme, c'est la confrontation du privé, du public et de l'intime qui est l'enjeu majeur de cette dimension sonore et spatiale au sein de l'hôpital. Bien que la réforme juridique de 1992 ait fait disparaître toute trace du mot pudeur publique du code pénal, son sens demeure. Ainsi que l'écrit Marcella Iacub (2008 : 12), « le contenu précis de la notion de pudeur publique ne disparut pas avec la

⁷ Il est par exemple demandé de plus en plus dans les lieux publics ou les transports en commun de respecter des espaces spécifiques et dédiés (ligne de confidentialité, espaces zen dans les TGV...).

nouvelle infraction (...) si l'on envisage la pudeur comme un pur produit du passé (...). A force de vouloir enterrer ce passé, on ne s'intéresse plus aux formes qu'il prit, ni aux tactiques qu'il déploya, ni à la manière dont il s'inscrivit dans un système pour y prendre sens ».

I.2.4. La dimension langagière est sous jacente

Cette dimension de la pudeur, moins directement abordée dans les entretiens et conversations, touche pourtant à la communication entre soignants et soignés qui a pu être observée. Elle comprend le fait de trouver les mots justes, humains et protecteurs, mais aussi les mots adéquats et accessibles en vue de favoriser la compréhension des patients de leur état, de l'évolution et des traitements possibles, comme leur adhésion aux prises en charge proposées. Le poids des mots, la tonalité avec laquelle ils sont exprimés (autoritaire, condescendante) peuvent être très mal reçus par les patients qui pour certains confient qu'ils ont été heurtés, sans avoir toujours pu réagir.

- Certains mots, questions peuvent en effet déshabiller l'Autre et susciter sa gêne. Ce point a uniquement été évoqué par les patients.

« Il faudrait améliorer la structure de cet hôpital, pour plus d'intimité, la pudeur c'est justement être à l'abri de ce qui gêne, et ici j'ai l'impression qu'on est tout le temps gênée. L'infirmière vient de me dire quelque chose qui m'a choquée : «vous vous mettez en danger, on n'a pas compris », (Jeune patiente de 16 ans)

- Une certaine honte peut être aussi ressentie à faire répéter les soignants qui le plus souvent jargonnet, obligeant les usagers à interpréter ce qu'ils ont entendu. Ainsi un professeur de médecine citait en souriant une femme rurale venue dans sa consultation. Elle lui avait parlé de *chorégraphie*, au lieu d'échographie (ce qui a suscité des rires autour de lui).

Ces erreurs sont courantes et gagneraient à être interrogées par les soignants, d'autant plus en regard des personnes peu ou non francophones, qu'ils sont amenés à soigner. Cela, d'autant plus qu'ils utilisent parfois aussi, intentionnellement des termes spécialisés, pour ne pas être compris, ou de façon routinière sans toujours y penser spontanément, comme l'a souligné l'anthropologue Sylvie Fainzang dans son étude sur les annonces de diagnostics graves, basée sur l'observation de consultations hospitalières parisiennes (2006).

Il y a plus de vingt ans, Marie-Françoise Collière (1990 : 120) montrait déjà comment le langage professionnel des soignants « peut totalement estropier, dévier, déplacer, gommer, exclure les significations ». Elle pointait le fait de

désigner un patient par sa pathologie, ou le réduire au motif de son hospitalisation- c'est à dire le processus de catégorisation que les personnels hospitaliers mettent en œuvre pour classifier leur public. Ce phénomène a été largement décrit depuis par les sciences sociales de la santé (Fassin, 2000 Kotobi 2000, Nacu 2011) pour montrer le caractère réducteur de certaines lectures (culturalistes notamment) qui essentialisent les individus dans des attributs corporels innés ou biologiques auxquels ils ne pourraient pas échapper. Ces processus classificatoires opérationnels contribuent ainsi à réduire l'identité complexe des individus soignés au dysfonctionnement de leur corps, voire à une identité principalement négative. « Le champ de représentation des soignants s'appauvrit chaque jour de plus en plus si ces derniers ne s'efforcent pas de retrouver les mots et de décoder les représentations de ceux qu'ils soignent et d'élucider leur propres représentations, celles forgées par leur champ professionnel » (Collière, 1990 : 120).

Au-delà de sa dimension pragmatique, le langage est porteur de significations symboliques tant du côté des personnes soignées que des soignants. La pudeur des uns et des autres y est fortement liée.

Toutefois, il est à préciser que l'état de santé du patient peut avoir une influence sur son langage, un langage qui est qualifié parfois de violent voire d'impudique de la part des soignants. Or comme l'écrit la philosophe Claire Marin (2009 : 130) elle même atteinte d'une maladie chronique, « la maladie est à la fois une dépossession physique et un effondrement mental, avec de véritables moments d'absence, de perte de soi, un bouleversement existentiel ».

II.2.5 La dimension intime, souvent personnelle et cachée

Cette dimension est souvent confondue avec la pudeur elle-même, ou elle est lui est très liée.

« La pudeur pour moi c'est tout ce qui relève de l'intime et que l'on souhaite garder uniquement pour soi, hélas je viens d'apprendre que j'ai une maladie rare (Derdes de chester), avec cette maladie, quelque chose d'intime a été touché, notre santé c'est qui a de plus intime et voilà que des maladies rares vous tombent dessus et là vous sortez forcément de ce qui a été privé et intime... » (Homme 28 ans, marié et père de deux enfants, électricien de profession).

Souvent l'intimité des patients est perçue comme leur intimité sexuelle.

Dans le service orthopédique observé, le témoignage de ce patient est illustratif à cet égard :

« ... vous travaillez sur la pudeur, personnellement je pense qu'il est temps d'aborder ce sujet au sein de l'hôpital, hier j'ai été très gêné car mon voisin a reçu sa femme aucun de nous ne peut sortir à cause de notre immobilité, du coup malgré ce drap qui sépare j'ai pu tout entendre, je pense que ce monsieur avait besoin de son intimité mais comment faire ? de même quand on reçoit des visites, je pense à mon voisin et je me dis il doit être gêné par la présence de tout ce monde, la pudeur n'est pas uniquement corporelle, c'est tout ce qui peut susciter

de la gêne sous le regard ou sous l'écoute de quelqu'un d'autre, se faire uriner, se faire laver reste très gênant même lorsque on sait que c'est momentané ».
(Jeune homme, 22 ans)

Au sein du pôle ORG, une conseillère conjugale recevait un jeune couple accompagné d'une femme plus âgée. Après les avoir reçu en entretien pendant une quinzaine de minutes, elle a amené la belle-mère (mère du jeune homme) à sortir de la pièce, en lui signifiant qu'elle aimerait parler avec eux de leur intimité de couple. Sous ce prétexte, il s'agissait aussi pour elle d'éloigner momentanément cette femme, afin qu'elle n'influence pas la décision à prendre, de conserver ou non la grossesse qui débute. Une discussion s'est ensuivie entre cette conseillère et l'anthropologue (LK) lorsque la consultation fut terminée, pour savoir si cette demande était systématique lorsque des jeunes étaient accompagnés et si par exemple, le fait d'être la mère de la jeune fille ou du jeune homme (belle-mère maternelle ou paternelle) pouvait influencer la décision de la professionnelle. Certains travaux anthropologiques comme ceux de Camille Lacoste Dujardin (auteure de l'ouvrage *Des mères contre des femmes*, 1985) ont pu ainsi montrer le pouvoir de l'organisation patriarcale ou matriarcale des sociétés humaines sur le contrôle du lignage, qui se heurte à la perception occidentale de l'intimité sexuelle ou du couple.

Partant de ces différents témoignages et de ces premières analyses les questions soulevées renvoient aux fondements même de la notion d'intimité, et à dans quelle mesure peut-on préserver l'intime dans un espace collectif et de soins que représente aujourd'hui l'hôpital ?

Serge Tisseron (2001 : 49) considère que « l'intime ne peut se définir que par confrontation de deux espaces qui s'y opposent, l'espace public et l'espace privé, le premier engage ce que l'on partage avec le plus grand nombre, le second, ce que l'on partage avec des personnes choisies. L'espace intime, quant à lui, est ce que l'on partage, pas, ou seulement avec quelques très proches...et aussi ce que chacun ignore de lui-même : c'est-à-dire à la fois un jardin secret et l'inconnu de soi sur soi ». Dans le même ordre d'idées, le philosophe Michaël Foessel (2008 : 8) définit l'intime comme étant « le superlatif de l'intérieur » et considère qu'il se manifeste bel et bien publiquement. Il n'est pas ce qui annule l'espace public, mais ce qui en retranche par un ensemble de signes corporels ou symboliques ». Cette dimension de la pudeur relève en ce sens de ce qu'Erving Goffman (1973) nomme « l'édification des « territoires du moi ». Le témoignage, déjà cité, du patient de 22 ans racontant comment il est contraint de se faire laver pour sa toilette est très illustratif : « se faire laver reste très gênant même lorsque on sait que c'est momentané ». On retrouve ici le sens et l'essence du mot intime, qui viendrait du latin *intimeo* qui signifie le plus intérieur, ainsi que l'écrit Fiat (2007 : 23-40) « quand l'adjectif intérieur provient du comparatif *interior*, qui veut dire « plus intérieur que ». Certaines parties du corps sont intimes, ce sont celles dont l'homme s'occupe lorsqu'il s'adonne à cette toilette qu'on dit là encore intime, ces parties qu'il ne fait jamais apparaître dans l'extériorité sans quelque gêne ; et ses pensées secrètes mériteraient elles aussi d'être appelées intimes, en ceci qu'elles sont ce qu'il y a de plus secret, de plus intérieur en lui ».

