

**LES SENTIMENTS DE RÉPULSION DANS LES SOINS :  
quelles influences ont-ils sur la prise en soins des patients  
et quelles sont les stratégies mises en place pour les  
pallier ?**

**Travail de Bachelor**

**BARTOLOMEI Benoît  
05301437**

**CAMPANA-PINOT Laurie  
08580318**

**RUSSO Francesca  
07563158**

**WASSER Aline  
05258678**

Directrice : CHATELAIN Brigitte – chargée d’enseignement HES

Membre du jury externe : HOF Frank – infirmier spécialiste clinique, soins ORL et trachéotomies. HUG

**Genève, septembre 2012**

## Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seul/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 11 juillet 2012

Bartolomei Benoît  
Campana-Pinot Laurie  
Russo Francesca  
Wasser Aline

## Résumé

### **Les sentiments de répulsion dans les soins : quelles influences ont-ils sur la prise en soins des patients et quelles sont les stratégies mises en place pour les pallier ?**

Dans les soins, comme dans la vie de tous les jours, nous éprouvons tous des sentiments de répulsion. Au vue des valeurs professionnelles de l'infirmière, il paraît inadéquat que cette dernière laisse transparaître ses émotions au lit du patient. C'est pourquoi celle-ci fait appel à des stratégies conscientes ou inconscientes pour dépasser cette difficulté afin que sa prise en soins n'en soit pas influencée. Nous tentons d'éclairer le sujet au travers de cinq grands thèmes : la profession infirmière, les émotions, le dégoût, le tabou et les stratégies.

La littérature et des entretiens semi-directifs, menés auprès d'infirmières d'un département de chirurgie, nous apportent des éléments de réponse. Il est clair que ces sentiments influencent la prise en soin, mais cela peut être évité par de nombreuses stratégies, telles que l'utilisation de matériel injustifiable dans la situation (gants - masque), le travail émotionnel, l'instrumentalisation du soin, les mécanismes de défense ...

Nous sommes arrivés à la conclusion que ce sujet est difficilement abordable, car les infirmières interviewées ne parlent jamais du dégoût en ces termes, mais utilisent des mots comme la gêne, l'humiliation et la honte. La littérature affirme que l'emploi de ces termes est un subterfuge inconscient pour minimiser l'impact du dégoût sur la soignante. Cette difficulté d'exprimer cette émotion prouve bien que ce sujet est tabou.

## Mots clés

Répulsion - Soins infirmiers - Stratégies  
Disgust / Rejection - Nursing - Strategies

## Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidés dans l'élaboration de notre travail. Tout d'abord, notre enseignante et directrice de mémoire, Brigitte Chatelain, qui nous a guidés tout au long de la réalisation du travail et a su nous encourager. Sa disponibilité et son soutien nous ont motivés à produire un travail de qualité. Nous souhaitons également remercier Fabienne Terraneo pour son investissement et son encadrement lors du conséquent travail de méthodologie du semestre trois et quatre de notre formation. Elle a su nous aiguiller dans les débuts difficiles du travail et a permis d'exploiter un large champ du thème que nous avons choisi. Nous tenons à remercier Joëlle Grenier et José Alvarin de nous avoir permis d'évaluer la pertinence de notre sujet et de nous avoir apporté des pistes de réflexion pour la suite du travail.

Un merci tout particulier à Frank Hof d'avoir accepté, avec enthousiasme, d'être notre juré lors de notre soutenance. Son domaine d'expertise, ainsi que les rapports humains que nous avons échangés avec lui sur les lieux de stage, ont fait écho en nous. C'est pour ces raisons qu'il est apparu comme évident de lui demander de bien vouloir apporter sa contribution à notre travail de Bachelor.

Nous remercions les Hôpitaux universitaires de Genève<sup>1</sup> pour l'accessibilité aux professionnels, ainsi que les responsables d'unité et les personnes interviewées. Leurs disponibilités, leurs expériences et leurs valeurs personnelles ont apporté, à notre travail, une dimension humaine et réaliste du terrain.

Nous tenons à remercier Mesdames Deramé Laurence, Schiro Claudia et Wasser Andrée d'avoir pris le temps de corriger notre travail et d'avoir apporté un regard extérieur et constructif.

Enfin, nous tenons à dire un grand merci à nos familles et nos amis qui nous soutiennent, depuis maintenant quatre ans, et qui, de par leurs disponibilités, leur écoute et leurs encouragements lors des moments de doute, nous ont aidés à réaliser nos études dans les meilleures conditions.

---

<sup>1</sup> HUG

## Table des matières

<b>Remerciements.....</b>	<b>4</b>
<b>I. Introduction .....</b>	<b>10</b>
1. Présentation du sujet.....	10
2. Motivations personnelles.....	10
3. Motivations professionnelles.....	11
<b>II. Méthodologie .....</b>	<b>12</b>
1. Emergence d'une problématique .....	12
2. Phase empirique.....	13
2.1. Population cible .....	15
2.2. Thématique .....	15
2.3. Apports et limites .....	17
2.4. Apports théoriques.....	18
2.5. Entretiens .....	19
3. Question de recherche.....	21
<b>III. Cadre théorique .....</b>	<b>21</b>
1. Historique de la profession infirmière.....	21
1.1. L'infirmière, le soin et son rapport au corps .....	23
1.2. Profession, image de l'infirmière et son identité .....	26
1.3. La responsabilité professionnelle de l'infirmière .....	28
1.3.1. La responsabilité morale .....	29
1.3.2. Les valeurs, les principes et la déontologie.....	29
1.3.3. Les responsabilités légales .....	30
2. Emotions.....	32
2.1. Les cinq sens .....	32
2.1.1. Le regard .....	32
2.1.2. L'ouïe.....	33
2.1.3. Le toucher .....	34

2.1.4.	L'odorat.....	35
<b>2.2.</b>	<b>Emotions.....</b>	<b>37</b>
2.2.1.	Émotions de base .....	38
2.2.2.	Émotions secondaires.....	40
<b>2.3.</b>	<b>Gestion des émotions dans le travail infirmier .....</b>	<b>40</b>
<b>2.4.</b>	<b>Travail émotionnel .....</b>	<b>41</b>
<b>3.</b>	<b>Dégoût.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1.</b>	<b>Définition.....</b>	<b>42</b>
3.1.1.	Le dégoût selon <i>Le nouveau Petit Robert de la langue française</i> (2007). 42	
3.1.2.	Le dégoût selon l'ethnologie/philosophie .....	43
<b>3.2.</b>	<b>Ontogénèse .....</b>	<b>44</b>
<b>3.3.</b>	<b>Le dégoût et les sens .....</b>	<b>45</b>
3.3.1.	L'odorat.....	45
3.3.2.	La vue.....	46
3.3.3.	Le toucher .....	46
<b>3.4.</b>	<b>L'organique et le dégoût.....</b>	<b>47</b>
3.4.1.	Objets de dégoût .....	47
3.4.2.	Les causes du dégoût.....	48
<b>3.5.</b>	<b>Le dégoût et les professionnels de la santé .....</b>	<b>49</b>
<b>3.6.</b>	<b>Le dégoût face aux réactions physiques et psychologiques .....</b>	<b>50</b>
<b>4.</b>	<b>Tabou.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1.</b>	<b>Définition.....</b>	<b>53</b>
<b>4.2.</b>	<b>Notions culturelles .....</b>	<b>53</b>
<b>4.3.</b>	<b>Confiance.....</b>	<b>54</b>
<b>4.4.</b>	<b>Jugement .....</b>	<b>55</b>
<b>5.</b>	<b>Stratégies .....</b>	<b>56</b>
<b>5.1.</b>	<b>La maîtrise des émotions .....</b>	<b>56</b>
<b>5.2.</b>	<b>L'instrumentalisation des soins.....</b>	<b>57</b>
<b>5.3.</b>	<b>La diminution des sensations sensorielles .....</b>	<b>58</b>

5.4.	Les stratégies contre la gêne .....	58
5.5.	Le dégoût ramené à un seul objet .....	59
5.6.	Les stratégies contre les odeurs.....	60
5.7.	La communication.....	61
5.8.	Les stratégies d'ordre éthique.....	63
5.9.	L'entraide.....	65
<b>IV.</b>	<b>Résumé des entretiens .....</b>	<b>66</b>
1.	Entretien 1.....	66
2.	Entretien 2.....	68
3.	Entretien 3.....	71
4.	Entretien 4.....	74
<b>V.</b>	<b>Analyse transversale .....</b>	<b>76</b>
1.	Profession infirmière .....	76
2.	Emotions soignants/patients .....	78
2.1.	Le regard.....	78
2.2.	L'odorat.....	79
2.3.	Emotion : signal de communication.....	80
2.4.	La gêne .....	81
2.5.	La peur .....	81
2.6.	Gestion des émotions.....	82
2.7.	Travail émotionnel .....	83
3.	Dégoût/répulsion.....	84
3.1.	Spécificité des soins .....	88
3.2.	Sentiments éprouvés : gêne, honte et humiliation .....	89
3.3.	Le dégoût psychologique.....	90
3.4.	Les normes institutionnelles .....	90
4.	Tabou.....	91
4.1.	Jugement .....	91
4.2.	Confiance.....	93
4.3.	Autre hypothèse du tabou.....	94

4.4.	Contradiction du tabou.....	94
<b>5.</b>	<b>Stratégies .....</b>	<b>94</b>
5.1.	La communication / collaboration .....	94
5.2.	L'expérience.....	95
5.3.	Les supervisions.....	96
5.4.	L'entraide.....	96
5.5.	L'adaptation / gestion des émotions .....	97
5.6.	Focalisation sur le soin .....	97
5.7.	Le masque .....	97
5.8.	L'objet du dégoût .....	98
5.9.	Stratégies pratiques.....	99
5.10.	Le patient au centre des stratégies.....	99
5.11.	L'humour .....	100
5.12.	L'anticipation .....	101
5.13.	Formation du personnel et des étudiants .....	101
5.14.	Orientation de la carrière .....	101
5.15.	Adopter une attitude franche .....	102
<b>VI.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>103</b>
1.	Autoévaluation.....	103
1.1.	Apports du travail .....	103
1.2.	Limites du travail .....	104
2.	Pistes d'avenir.....	105
3.	Discussion .....	105
<b>VII.</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>108</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>112</b>
	Annexe 1 : guide d'entretien	
	Annexe 2 : demande d'autorisation pour enquêter dans l'institution	
	Annexe 3 : information destinée aux personnes participant au travail de Bachelor	
	Annexe 4 : formulaire de consentement éclairé et libre	
	Annexe 5 : questionnaire quantitatif et résultats	



**Annexe 6 : théorie intermédiaire du travail émotionnel**

**Annexe 7 : structuration du domaine dégoûtant**

**Annexe 8 : liste des stratégies utilisées dans un service hospitalier**

# **I. Introduction**

## **1. Présentation du sujet**

Dans le cadre de l'élaboration de notre travail de Bachelor, l'optimisation de la prise en soins des patients nous semblait enrichissante pour notre formation, les professionnelles<sup>2</sup> et les patients. Nous avons donc confronté toutes nos idées afin de pouvoir répondre au mieux à ces critères. Petit à petit, notre sujet de travail s'est construit et nous avons fait émerger la thématique de la représentation et des réactions de l'infirmière face à une situation qui la repousse. Dans ce travail, nous développons les thèmes qui émergent de la théorie, entre autres les valeurs qui sous-tendent la profession infirmière et les émotions ressenties par tout un chacun et spécifiquement par les soignants. Par la suite, nous approfondissons le thème de la répulsion ainsi que celui du tabou qui gravite autour. Pour finir, nous parlons des stratégies adoptées pour pallier cette problématique.

Nous précisons que la ligne directrice de notre travail n'a pas changé depuis le départ mais elle a, bien entendu, évolué au fil des lectures, des entretiens et des réflexions du groupe.

## **2. Motivations personnelles**

### Aline

C'est une de mes collègues étudiantes qui a proposé ce sujet et il a tout de suite fait écho en moi. J'ai été confrontée en Etablissement médico-social<sup>3</sup> à un résident qui me repoussait tant par son aspect physique (amputation des deux jambes, surpoids important, odeur) que par sa façon de vivre (mauvaise hygiène de vie et fumeur invétéré). Je n'avais pas envie de m'occuper de ce monsieur tant il me repoussait. J'ai compris que je devais, malgré ce que je ressentais, prendre en soins cette personne, bien que cela n'ait pas toujours été évident.

### Francesca

J'ai été confrontée à une situation vécue en stage où je devais soigner un patient avec un pied nécrosé dont il ne voulait pas être amputé. Cette vision a été très pénible, d'autant plus que je devais contenir mes émotions devant le patient pour rester la plus professionnelle possible. En comprenant les phénomènes qui nous poussent à avoir du dégoût ou de la répulsion, je pense que nous sommes plus sereins et plus aptes à les affronter dans les situations professionnelles.

### Laurie

J'ai choisi ce thème suite à deux expériences vécues : la première, au travail (difficulté face au physique d'un patient atteint d'éléphantiasis) et la seconde en stage (suivi d'un patient qui avait abusé sexuellement d'une jeune fille). Je trouve que cette problématique peut se

---

<sup>2</sup> A lire aussi au masculin tout au long du travail

<sup>3</sup> EMS

rencontrer dans tous les types de service et que chaque professionnelle a vécu ou vivra au moins une fois, (si ce n'est plus) cette expérience au cours de sa carrière.

### Benoît

En tant qu'étudiant, j'ai souvent été confronté à des situations difficiles à gérer émotionnellement : ma première toilette, mon premier pansement d'escarre, mon premier pansement de stomie, ... et je reste persuadé que je serai à nouveau confronté à des situations de ce type. De plus, lors de mes différents stages, j'ai observé que c'est un sujet que l'on aborde peu. Il est difficile d'en parler à ses collègues et donc de trouver des outils pour pallier ces difficultés. Réaliser ce travail me permettrait d'évoluer en tant que professionnel et peut-être de faire progresser les mentalités des soignants.

## **3. Motivations professionnelles**

Les motivations du choix de ce sujet sont multiples. Tout d'abord, nous avons tous été confrontés un jour à ce genre de situation et avons eu de la peine à le gérer. Il peut être étudié autour du dégoût physique, mais aussi autour de l'aspect éthique. En effet, on peut, par exemple, être repoussé tant par une plaie ou un pansement que par la prise en soins d'un pédophile. L'intérêt de pouvoir travailler sur la transversalité du sujet nous plaît tout particulièrement, pour ne pas avoir à choisir un aspect plus que l'autre.

De plus, ce thème relève beaucoup d'émotions chez les soignants et il y a peu de moyens pour les aider à les surmonter. Ce travail nous permettrait de mieux comprendre les fonctionnements du dégoût dans les soins et de connaître les stratégies pour y faire face. Idéalement, cela nous aiderait à faire émerger de nouveaux moyens pour aider les soignants dans leur pratique.

Et pour finir, nous constatons que c'est un sujet qui est peu abordé dans les unités de soins. Nous émettons l'hypothèse que ce sujet peut donc être tabou. Nous désirons le mettre en lumière et, si cela s'avérait juste, pouvoir participer à l'inversion de la tendance en trouvant de nouvelles pistes. Cela peut être utile dans la pratique infirmière tant pour les étudiants que pour les professionnels du terrain.

Notre sujet de travail de Bachelor porte sur la représentation et les réactions de l'infirmière<sup>4</sup> face à une situation qui la repousse du point de vue éthique et somatique. Cette thématique est présente dans tous les domaines de soin. De plus, nous pensons que chaque professionnelle a rencontré ou rencontrera au cours de sa carrière cette difficulté. Enfin, la prise en soins des patients ne sera que meilleure, car elle sera probablement moins faussée par des attitudes de répulsion.

En tant que futures professionnelles, nous nous devons d'être le plus neutre possible dans nos actions, même si les nombreuses émotions que nous ressentons lors des soins peuvent les influencer. Il est humain, dans certaines situations, que ces dernières prennent le dessus sur notre pratique et notre posture professionnelle. C'est pour cela que nous souhaiterions

---

<sup>4</sup> A lire aussi au masculin tout au long du travail

utiliser les résultats de cette recherche comme outil de travail en tant que futures infirmières.

## II. Méthodologie

Voici les différentes étapes méthodologiques pour la construction de notre travail de Bachelor. Ces étapes se sont déroulées tout au long des quatre derniers semestres de notre formation.

### 1. Emergence d'une problématique

Une fois le sujet choisi, de nombreuses questions ont émergé :

- Comment surmonter le dégoût ?
- Quelles stratégies pouvons-nous mettre en place ?
- Quels outils sont déjà mis en place et lesquels pourrions-nous apporter ?
- Peut-on en parler ouvertement à nos collègues (ou est-ce un sujet tabou) ?
- La peur du jugement nous empêche-t-elle d'énoncer notre dégoût ?
- A-t-on le droit de refuser de prodiguer un soin à un patient sous prétexte qu'il nous dégoûte ?
- D'où provient ce dégoût ?

Voici les premières questions que nous nous sommes posées sur la thématique et qui ont permis de formuler une ébauche de notre question de départ. Le terme dégoût, étant un mot à fortes connotations, nous avons décidé de le faire évoluer pour devenir sentiment de répulsion :

**Comment les situations qui provoquent des sentiments de répulsion chez l'infirmière influencent-t-elles son comportement et son attitude et quelles stratégies met-elle en place ?**

Les difficultés que nous avons rencontrées pour l'élaboration de cette question étaient :

- La formulation de notre question de départ : nous nous demandions si nous devions choisir entre un point de vue éthique (pédophile, ...) ou un point de vue physique (plaies purulentes, odeurs, ...).
- Est-ce que les professionnelles vont oser se livrer au cours des entretiens futurs ?
- Une des questions était de savoir si nous partions d'une pathologie précise ou si nous explorions un domaine plus large.
- C'est un domaine très vaste, nous avons peur de nous perdre dans un flot d'informations.
- Etre quatre auteurs était handicapant pour se mettre d'accord sur les termes à employer.

Nous avons également quelques préjugés concernant la thématique :

- Tous les soignants ont rencontré ou rencontreront une expérience de dégoût au cours de leur carrière.
- Le dégoût pose un problème aux soignants.
- C'est un sujet tabou.
- On rencontre ces situations dans tous les milieux de soins (hôpitaux, EMS, soins à domicile, ...)

Suite à ces interrogations et dans l'optique de développer notre question de départ, nous avons élaboré différentes sous-questions :

- Quelles situations éthiques / physiques provoquent des sentiments de répulsion chez l'infirmière ?
- Comment les situations éthiques / physiques influencent-elles le comportement de l'infirmière ?
- Quelles sont les stratégies mises en place ?

A ce stade, notre question de départ avait déjà évolué et devenait la suivante :

**Comment les situations qui provoquent des sentiments de répulsion chez l'infirmier-ère influencent-elles ou non son comportement et son attitude ? Quelles stratégies met-il / elle en place ?**

## **2. Phase empirique**

Par la suite, nous avons élaboré les prémices d'un guide pour réaliser des entretiens exploratoires auprès de professeurs de la Haute école de santé de Genève<sup>5</sup> ; ceci dans le but de tester la pertinence de notre sujet. Nous avons choisi ces personnes en raison de leurs parcours professionnels spécifiques ; l'un dans le domaine somatique et l'autre dans le domaine psychique. De plus, ayant réalisé des compléments de formation, ils pouvaient nous apporter des données appropriées et appuyées sur leurs pratiques.

---

<sup>5</sup> HEdS

Suite à ces entretiens, voici les nouvelles pistes qui ont émergé :

- Nous nous sommes demandés pourquoi nous ne parlions pas de ce sujet au cours de notre formation. Ce travail pourrait nous permettre d'apporter un élément supplémentaire et formateur pour l'enseignement aux prochains étudiants. Cela pourrait être une thématique à suivre. Nous modulons nos propos quant à l'absence de cours sur le dégoût. En effet, nous n'avons pas eu de notions spécifiques à ce sujet, mais à travers différents modules, nous l'avons exploré sous différentes facettes, (les cinq sens, le deuil, la toilette mortuaire, ...).
- Nous avons compris que nous devions préciser notre question de départ et faire attention à ne pas nous perdre dans trop d'informations. De plus, les professeurs nous ont rassurés quant à la faisabilité du travail et à la pertinence du sujet.
- Nous avons réalisé qu'il serait intéressant de ne pas séparer l'aspect psychique de l'aspect somatique, mais de voir le patient dans sa globalité. Ainsi, nous avons décidé de nous pencher sur des services de soins somatiques dans lesquels les soignants peuvent être confrontés à des patients présentant des pathologies psychiatriques. De cette manière, nous constatons la capacité des infirmières à s'adapter aux situations auxquelles elles ne sont pas préparées.

Les questions qui sont ressorties de ces entretiens sont les suivantes :

- Est-ce la théorie (étudiants) et/ou l'expérience (professionnelles expertes) qui aident à affronter les situations de répulsion ?
- Est-ce qu'une infirmière a le droit de ne pas avoir envie de soigner un patient ?
- En quoi ce qui nous répulse risque de nous empêcher de faire ce à quoi nous sommes formés ?

Suite à ces pistes, voici ce que nous en avons retenu :

- Nous avons dû supprimer certaines questions qui se trouvaient dans notre guide d'entretien, car elles avaient déjà trouvé réponse.
- Grâce aux professionnelles interviewées, nous avons pu prendre conscience que notre thématique était adéquate et utile.
- Nous avons décidé de ne plus séparer l'aspect somatique de l'éthique.
- Nous avons choisi de ne pas sélectionner de services spécialisés dans un des deux domaines. Les personnes travaillant en psychiatrie, par exemple, sont formées pour affronter ces situations de répulsion.
- Il semblait plus intéressant de se tourner vers des personnes qui n'ont pas bénéficié d'une formation ou d'expérience dans leurs pratiques et qui devront donc développer de nouvelles stratégies pour s'adapter à ce genre de problématique.

- Nous avons choisi d'introduire dans le guide d'entretien, deux vignettes cliniques<sup>6</sup>, afin d'avoir un point commun de comparaison entre les interviewés tant sur la répulsion physique que psychique.

## 2.1. Population cible

Dès lors, nous avons nos pistes de réflexion et des apports utiles pour réaliser les entretiens auprès des professionnelles. Pour ce faire, nous devons décider de la population cible de notre étude. Nous désirions interviewer une infirmière généraliste, travaillant dans les soins somatiques et sans spécialisation pour qu'elle ne soit pas formée spécifiquement à affronter ces situations de répulsion.

Pour ces entretiens, nous voulions interviewer une professionnelle ayant travaillé dans au moins trois services différents, (minimum un an dans chaque service), pour qu'elle ait un bagage suffisamment important pour enrichir l'interview. Le premier entretien nous a permis de réaliser que notre guide<sup>7</sup> abordait tous les domaines que nous voulions explorer. Cependant, notons que la personne interviewée ne correspondait pas à nos critères de sélection cités ci-dessus. En effet, celle-ci est infirmière responsable d'unité et a réalisé une formation de clinicienne.

## 2.2. Thématique

Suite à cet entretien, notre question de départ restait la même, elle nous semblait adéquate. Cependant, nous avons dégagé les thèmes principaux de notre sujet, suite à l'entretien. Parallèlement, nous avons commencé les lectures qui ont permis de mettre en évidence les sous-thèmes suivants :

- Profession infirmière  
**Mentalités, culture, état d'esprit, valeurs, dignité humaine, société, éducation**

L'interviewée a des difficultés à avoir du recul, elle peut difficilement s'exprimer sur l'évolution des mentalités dans la profession. Elle dit que le choix de celle-ci implique que nous sommes prêts à affronter ces situations. Elle fait preuve d'une grande impartialité, elle ne juge pas les patients ni ses collègues. Elle semble ouverte, capable d'affronter toutes situations et accepte les contraintes. Elle prend en considération les besoins des patients mais aussi ceux de l'équipe soignante. Elle revendique comme un droit individuel le fait de refuser de s'occuper d'un patient, quand cela est trop difficile.

Selon elle, l'individu est toujours sacrifié au nom du groupe, n'osant pas faire

---

<sup>6</sup> Situations fictives, présentée aux infirmières lors de l'interview

<sup>7</sup> Cf : Annexe 1

autrement et ne voulant pas imposer une charge de travail supplémentaire à ses collègues.

- Emotions soignants / patients

**Souffrance physique et psychologique, non-verbal, honte**

L'interviewée explique qu'avant d'être des infirmières, nous sommes des femmes et des hommes avec des émotions qui influencent notre travail.

Si un soignant se trouve dans une situation délicate et ne parvient pas à passer au-delà, il pourra ressentir un sentiment d'échec et de honte qui nuira à la prise en soins.

Selon les dires de l'infirmière, au sein d'une équipe, nous devons être capables d'accepter les émotions des autres soignants et les aider si nécessaire.

Elle accepte de nombreuses contraintes dans le but d'atténuer les souffrances du patient.

- Répulsion / dégoût

**Aspect visuel, odeur, mal à l'aise, choc, sentiment de répulsion, fuite**

L'interviewée explique bien que le dégoût est présent dans les soins et influence notre travail. Cependant, il est de notre devoir infirmier de passer au-delà et d'affronter ces sentiments pour soigner les patients dans les meilleures conditions. Elle insiste beaucoup sur l'aspect visuel et les odeurs et nous explique les moyens pour les pallier. Le dégoût n'a pas influencé ses choix de carrière, car elle voit son parcours de manière positive et veut se réaliser.