Du point de vue de la psychologie, cette intimité est nécessaire dans la construction de la personnalité, ne serait-ce que pour permettre à l'individu d'asseoir une identité propre. Elle remonte d'ailleurs aux temps des origines que le mythe de la genèse d'Adam et Eve illustre et soutient : « *Alors ils connurent qu'ils étaient nus* », dit le récit biblique, et la gêne qu'ils en éprouvèrent fit venir sur leur sexe une feuille, feuille de vigne ou feuille de figuier selon les récits, mais qu'importe en vérité. Revenant vers eux Dieu les appelle : « *Où es-tu, Adam ?* ». Et Adam de se présenter à Lui, Lui avouant « *J'ai eu peur, et je me suis caché* ». Fiat (2007, op. cit.).

Toutefois, dans le contexte hospitalier, l'intimité des patients, comme des personnels gagnerait sans doute à être plus reconnue pour qu'elle soit mieux identifiée comme moteur de certaines conduites (souvent lues de façon ethno-centrée) et respectée.

Nos observations dans les différents services révèlent que des gestes, des paroles et très souvent des silences des patients sont constamment présents pour signifier aux soignants ce qu'ils refusent de montrer.

Lors de son observation exploratoire en service de gynécologie-obstétrique, Anne-Yvonne Biaguy avait relevé certaines attitudes qui pouvaient traduire la gêne des femmes lors des consultations, où les parties génitales des femmes sont mises à nu et explorées:

Malgré sa discrétion et le consentement des femmes auscultées, la présence de l'apprentie ethnologue a pu contribuer à augmenter cette gêne qui s'est traduite par exemple par:

- une main posée au niveau du front tout le temps que dure l'examen,
- les jambes de temps à autre refermées et le soignant qui répète "*écarter bien les jambes s'il vous plaît* " ou "*ne refermez pas les jambes*" ou encore dire "*détendez-vous*"
- le regard fixé sur le plafond de la pièce
- la lenteur dans les gestes pour le déshabillage
- le temps mis pour se déshabiller (un temps record pour se rhabiller contrairement au moment de se déshabiller)
- une tendance à tirer le tee-shirt vers le bas pour essayer de cacher les parties intimes au moment de s'habiller même si le haut est court.

(Source : Biaguy, 2015 : 91)

Les soignants en sont conscients. Certains d'entre eux prennent des initiatives pour préserver l'intime des patients ou ce qu'ils en imaginent, car celui-ci est difficilement dicible. Parfois, leurs conduites ou regards peuvent être stéréotypées sous l'effet d'invitations vulgarisatrices et culturalistes à catégoriser ce que ressentirai un homme ou une femme, de telle ou telle origine ou de telle ou telle religion, dont certaines formations à l'interculturel sont friandes. De même

certaines ouvrages (qui consistent à cataloguer des situations pour donner des clés de compréhension et d'actions culturelles) contribuent à trahir la complexité d'une démarche interculturelle qui passe par la décentration de soi pour intégrer l'existence d'autres formes de pensées et regards dans la compréhension des situations d'interactions individuelles et collectives (Cohen-Emerique, 1993). Cela, en effet exclut tout autre lien et rend la communication impossible, comme en témoignage de la jeune patiente de 16 ans qui s'est sentie jugée.

Au delà de cette vigilance, il convient de remarquer que dans certaines situations d'urgence, de chronicité, de dépendance ou d'immobilité, l'intime vole en éclat. Il demeure tiraillé entre le privé et le public, La pudeur apparaît alors comme la condition de préserver, malgré tout son intime. Tantôt, elle recouvre le sentiment de honte en puissance, tantôt celui du non respect. Dans tous les cas, ce sentiment, difficile à saisir et à exprimer fait sens et sous-tend sans doute nombre de réactions et conduites dans les soins.

II.2.6. La dimension éthique :

Cette dimension est la plus complexe. Elle a été mentionnée particulièrement chez certains soignants et cadre de santé.

Au nom de la pudeur, d'autres problèmes éthiques étaient soulevés, comme le démontre le témoignage suivant :

« ... on est partagé entre le secret médical et l'éthique, faut-il dire aux conjoints aux compagnons que les patients sont atteints par le VIH ? Quand on demande aux patients s'ils ont informés leurs conjoints de leur maladie, la plupart ne l'ont pas fait. La pudeur c'est aussi de pouvoir évaluer tout cela, sur un plan éthique, il est important que l'entourage soit au courant, mais pour respecter le secret médical, c'est au patient de le faire, ». (Cadre de santé, 52 ans).

La pudeur a été aussi perçue ou construite comme une posture professionnelle :

« L'hôpital public permet de soigner tout le monde, qu'elle que soit son statut, migrant pas migrant, avec ou sans papiers, français ou pas français et c'est justement ce qui fait la richesse de notre travail. On ne leur demande pas, on les soigne. Moi ça me dérange profondément d'en savoir trop sur la personne ». « C'est comme les détenus, ils ont droit aux soins, quelque soit ce qu'ils ont fait. En plus je ne me vois pas leur demander ! Ce serait quand même déplacé et j'ai aussi ma propre pudeur (un externe de 5^e année, 26 ans).

Ce jeune médecin en formation posait sa propre pudeur comme au cœur d'un apprentissage difficile à gérer que constitue :

- d'une part la connaissance et l'attachement, l'empathie éthiquement acceptable des patients soignés envers lesquels il serait nécessaire de garder une « bonne distance » et
- d'autre part un « droit à ne pas savoir » qui ils sont, ce qu'ils ont fait, comment ils vivent et pourquoi ou dans quelles conditions, comme garantie d'une nécessaire impartialité.

Evoquée dans plusieurs œuvres dépeignant le difficile apprentissage de leur métier de jeunes médecins, (tel le film *Hippocrate* ou *Fluorette*, 2014), la pudeur du soignant apparaît servir de cuirasse ou d'armure, voire de frontière protectrice que la pratique médicale pourra aider à modeler et renégocier au fil des expériences concrètes auxquelles il sera confronté. Ainsi, ce sont « les premières fois » qui priment (comme dans la sexualité) et qui tendent parfois à amalgamer le sentiment de pudeur à celui d'appréhension, de timidité, voir de peur, plus que de gêne ou de honte.

Difficile à cerner, tant les conceptions exprimées recouvrent des perceptions différentes de la notion de pudeur, ces témoignages peuvent laisser penser que le développement d'une réflexion bioéthique au sein du milieu hospitalier français n'est pas étranger à la prise en compte de cette expression spécifique de la pudeur.

Au nom de l'éthique, c'est aussi la variation des règles et l'absence d'uniformisation de ce sentiment qui est questionnée. Comment délimiter les actes, les regards, les paroles des soignants (médicaux en premier lieu, mais aussi paramédicaux) et jusqu'où les autoriser face à la maladie et aux personnes qui en sont atteints ? Car il s'agit aussi de réguler les attitudes et les pratiques par un cadre de référence acceptable, qui a valeur normative, quand il ne devient pas juridique.

Cette question des limites à ne pas dépasser, à laquelle les anthropologues ont aussi été confrontées sur leurs terrains d'observation, est un préalable à la réflexion collective qui a émané d'une préoccupation de certains soignants et de la directions des soins du CHU quant à l'écriture d'une charte de bientraitance propre à l'établissement, écrite depuis et destinée à être proposée à signature comme engagement personnel, à tout nouveau professionnel en contrat. De même la charte du patient hospitalisé, affichée en plusieurs endroits du CHU et figurant en français dans le livret d'accueil de l'établissement, fait office de référence quant aux droits à faire respecter son intimité et la confidentialité des éléments le concernant.

Au cours de observations, ce livret a été aperçu à plusieurs reprises, sur les tables ou dans les tiroirs des chambres d'hospitalisation. Aucune allusion n'y a été faite

spontanément par les patients durant l'enquête de terrain des anthropologues. Ce livret apparaissait être inclus dans le rituel organisé « *des papiers à avoir avec soi* » pour « *être en règle* » du côté des patients et des familles accompagnantes, notamment d'origine étrangère. Sa traduction en langues étrangères (au moins en anglais, arabe, rom) a été évoquée comme nécessaire par quelques professionnels pour améliorer les informations données et augmenter la compréhension du fonctionnement de l'hôpital et des consentements demandés.

En effet, la question du consentement éclairé des patients est particulièrement éclairante des modalités plus ou moins organisées de son recueil au quotidien dans les services. Généralement une feuille écrite en français est distribuée au moment de la consultation ou du rendez-vous d'accueil ou d'anesthésie, accompagnée de quelques explications sur l'intervention, les risques encourus, etc. La signature à apposer engage le patient dans une responsabilité dont l'hôpital et le médecin se dégagent en partie. Cependant, les patients non francophones ou illettrés ne font pas autant l'objet d'une attention particulière : par exemple par un recours à un interprète, un garant ou à des documents établis dans une langue qu'ils connaissent. Or, ce type d'aménagement est évoqué par certaines instances de défense des populations migrantes comme éthiquement plus juste, en termes d'accessibilité au droit d'être informé.

Enfin, l'encadré suivant expose l'impact de la dimension éthique de la pudeur sur les anthropologues impliquées dans l'étude qui, comme les soignants, ont été confrontés tant dans leurs observations que dans le choix des éléments à restituer aux enquêtés et aux commanditaires, à d'incontournables dilemmes moraux.

En effet, pour des raisons éthiques AL n'évoquera pas certaines observations ethnographiques, notamment celles effectuées dans le service de déchoquage. L'anthropologue s'est posée plusieurs questionnements tels que :
Peut-on effectuer des observations de situations de soins où des patients sont par exemple en état végétatif, inconscients, ne pouvant se prononcer sur leur approbation ou pas de la présence du chercheur ? Ce qui l'a poussé à se demander : M'auraient-ils autorisé à ce que je fasse ce travail à leur chevet ou encore à observer leur toilette mortuaire ? Bref, la pudeur des uns et des autres, la mienne s'imbriquent, elle n'est certainement observable dans son aspect physique, mais est plutôt à déceler à travers la discrétion, les gestes, l'intention, les émotions.

Force est de constater que ces exigences éthiques indiquent d'emblée les limites de l'immersion de l'ethnographe dans les domaines de la maladie grave, de la mort et de l'annonce faite aux patients ou aux proches, d'événements graves. Sa posture et les modalités de son implication ont été notamment théorisés par les anthropologues Mondher Kilani (1994 : 27) et Ilario Rossi (2008) de façon différente, donnant à voir le débat qui existe aussi au sein de cette profession. Alors que pour le premier tout pourrait faire objet d'une enquête ethnographique, on ne doit pas privilégier un terrain par rapport à autre, ici la vie par rapport à la

mort, l'extraordinaire par rapport à l'ordinaire, la tradition par rapport à la modernité. Le second tout en abordant les articulations entre le questionnement éthique et la pratique ethnographique en milieu palliatif, considère que la fin de vie d'une personne et son impact affectif constituent toujours des événements extraordinaires, rendant particulièrement délicate la présence du chercheur. Face à l'incertitude et à la charge symbolique véhiculées par la problématique de la mort, l'anticipation et les précautions à prendre en considération sont plus difficiles à définir, car soumises aux spécificités de chaque situation clinique. Cela exige du chercheur une attitude fondée sur une constante réflexion personnelle, sur l'empathie et la discrétion et l'ouverture aux autres. Autant de préalables indispensables à l'instauration d'un climat de confiance, susceptible de ne pas perturber le bon déroulement des soins et l'expérience de la personne malade ainsi que celle de ses proches. En cela, l'ethnologue peut parfois faire effet de miroir pour les acteurs en présence qui se livrent à lui du fait de cette confiance. Ce facteur clé et sensible favorise la compréhension des situations « émiqes », c'est à dire, celles des patients, des professionnels, vécues de l'intérieur qu'il est en charge de restituer, au même titre que les lectures « étiques », produites par les points de vue externes qui doivent être mis en regard.

C'est pourquoi, nous avons privilégié dans ce rapport l'expression des multiples expressions sous lesquelles se décline la pudeur, et la restitution des différents sens qui lui ont été donnés, selon les contextes d'élocution et d'application, suivant les statuts occupés par les acteurs ou encore les représentations individuelles et collectivement partagées. Enfin, outre celle de honte (*hchma* en arabe, *scham* en allemand), la pudeur est également très proche de notions voisines telles que celles de décence, d'intimité (*intimacy* en anglais), de retenue ou encore de modestie (*private modesty*). Cette richesse est à explorer notamment en regard de la grande diversité culturelle ou linguistique qui existe, pour mieux en saisir les mécanismes qu'elle met en œuvre.

II. 2. La diversité culturelle :

L'hôpital représente un site privilégié d'observation des éléments constitutifs de la culture dans l'expression de ses manifestations au moment où se produisent certains des événements les plus marquants vécus par les personnes au cours de leur vie: la naissance, la mort, la souffrance, la maladie, la solitude...

Cette diversité culturelle a donc pu être observée dans les quatre lieux d'enquête sous une multitude d'aspects : âge, sexe, catégories socioprofessionnelles, ethnicité (pluralité au niveau des langues, de la provenance des patients et des soignants, des convictions religieuses). Plutôt que de susciter des discours et descriptions trop générales de la diversité culturelle et ethnique à l'hôpital, nous

avons cherché à cerner comment cette question était –elle perçue et comment elle se posait au CHU. C’est à dire, en quoi les différentes cultures qui se côtoient au quotidien dans l’institution hospitalière amènent à la conscience d’une diversité culturelle ? et en quoi cette dernière éclaire la question de la pudeur dans les soins?

Une première étape a consisté dans l’enquête à demander aux personnes qui l’ont évoquée, de définir la notion de diversité culturelle, pour leur laisser donner libre cours à leur parole, restituée ci-après.

II. 2. 1 telle qu’elle est définie par les soignants

Les réponses collectées du côté des personnels du CHU, se sont articulées autour des quatre points suivants:

a/ Les gens du voyage, les Roms

La diversité culturelle évoque en premier lieu des cultures particulières, emblématiques d’une altérité presque irréductible. Ainsi, l’identification d’une population particulière, ici les gens du voyage ou les Roms, rejoint une figure très souvent présente dans les représentations et discours hospitaliers relatif à l’altérité culturelle.

« ... Pour moi la diversité culturelle est une grande richesse, la difficulté ici ce sont les gens de voyage, non seulement il y a le problème de la langue, mais surtout que c’est un secteur pas autorisé aux visites des familles et les gens de voyage ne comprennent pas cela, surtout qu’ils viennent en groupe, c’est vraiment compliqué, je comprends.... c’est leur culture, je respecte mais la structure est très petite, et on travaille dans un secteur où parfois on ne pourra prendre beaucoup de temps, l’idéal ça sera que chaque patient soit reçu dans une chambre individuelle » (Infirmier, 26 ans).

« La diversité culturelle ne pose pas de problème particulier aux soignants, tout le monde est traité de la même façon, on est très attentifs aux valeurs culturelles de chacun, mais on ne maîtrise pas toutes les cultures, les populations Roms nous questionnent toujours surtout lors d’un décès, il faut avoir l’esprit ouvert et beaucoup d’humanisme pour mieux gérer une telle diversité culturelle... » (Externe en médecine, 23 ans).

Dans les deux cas, la différence était perçue positivement dans les discours, ce qui est moins le cas dans les pratiques observées, où elle peut constituer un obstacle ou une difficulté pour la respecter dans le cadre hospitalier

« Cette personne âgée est tzigane, elle est accompagnée par les six adultes que vous voyez autour d’elle, ce sont certainement des membres de sa famille, ça va

être difficile de leur demander de rester à l'extérieur, avec les gens de voyage, ce n'est pas toujours évident, mes collègues ont trouvé la solution, quand un problème se pose on convoque le chef du groupe, c'est lui seul qui arrive à apaiser les esprits. » (Aide-Soignante, 52 ans)

A aucun moment, la culture institutionnelle et hospitalière ne sont elles-mêmes interrogées comme étant porteuses de normes et de valeurs spécifiques (ici républicaines, puisqu'il s'agit d'un établissement public). Or ces dernières ne sont pas toujours explicitées à ceux qui y sont étrangers ou peu familiers.

b/ La barrière de la langue

En second lieu, les difficultés liées à la non compréhension du français ou de l'anglais, qui est communément nommé « *la barrière de la langue* » demeurent un problème récurrent dans les quatre lieux enquêtés.

- Bien que le CHU dispose d'une liste d'interprètes parmi les professionnels soignants tentant de répondre dans l'urgence à la demande, cette initiative se voit rapidement limitée et dépassée en raison d'une part, de la disponibilité non systématique des agents hospitaliers, d'autre part de la non présence de certaines langues dans le répertoire hospitalier.

Plus globalement, l'ensemble des soignants ne connaît pas bien l'existence de la liste, ni de la procédure à suivre pour faire venir un interprète. Ainsi, certains personnels peuvent être amenés à proposer spontanément leurs compétences linguistiques :

« ... on demande toujours aux patients quelle que soit leur origine, leurs avis. Leur valeurs sont respectées, cependant on est souvent confrontée à la barrière de la langue, personnellement je parle « tamazight » du rif et j'essaie de me rendre disponible pour traduire, il n'y a pas longtemps une femme qui ne parlait que ce dialecte se trouve dans une situation d'incompréhension, du coup ses interactions avec les soignants étaient très limitées, j'ai proposé mes services et cela a très bien fonctionné, je m'étais même attachée à elle et j'allais la voir souvent en dehors de mes heures de travail. C'est très important de travailler avec des interprètes ». (Kiné, 24 ans).