- Tabou

**Peur du jugement, regard des autres**

L'interviewée parle beaucoup pour les autres et explique que c'est un sujet tabou, néanmoins, elle ne le ressent pas elle-même dans sa pratique.

- Stratégies

**Entraide, solidarité, écoute, empathie, partage avec l'équipe, analyse de la pratique, matériel (masque)**

L'interviewée nous apporte de nombreuses stratégies utilisées dans son équipe. Elle enrichit notre travail et facilite notre recherche de la littérature. Elle insiste beaucoup sur la dynamique de l'équipe qui va influencer les stratégies adoptées. Celles qui ressortent le plus sont les discussions entre collègues lors des transmissions, lors de l'analyse de la pratique et dans les moments informels. De plus, elle donne de petites astuces pour faciliter la prise en soins de patients qui provoquent ce sentiment de dégoût.



### 2.3. Apports et limites

Suite à notre première interview, nous constatons les points positifs et négatifs de notre guide d'entretien :

- Nous nous sommes aperçus que certaines relances n'étaient pas adaptées aux situations exposées par l'interviewée.
- Il aurait été intéressant de relancer l'infirmière plusieurs fois après certaines remarques.
- Nous pensions obtenir davantage de détails sur le ressenti et les émotions de l'infirmière avec nos questions, mais cela n'a pas été le cas.
- Nous constatons que les vignettes cliniques n'ont pas fonctionné. Nous nous demandons pour quelles raisons ; peut-être aurions-nous dû être plus directs et lui poser des questions plus claires, creuser sur ce qui la dégoûte, ce qu'elle aurait dit au patient. De plus, nous pensons que cela aurait pu être influencé par ses diverses formations et sa fonction d'infirmière responsable d'unité de soins<sup>8</sup> qui la détache de la pratique. Sa position de chef l'oblige-t-elle à montrer l'exemple, à avoir un rôle de modèle face aux infirmières ? Il faut aussi prendre en compte la sensibilité de chacun, peut-être est-elle moins sensible de par son âge, son éducation, son parcours de vie, le moment de la journée, etc...
- Comme les vignettes cliniques n'ont pas fonctionné, nous nous demandions s'il était encore pertinent de les garder. Finalement, nous avons décidé de les utiliser pour les prochains entretiens afin de les tester auprès d'autres infirmières et d'en comparer les réponses. Cependant, nous mettrons quand même l'accent sur l'expérience que la personne nous relate en creusant davantage les propos recueillis au début de l'entretien.
- Les difficultés ont été finalement assez bien surmontées par l'interviewer car il adaptait l'ordre des questions en fonction du discours de l'infirmière. Par exemple, les relances concernant le sujet tabou et les mentalités ont été reprises à la fin de l'interview quand l'opportunité s'est présentée.

Après cet entretien, nous avons modifié temporairement notre question de recherche afin d'être le plus clair possible auprès de l'institution dans laquelle nous avons réalisé notre étude. Voilà ce qu'elle est devenue :

**Le sentiment de dégoût et de répulsion ressenti par les soignants dans certains soins.**

---

<sup>8</sup> IRUS

## 2.4. Apports théoriques

Suite à cela, nous avons réalisé de nombreuses lectures afin de voir émerger de nouvelles questions et pouvoir appuyer nos entretiens sur des bases théoriques solides. Les articles que nous avons trouvés lors de nos recherches nous ont permis d'affirmer certaines hypothèses et d'en contredire d'autres. Ils abordent tous les thèmes suivants : le tabou, les stratégies, le dégoût, la relation soignante, les émotions, les mentalités, la distance thérapeutique, les cinq sens, etc... Par la suite, nos lectures ont porté sur les droits du patient et du soignant (éthique), la culture infirmière, l'histoire de la profession, le care<sup>9</sup>, les conflits intrapsychiques et interpersonnels, l'analyse de la pratique et d'autres pistes que nous allons encore explorer.

Nous avons orienté nos recherches vers des revues professionnelles qualitatives, trouvées dans des catalogues de base de données (Cinahl, BDSP, Francis, Health source : Nursing / Academic Edition, Google scholar, Elsevier, Rero, ...). Nous avons également utilisé des articles de revue non scientifiques, afin de parfaire nos connaissances.

De plus, les ouvrages et les cours de la formation (Droits & Devoir, Profession & Travail infirmier, Découverte du sens du soin) ont servi, par exemple, à retracer l'histoire de la profession infirmière. Nous avons également utilisé des dictionnaires et des encyclopédies pour définir nos thèmes, dans le but d'avoir un langage commun.

Enfin, nous avons cherché les droits et devoirs des protagonistes. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur des articles de loi (fédérales et cantonales), le Code déontologique et les chartes utilisées par les Hôpitaux universitaires de Genève pour connaître les responsabilités des soignants.

Nous avons éprouvé certaines difficultés à trouver les mots clés correspondant à notre sujet. Au préalable, nos recherches étaient trop larges et nous avons donc dû les affiner grâce aux premières lectures trouvées, lectures plus globales. Nous les avons utilisées dans des bases de données précitées pour trouver des articles et des ouvrages sur le sujet. Ces mots-clés sont :

- Répulsion
- Dégoût
- Tabou
- Emotion
- Humanisation
- Stratégie
- Jugement
- Sentiment
- Soins infirmiers
- Travail émotionnel
- Compétence émotionnelle
- Care / Caring
- Rejection
- Disgust ...

---

<sup>9</sup> Care : Le prendre soin

Nous avons étayé nos recherches grâce aux auteurs qui apparaissaient à plusieurs reprises et qui nous semblaient intéressants, comme Holmes, Mercadier et Lawler.

Les questions qui ont orienté nos recherches pour la revue de la littérature sont les suivantes :

- Quelle est la définition exacte du mot répulsion ? Comment notre culture (société occidentale) l'influence-t-elle ?
- Quelle est l'histoire de la profession infirmière ?
- Quels sont les droits et devoirs des soignants ?
- Quels sont les droits du patient ?
- Comment les infirmières vivent ce genre de situation ?
- Est-ce que les émotions qu'éprouvent les infirmières peuvent engendrer des conséquences sur leurs prises en soins et sur la gestion de conflit ?
- Lorsqu'une infirmière est confrontée à ce genre de situation, quelles conséquences (positives ou négatives) cela peut créer sur son travail ?
- Existe-il des stratégies mises en place par les infirmières pour faire face aux situations de répulsion ? (mots-clés : mécanismes de défense, réunion, discussions informelles, ...)
- L'analyse de la pratique est-elle utilisée dans ces situations problématiques ?

## **2.5. Entretiens**

Nous avons pris contact avec l'institution selon le protocole administratif à suivre. La demande d'autorisation pour enquêter dans une institution<sup>10</sup>, la lettre d'information destinée aux personnes participant au travail de Bachelor<sup>11</sup> et le formulaire de consentement éclairé et libre<sup>12</sup> peuvent être consultés en annexe.

En ce qui concerne les entretiens officiels, nous avons tout d'abord reçu la confirmation de la part de l'institution ainsi que la liste des personnes que nous pouvions contacter dans les unités correspondant à notre demande.

Nous avons contacté les IRUS dans un premier temps par mail. Ce sont eux qui, d'après nos critères de sélection, nous ont suggéré certaines infirmières d'un département. Notons que ces dernières ne correspondaient pas tout à fait à nos critères de départ. Suite à cela, nous avons pu prendre contact par téléphone avec les infirmières concernées.

Les quatre interviews ont été réalisées uniquement par trois personnes afin que les infirmières soient moins intimidées. Les entretiens ont tous été réalisés en début d'année

---

<sup>10</sup> Cf : Annexe 2

<sup>11</sup> Cf : Annexe 3

<sup>12</sup> Cf : Annexe 4

2012 dans le même hôpital, enregistrés sous forme audio et anonymisés lors de l'analyse. Ces derniers sont semi-directifs ; ils sont construits sous forme de questions ouvertes afin d'obtenir des réponses qualitatives. Nous avons choisi ce type d'entretien pour que les interviewées se sentent libre d'exprimer leurs ressentis, tout en ayant un fil conducteur nous permettant une comparaison interprofessionnelle.

Enfin, nous avons précisé aux interviewés que les données étaient conservées pendant une année et que par mesure de sécurité, aucun enregistrement audio ne serait transféré par mail.

A la fin du premier entretien, nous étions découragés car les réponses de l'interviewée ne correspondaient pas à nos hypothèses et nos lectures préalables. Cependant, étant novices dans le domaine de la recherche, nous n'osions pas relancer la personne régulièrement de peur de suggérer les réponses que nous désirions entendre. Nous nous sommes donc réunis pour réajuster la dynamique de l'entretien afin de l'améliorer et d'obtenir des réponses plus précises, en rebondissant régulièrement sur les propos de l'interviewée.

Au fur et à mesure, nous avons constaté une progression sur nos compétences à les mener ; nos relances étaient plus fluides et les interviews évoluaient plus spontanément sous forme de discussion.

Ces dernières se sont déroulées dans de bonnes conditions car nous avons pu bénéficier d'un lieu propice au calme et à la confidentialité. De plus, nous avons su créer un climat de confiance.

Afin d'analyser les interviews, nous avons procédé à la retranscription de ces dernières. Pour ce faire, nous nous sommes répartis le travail par équipe de deux. Une personne écoutait l'enregistrement tout en le dictant au deuxième qui le dactylographiait.

Dans un deuxième temps, nous avons fait ressortir nos thèmes de départ qui restaient inchangés puis nous avons résumé chaque entretien. Puis, à partir de ces thèmes, nous avons réalisé le cadre théorique en complétant nos lectures. Pour finir, nous avons procédé à l'analyse transversale par thèmes.

Parallèlement aux entretiens, et dans le cadre d'un stage, un questionnaire<sup>13</sup> sur notre thématique a été proposé au personnel infirmier concernant la répulsion dans les soins. Ces résultats nous ont confirmé la pertinence de notre sujet et ont amené certains éléments de réponse, notamment sur les stratégies développées et les influences qu'elles ont sur le soin. Grâce à ce questionnaire, nous avons retravaillé notre question de départ qui est devenue la question de recherche.

**Les sentiments de répulsion dans les soins :  
quelles influences ont-ils sur la prise en charge des patients et les stratégies mises  
en place pour les pallier ?**

---

<sup>13</sup> Cf. Annexe 5

### 3. Question de recherche

Pendant la réalisation des analyses, nous avons rediscuté de notre question de recherche qui est finalement devenue :

**Les sentiments de répulsion dans les soins :  
quelles influences ont-ils sur la prise en soins des patients et quelles sont les  
stratégies mises en place pour les pallier ?**

## III. Cadre théorique

### 1. Historique de la profession infirmière

Le mot « infirmier » date de 1398. Son étymologie se rapporte à « infirme », « infirmité » signifiant « le malade ou l'invalidé ». La terminologie d'infirmière avait une connotation très négative par les mauvaises conditions de vie qui leurs étaient offertes et à cause de la promiscuité que ces femmes avaient avec les hommes qui effectuaient des tâches subalternes. C'est à partir du XII<sup>e</sup>-XIII<sup>e</sup> siècle, mais plus communément à partir du XV<sup>e</sup> siècle que le terme « infirmier » est utilisé pour nommer les emplois d'infirmiers ou d'infirmières dans les couvents, hôpitaux militaires ou communautés. La terminologie de « garde-malade » est quant à elle préférée pour désigner une personne (dame de charité, sœur, mère de famille, curé) qui, par profession ou affection, se consacre aux soins d'une personne malade. (Magnon, 2001, traduction libre, p. 17)

Depuis la nuit des temps, les femmes donnent des soins de manière naturelle au service des leurs, parfois de façon superstitieuse et empirique. Selon Duvillard (1988),

Les femmes, mères et grands-mères, accomplissent dans l'ombre, des gestes simples et quotidiens qui depuis des millénaires, contribuent à conserver et protéger la vie. Par ces humbles soins à caractère domestique, elles assurent la transmission de formules qui permettent de préparer des mets nutritifs et d'employer l'eau, les herbes et minéraux à des fins fortifiantes et curatives. (Communication personnelle [Notes de cours], p. 1)

Il n'y a pas de traces écrites de ces pratiques infirmières : ce sont des savoirs profanes, populaires, transmis oralement par tradition.

De l'Antiquité au Moyen-Age, les soins sont prodigués de manière anonyme jusqu'à l'essor de la doctrine chrétienne qui se veut d'aider son prochain. Les soins vont alors sortir de l'anonymat, manifester une identité et être reconnus par l'église chrétienne. Des femmes, issues de familles nobles, vont soigner des malades à domicile, porter assistance

aux plus démunis au sein de leur palais qu'elles vont peu à peu transformer en lieu d'accueil et hôpitaux. Les soins prodigués restent toutefois primaires : soins d'hygiène, diètes et remèdes simples à visée curative.

Au Moyen-Age, ces tâches humbles sont vouées au bas clergé et aux femmes appartenant aux ordres religieux. La médecine et les soins infirmiers prennent place dans les monastères accueillant pèlerins, pauvres et malades. « Les soins infirmiers s'ils n'ont guère évolués quant à leur nature et aux techniques employées, gagnent par contre une dignité que leurs confèrent leur statut religieux et le message charitable qu'ils veulent transmettre » (Duvillard, 1988, communication personnelle [Notes de cours], p. 2). Les soins sont transmis de religieuse en religieuse et ne sont pas encore enseignés. Or, peu à peu, ils sombrent dans l'empirisme et font souvent appel à la sorcellerie.

C'est aussi la période des épidémies : la peste fait des ravages et la sorcellerie populaire prend son essor. Des guérisseuses pratiquent des soins auprès de la population la plus pauvre. L'Eglise les voit comme une menace, ne rentrant pas dans les mœurs et échappant à leur pouvoir. La chasse aux sorcières est lancée. Les religieuses se retirent peu à peu et les soins sont dispensés par des frères laïcs et des domestiques. En conséquence, la qualité des soins ne cesse de se dégrader. Petit à petit, les remèdes naturels transmis depuis l'Antiquité se perdent tout autant que les règles simples d'hygiène. (Duvillard, 1988, communication personnelle [Notes de cours], p. 2)

Au XVI<sup>e</sup> siècle, les soins sont alors à leur plus bas niveau et l'espérance de vie est de vingt-cinq ans. Les couvents ferment et les hôpitaux tendent à se laïciser. Le personnel employé est de très modeste classe.

A la Révolution Française, les hôpitaux passent sous la tutelle de l'Etat, le droit à l'hospitalisation est créé, un prix de journée est fixé, l'aménagement et la nourriture dans les hôpitaux s'améliorent. Le niveau des soins reste cependant très bas. La femme bourgeoise du XVIII<sup>e</sup> siècle ne s'abaisse pas à donner elle-même des soins directs aux malades. (Duvillard, communication personnelle [Notes de cours], 1988, p. 3)

Il faut alors attendre le XIX<sup>e</sup> siècle, lors des révolutions industrielles et sociales pour que les soins infirmiers évoluent, que le savoir soit enseigné et que des écoles soient créées. Diverses institutions de Diaconesses évangéliques ouvrent leurs portes en Europe. Florence Nightingale crée en 1860 l'école laïque à l'hôpital de Saint-Thomas à Londres. Chercheuse, aguerrie et enrichie de ses expériences lors de la Guerre de Crimée en 1854, Florence Nightingale transmet son savoir à travers la publication de son livre *Notes on Nursing. What it Is and what it is Not* en 1859 (Girault & Bellon, 2005, p. 26). Cette pionnière se bat pour que les infirmières soient reconnues dans leur profession et rôle propre, elles qui restaient jusqu'alors au service du médecin et de l'hôpital.

C'est en 1899 qu'est créé le Conseil international des infirmières<sup>14</sup> par une infirmière britannique, Ethel Bedford-Fenwick. Le Conseil adoptera en 1953 le Code de déontologie international.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, la maladie devient l'objet du travail et ce, dans un contexte d'augmentation du contrôle des infections transmissibles. L'éradication de ces maladies devient la priorité des années 1900 à 1950. « Comme les soins infirmiers sont étroitement liés à la pratique médicale, ils sont également centrés sur la maîtrise de la maladie » (Gortner, 1983, 2000, cité par Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2003, p. 12). Les tâches infirmières sont parcellisées, spécialisées et l'hygiène et la technique se développent au sein des hôpitaux, anciennement appelés hospices ou asiles.

Le paradigme de la catégorisation (faire pour) a particulièrement inspiré deux orientations dans la profession infirmière, soit une orientation centrée sur la santé publique, qui s'intéresse autant à la personne et à son environnement qu'à sa maladie et, plus tard, une orientation centrée sur la maladie et étroitement liée à la pratique médicale. (Kérouac et al., 2003, p. 7)

Dès 1950-1960, les sciences humaines se développent (courant humaniste). Pour se diviser le travail au sein des équipes infirmières, l'organisation se met en place. La conceptualisation des soins et l'élaboration d'un savoir propre sont développées : les infirmières élaborent des modèles conceptuels. La relation devient charnière dans les soins ; ils sont alors axés sur la personne soignée qui devient un être bio-psycho-social et spirituel. Le dossier de soin est introduit pour permettre une continuité dans la prise en charge. « Le plan de soins, issu d'une démarche systématique de résolution de problème adaptée aux soins infirmiers, devient à ce moment-là l'outil par excellence pour dispenser les soins infirmiers » (Henderson, 1982 cité par Kérouac et al., 2003, p. 15). Le paradigme de l'intégration (faire avec) est introduit.

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que la prise en charge de la personne malade se fait dans un contexte donné, propre et non identique à une autre personne, qui est un tout indissociable. Le rôle infirmier est alors d'accompagner et de donner des soins axés sur le bien-être de la personne, selon ses priorités. Le paradigme de la transformation (être avec) prend alors tout son sens et le patient est apparenté à un client.

### **1.1. L'infirmière, le soin et son rapport au corps**

Les infirmières ont toutes les compétences et les qualités requises pour prodiguer des soins au quotidien. « Un des aspects marquants du travail des infirmières, et qui l'associe étroitement aux rôles traditionnels des femmes, est la similitude entre les soins au corps et le maternage » (Lawler, 2002, p. 244).

---

<sup>14</sup> CII

Outre la fonction d'éducation, de collaboration avec les autres professionnels de santé, de supervision, de collaboration, « la fonction fondamentale des infirmières est de prodiguer des soins » (Dallaire, 1999, p. 35).

Les soins infirmiers [...] sont multiples et difficiles à décrire, notamment parce que, « tout comme la danse et la peinture, l'art infirmier ne relève pas principalement de l'écriture. Il est en partie kinesthésique, faisant intervenir les expressions faciales, l'attitude du corps, le toucher, les silences, les gestes, l'à-propos et l'intention<sup>15</sup> ». [...] La qualité intrinsèque de chaque expression faciale, de chaque geste ou du silence de l'infirmière vient du fait qu'ils doivent correspondre au manque. Pour faire preuve d'à-propos dans son attitude, l'infirmière doit comprendre le fonctionnement humain, les problèmes de santé, connaître les éléments de surveillance nécessaires pour prévenir la détérioration de l'état de santé. Elle doit connaître les modifications à apporter aux différents modes d'assistance utilisés pour assurer le bien-être et le confort ainsi que les facteurs qui influent sur la participation des personnes aux soins et, surtout, elle doit connaître la personne qu'elle soigne. L'à-propos, si important, est invisible ; cependant, on remarque son absence<sup>16</sup>. Il fait partie de ce que certains appellent l'« art infirmier<sup>17</sup> », qui consiste à « prendre soin de quelqu'un » au lieu de « donner des soins à quelqu'un ». (Dallaire, 1999, pp. 37-38)

Si les soins infirmiers sont décrits plus haut comme un art, qui dépendent d'une multitude de compétences de la part du soignant, l'essence même du soin serait avant tout l'attention portée et l'attitude adoptée. En effet, Petit (2000), donne une définition beaucoup plus large :

Chacun, par l'attention qu'il porte à l'autre et au monde, en prend soin dans la mesure où il y met une intention qui n'a pas pour seul objectif sa propre satisfaction, son développement personnel et son unique plaisir mais aussi ceux de l'autre, de la société, du monde dans une attitude altruiste et responsable, en vue de faire du bien. Prendre soin dans le monde implique que ceux qui s'y adonnent soient doués de vertu. (p. 70)

Cette définition offre une plus grande vision du soin, dans le sens premier d'aller vers l'autre et de lui faire du bien. En effet, prendre soin relève d'une attitude, d'une véritable manière d'être et ne se limite pas à un soin technique, comme la réfection d'un pansement par exemple. Cependant, l'infirmière, par l'exercice de sa profession, est constamment en relation avec le patient et son corps.

---

<sup>15</sup> Mallison, 1993, cité par Dallaire, 1999, traduction libre

<sup>16</sup> Stelling, 1995, cité par Dallaire, 1999

<sup>17</sup> Carper, 1978 ; Chinn et Jacobs, 1987 ; Chinn et Kramer, 1991 ; Stelling, 1995, cité par Dallaire, 1999



Les infirmières ont besoin d'une connaissance du corps reposant sur le sens commun, car une grande partie des soins au corps impliquent des normes sociales (et biologiques) particulières tant par rapport au corps, qu'à sa nudité et son accessibilité. Etant donné que le corps et ses fonctions sont également source de gêne et de saleté, les infirmières doivent gérer leur statut et leur identité professionnels à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. Elles doivent gérer le fait d'être infirmières dans une société qui interdit de toucher certaines parties du corps de quelqu'un d'autre et de parler des souillures du corps. (Lawler, 2002, p. 236)

Selon l'étude de Lawler (2001), relatée dans son ouvrage *La Face cachée des soins : Soins au corps, intimité et pratique soignante*, le toucher est culturellement tabou. Il l'est d'autant plus selon la culture d'appartenance et l'éducation reçue, et en particulier pour ceux d'origine britannique. Or, dans sa pratique, l'infirmière est amenée potentiellement à toucher toutes les parties du corps, même les plus intimes que l'on ne réserve qu'à soi.

Selon Lawler (2001), « cela explique le fait que, pendant leur formation, les infirmières doivent dépasser leurs propres cadres socio-culturels et s'adapter à une sous-culture professionnelle particulière dont les méthodes permettent de manier le corps d'autrui ». Elles doivent aussi « faire face au symbolisme de certaines parties du corps » (Lawler, 2001, p. 128), comme celles ayant une connotation sexuelle par exemple.

La plupart des infirmières interviewées expliquent la grande gêne ressentie lors de leur première toilette, souvent le premier soin effectué, surtout auprès d'un homme nu. Elles sont confrontées à transgresser par ce soin, les normes sociales et ont un aperçu de ce qu'implique réellement le travail infirmier (Lawler, 2001).

Ces infirmières témoignent et expliquent que c'est aussi le premier soin qu'on leur a enseigné, mais d'une manière très scolaire : selon une technique de soin bien spécifique, avec pour seule nuance de veiller à respecter la pudeur du patient en découvrant puis recouvrant au fur et à mesure les parties du corps par les draps, pour lui éviter une possible gêne. A aucun moment de leur formation, les émotions qu'elles auraient pu ressentir n'ont été abordées, le malaise au lit du patient est d'autant plus grand pour l'infirmière. Lors d'interviews menées par Lawler (2001), une soignante, n'ayant pas reçu dans sa formation de notion sur les tabous sociaux que certains soins peuvent engendrer, s'est sentie honteuse et confuse au cours d'une toilette au lit.

Bien que compétentes sur le plan technique grâce aux enseignements reçus, les infirmières ne sont pas préparées à gérer socialement et à faire face émotionnellement à ce travail.

Leurs premières expériences au chevet du patient sont aussi l'occasion d'être confrontées à la déchéance physique, la souffrance et parfois la mort. Si cela peut devenir « commun » dans la pratique et carrière de l'infirmière, cela n'en reste pas moins choquant lorsqu'on y est soumis.

Une infirmière explique qu'on ne leur apprenait rien sur les émotions, comme le dégoût par exemple, ni sur la légitimité de les ressentir.

C'est au fil du temps, par leurs expériences, qu'elles apprennent et finalement parviennent à trouver des stratégies pour appréhender ces situations parfois délicates.

## 1.2. Profession, image de l'infirmière et son identité

Le terme de profession date du XII<sup>e</sup> siècle, est d'origine religieuse et fait référence à la profession de foi. « Toute entrée en religion signifie faire profession de foi. L'exercice de la médecine est réservé aux chanoines au service de la Cour et de la haute bourgeoisie, avant que les laïcs ne s'emparent du savoir médical et juridique aux XII<sup>e</sup> et XIII<sup>e</sup> siècles. » (Wenner, 2001, p. 174). La hiérarchie ecclésiastique exige alors que les magistrats et les médecins prononcent un engagement solennel pour pouvoir exercer leur art au service des autres, avec foi et vocation. C'est ainsi que les médecins doivent prononcer rituellement le serment d'Hippocrate devant leurs pairs et envers la société. Certaines écoles d'infirmières ont également repris ce rituel en prononçant, à leur tour, le serment de Florence Nightingale.