« Je suis inscrite sur la liste pour ma langue d'origine, pour les autres langues, j'essaie toujours d'anticiper quand on prend les rv par téléphone ou à l'accueil. De toutes les façons s'ils ne parlent pas bien, je leur demande toujours de venir avec quelqu'un qui parle le français. Par contre pour l'anglais, je suis minable et l'autre jour j'avais des difficultés avec un couple de Sri Lankais. Je me rappelle que le Pr X, quand on m'a recruté sur ce poste, m'avait dit : « Vous ne parlez pas

anglais ? Il va falloir s'y mettre ! je parlais quand même déjà deux autres langues en plus du français... » (Infirmière de consultation, la cinquantaine)

- En outre, quelques associations telle que Mana ont établi un contrat pour mettre à la disposition du CHU ses propres traducteurs. Les demandes d'interprètes nécessitent toutefois une organisation administrative, perçue comme floue. Ainsi, certains soignants se débrouillent pour des hospitalisations en urgence, en sollicitant par exemple des membres de famille présents ou des amis du patient. Comme dans d'autres sites hospitaliers observés, les soignants sont dès lors amenés à « bricoler » (Kotobi, Larchanché, Kessar, 2015) ou à trouver des solutions pour faire passer leur message lors des soins.

En passant dans un couloir, LK est attirée par une scène, deux soignants (sans doute médecins) parlent très fort à un homme d'une quarantaine d'années qui a un accent d'Europe de l'Est et lui explique qu'il doit faire avec sa femme (présente à ses côtés) tel examen avant de revenir. Tout en parlant, l'un des médecins fait des gestes qui semblent ponctuer ses phrases et mime une prise de sang. En raccompagnant l'homme et la femme vers les ascenseurs, le soignant plus jeune (qui porte des sabots de bloc) sort son téléphone portable et trouve le mot en turc qu'il essaie de prononcer en montrant à l'homme son écran. Ce dernier hoche la tête, sans trop comprendre. LK n'entend pas tout mais capte le mot THALASSEMIE, énoncé clairement et à haute voix par le 1^{er} médecin qui livre au patient le nom de la maladie recherchée, devant les portes restées ouvertes de l'ascenseur dans lequel 5 personnes (dont LK) descendent vers le RDC. Un couple qui a entendu se regarde, grimace et commente : ça c'est une sale maladie pour les enfants ! C'est consanguin.

La volonté de bien faire comprendre au patient ce qu'il doit faire prime ici sur la confidentialité ou les conditions dans lesquelles se déroulent l'échange qui peut mettre la personne étrangère dans l'embarras. La femme qui est restée collée à son mari jette des regards tout autour d'elle pendant l'échange.

- Les témoignages suivants sont illustratifs des solutions qu'ils tentent de trouver qu'ils savent peu satisfaisantes et dont ils ont parfois honte :

« ... la barrière de la langue pose toujours problème, on fait appel aux amis des personnes hospitalisés ou des membres de la famille du patient, je sais au fond de moi-même que ce n'est pas professionnel, mais on est happé par un certains nombre de contraintes, la paperasse, l'urgence... » (Infirmière, 50 ans)

« ...On ne doit pas négliger la barrière de la langue, celle –ci pose problème en médecine et dans la prise en charge des patients. C’est très important d’exprimer des choses dans leur langue, quand on est en panne on utilise internet, il va falloir qu’on pense à d’autres moyens pour régler ce problème... ». (Médecin assistante, 25 ans)

« ... il va falloir penser un outil qui nous permettra de communiquer mieux avec les patients, d’expliquer les choses en différentes langues, sans communication dans la langue du patient, j’ai l’impression que notre soin n’est pas complet, le problème se pose sérieusement le week-end, je sais que le CHU dispose d’une liste de professionnels qui parlent d’autres langues, encore faut –il qu’ils soient disponibles, Mana met également des interprètes à notre disposition, mais cela nécessite beaucoup d’organisation ». (Infirmier, 24 ans).

Au cours des observations, plusieurs soignants ont donné aux anthropologues des plaquettes, documents, flyers écrits en langues étrangères, qu’ils utilisent ou à améliorer.

A la fin des rv, la conseillère conjugale qui lui a ouvert sa consultation montre à LK des documents qu’elle trouve dans le placard de son bureau. Ils concernent la prévention des IST et du VIH et sont traduits en 6 langues différentes. Il s’agit de feuilles A4 sur lesquelles sont dessinées en noir et blanc des croquis de sexes masculins en érection sur lesquels un préservatif est déroulé, (comment faire et ne pas faire) et de différentes positions sexuelles. En les examinant les deux (LK et la CC) se mettent à rire devant les dessins très crus et conviennent qu’il ne suffit pas de traduire les légendes pour penser pouvoir faire de la prévention avec cet outil. Utilisé seul, il risque de choquer les personnes plutôt que de les aider, car la sexualité est un sujet souvent sensible sinon tabou au sein des cultures, même s’il est aussi universel. Un échange s’instaure alors sur la façon dont pourrait être abordées ces thématiques de prévention avec les patients (en entretiens individuels, en couple, groupes de pairs) et la nécessité d’y réfléchir en équipe au sein du centre de planification, plutôt que de laisser chaque professionnel se débrouiller dans son coin sans concertation. L’anthropologue remarque aussi qu’un manuel d’anglais pour professionnels de santé est posé sur le meuble à côté du bureau, acheté par l’une des conseillères qui visiblement souhaite se former.

- Un autre problème est à relever, même s’il est moins visible : quand la méconnaissance du français n’est pas soupçonnée par les soignants qui agissent en pensant être compris (cf. encadré concernant une jeune femme marocaine ci après).

c/ Les religions, tout particulièrement l’Islam

Un autre thème est régulièrement associé à la diversité culturelle : celui de la religion et des pratiques religieuses à l’hôpital.

- Peu de soignants ou de patients ont abordé directement ce thème en dehors des questions d'alimentation (interdits alimentaires ou jeûne), de la toilette corporelle ou de la mort.

« ...au niveau de la diversité culturelle ça fera pas de mal d'avoir une formation sur les différentes religions, je me rappelle d'un jeune soignant ici qui a rencontré une personne qui faisait le ramadan, qui lui en avait parlé et qui est venu demander un plateau spécial ramadan ! Cela montre bien qu'il y a plein de choses que l'on ne connaît pas, malgré tout, on respecte les différences. (Aide soignante, 47 ans)

« ... le problème ici concernant des personnes de confession musulmane lorsqu'il s'agit de femmes, est ce qu'on peut les déshabiller sans blesser leurs époux, ce sont des questions que je me pose mais cela ne s'est jamais produit qu'un homme soit en colère par rapport à cette question.. » (Aide soignant, 52 ans »

- Certains professionnels sont amenés à exprimer leur propre pudeur, à cette occasion :

« ... Personnellement ça me gêne de faire la toilette aux hommes musulmans, je suis gênée parce que je sais qu'ils préfèrent que ça soit un homme qui le fasse » (Aide soignante, 26 ans).

- La thématique du voile et de la laïcité en milieu hospitalier n'a été abordée que deux fois, là encore sous la forme de questions :

Au cours d'une discussion qui se déroule dans une salle de repos où quatre personnes sont présentes, la question religieuse s'invite autour de la table juste après le passage d'une jeune femme voilée, en tenue moderne et foulard coloré, dans le couloir. Elle est accompagnée d'un jeune homme qui a une petite barbe finement taillée.

Une infirmière : *« c'est vrai qu'on voit de plus en plus de femmes avec le voile, mais bon, on n'a pas de problème. Après tout, si elles se sentent bien comme ça ! »*

Une secrétaire : *« C'est vrai que des fois c'est plus moi qui ai peur quand je les voit arriver, surtout en groupe, que eux de moi ! D'ailleurs les marocains par exemple qui viennent de là bas, ils sont toujours très polis et même ils viennent me demander s'ils peuvent trouver ou amener un Imam.*

LK : *« ah oui, et que leur répondez vous ? »*

Elle : *« ben que oui. Je leur dis qu'il y a l'aumônerie. Ca fait partie de mon travail. Et l'autre jour l'externe il ne savait pas qu'il y avait une aumônerie*

Autre personne (statut non identifié) : *Moi ce qui me gêne plus c'est quand les externes musulmanes elles demandent à porter le foulard. Je trouve qu'on devrait avoir des formations sur la laïcité parce que normalement c'est pas autorisé je crois, ou discrètement.*

S'ensuit alors un échange sur la question de la laïcité à l'hôpital avec LK, sollicitée en tant qu'anthropologue.

d/ Les rites funéraires

Les rites funéraires occupent enfin une place importante dans les propos des soignants, ils témoignent à l'unanimité de leur respect des dernières volontés des personnes en fin de vie. Ce thème croise le précédent lorsque les personnes sont croyantes ou pratiquantes.