Servante du Seigneur, auxiliaire du médecin, mère substitut, domestique, technicienne, clinicienne, « avocate » des clients, professionnelle autonome, etc., les analogies sont nombreuses. Chacune d'elles véhicule des valeurs qui lui sont propres et qui se traduisent tant dans la prestation quotidienne des soins que dans la relation entre l'infirmière et le client. (Blondeau, 1999, p. 101)

A travers le temps, ces images un peu caricaturales se chevauchent et se mélangent parfois, mais certaines valeurs fondamentales comme le « caring<sup>18</sup> » ont toujours formé l'essence même des soins infirmiers. En effet, dès ses débuts, la pratique des soins infirmiers se caractérise par le souci de préserver la vie humaine et par une préoccupation morale profonde. A l'époque du christianisme, c'est la charité, l'amour, le respect et la dignité humaine qui deviennent des valeurs essentielles. Selon Blondeau (1999), « c'est dans le dévouement et le don de soi, dans le sacrifice et l'oubli que les religieuses se soumettent à leur vocation » (p. 102). De ce fait, les religieuses ont ainsi créé, à l'égard de la profession, une certaine attente (Blondeau, 1999, traduction libre, p. 102). Premièrement, par les qualités vertueuses de celle qui prodigue des soins (être soumise, attentive, dévouée, faire don de soi au service de son prochain) ; deuxièmement par ces qualités que l'on confère au sexe féminin. Le rôle féminin a longtemps été associé à des qualités de compassion, de dévouement et de bonté.

Peu à peu, se développe l'image de la femme soignante comme un rôle social reconnu.

Power (1975), a résumé le travail des femmes comme étant une réplique « des fonctions ménagères et/ou des relations sexuelles des femmes au sein du foyer », où la majeure partie du travail est effectuée par les femmes, tout en étant sous l'autorité des hommes, notamment « le travail concernant la nourriture, l'habillement et le

---

<sup>18</sup> « Il s'agit de la conception du soin humain (Human Caring) de Jean Watson » (Kérouac et al., 2003, p.52). Il se situe dans le paradigme de la transformation avec une « vision d'une relation transpersonnelle empreinte de cohérence, d'empathie et de chaleur humaine ». (Kérouac et al., 2003, p.52).

ménage, ainsi que le travail impliquant les soins aux enfants et aux malades », alors que domine la certitude que tout cela est « naturel ». Dans un cadre comme celui-ci, les soins infirmiers sont le prototype du travail des femmes. (Lawler, 2002, p. 59).

Sur le plan socio-économique, les soins infirmiers se situent à mi-chemin entre le public et privé. Les infirmières opèrent sur la scène publique en effectuant un travail rémunéré, alors que leur travail est en grande partie dicté par ce qui relèverait normalement du domaine privé – et donc non rémunéré – pour des gens bien portants. (Lawler, 2002, p. 60)

Parmi les infirmières interviewées dans l'étude de Lawler (2001), la plupart consentent à dire que la profession n'est pas bien comprise par la société et que la majorité des gens ignorent ce qu'implique réellement ce travail. Le public a tendance à se focaliser sur les aspects soit déplaisants par rapport au corps et à l'esthétisme, soit par rapport à la sexualité. « Il n'est pas facile d'expliquer au public le travail des infirmières, puisque celui-ci est invisible, considéré comme un « travail sale » et qu'il touche à des fonctions corporelles intimes » (Lawler, 2001, p. 133). En effet, selon Hughes (1971), cité par Lawler (2002) :

On trouve dans chaque société des personnes qui se chargent du travail sale. [...] Hughes affirme que chaque métier comprend un certain degré de travail sale qui, d'une manière ou d'une autre, doit être fait, soit en cachette, soit en le déléguant à un subordonné, soit, lorsqu'il y a peu de possibilité de le déléguer, en l'intégrant au contexte global du métier. Tous ces mécanismes sont plus au moins à l'œuvre dans les soins infirmiers. (pp. 54-55)

Les infirmières s'accordent à dire qu'il est difficile d'en parler : différentes facettes de leur profession « ne sont pas des sujets de conversation acceptables dans une société « polie », les infirmières reconnaissent aussi qu'elles s'occupent de choses taboues » (Lawler, 2001, p. 240). Elles prennent alors des précautions ou s'empêchent de parler de leur travail, de peur de choquer les gens, de les rendre mal à l'aise. Elles évitent d'aborder le sujet à ceux qui ne seraient pas à même de comprendre ainsi que pour la connotation de « travail sale » que leur profession peut véhiculer au sein du grand public.

Or, selon Bourdeaut (2006), le réel défi du soignant est de trouver une place adéquate entre la réelle empathie qu'il ressent envers les patients et l'exigence que requiert sa profession. La société a une représentation du soignant idéal : des compétences techniques bien évidemment mais aussi et surtout des compétences relationnelles et humaines (traduction libre, p. 134)

L'uniforme de l'infirmière fait partie intégrante de son identité. En effet, il a son importance auprès des patients par le symbole qu'il représente mais également auprès des soignants. Il est un élément essentiel lors de la relation où des soins infirmiers sont prodigués, mais il aide également l'infirmière. Selon Lawler (2002), « il devient une partie

de son image, de sa personnalité, de son identité, et beaucoup ne se sentent pas « dans leur rôle » si elles n'ont pas leur tenue professionnelle. Quelques-unes l'utilisent comme une forme de protection » (p.165).

Une autre infirmière diplômée voit dans la fonction qu'a l'uniforme la signification qu'il confère au rôle de l'infirmière et au genre de choses que les infirmières font pour les patients. Puisqu'une très grande partie de ce que font les infirmières est étroitement liée au corps, et que le corps est fortement empreint de signification sexuelle (surtout lorsqu'il s'agit du type de soins corporels qu'effectuent les infirmières), il faut éliminer la connotation sexuelle de cette intimité. (Lawler, 2002, p. 166)

Selon Lawler (2001), « l'identité de « l'infirmière » est si forte qu'elle est en mesure de structurer des interactions sociales, et certaines infirmières estiment que les gens réagissent à leur égard non en tant qu'individus, mais en tant qu'infirmières » (p. 237). En effet, son identité est complexe, stéréotypée, associée avec la proximité qu'elles ont avec le corps et la sexualité d'autrui. Le contexte hospitalier permet aux soignants d'avoir accès au corps de l'autre et de différencier les situations délicates pour les rendre acceptables à la vue de la société. Or, à l'extérieur de l'hôpital, « les infirmières doivent aussi gérer cette même identité et leur image auprès de la société » (Lawler, 2001, p. 237). Une soignante témoigne que les gens du grand public pensent à elles uniquement comme des infirmières, n'ayant pas de propre vie sociale, pouvant tout supporter : le vomi, les excréments corporels, les crachats puisqu'elles sont infirmières !

### **1.3. La responsabilité professionnelle de l'infirmière**

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser aux responsabilités professionnelles de l'infirmière, qu'elles soient morales, éthiques, déontologiques ou encore juridiques. Toutes ces responsabilités sont assez récentes puisqu'entre 1910 et 1960, la morale enseignée dans les écoles d'infirmières « était fondée sur leurs croyances religieuses et le degré d'altruisme, de dévouement, de charité, d'obéissance et d'abnégation » (Magnon, 2001, p. 76). Or, depuis que la profession d'infirmière est reconnue en tant que telle, elle s'accompagne de différentes responsabilités liées à l'exercice de sa profession et se doit d'y répondre. En effet, adhérer à une profession, c'est aussi s'engager à respecter formellement des exigences.

### 1.3.1. La responsabilité morale

Selon *Le nouveau Petit Robert* (1996), « l'éthique est définie comme la science de la morale ; l'art de diriger la conduite » (p. 830).

La notion de responsabilité recouvre celle d'exigence morale car, d'une part, est un agent moral et, d'autre part, l'activité infirmière suppose une incontournable relation avec autrui. Au-delà du savoir propre aux soins infirmiers (domaine intellectuel) et de la compétence requise (domaine de l'art), l'exercice de la profession engage la professionnelle en tant qu'individu (domaine moral). (Blondeau & Hébert, 1999, p. 118)

D'après le cours de Reist (2010), les quatre principes éthiques qui chapeautent la profession infirmière sont à respecter par les soignants envers les patients pour leur offrir et garantir une prise en soin « au plus juste » (communication personnelle [polycopié]).

**L'Autonomie** : promeut le respect de la liberté, de la volonté du patient et la capacité à prendre des décisions qui lui sont personnelles, pour autant que le patient possède sa capacité de discernement. La prise en soin se veut aussi de se faire dans le respect de la dignité humaine du patient. (Article 80, alinéa 1, loi K1 03).

**La Bienfaisance** : a pour but d'offrir le maximum de bénéfices au patient, de veiller à son bien-être physique et psychique, de promouvoir la vie, de le protéger et de lui offrir des soins adaptés à son état de santé.

**La Non malfaisance** : vise à limiter les préjudices comme par exemple les effets secondaires des traitements, les douleurs... et d'éviter l'acharnement thérapeutique, examens ou traitements supplémentaires n'ayant pas d'intérêt pour le patient.

**L'équité, la justice** : s'inscrit dans une relation respectueuse de la singularité du patient. Le respect de recevoir des soins est un principe auquel a droit tout être humain, donc tout patient potentiel (article 42, loi K1 03).

### 1.3.2. Les valeurs, les principes et la déontologie

Selon Blondeau & Hébert (1999), « la déontologie représente bien l'éthique d'une profession en déterminant les règles de conduite, les obligations et les devoirs liés à la pratique professionnelle » (p. 119). Ce sont les associations professionnelles qui ont pour rôle « de réaffirmer les valeurs et les principes moraux à la base de l'exercice professionnel et de fournir un cadre de référence pour la pratique infirmière » (p. 120). Nous pouvons

mentionner parmi ces associations le Conseil international des infirmières<sup>19</sup> ainsi que l'Association suisse des infirmières et infirmiers<sup>20</sup>. Ces deux organismes publient des recueils comme le Code de déontologie (par le CII) et des recommandations liées à l'exercice de la profession infirmière. Les valeurs privilégiées de la profession y sont énoncées comme, par exemple, fournir des soins en respectant les droits de l'homme, la garantie de la confidentialité dans l'utilisation des données et la gestion de l'information, l'établissement de normes pour offrir des soins de qualité, etc. Ces valeurs sont formulées tant pour la relation entre l'infirmière et le patient, que pour l'infirmière et ses collègues, mais également vis à vis de sa pratique et de sa profession.

Ces recueils déterminent également l'engagement des professionnels envers la société. En effet, les responsabilités liées à l'exercice des soins infirmiers sont la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la restauration de la santé et le soulagement de la souffrance. Par le biais d'une déclaration écrite, la profession exprime solennellement à la société son devoir de s'acquitter honorablement de ses responsabilités et d'assurer le bien-être de ses clients, actuels et futurs. Autrement dit, les organismes professionnels rappellent au public la responsabilité de la profession à leur endroit. (Blondeau & Hébert, 1999, p. 121)

Si les obligations morales résultent des exigences liées au statut de la profession infirmière, les obligations légales sont, quant à elles, issues du statut juridique de la profession.

### 1.3.3. Les responsabilités légales

Selon Blondeau & Hébert (1999), « l'exercice d'une profession comportant un savoir propre trouve sa légitimité non seulement dans la reconnaissance sociale, mais aussi dans la rigueur encadrant la pratique professionnelle » (p. 121).

Selon la Confédération suisse (2012), la nouvelle Constitution fédérale datant de 1999 inclut les principales normes en matière de santé. Elle forme ainsi le cadre de la politique sanitaire de la Confédération suisse et des cantons, pour lesquels elle ne modifie par les compétences qui leurs sont propres. En effet, dans de nombreux secteurs, les cantons restent autonomes au point de vue législatif et exécutif (nous le verrons par la suite, avec la loi genevoise sur la santé). Outre les Droits fondamentaux comme, par exemple, le Droit à la Dignité humaine (art. 7), ou le Droit à la vie et liberté personnelle (art. 10), les questions de santé s'articulent autour des articles 117 à 120 de la Constitution fédérale. Ils relèvent de la protection de la santé, de la recherche sur l'être humain, l'assurance-maladie, l'assurance-accident, la médecine de transplantation... De plus, la Constitution régit les questions de santé au sens large :

---

<sup>19</sup> CII

<sup>20</sup> ASI

Au sens large, il s'agit de l'ensemble des normes constitutionnelles qui abordent la santé de l'être humain, notamment les buts sociaux (art. 41), les professions médicales (art. 95), les impôts à la consommation spéciaux sur le tabac et les boissons alcoolisées (art. 131) ainsi que leur utilisation (art. 112 et 131). (Office fédérale de la santé publique<sup>21</sup>, 2012)

A partir de ce cadre légal, large au niveau national, les cantons gèrent les lois en matière de santé de manière autonome et plus détaillée. Dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons au contexte genevois.

En regard de la loi genevoise sur la santé K1 03, il existe des articles concernant les droits des patients que les soignants se doivent de respecter dans l'exercice de leur profession. Nous allons énoncer les articles les plus pertinents en lien avec notre travail.

- L'article 40, alinéa 2 stipule qu'en institution de santé, les patients et leurs proches observent le règlement intérieur et manifestent du respect envers les professionnels de la santé et les autres patients.
- L'article 42 de la loi K1 03 accorde à toute personne le droit aux soins qu'exige son état de santé et ce dans le respect de sa dignité, à toute étape de sa vie et dans son cadre de vie habituel, dans la mesure du possible.
- L'article 80, alinéa 1 de la loi K1 03 porte sur le respect de la dignité humaine du patient et des droits de sa personnalité par le professionnel de la santé.
- L'article 81, alinéa 1 de la loi K1 03 s'adresse aux professionnels de la santé qui sont libres d'accepter ou de refuser un patient mais dans les limites déontologiques de la profession infirmière, à savoir en respectant les droits de l'homme (selon le volet n°1 du Code : L'infirmière et l'individu, Praticiens et gestionnaires). Le soignant est cependant obligé de soigner en cas de danger grave et imminent pour la santé du patient.
- Article 87, de la loi K1 03 :
  - <sup>1.</sup> Les professionnels de la santé et leurs auxiliaires sont tenus au secret professionnel.
  - <sup>2.</sup> Le secret professionnel a pour but de protéger la sphère privée du patient. Il interdit aux personnes qui y sont astreintes de transmettre des informations dont elles ont eu connaissance dans l'exercice de leur profession. Il s'applique également entre professionnels de la santé.
  - <sup>3.</sup> Lorsque les intérêts du patient l'exigent, les professionnels de la santé peuvent toutefois, avec son consentement, se transmettre des informations le concernant.

La loi genevoise sur la santé est la base légale sur laquelle s'appuie l'institution, les professionnelles de santé et les patients ; l'hôpital a, de plus, une charte éthique, une mission et des valeurs qu'il défend. Il est d'usage à présent que les patients reçoivent à leur

---

<sup>21</sup> OFSP

entrée à l'hôpital, une brochure définissant leurs droits, mais également leurs devoirs. De plus, l'Organisation suisse des patients<sup>22</sup> a ouvert en 2008 une Antenne genevoise au sein des Hôpitaux universitaires de Genève. L'OSP est une association d'utilité publique qui est neutre sur le plan politique et religieux et qui traite les rapports entre le monde médical, les assurances et les patients.

Si la charité chrétienne, le bénévolat et l'aide de son prochain ont été prônés pendant des siècles au service du malade, c'est à présent une médecine réglementée et « protocolée » qui est au bénéfice du patient, du client.

## 2. Emotions

### 2.1. Les cinq sens

Dans tout type de relation, le langage est une partie importante de la communication. En effet, il permet de dire les choses ainsi que de les entendre. Mais le langage n'est qu'une partie infime lors de l'établissement d'une communication ; le non-verbal occupe lui une place bien plus importante. La communication s'établit grâce à une combinaison des cinq sens même si elle différera selon la personne et l'origine sociétale de celle-ci.

Suite à cela, nous allons approfondir les quatre sens<sup>23</sup> de la pratique infirmière afin de voir comment les soignants les mobilisent tous ou certains dans leurs rapports au corps du malade. Comme le décrit Sabourin (2003), cité par Mercadier (2002), « soigner, prendre soin, c'est « accueillir » l'autre : l'autre pour ce qu'il est, pour ce qu'il est à voir, à entendre, à toucher, à sentir... » (p. 38).

#### 2.1.1. Le regard

Dans notre société, le regard a un rôle primordial. « Il est le médiateur de toutes les liaisons » et instaure la « réciprocité la plus immédiate » (Simmel, 1995, cité par Mercadier, 2002, p. 22). Dans la société et dans le monde médical, le regard, ainsi que son organe l'œil, sont au centre de l'interaction entre le soignant et le patient ; il précède le toucher. Mercadier décrit dans son livre les différents types de regard qui vont influencer la relation soignant-soigné.

Tout d'abord, il y a le regard clinique, celui qui va évaluer le patient grâce à un travail cognitif. Il va reconnaître, classer, diagnostiquer les différents aspects du patient qui indiquent son état de santé, son degré de douleur ou l'évolution d'une plaie.

Ensuite, il y a le regard esthétique, qui juge parfois de manière impitoyable la nudité des corps et leurs imperfections.

---

<sup>22</sup> OSP

<sup>23</sup> Le cinquième sens, le goût, n'ayant pas de pertinence dans la prise en soins de l'infirmière n'est, par conséquent, pas abordé dans ce travail.



Le regard affectif est celui qui prédomine chez les infirmières car il va immédiatement éveiller en elles des émotions. C'est le regard qui est posé sur le patient qui révèle l'état d'âme de ce dernier, de ses peurs, de toutes les choses qu'il veut exprimer. C'est un regard global qui révèle des sentiments chez l'infirmière tels que la compassion, l'impuissance ou la peur. Mais ce regard est surtout rassurant et apaisant car il est empathique.

Les patients scrutent dans le regard de l'infirmière à chercher le regard vérité afin d'y trouver ce qu'on ne peut pas dire, ce qui fait peur. Ce peut être le dégoût, la gravité de leurs maladies et parfois la mort. Les infirmières font tout pour ne pas regarder le patient dans ces cas-là, de fuir son regard et de s'enfuir par le regard détourné. Parfois « l'infirmière craint de ne pas maîtriser l'expression de son regard et préfère le garder secret » (Mercadier, 2002, p. 25). C'est alors un regard qui devient informatif.

Quelques fois, il est possible que le regard du malade envers l'infirmière soit érotique. A ce moment-là, selon l'intensité avec lequel il est fait, il peut soit provoquer de la flatterie, soit au contraire, être plutôt considéré comme agressif, car ressenti comme pornographique.

A titre de résumé, Mercadier (2002) nous décrit que « le regard du soignant est clinique, esthétique, affectif ; celui du soigné cherche un diagnostic, un réconfort ou parfois un plaisir volé (regard érotique/pornographique) [...]. Le regard est à double sens, il se dévoile en même temps qu'il dévoile » (p. 26). Le regard que l'infirmière porte sur le patient est le miroir de ce que le patient reflète. Pour cela, le regard occupe une place importante dans le non-verbal.

### 2.1.2. L'ouïe

L'ouïe est, selon Mercadier, un sens très peu sollicité lors des interactions entre l'infirmière et le malade. En effet, il ressort peu dans les divers entretiens qu'elle a menés auprès d'infirmières. Contrairement à l'œil qui trouve une réciprocité chez l'interlocuteur, l'oreille est un « organe égoïste » comme le décrirait Simmel. En effet, « elle ne peut pas se détourner ou se fermer comme l'œil [...] et est condamnée à prendre tout ce qui s'approche d'elle » (Simmel, 1981, cité par Mercadier, 2002, p. 27).

Au niveau émotionnel, il semblerait donc que l'ouïe ne provoque aucun sentiment. Dans le monde des soins, il n'est utilisé que dans un but professionnel, comme celui de l'évaluation clinique de l'état du malade (mode de respiration : haletant, sifflant, écouter des souffles ou des gargouillis à l'aide du stéthoscope, ...). L'infirmière entend régulièrement les sonnettes et cela peut devenir très vite une source d'agacement selon la situation. Cet agacement peut se transformer en un sentiment de colère « mais il n'est pas induit directement par la plainte du patient, par ce qui est entendu dans l'interaction de face à face. En revanche, la sonnette rappelle la présence constante du malade : impossible de l'oublier » (Mercadier, 2002, p. 28). Au même niveau que les sonnettes, les diverses alarmes des appareils de surveillance, des systèmes électroniques de perfusion ou les seringues électriques signalent à l'infirmière que l'état du patient s'est modifié ou tout simplement que les perfusions sont

à changer. L'oreille du soignant est alors entraînée à distinguer les différents bruits pour savoir s'il faut se précipiter voir le patient ou si c'est juste un signal pour préparer la prochaine perfusion.

En ce qui concerne la douleur, qui est propre à chacun et qui n'est audible à l'infirmière que si elle est exprimée, Mercadier (2002) nous dit qu'elle est légitime et celui qui l'éprouve n'a qu'à la subir stoïquement, dignement ; c'est-à-dire en maîtrisant son expression de manière à ce qu'elle ne dérange pas autrui, car l'expression de la douleur est soumise à la ritualisation. Le comportement de celui qui souffre est codifié par son groupe d'appartenance sociale. Pour faire un parallèle avec la douleur et les émotions, les patients qui ne se plaignent pas sont les plus appréciés, car ils ne perturbent pas l'organisation du travail et ne heurtent pas la sensibilité auditive des patients se trouvant dans la même chambre ainsi que celle des infirmières. Selon les soignants, la douleur des autres est beaucoup plus facile à supporter que la sienne mais ils mettent en évidence qu'ils ont plus de difficultés à voir souffrir quelqu'un plutôt que de l'entendre souffrir.

Pour en revenir au bruit, les infirmières perçoivent cela comme très nuisible, agaçant quand ce dernier vient perturber le silence d'une pause ou l'organisation d'une matinée de travail. Ce n'est pas perçu de la même façon par les patients, qui eux apprécient le bruit dans une certaine mesure car ce dernier est rassurant. En effet, il rappelle qu'ils sont à l'hôpital où il y a une présence constante des soignants en cas de nécessité.

Après avoir parlé des sens dits « intellectuels ou de la distance » nous allons nous concentrer sur ceux décrits comme les sens de « l'affectivité ou de la proximité » (Corbin, 1990, cité par Mercadier, 2002, p. 31), c'est-à-dire le toucher et l'odorat.

### 2.1.3. Le toucher

Le toucher est le sens où il y a le plus d'interaction : on ne peut pas toucher quelqu'un sans être touché à son tour. On se doute donc que c'est un sens très utilisé, surtout en soins infirmiers. « Chaque personne a besoin d'un minimum de contacts physiques pour vivre, voire survivre. Ce besoin est encore augmenté en cas de maladie » (Delalieux, Jegou, Malaquin-Pavan & Nectoux, 2001, p. 20). Cependant, c'est le toucher qui est le moins mentionné par les infirmières lorsqu'elles parlent de leur travail. Tout d'abord, il faut distinguer différents types de toucher. Il y a le toucher épistémique qui correspond à la capacité de percevoir afin de connaître. Les infirmières l'utilisent pour évaluer la clinique du patient, comme par exemple, voir si ce dernier a une hyperthermie en lui touchant le front ou repérer une veine afin de pouvoir placer une voie veineuse périphérique.

Ensuite, il y a le toucher ergotique qui est la capacité à travers ses mains de changer, de transformer et de communiquer de l'énergie à l'autre corps. Par exemple, faire des massages pour réactiver la circulation sanguine et éviter les rougeurs ainsi que la nécrose.

Enfin, nous retrouvons le toucher sémiotique ou le toucher du « savoir-faire » : ce sont tous les gestes qui rentrent dans la catégorie non-verbale et qui rassurent le patient. Lui faire savoir qu'il n'est pas seul, que l'infirmière est auprès de lui. C'est un toucher qu'on peut qualifier d'affectif qui s'oppose à un toucher technique.

Cependant, il faut faire attention car il peut devenir érotisant. Afin de contrer cette ambiguïté, les infirmières « protocolisent » tous leurs gestes. Par exemple, pour se protéger de certains corps dénudés, les infirmières vont utiliser des gants jetables même s'ils ne sont pas requis dans la situation car il n'y a aucun risque de contamination avec des liquides biologiques. En enfilant ces gants, c'est un peu comme si on mettait une seconde peau pour éviter d'être en contact direct avec le corps.

Comme cité précédemment, toucher un corps, c'est être touché en retour et parfois, ce contact salit, souille. Pour cela, certains soignants utilisent des gants de façon inappropriée. Mais cela est à remettre dans le contexte de notre société actuelle. En effet, de nos jours, les gens se touchent de moins en moins et parallèlement les gants sont beaucoup plus accessibles et en grande quantité dans notre société de consommation.

#### 2.1.4. L'odorat

L'odorat est le sens le plus difficile à décrire, à mettre en mots bien qu'il ait une place primordiale dans les relations sociales. En effet, il a de tout temps eu une fonction d'éloignement ou de rapprochement entre les personnes. Depuis des siècles, nous recherchons la bonne odeur. D'après Favre (communication personnelle [notes de présentation], 2011), dès l'Antiquité, le parfum était destiné aux dieux en tant qu'offrande. Au XVII<sup>e</sup> siècle, la croyance populaire voulait que l'odeur (émagée des bubons générés par la peste) était le vecteur de l'épidémie. Pour cela, les pauvres étaient isolés car ils l'attiraient de par leurs odeurs. L'aspersion de parfum était alors utilisée comme traitement.