« Personnellement je suis très respectueuse de tous les rites funéraires, je parle au mort et je lui explique tout ce qu'a été prévu pour lui concernant sa toilette, son habillement, dans mon éthique. Il est important de considérer le mort comme étant encore vivant tant qu'il est sous nos soins », (Infirmière, la cinquantaine)

« Les rites funéraires qui sont demandés sont variables selon les familles et les cultures, je pense que dans ce service (unité 26), on est très attentifs à toutes les cultures mais il arrive que les désirs de familles entrent en confrontation avec le protocole hospitalier. Je pense à une musulmane très croyante, sa fille a demandé à ce que les derniers soins soient faits par l'Imam et ne souhaitait pas que l'on bouche les orifices, chose qui a été respectée mais il y a eu conflit avec les gens du dépositaire». (Infirmière, 47 ans)

En effet, les protocoles relatifs à la marche à suivre suite au décès d'un patient ne paraissent que peu connus de certaines personnes (cadres, anciennes infirmières) qui sont alors sollicités pour accompagner ces moments délicats et sensibles avec les familles. Les normes organisationnelles (des différents services, dont le dépositaire) et juridiques étaient aussi souvent perçues par les infirmières et les aides soignantes rencontrées au cours de l'enquête comme des contraintes, en regard d'accompagnements qu'elles idéalisaient (plus personnalisés, plus centrés sur les familles en deuil)

« On essaie de faire au mieux, mais c'est vrai qu'on a parfois du mal quand un enfant va mal ou décède... On fait en sorte de l'isoler au moins, avec ses parents le temps du recueillement, pour ne pas qu'ils restent avec les autres dans la salle ? C'est pas juste une question de culture, car la douleur, c'est la douleur de perdre son nouveau-né ! Et c'est bien humain !! Moi, quand ça arrive, il me faut toujours du temps pour encaisser... » (puéricultrice, 38 ans)

« ... dans ce service on a l'habitude de laisser les portes ouvertes, c'est le souhait de la majorité des personnes âgées, le seul moment où on ferme les portes c'est lorsqu'on doit amener une personne décédée au dépositaire, on doit s'assurer que personne ne prend l'ascenseur à ce moment là. La mort continue à être cachée, taboue, c'est cela qui me gêne, sinon les rites sont respectés conformément à la demande des proches ». (Infirmière, 38 ans).

La question des rites funéraires a également été soulevée à plusieurs reprises par les professionnels, au cours des sessions de formation avec les anthropologues, afin de connaître « ce qu'il faut faire » et surtout « ne pas faire ». Les attentes ont cependant parfois été très ciblées autour de « modes d'emplois » opérationnels que les formatrices tendaient justement à éviter et à déconstruire, en privilégiant par contre le recours aux personnes agréées (l'aumônier musulman par exemple, salarié du CHU).

II. 2.2 telle qu'elle a pu être évoquée du côté des usagers

A première vue, **la diversité culturelle** a été moins facilement abordée par les patients qui ont parfois été surpris d'être questionné à ce sujet...

- Quelques-uns ont évoqué l'hôpital comme d'un lieu d'accueil et son personnel comme « ouvert ».

« Ils reçoivent tout le monde ici, alors...ils savent s'adapter ! Moi je suis étonnée aussi de leur patience, car des fois les infirmières elles ont du grain à moudre, entre celles qui ne parlent pas français, celles qui sont très entourées par les belles-mères, le mari ou le copain, il faut savoir se faire respecter pour que les rv aillent vite et que chacun ait bien eu ses infos. (Femme, 45 ans)

- D'autres ont confié aux anthropologues avoir souffert de ne pas avoir été bien reçus, d'avoir parfois ressenti être écarté ou peu pris en compte. Enfin, certains ont ressenti une solitude et le manque de leurs proches qui par exemple vivaient loin ou parfois à l'étranger.

Une femme africaine d'une quarantaine d'années était souvent dans le hall ou à la cafétéria de la maternité. En passant plusieurs fois, l'ethnologue et elle se saluent puis discutent un peu ensemble, assises l'une et l'autre sur le même banc. Quelques jours plus tard, lorsque l'ethnologue la recroise et lui demande de ses nouvelles, la femme qui est camerounaise lui confie alors qu'elle s'est sentie très seule tout au long de son hospitalisation et qu'elle va bientôt sortir. Elle lui donne spontanément son numéro de portable pour rester en contact, car dehors elle aimerait pouvoir la revoir : « J'ai bien apprécié votre chaleur humaine et ça ça ne s'oublie pas ! ».

- Les observations montrent aussi que les personnes n'osent parfois pas dire qu'ils ne comprennent pas.

La situation suivante est emblématique de l'écart de perception qui peut en effet exister entre soignants et soignés. Or ce décalage de perception peut amener à des malentendus ou à sous-estimer les situations d'isolement par exemple que peuvent vivre certains patients étrangers.

Une jeune femme marocaine diabétique est en cours d'IMG. LK l'a accompagnée depuis le bloc dans la chambre en attendant l'étape de l'expulsion après l'injection du produit. Son mari n'a pas pu venir *« il garde les enfants, à la maison »*.

« Ca y est le bébé, il est mort... encore une fille...c'est un vrai cauchemar pour moi, c'est la deuxième (fois).

C'est difficile... » Elle pleure... puis envoie un sms.

« Je prends les cachets de stress pour dormir... Moi, depuis 2008, je connais personne... je suis très timide ». « Heureusement ici l'équipe est très gentille, mais je ne comprends pas bien le français. Personne ne parle l'arabe ou l'espagnol, c'est difficile ». « Ma sœur elle est médecin, à Barcelone. C'est elle qui m'a dit comme y a un virus, il faut arrêter la grossesse. C'est Mektoub, comme on dit en français ».

Au bout de 20 minutes, elle a mal à la jambe et sonne. La sage-femme qui l'avait accueillie revient, vérifie ses saignements, lui place un comprimé dans le vagin et l'informe qu'il va lui donner des contractions. Elle lui dit avant de sortir qu'elle va préparer une seringue et qu'elle appelle l'anesthésiste pour sa douleur. Les soins sont expliqués au fur et à mesure et la professionnelle se montre attentionnée.

Quand elle sort, la patiente se tourne vers moi pour me demander si c'est normal. A peine 2 min s'écoulent l'anesthésiste frappe à la porte et entre. Il est jeune, je me lève du fauteuil pour le laisser passer *« non, non pas de souci »* répondit-il sans me demander de sortir. *« Je vais vous rebrancher la seringue »*. Il installe le dispositif, le vérifie, lui place le doseur dans la main gauche en lui disant : *« Vous appuyez comme ça si vous avez mal, d'accord ? »*. Il lui sourit et repart. Elle me demande *« je n'ai pas bien compris ? A quoi ça sert ? »* Je lui conseille d'appeler, mais la voyant perdue, je lui réexplique, pendant que la seringue se met à sonner. Elle s'inquiète et je lui conseille alors à nouveau d'appeler.

La sage-femme revient et vérifie, puis elle dit qu'elle va rappeler l'anesthésiste qui revient aussitôt, toujours souriant.

« Il paraît que ça a sonné dès que je suis parti ? » Il revérifie le circuit, puis lui demande de se tourner pour regarder son pansement dans le dos. Dans le mouvement qui visiblement la fait souffrir, le drap tombe et lui dénude le sein. Le jeune anesthésiste le lui replace tout en lui expliquant : *« le tuyau était coudé ! donc tout est ok maintenant... »*. Elle répond *« D'accord, d'accord »* en se repositionnant sur le dos. Juste avant qu'il reparte, je me permets de lui signaler que la patiente avait une autre question, tout en invitant la jeune femme du regard à lui demander. Un peu gênée, elle lui dit *« Je parle pas bien le français. C'est combien de fois ? »*. Le jeune anesthésiste lui fait préciser sa question *« combien de fois quoi ? »*, l'échange qui suit lui fait comprendre qu'elle ne semble en effet ne pas bien avoir compris à quoi servait la seringue, alors il lui réexplique plus lentement en appuyant sur certains mots. *« Vous pouvez appuyer en fait à chaque fois que vous avez mal »* en mimant le geste. *« C'est illimité »*. Il lui demande ensuite si tout va bien tout en se désinfectant les mains et en prenant congé d'elle.

« J'avais pas tout compris parce qu'il dit des mots... c'est difficile... et moi je suis timide ». *« Et puis ils sont gentils ici »*. En poursuivant la discussion, elle me signale

qu'à l'hôpital de la ville où elle habite : « parce que je comprends pas très bien, on me parle comme à une vache. Et puis tu sonnes, tu sonnes, parce ça fait mal... et on te parle mal ! Mon mari une fois il s'est énervé quand j'ai fait le malaise du diabète. Depuis on va jamais revenir. C' est pas un cimetière quand même ! »

Décrire une séquence d'observation donne à voir les différentes interactions qui s'opèrent, ici dans l'intimité d'une chambre seule, entre une patiente en désarroi, l'ethnologue, dont elle a accepté la présence dans ce moment difficile qu'elle vit seule et les différents soignants qui la prennent en charge. L'épreuve que vit cette mère est une situation que l'équipe connaît bien et qu'ils accompagnent régulièrement dans ce service. Par sa présence même aux côtés de cette femme, l'ethnologue en posture d'observation participante est également embarquée - de fait - dans les relations qui se nouent et les événements qui se déroulent. C'est pourquoi, dans un souci de s'inscrire dans une anthropologie compréhensive, en regard du sujet étudié- celui de la pudeur dans les soins comme élément de la diversité culturelle- le chercheur a l'obligation d'avoir anticipé les limites qui délimiteront sa posture. C'est grâce à cette constante vigilance, à laquelle il est formé, qu'il sera en mesure de restituer plus objectivement des éléments de compréhension (y compris subjectifs) qu'il lui faudra intégrer aux analyses. Cette attention aux situations « de routine », ou à l'inverse, perçues comme « problématiques » est le propre des études qualitatives qui s'attachent à cerner les logiques de fonctionnement ou structurelles qui sous-tendent les conduites observables, au delà des discours recueillis.