Dans le contexte hospitalier, l'odorat est le sens le plus dominant. Combien de personnes en rentrant dans les institutions de soins disent que ça sent « l'hôpital » ? Pour ce sens qui est classifié comme le « sens de la survie », il n'y a pas ou peu de stratégies pour le neutraliser. En effet, l'odorat ne peut être ni détourné, ni occulté ; il s'impose à toutes les personnes. Les stratégies utilisées en général ne sont que momentanées ou partielles. C'est pour cela que les odeurs provoquent chez les soignants le plus de sensations désagréables lors des soins et donc de répulsion car ils ne peuvent y échapper.

Selon Favre (communication personnelle [notes de présentation], 2011), les soignants classent les odeurs en milieu hospitalier en trois catégories :

- Celles venant du patient telles que les plaies oncologiques, les selles, le méléna, l'urine, la mauvaise hygiène et la mauvaise haleine.

- Celles provenant des soignants telles que la transpiration, la mauvaise haleine type café ou cigarette et certains parfums.
- Celles propre à l'hôpital, tels que les produits d'entretien, les désinfectants et certains médicaments.

Comme décrit auparavant, l'odeur a un certain pouvoir qu'il soit d'attraction, de séduction ou au contraire de dégoût et de répulsion. Au-delà de ce pouvoir d'action ou de non-action de l'infirmière envers le patient, l'odorat a surtout un énorme intérêt décrit par Kant : celui de se protéger en nous indiquant ce qu'il convient d'éviter. (Le Guerer, 1988, cité par Mercadier, 2002, p. 36)

En situation de danger potentiel, l'odorat va nous alerter de la présence d'un gaz toxique, d'une nourriture périmée... nous permettant ainsi d'avoir recours à la fuite ou à l'évitement. Comme par exemple, les odeurs qu'émanent d'un corps souffrant et en décomposition lors d'un stade terminal de cancer. Cette protection est nécessaire à l'infirmière car « l'odeur nous envahit, nous assaille et notre organisme y réagit sans que l'on puisse toujours en rester maître » (Mercadier, 2002, p. 36). Au travers de l'odeur, les patients s'infiltrant, s'insinuant en nous et violent notre intimité.

Mais si les soignants se rendent compte de ces odeurs souvent désagréables dans le contexte hospitalier, qu'en est-il des patients ? Ressentent-ils l'odeur qu'ils dégagent ? C'est une question auxquelles les infirmières ne savent pas répondre. Elles ignorent si le patient a conscience de l'éventuelle puanteur qu'émane de son corps. Parfois, lorsqu'il le réalise, il peut être gêné et parfois il ne se sent pas. C'est parce que le thème de l'odorat entre les soignants et les patients est souvent passé sous silence, que les infirmières ne peuvent pas répondre à ces questions. (Favre, communication personnelle [notes de présentation], 2011)

Ces dernières sont amenées bien souvent à s'occuper de patients ayant des plaies infectées avec des odeurs nauséabondes qui s'en dégagent et polluent l'environnement avoisinant comme la chambre ou les couloirs ; ceci pouvant alors provoquer des réactions de dégoût.

Des infirmières des HUG ont eu l'idée de faire une présentation sur ce sujet suite à la confrontation quotidienne de cette problématique. Pour cela, elles partent de la question : qu'est-ce que le dégoût ? Le dégoût, selon le dictionnaire *Larousse*, est une « émanation volatile qui se dégage de quelque chose et que l'on perçoit par l'odorat » (Favre, communication personnelle [notes de présentation], 2011). Selon ces infirmières, ce dernier serait le sens le plus touché dans ce genre de situation.

L'odorat, en opposition à la vue (qui elle nous renseigne sur l'aspect d'une personne ou d'une chose), nous livre une lecture plus intime de l'être. Nous vivons actuellement dans une société qui tend à tout aseptiser, à masquer la moindre odeur corporelle par divers moyens, tels que déodorants, parfums... Mais l'odeur reste très subjective ; elle est propre à chacun. Elle dépend du vécu, des souvenirs et de la culture des personnes. Une même fragrance, qu'elle soit bonne ou mauvaise, évoque en chacun de nous un ressenti différent.

Selon Favre (communication personnelle [notes de présentation], 2011), le soignant qui endure une odeur malodorante va provoquer en lui un dégoût, un mal être, une envie d'éviter ou d'écourter la relation. Concrètement, chez le soignant, cette situation se répercute par une diminution du temps passé en chambre auprès du patient, ce qui l'empêche de rentrer dans une bonne relation d'aide, qui elle demande du temps. Les auteurs notent que la mauvaise odeur reste un sujet tabou, mais de faire comme si celle-ci n'existait pas, ne fait qu'accentuer l'inconfort qu'elle provoque.

Au final, nous pouvons dire que tous « les sens précités sont nécessaires à chacun d'entre nous pour percevoir et reconnaître le monde qui nous entoure afin de lui donner un sens » (Howes, 1990 ; Vigouroux, 1996, cité par Mercadier, 2002, pp. 38-39). Même si nous avons morcelé les quatre sens, ceux-ci peuvent être utilisés simultanément lors des soins comme dans la vie de tous les jours et sont susceptibles de se potentialiser. Les combinaisons possibles entre eux permettent à l'infirmière de ressentir des émotions et d'avoir des sentiments. Mais se « laisser aller » n'est pas toujours possible dans les institutions comme l'hôpital et c'est pour cela que les infirmières recourent à une professionnalisation des perceptions afin de se protéger des émotions. Par exemple, le regard est devenu professionnel lorsqu'il s'agit d'évaluer une plaie (taille, pourtour, profondeur, nécrose,...) afin d'y appliquer le traitement adéquat.

Suite aux entretiens menés par Mercadier (2002), il en résulte que les sens les plus sollicités lors des soins infirmiers sont le regard et l'odorat. Ces deux là sont également ceux dont il est le plus difficile de s'en défendre car ils expriment une ou plusieurs émotions à connotation négative, qu'il est difficile de contenir selon l'intensité de la perception sensorielle, le contexte dans lequel il se déroule et la sensibilité du soignant.

## **2.2. Emotions**

Afin de parler du monde complexe des émotions, il faut définir ce qu'est une émotion. Tout d'abord, l'étymologie du mot est significative d'un « mouvement vers l'extérieur », (Bichat-Lariboisière, communication personnelle [notes de cours], s.d.) c'est-à-dire que l'émotion est un signal qui nous indique notre état intérieur qui s'exprime à l'extérieur. Il nous renseigne également de l'état intérieur de l'autre ; c'est un signal de communication. En effet, le dictionnaire de psychologie (1991), cité dans le cours de Bouvet (communication personnelle [polycopié], 2010), définit l'émotion comme étant « un état particulier d'un organisme survenant dans des conditions bien définies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales ». Les émotions sont divisées en deux catégories : les primaires et les secondaires. Ces dernières s'installent au fur et à mesure du contact avec l'environnement. Les émotions ressenties et utilisées dans le cadre du travail de l'infirmière sont regroupées sous le concept du travail émotionnel.

### 2.2.1. Émotions de base

L'émotion s'exprime au travers d'un geste, c'est pour cela qu'il est difficile de la verbaliser, de l'exprimer. Damasio (1999), cité par Hervé & al. (2008), nous décrit six émotions de base : la joie et la surprise, qui sont les émotions positives et la colère, la peur, la tristesse et le dégoût qui, quant à elles, sont négatives. Malgré cette classification assez précise des émotions, on trouve une discordance dans la littérature. En effet, Mercadier (2002) qui cite des auteurs « naturalistes » tels que Le Breton (1998) et Montadon (1996) ne reconnaît pas le dégoût comme une émotion primaire mais l'englobe sous l'émotion de la honte. Elle part du constat que les infirmières interviewées expriment plus souvent la gêne qu'elles ont ressentie lors de certaines situations de soins. Pour cela, elle en arrive à la conclusion que l'emploi du terme de gêne signifie plutôt honte, humiliation et dégoût. C'est peut-être là une façon de diminuer l'effet de l'émotion sur l'infirmière. Mercadier classe donc les émotions différemment, c'est-à-dire selon l'expression des infirmières, qu'elles intitulent « émotions de base ». Elle va même plus loin dans sa démarche puisqu'elle va élargir la classification des émotions éprouvées par les infirmières à la violence. Même si elle décrit que cette dernière s'apparente plus à un comportement qu'à une émotion, elle décrète qu'il est primordial de l'approfondir car elle est la conclusion d'un sentiment d'impuissance et de sensation difficilement soutenable face à un patient.

Pour en revenir aux émotions de base, elles sont bien évidemment transposables dans les soins infirmiers, même si dans le monde des soins, les émotions les plus décrites sont celles à penchant négatifs. Mercadier (2002) se demande donc si la dimension de la joie et du plaisir dans les soins seraient absents. Nous allons tenter d'y répondre au travers de son ouvrage (2002) :

Tout d'abord, essayons de décortiquer une émotion primaire, vécue fortement par les soignants : la colère.

La colère est la seule émotion qui doit passer par l'intellectualisation du moment afin qu'elle puisse s'exprimer. Elle suppose une prise de conscience de l'offense subie.

Pour ressentir de la colère, il faut donc au préalable avoir assimilé le stimulus de l'affront par l'intellectualisation et la cognition. De ce fait, la colère est l'émotion que l'on exprime le moins auprès du patient. Le temps d'assimilation de l'offense permet au soignant de rationaliser la situation d'agressivité et de la mettre sous le compte de la maladie. Ainsi faisant, il enlève toute connotation sentimentale à cette attaque. Les soignants savent qu'ils ne doivent pas prendre personnellement l'offense car elle est légitimée par la maladie.

La colère n'est donc que très peu exprimée vis-à-vis des patients car ceux-ci sont « protégés » par la maladie. Mais où passe donc cette colère qu'éprouvent les infirmières ? Elle se retourne bien souvent contre les autres professionnels de la santé pour la défense du patient. En effet, si celui-ci est agité et donc nous insulte, la colère est dirigée vers le médecin et son « incompétence » dans la situation, car il n'a pas su lui donner le bon traitement. « La colère non maîtrisée, non gérée, non dépassée, glisse soit vers la violence, soit vers le sentiment d'impuissance » (Mercadier, 2002, p. 58).

Cette violence, amenée par la colère, provoque un sentiment de peur chez les infirmières. La peur se manifeste sous différentes formes dans la profession infirmière. Elle s'exprime notamment par le risque d'administrer de mauvais traitements aux patients. C'est une peur de nuire au malade. Dans ce registre, on trouve également la peur de faire souffrir, de faire du mal par des soins inefficaces à la personne que l'on soigne, surtout quand c'est un enfant. Toutes ces composantes de craintes sont exacerbées par la solitude. En effet, les infirmières qui travaillent seules la nuit sont plus sujettes à avoir peur, car le moindre petit bruit devient angoissant et il n'y a pas de soutien de la part des collègues dans la relation avec le patient (Mercadier, 2002, p. 61).

La violence, induite par les patients, est aussi une source de crainte, qu'elle soit physique ou verbale mais également par l'indifférence et le refus. Cette crainte est propre à l'infirmière qui côtoie tous les jours la souffrance car elle sait ce qu'implique la maladie : savoir qu'à tout moment un malade peut passer de l'autre côté. C'est l'identification au patient, de se reconnaître en lui qui devient effrayant pour les soignants (Mercadier, 2002, p. 61).

En ce qui concerne la tristesse, elle est liée, dans le contexte hospitalier, à la mort. La tristesse sera exacerbée si la mort touche une personne qui partage un élément qui fait écho dans la biographie du soignant. Par exemple, si le malade est une personne jeune ou si c'est un enfant qui a le même âge que son fils. La tristesse est une émotion contagieuse qui affecte autant le patient que sa famille et donc l'équipe soignante.

Certains facteurs qui influencent la tristesse sont la durée de la relation, la typologie de soins prodigués au patient (plutôt des soins touchant à son intimité corporelle) et le contexte dans lequel se passe la situation de décès (Mercadier, 2002, pp. 63-64).

Afin de conclure avec les émotions à connotations négatives, il resterait à parler du dégoût, mais un chapitre lui est entièrement dédié plus loin, car il est au centre de notre problématique.

Passons à présent aux émotions « positives » qui sont peu exprimées dans le monde des soins. Tout d'abord, la joie ; elle est éprouvée lors de la réussite d'un soin technique nouveau et parfois difficile, ou lorsque le patient reconnaît ce que vous êtes en train de faire pour lui et de ce fait, vous remercie et vous félicite pour le travail que vous accomplissez. Certains soignants reconnaissent en éprouver dans la relation qu'ils établissent avec les patients, d'autres sont tout simplement contents de faire le métier qu'ils font. Ils ressentent de la joie à pouvoir soigner les malades, à contribuer à leur guérison et aller même jusqu'à leur sauver la vie.