II. 3. Zoom sur deux situations sensibles :

Nous avons choisi de focaliser notre attention dans le présent rapport sur des éléments récurrents qui nous ont été signalés. A la croisée de la pudeur et de la diversité culturelle, deux exemples rapidement évoqués au cours des entretiens comme des situations problématiques ont été plus approfondis dans l'enquête. Les observations visaient à compléter cette description des expériences vécues et des perceptions de ces questions. Il s'agit des chambres doubles et du port de la blouse d'opérée.

II. 3.1. Les chambres Doubles : intimité, confidentialité et mixité

14 chambres doubles ont fait l'objet de cette recherche, où des observations, des entretiens semi – directifs ont été effectués auprès des patients et des équipes soignantes.

a/ Ce qu'en disent les patients

- **Chambre Double/ femmes**

Toutes les femmes rencontrées auraient préféré être dans une chambre individuelle. Les raisons évoquées sont de plusieurs ordres:

- ✓ D'ordre environnemental : les arguments donnés recoupent des éléments perçus dans les dimensions spatiales et sonores qui entourent la pudeur

« ... Si vous savez comme bien d'années j'ai payé un plus à ma mutuelle pour pouvoir bénéficier d'une chambre seule, mais à chaque fois j'obtiens une réponse négative ! J'en suis vraiment déçue ! Comme vous pouvez le constater, il n'y a pas de rideau dans cette chambre, c'est gênant pour notre intimité. Regardez ce placard avec des bassins dessus, à mon avis ce n'est pas leur place. Les coussins sont par terre... Personnellement j'aurai caché ces bassins, à les voir cela rappelle notre intimité, notre inaptitude, ce n'est pas leur place... » (Patiente femme, 85 ans)

« Quand je suis arrivée dans cette chambre j'étais seule et puis une dame de 70 ans était rentrée le jour où je m'étais faite opérée, elle n'est pas là pour le moment, elle est partie pour des radios, on s'est très bien entendu, mais je suis très gênée car il n'y a pas de rideau, bien entendu quand on m'a enlevé la sonde urinaire, cela m'a véritablement gêné, je pense au regard de ma voisine, j'aurais préféré être dans une chambre individuelle ... », (Patiente, 40 ans)

- ✓ D'ordre relationnel : les raisons avancées pointent l'inadaptation de certains comportements, liés à la liberté que s'accordent les autres (l'usage immodéré du téléphone portable, l'écoute des conversations de la voisine, ses visites, ses ronflements, quand elle va aux toilettes)

« ...le téléphone portable c'est vraiment un sérieux problème dans la chambre double, la dame qui était ici, jusqu'à une heure du matin, on l'appelait, j'ai été très gênée, d'écouter tout ce qu'elle disait, ici ce qui nous fait tout supporter, c'est la qualité des professeurs, ils sont meilleurs et le personnel soignant est très aimable mais dommage qu'ils n'ont pas pensé à ce qu'une chambre double suscite chez nous.... » (Femme, 70 ans)

« ... la chambre double est gênante à cause des visites, c'est surtout pour la voisine qui sera obligée de supporter les échanges qui ne la concernent pas, quelque part elle subit... » (Femme, 39 ans)

« la pudeur c'est très important à ne pas négliger, c'est quelque chose qui n'a pas à avoir qu'avec le physique, ça a un rapport avec la sphère privée, un rideau ou un paravent dans une chambre double s'impose car l'être humain est curieux de nature, la curiosité nous pousse toujours à vouloir regarder ce qui se passe à côté », (infirmière, 22 ans)

- **En lien avec les soins.**

AL a pu observer la situation suivante au cours d'un après-midi:

La patiente accueillie dans une chambre double est venue accompagnée de sa belle fille, elle a été prévenue à l'accueil de ma présence pour la recherche, une autre patiente opérée du genou était là depuis trois jours. Les deux étaient d'accord à ce que je passe un temps avec elles. La chambre est équipée de toilettes, de deux lits, de deux fauteuils, de deux tables de chevet et d'une armoire. Celle-ci était entrouverte et laisse apparaître sur l'étagère du haut deux bassins et deux coussins en dessous de la dernière. Il n'y a pas de rideau séparant les deux lits. La nouvelle accueillie reste assise sur le fauteuil avec sa chemise de nuit à côté. Au moment où l'autre patiente se lève pour aller aux toilettes, la nouvelle patiente profite de ce moment pour se déchausser et lance un regard à côté (sur sa chemise de nuit), je suis sortie quelques minutes pensant qu'elle va vouloir se changer, en lui disant « *je vais vous laisser* », oui je souhaiterais en effet mettre ma chemise de nuit. A mon retour, elle s'excuse en me disant, je ne pourrai me déshabiller devant quelqu'un. Quelques minutes plus tard une aide soignante est passée, elle lui pose une série de questions sur les papiers, l'alimentation, le rasage, les médicaments. Elle répond à l'aide soignante à voix basse, elle semblait être gênée par ma présence et celle de la personne à côté écoutant toute la conversation. Le Kiné fait irruption dans la chambre sans frapper et fait faire quelques mouvements à l'autre patiente, ensuite l'infirmière rentre avec son ordinateur et fait d'abord le point sur les médicaments et lui dit ensuite qu'on viendra la voir pour la toilette et le rasage. La patiente manifeste une certaine gêne et dira, « *peut être je pourrai le faire seule (...)* j'ai commencé à m'entretenir avec elle, j'ai pu remarquer qu'à chaque fois que je lui posais une question, écoutait attentivement ses réponses, elle a profité de son silence pour dire : « *cette dame me paraît gentille, on ne va pas faire des manières entre nous, je pense qu'on va s'entendre, en tous les cas, on n'a pas le choix ...* »

- **Chambre double/ Hommes**

Contrairement aux femmes, les hommes, de façon générale ne paraissent éprouver aucune gêne d'être à deux dans une chambre. La majorité d'entre eux en étaient même apparemment contents, dans un tel contexte, comme l'attestent ces deux témoignages

«... c'est bien d'être dans une chambre double lorsque on est en souffrance, je serai gêné cependant si une jeune femme me fait la toilette car je suis quelqu'un d'assez pudique, le problème ne s'est pas posé, le personnel est au top et il est dans la compréhension... » (Patient, 52 ans)

« une chambre double aide à tuer le temps car on échange avec son voisin, du coup on oublie sa douleur, personnellement je suis un habitué de la chambre double, à chaque fois j'ai eu de la chance de tomber sur des personnes dans le même état d'esprit que moi, je ne ressens aucune gêne, la pudeur on la met du côté quand on est à l'hôpital ». (Patient, 53 ans)

b/ Ce qu'en disent les soignants

AL s'entretenait dans la salle de soins avec deux infirmières, 29 ans et 25 ans, en leur demandant « *qu'est ce la pudeur pour vous ?* ». En chambre double la pudeur c'est très compliqué : ça touche au problème des rideaux, aucun moyen pour isoler, on n'a pas de paravent, les gens sont très respectueux sauf les personnes âgées surtout démentes,... Mais nous avons pu remarquer que nous éprouvons plus de gêne que les patients ! Parfois certains se lèvent tous nus et nous par derrière on leur met la blouse. Cela est plus visible dans les chambres doubles, parfois on n'a pas envie de rentrer dans des histoires... Il ne faudrait que des chambres individuelles ! En chambre double, certains n'osent même pas aller aux toilettes de crainte de péter. Je comprends les personnes qui sont gênées, de même un patient qui n'a pas toute sa tête et qui va prendre les affaires du voisin. Certains souhaitent parler de certaines choses intimes mais ne vont pas le faire, aussi quand le voisin reçoit 5 à 8 visites c'est gênant pour l'autre. Pour nous, on doit prendre en considération la culture, la barrière de la langue, l'âge, la diversité culturelle ».

« ... la pudeur n'est pas une question de vêtement, c'est une retenue, de la délicatesse de la part des soignants, tout le monde est concerné , c'est un tord de l'attribuer à une culture par exemple ou au monde féminin, personnellement je suis gêné avec un homme qu'avec une femme, dans la chambre double la problématique de la pudeur est forcément posée, personnellement je n'aimerai pas qu'on me fasse la toilette en présence de quelqu'un d'autre », (Aide soignant, 29 ans)

II.3.2. La blouse d'opéré : entre pudeur et diversité culturelle

Cette focale permet de repérer les représentations qui touchent à la blouse.

Dans les quatre lieux de l'enquête, la blouse d'opéré, telle qu'elle était conçue au moment de l'enquête, occupait une place considérable dans les propos des soignants et des patients. Qu'ils soient jeunes ou âgés, médecins, ou infirmiers, aides-soignants, brancardiers ou kinésithérapeutes, la blouse était considérée par la majorité d'entre eux comme une véritable **entrave** à la pudeur. Il faut signaler

qu'à la période observée, de nouvelles blouses étaient distribuées dans l'ensemble de l'hôpital, suite à une décision de la Direction. Depuis, nombreuses blouses d'opérés (ancien modèle) qui circulaient encore dans les services ont peu à peu été retirées du circuit, avec l'aide de la blanchisserie.

- Selon **les soignants** des quatre services observés, la blouse telle que l'indique son nom « blouse d'opéré » ne semblait pas être vécue comme une contrainte pour les patients, hormis au moment de l'opération. Ils étaient en effet libres de porter d'autres vêtements. Cependant, la plupart reconnaissaient que malgré son côté pratique (notamment pour des personnes immobilisées), elle pouvait susciter des sentiments de gêne, d'indécence et d'impudeur, comme le montrent les témoignages suivants :

« Pour les blouses, je n'ai jamais compris pourquoi les boutons sont derrière, j'avoue que cela me choque, ce sont des blouses qui ont été conçues pour des patients qui restent allongés, on ne devrait pas les généraliser pour tout le monde ». (Médecin- assistante, 25 ans).

« ... la blouse ne cache rien, ça rend impudique, cela gêne aussi bien le patient que le soignant. », (Infirmière, 23 ans).

« ... un Monsieur de 50 ans d'une forte corpulence qui ne se couvre pas. Quand on rentre dans sa chambre, on ressent une certaine gêne mais pas lui ... » disait l'équipe le soir du matin.

« ... on est obligé de leur cacher les fesses..... Dans leurs valises, il n'y a pas de vêtements, Je me demande si la pudeur ne relève pas de notre projection » (soignante, 27 ans)

Les soignants aménagent des solutions contre les formes d'atteinte à la pudeur ou le laisser aller, voire l'**apudeur** de certains patients. On notera le terme peu usuel ici employé, pour désigner un manque de pudeur.

« ...les blouses sont ouvertes par derrière, on ne peut pas les laisser traverser le couloir comme ça, personnellement quand je fais marcher les patients dans le couloir, je reste attentive à ce que la blouse ne laisse pas paraître leur corps... » (Femme kiné, 24 ans).

« ... La blouse ce n'est qu'un alibi, personnellement je pense celui ou celle qui est vraiment pudique et que la blouse gênerait, peuvent s'ils le souhaitent, certains le font, porter un vêtement en dessous ou alors porter une autre blouse dessus en mettant l'ouverture devant » (Aide-soignant, 28 ans)

Enfin, certains soignants, estimaient que beaucoup de personnes se font assister en portant cette blouse, ce qui leur permettait de ne pas utiliser ou tâcher leurs propres vêtements. Ils pointaient d'ailleurs à cette occasion, un certain laisser –

aller, comme « les femmes enceintes qui préfèrent ne pas s’embêter » et qui avaient tendance à « être peu pudiques » dans ces moments d’hospitalisation. Ce type de témoignages a également souvent été rapporté lors des formations 2015 et 2016.

- Concernant **les patients**, le port de la blouse ou non dépend fondamentalement de leur état de santé. L’immobilité par exemple ne leur laisse pas beaucoup d’autre choix que de la porter. Dans ce cas, la blouse semble ne pas les déranger tant qu’ils sont alités. Cette représentation est évoquée principalement dans le service orthopédique. Ainsi qu’en témoigne ces deux patients :

« La blouse personnellement ne me gêne aucunement, certes elle ne protège rien mais elle est plus pratique pour les soignants et pour tout patient inapte... »,

« J’aime la texture de ces blouses, elles sont en coton, tant qu’on se lève pas, ça n’est pas gênant, par contre le premier jour, pour aller prendre ma douche à la Bétadine. à gagner l’autre bout du couloir, j’ai évité de la porter, personnellement j’ai travaillé à Bagatelle, la différence est flagrante, il y’a des rideaux, des toilettes, des douches dans les chambres, il n’y a qu’ici que les douches ne soient dans les chambres, c’est ce tout qui permet le respect de la pudeur », (Patiente 40 ans, ancienne aide soignante)

Dans l’unité 26, les patients de façon unanime reconnaissent que la blouse d’opéré, n’est pas une contrainte.

« ... Je ne porte pas de blouse car elle est mal conçue, mais n’est aucunement imposée, c’est pour des gens qui n’ont pas de pyjama, cela montre que le personnel respecte notre pudeur ... ». (Femme tunisienne, 71 ans)

« ... Je suis hospitalisée une fois par an dans ce service et je n’ai jamais porté la blouse mais ma « quandoura ». (Femme d’origine marocaine, 28 ans)

« La blouse peut porter atteinte à la pudeur, ça aurait été intéressant de faire le même modèle mais ouvert devant et pourquoi pas avec des lacets, je pense que certains soignants considèrent qu’à cet âge on s’en fout de la pudeur, or c’est l’inverse. A 85 ans c’est rare si vous trouvez une personne impudique ! Peut être si on le devient c’est qu’on a perdu la boule... mais ici on peut ne la porter », (Patiente, 85 ans)

« ... je pense que la blouse d’opéré on l’a recopié du modèle américain, ce n’est pas une pratique française, cela porte atteinte sans aucun doute à la pudeur des gens. Je suis descendu prendre mon café tout à l’heure et j’ai pu voir un jeune patient portant cette blouse, il fumait sa cigarette devant la porte vitrée, il ne

portait pas de culotte. Plusieurs regards étaient orientés vers lui, j'avoue que je ne sais pas comment interpréter cela, est ce de la provocation ? Est ce qu'il n'a pas d'autres vêtements ? Personnellement ça m'a gêné, je pense que dans cette situation ce n'est pas un problème de blouse, c'est plutôt lié à la personne....à sa manière de considérer son corps... ». (Patient 60 ans, ancien médecin réunionnais)

On retrouve dans ces verbatim ce que souligne José Morel Cinq-Mars à propos de la nudité, « ce n'est pas l'absence du vêtement qui la définit mais une certaine représentation du corps, du sexe et du manque » (2002 : 44).

III. Pistes et préconisations

Non exhaustif de l'ensemble des pratiques et des représentations recueillies au cours de la recherche ethnographique sur les questions de la pudeur et de la diversité culturelle- telles qu'elles se posent aujourd'hui dans les services observés au sein du CHU de Bordeaux- ce rapport permet de restituer une première description des éléments collectés, soumis à quelques analyses qui pourront être complétées par les anthropologues ou cours du colloque organisé en novembre 2017 et dans leurs publications. L'objectif premier était de permettre de relater ce qui fait ou non pudeur au quotidien, ainsi que les perceptions et vécus de la diversité culturelle qui caractérise l'hôpital public de Bordeaux, à un moment donné, sur quelques lieux en son sein.

Globalement, on peut retenir que pudeur comme diversité culturelle ont attiré l'attention tant des soignants que des usagers du CHU et la thématique croisée de cette recherche-action a pu offrir l'occasion aux uns et aux autres de réfléchir à ces questions dans leur vécu individuel et collectif, notamment grâce à l'appui des sessions de formation et à l'investissement collectif favorisé par le travail du groupe ressource. A plusieurs reprises les anthropologues ont d'ailleurs reçu des témoignages *a posteriori*, sur des situations ou des expériences que les personnes leur ont signalé, comme si la recherche de terrain avait suscité chez certains enquêtés une dynamique d'échange et d'autoanalyse autour de la question de fond que pose l'expression « *humanisation des soins* ».

Dans le but d'apporter une contribution à la réflexion collective menée dans ce projet, nous proposons certaines pistes et préconisations, en vue d'un changement de regard sur la diversité culturelle au quotidien et d'une amélioration des pratiques de prise en compte de la pudeur dans les soins dans ce contexte de mixité qu'offre le CHU.

Ce que l'on peut retenir :

✓ La nécessité de communiquer et de prendre en compte :

-Le ressenti collectif (comme celui de la blouse d'opéré, du manque de lisibilité des modalités de recours à l'interprétariat, de ce que signifie la laïcité), pour élaborer une réflexion en commun, des alternatives plus adaptées ou trouver des solutions concrètes, à partir de propositions à recueillir.

-La demande de révision d'un certain nombre d'équipements (notamment en matière de paravents, de stickers à coller sur des vitres, d'insonorisation ou bandes autocollantes destinés à délimiter les espaces de confidentialité) dans les différents services investigués et les solutions que les différents personnels proposent (musique de fond, aménagements spatiaux, meilleure signalisation pour préserver espaces publics et privés).

✓ La sensibilisation et la formation au repérage des enjeux interculturels dans les soins

-En clarifiant les valeurs que le CHU porte auxquels ses personnels adhèrent : le travail de réflexion et le dialogue multi-sites et multi-professionnel amorcés par cette recherche-action doivent être soutenus par une communication ouverte et la distribution des outils créés, pour étendre la dynamique en marche sur cette thématique visiblement porteuse de sens.

-En favorisant les interventions d'interprètes formés (voire professionnels) pour faciliter la communication soignant/soigné, et en s'appuyant sur les nombreuses ressources déjà existantes en interne (formation des personnels inscrits volontaires sur la liste interne) comme en externe (supports, livrets déjà traduits, ressources spécialisées : Inpes, l'Ireps, Mana, ISM, etc.)

-En facilitant le recours à des interprètes-traducteurs internes au CHU, leur activité (reconnaissance de ce temps dédié sur leur propre temps de travail, par exemple) et la formation des personnels bi- ou trilingues au vocabulaire spécialisé (santé, social).

-En renforçant la réflexion et la formation des personnels demandeurs en matière de diversité culturelle (interculturalité, laïcité, cultes et rites religieux, représentations de la maladie et de la mort, altérité) par l'organisation de conférences-débats, de journées portes-ouvertes, de sessions de formation aux enjeux sociétaux contemporains (plus qu'à des thématiques seulement culturelles et culturalisantes)

✓ L'accompagnement du changement de regard et de pratiques,

=>Pour être efficace, il est nécessaire de soutenir la diffusion des outils créés dans le but d'une meilleure prise en compte des questions de pudeur et de diversité culturelle dans le soins.

-évaluer et ajuster les outils de sensibilisation (arbre de la diversité), d'information (guide de l'interprétariat), de formation (saynettes DVD) et d'engagement (Charte de la bientraitance) issus de la recherc-action

-accompagner l'intégration progressive des questions de la pudeur et de la diversité culturelle dans des actions et instances plus transversales déjà en place (axe de la bientraitance, qualité des soins) en vue d'y être vigilant à différents niveaux de l'institution

=>Pour être efficace, le changement doit aussi s'opérer dans les pratiques, par le respect d'un certain nombre :

- de gestes (ne pas parler trop fort, regarder fixement les personnes),
- d'attitudes (respecter les temps de présences des autres professionnels dans les chambres et des visites)
- d'actions (frapper aux portes, les laisser fermées, éviter les interruptions et irruptions) et lors d'entretien d'accueil, d'annonce ou d'éducation)
- et de normes et de valeurs partagées (respect de la confidentialité : usage des noms, parler de situations, de l'intimité)

-En encadrant la circulation des images et des informations médicales, sur les téléphones portables et réseaux sociaux au sein de l'établissement.

=>Pour être efficace, le changement doit aussi concerner l'organisationnel, en assurant notamment une continuité des actions sur les week-ends ou les périodes de congés (en regard de à la prise en charge des rituels de mort, des problèmes de langue, de la précarité notamment)

Bibliographie

Althabe, G. & Sélim M. (1998). « L'ethnologie comme méthode » in : *La démarche ethnologique au présent*, Paris : L'Harmattan.

Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.

Arborio, A.M. & Fournier, P. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe* ». Paris : A. Colin, coll. 128. (3^e éd).

Bergé, C. (2004). « Stores baissés : pudeur et intimité des patients en service de réanimation ». *Esprit* (302).

Bergé, C. (2011), « Retenue du regard et larmes contenues. Pudeurs réciproques en service de réanimation », *Psychiatrie du Val de Loire, XXVI^e journée de Fontevraud*, 18 juin 2011

Biaguy, A-Y (2015), *Pudeur et diversité culturelle dans les soins à l'hôpital. La pudeur dans la relation de soin au CHU de Bordeaux*. Mémoire de Master 2 en Anthropologie (S2M), Univ. de Bordeaux. Dir : L. Kotobi & D. Ouedraogo.

Bologne, J.C. (1986), *Histoire de la pudeur*, Paris : Olivier Orban Hachette.

Bologne, J.C. (2010), *Pudeur féminine, voilées, dévoilées, révélées*, Paris : Edition du Seuil.

Boltanski, L. (1971). « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, (1), 205-233.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Ed. de minuit.

Candau, J., & JeanJean, A. (2006). « Des odeurs à ne pas regarder ». *Terrain*, (47), 51-68.

Cohen-Emerique, M. (1993) "L'approche interculturelle dans le processus d'aide." *Santé mentale au Québec* 181: 71–91.

Collière, M. F. (1990). « Apports de l'anthropologie aux soins infirmiers », *Anthropologie et société* (université Laval, Québec), 4-1.

Crenn, C., & Kotobi, L. (2012). *Du point de vue de l'ethnicité*, (Pratiques françaises). Paris : A. Colin.

- Cyrulnik, B. (2012). *Mourir de dire, la honte*, Paris: Odile Jacob.
- Détrez, Christine. (2002). *La construction sociale du corps*, Paris : Seuil
- Fernandez, F., Lézé, S., & Marche, H. (2008). *Le langage social des émotions. Etudes sur les supports au corps et à la santé*. Paris : Anthropos. Coll. Economica.
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fiat, E. (2007). « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société* », (122), 23-40.
- Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris : Karthala.
- Fluorette. (2014). *Promenade de santé -Chronique d'une jeune généraliste*. Paris : Grasset.
- Foessel, M. (2008). « La trivialisation de l'intime ». *Esprit* (342), 6 -12.
- Habib, C (1996) « Pudeur », in Canto-Sperber, (2004) Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, Paris.
- Hautenauve, L. (2007). « L'intime ». *Gérontologie et Société*, (122), 211-214.
- Iacub, M. (2008), *Par le trou de la serrure, une histoire de la pudeur publique XIX-XXI^e siècle*. Paris, Fayard
- Kessar, Z, Kotobi, L. (1996), « Quel peut être l'apport de l'anthropologie pour les soignants ? », Dossier : Mieux connaître ceux que nous soignons. *Objectif soins*, Paris, n°39, Janv., pp. XIII-XVI.
- Kilani M, (1994), *Introduction à l'anthropologie*, Payot, Lausanne.
- Kotobi, L. (2000). « Le malade dans sa différence: les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », *Hommes et migrations*, (1225), 62-72.
- Kotobi, L., Larchanché, S., & Kessar, Z. (2013). « Enjeux et logiques de recours à l'interprétariat en milieu hospitalier: une recherche action autour de l'annonce d'une maladie grave », *Migrations santé*, (146-147), 53-80.
- Lacoste-Dujardin, C. (1985) *Des mères contre des femmes. Maternité et patriarcat au Maghreb*. Paris : La Découverte.
- Laplantine F. (1996). *La description ethnographique*. Paris : Nathan.

Le Breton, D. (2011). *Anthropologie du corps et modernité*. (6ème éd.). Paris: PUF.

Le Breton, D. « Soins à l'hôpital et différence culturelle », in *chocs des cultures*, Paris : l'Harmattan

Lkhadir, A. (2010). « Etre interprète en santé mentale, une expérience au CHU de Bordeaux ». paru sur le net, ISM, 2010. Paris.

Lerossignol, B. (2012). « Affliction, intrusion, tensions: comment gérer la rencontre interculturelle entre les Gens du voyage et l'hôpital ? », *Sociologie Santé*, (36).

Marin, C. (2009), « Violence de la maladie », *Bioéthique du début à la fin de vie*, ETVDES Hors Série, Paris, 129- 145.

Mauss, M. (1968). L'expression obligatoire des sentiments (1921), *Essais de sociologie*, Paris, Edition du Seuil.

Morel Cinq-Mars, J. (2002). *Quand la pudeur prend corps* (1re éd). Paris: Presses universitaires de France.

Nau, J.-Y. (2012). L'édifiante histoire des blouses « qui laissent voir les fesses ». *Revue médicale suisse*, 8(351), 1638-1639.

Nacu, A. (2011), « Quand c'est culturel, je laisse tomber » Soigner les Roms migrants en banlieue parisienne », *Sociologie santé*, 33.

Olive, J. (2003). « Approche discrète d'un anthropologue au seuil de l'altérité conjugalité et parentalité, famille et communauté, le dedans et le dehors du monde gitan », *Spirale*, 2(26), 29-63.

Peneff, J. (1995b). *L'hôpital en urgence*. Paris : Métailié.

Pétonnet, C. (1979). *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*, Paris, Ed Galilée.

Pouchelle, M.-C. (1995). « Transport hospitaliers, extravagances de l'âme ». In : Lautman, Françoise.; Maître, Jacques. (coord.), *Gestions religieuses de la santé*, Paris : L'Harmattan, 248-295.

Pouchelle, M.-C. (2003). *L'hôpital corps et âme: essai d'anthropologie hospitalière*. Paris : Ed Seli Arslan

Py, B. (Éd.). (2011). *La pudeur et le soin*. Nancy: Presses universitaires de Nancy.

Rossi, I., Kaeck, F., Foley RA, Papadaniel Y, (2008) « L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution », *Archives*, n°17, novembre 2008.

Schweyer, F.X, (2007). « Les hospitaliers et la solidarité : la fin des évidences », in Paugham, S. *Repenser la solidarité*, Paris : Puf. 723-745.

Strauss, A, (1992), *La Trame de la Négociation : Sociologie Qualitative et Interactionnisme*, édité par Isabelle Baszanger, Paris : L'Harmattan.

Tisseron, S. (2001). *L'intimité surexposée. Paris*, Edition Ramsay.

Touhami, S. (2010). *La part de l'œil. Une ethnologie du Maghreb de France*. Paris : Éditions du Comité des Travaux Historiques et Scientifiques.

Véga, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des archives contemporaines.

Véga, A. (2001). *Soignants/soignés: pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles: De Boeck Université.

Vigarelo, G. (1985) *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le moyen âge*. Paris, Edition du Seuil.

Vasse, D. (2002). « Un monde sans pudeur ? », *Etudes*, fév 2002. n° 3962, 197-205.

Annexes :

Annexe 1 : affiches d'information et flyers relatifs au consentement.

ANNEXE