Mais toutes ces émotions « positives » sont banalisées par les soignants. Elles ne font pas le poids contre les émotions « négatives » qui sont, elles, beaucoup plus imposantes. En effet, la seconde émotion positive, c'est-à-dire la surprise, n'est aucunement mentionnée dans les textes relatifs aux émotions dans le domaine médical. Mercadier (2002) en conclut donc

que les émotions positives ne peuvent compenser le vécu émotionnel quotidien des soignants, rempli de colère, de peur, de tristesse et de dégoût.

### 2.2.2. Émotions secondaires

Les émotions de l'adulte qui dérivent des émotions de base sont la fierté, la jalousie, l'anxiété, l'angoisse, la honte et la culpabilité ; elles sont les plus « cognitivisées » (Damasio, 1999, cité par Hervé & al., 2008, p. 294). Ces émotions ont également une signification sociale ou morale car elles sont influencées par l'environnement de la personne.

Les émotions en soi, ça ne veut rien dire. Une émotion ne peut donner lieu à un acte rationnel que si elle est pensée. Elle ne peut être pensée que si elle a donné lieu à une parole. Elle ne peut donner lieu à une parole que si elle n'a pas été refoulée. (Réfabert, 2002, p. 33)

## 2.3. Gestion des émotions dans le travail infirmier

Afin de traiter le vaste chapitre de la gestion des émotions par les infirmières, il faut mener encore plus loin notre analyse. Comme nous l'avons abordé précédemment, la société et ses normes influencent beaucoup ce qui est bon de ressentir et ce qu'il faut proscrire : « les normes sociétales encadrent la vie émotionnelle des soignants à l'hôpital tout comme dans la vie courante celles de tout un chacun » (Mercadier, 2008, p. 19). Ressentir une émotion puissante et négative occasionne donc une gêne et peut amener à un sentiment de culpabilité car on n'aura pas su faire preuve de sang-froid. La culpabilité augmente de surcroît car le soignant ne répond pas à l'aspect normatif qui décrète qu'une infirmière de qualité contrôle ses réactions affectives.

Par exemple, les élèves infirmiers français en stage sont évalués selon un critère qui mesure la capacité relationnelle qu'il a face au patient selon le libellé « contrôle ses réactions affectives ».

Ainsi les étudiants sont tiraillés d'une part, entre une congruence rogérienne (autrement dit une authenticité) prônée (où il est proposé d'être en accord profond entre ce que je ressens et ce que j'exprime) et d'autre part l'hésitation à exprimer de la tristesse teintée de pleurs, une peur avouée de la mort, une colère générée par l'agressivité de certaines personnes soignées, au risque d'être mal jugé. (Richard, 2008, p. 25)

On voit bien comment la société nous prépare à cette gestion des émotions. Depuis tout petit, en effet, on dit aux garçons qu'ils ne doivent pas pleurer, que ce n'est pas digne.



C'est un fait culturel plus que sociétal qui démontre que l'adaptation aux émotions favorise « la survie de l'individu et de l'espèce ». (Dantzer, 2002, cité par Richard, 2008, p. 25)

De ce fait, pour bien soigner, il faut contrôler ses réactions affectives. Mais cela n'est pas possible car la maîtrise n'est jamais totale, il y a un moment où entre le stress, la fatigue et l'histoire de vie personnelle, une émotion prend le dessus sur la maîtrise de soi.

Lhuillier (2006) décrit comment, pour gérer ses émotions, les soignants doivent faire appel à leurs compétences émotionnelles.

La notion de compétences émotionnelles découle d'un développement personnel. En effet, c'est une pratique qui vise à améliorer la connaissance qu'une personne a d'elle-même et ainsi lui permettre un rapport à soi, aux autres, à son travail beaucoup plus harmonieux et efficace. (p. 93)

« La compétence émotionnelle est une capacité apprise fondée sur l'intelligence émotionnelle qui entraîne une performance remarquable au travail » (Goleman, 2002, cité par Lhuillier, 2006, p. 93).

Selon Goleman (2002), quatre grandes compétences apparaissent : conscience de soi, gestion de soi, conscience et régulation des émotions d'autrui. C'est-à-dire que :

si on est conscient de son état émotionnel, si on est capable de bien le réguler, si on fait preuve d'empathie envers les autres, si on est capable de réguler leurs émotions, on obtiendra une augmentation des performances personnelles et organisationnelles. (Boyatis, 1999 ; Cherniss et Goleman, 2002 ; Goleman 2002, cité par Lhuillier, 2006, p. 93)

Parler des compétences émotionnelles nous permet d'être plus performant au travail, et de ce fait, d'entrer dans la dimension du travail émotionnel et dans la professionnalisation de l'émotion.

## **2.4. Travail émotionnel**

Le travail émotionnel est « la construction occidentale dans la pure tradition de Descartes, qui séparait la pensée rationnelle du corps émotionnel, contrairement à la manière orientale de joindre pensées et sentiments » (Truc, Alderson & Thompson, 2009, pp. 35-36). En soins infirmiers, faire appel au travail émotionnel, c'est pouvoir exprimer des émotions tout en étant adéquat au rôle professionnel ainsi qu'être en harmonie avec le ressenti des patients. Pour cela, il faut prendre en considération différents aspects : le côté relationnel et

plus particulièrement l'interaction entre le soignant et le soigné, le côté technique et le côté organisationnel.<sup>24</sup>

Pour pouvoir intégrer tous ces côtés du travail émotionnel, les soignants vont se créer une personnalité de travail qui leur permettra de se protéger lors de situations difficiles « tout en assurant leur présence et engagement émotionnel dans le processus » (Truc & al. 2009, p. 39). Pour ce faire, l'infirmière doit gérer ses émotions afin de respecter les normes imposées par la société et reprises par l'hôpital, qui décrètent que le soignant ne peut pas « trop » pleurer avec la famille suite à un décès, par exemple. Afin de réussir dans cette tâche, les infirmières « protocolisent » leurs soins et ainsi s'assurent une bonne distance avec le patient.

Si jusqu'à maintenant les émotions étaient proscrites sur le lieu de travail, grâce au travail émotionnel, les infirmières sont de plus en plus sollicitées à contrôler leurs propres émotions (ne pas pleurer, ne pas montrer son dégoût, garder son calme, ...) et d'autre part, elles doivent induire chez le patient des émotions facilitant le travail de soin comme calmer le malade angoissé, redonner le sourire à un patient déprimé, atténuer certaines gênes liées à son intimité, ... (Loriol & Weller, 2002, cité par Lhuillier, 2006, traduction libre, p. 96).

Afin de réfléchir sur le travail émotionnel, le personnel infirmier doit avoir le temps et le soutien nécessaire de la part de ses supérieurs. En effet, ces confrontations entre collègues permettent aux soignants d'avancer dans une pratique réflexive et de ce fait, être dans une attitude plus humaniste et professionnelle.

La mise en place du travail émotionnel permet donc aux infirmières de ne pas souffrir, en assurant une gestion des émotions et une bonne distanciation avec le malade.

### 3. Dégoût

#### 3.1. Définition

##### 3.1.1. Le dégoût selon *Le nouveau Petit Robert de la langue française* (2007)

Le dégoût est un sentiment d'aversion, de répulsion, provoqué par quelqu'un, quelque chose ; fait d'être dégoûté, de ne plus avoir de goût pour quelque chose, d'intérêt, d'attachement ou d'estime pour quelqu'un. Sensation d'écœurement, haut-le-cœur provoqué par quelque chose qui dégoûte. (p. 653)

Le dictionnaire nous propose plusieurs synonymes : répugnance, écœurement, répulsion, aversion et haut-le-cœur. Et comme cité dans le chapitre précédent, il fait partie des émotions primaires.

---

<sup>24</sup> Cf : Annexe 6

### 3.1.2. Le dégoût selon l'ethnologie/philosophie

Selon Margat (2011), ethnologue, « le dégoût est une réaction corporelle » propre à chacun (p. 17). Tout être humain peut éprouver du dégoût, ce sentiment est ressenti naturellement sans réflexion. Il est catalogué comme une « réaction primaire de révolulsion » (p. 17). Il est subjectif et n'est pas clairement définissable, d'où l'émergence d'une méthode phénoménologique permettant de repérer les différents domaines où celui-ci est mis en œuvre.

« Le dégoût reste compris comme le négatif du goût » (p. 17). Il caractérise ce que le goût proscriit. La philosophie définit le dégoût en s'interrogeant sur la laideur et en l'opposant donc à la beauté. Force est de constater que le goût possède une « fonction sociale de distinction » (p. 17).

« Le mot goût à la fois faculté de percevoir les saveurs et la capacité de juger les valeurs esthétiques est la nécessité sociale devenue nature, convertie en schèmes moteurs et en automatismes corporels » (Bourdieu, 1979, cité par Margat, 2011, p. 17). Lorsqu'il traite de la « critique sociale du bon goût », il oppose l'objet de dégoût comme tout ce qui est bas, avilissant et dégradant.

Selon Kolnai (1929), philosophe :

Le dégoût possède une intimité agressive réelle ou fantasmée, il fait intrusion, et c'est ce sentiment d'intrusion de l'objet qui dégoûte, qui suscite son rejet. Le dégoût est un état émotionnel réactif, une réaction de défense ou de rejet qui peut se caractériser de plusieurs manières. (Cité par Margat, 2011, p. 21)

Le dégoût est réactif, il se définit par relation à des objets qui tous ont un lien avec l'organique. [...] La spontanéité de cette réaction de dégoût, son immédiateté semblent s'opposer à un conditionnement éducatif qui ferait appel à des connaissances ou à des convictions acquises. (Margat, 2011, p. 21)

Margat (2011) cite alors l'exemple d'un grouillement de mouches nous agaçant, sans pour autant savoir que ces insectes sont susceptibles d'être porteurs d'une maladie. Elle définit le dégoût comme émotion fondamentale en déterminant deux sortes d'objets dégoûtants : ceux de la nature, qui regroupent les excréments ou toute autre substance décomposée, puis les objets, qui eux « deviennent dégoûtants dans des circonstances bien déterminées » (p. 21).

Cette dualité des objets du dégoût est plus développée par Kolnai.

Kolnai distingue le dégoût physique et le dégoût moral, tout en insistant sur la dimension morale implicite de la répulsion physique éprouvée. Sa liste des objets dégoûtants procède du dégoût le plus primaire, le plus fondamental, celui de la pourriture, pour aller vers les dégoûts susceptibles d'être expliqués par des critères culturels ou de relever de circonstances particulières. (Margat, 2011, p. 21)

### 3.2. Ontogénèse

A présent, intéressons-nous plutôt au développement psychologique du dégoût, en gardant à l'esprit son caractère individuel et personnel.

Dans les premières années de vie, tout enfant grandit dans un état dit de dépendance. Cet état ne dure qu'un temps donné, mais pendant une période, l'autre (la mère par exemple) se tient non loin de l'enfant afin de répondre à ses besoins. Au fur et à mesure de sa croissance, la dépendance à l'autre se réduit et s'instaure alors parallèlement une distance. C'est ce que l'on appelle les premières phases d'autonomie où apparaît alors les apprentissages du faire seul, saisir, jouer, marcher, manger (Marché Paillé, 2011, p. 94).

En ce qui concerne les « influences » de notre enfance qui conditionnent ensuite notre comportement face à la gestion de nos émotions, Kristeva (1982) définit comment entre six et dix-huit mois le jeune enfant va développer un sentiment « d'abjection<sup>25</sup> » qui va rejeter certaines parties de son être. Tout d'abord, il faut définir ce qu'est l'abjection : c'est sous ce terme anglais que l'auteur regroupe les sensations de dégoût, de répulsion et de peur. Le concept d'abjection est un mécanisme de défense inconscient qui sert à protéger le Moi des menaces de l'environnement (Jacob, J. D., Gagnon, M. & Holmes, D., 2009, traduction libre, p. 156). La première utilisation de ce mécanisme est en lien avec le rejet de certains éléments symboliques tels que le lait qui est une représentation symbolique de la relation mère-enfant (Holmes et al., 2006, cité par Jacob & al, 2009, traduction libre, p. 156). C'est un processus nécessaire afin que l'enfant puisse construire sa propre identité et devenir une personne distincte de sa mère. On constate donc que toute personne, dès son plus jeune âge, doit ressentir des sentiments de répulsion pour pouvoir se construire (Jacob & al., 2009, traduction libre, p. 156).

Kristeva (1982) décrit comment le mépris est exclu de la « zone propre » qu'il soit social ou personnel. Ce mépris se répercute dans un objet mis en relation avec une expérience vécue. Ces objets définis comme sales peuvent être les selles, le vomi, l'urine, le sang ou bien même des handicapés, des sans-abris, des malades mentaux ou encore des prisonniers (Jacob & al., 2009, traduction libre, p. 156).

S'en suit alors la honte, qui se construira à chaque récurrence de la dépendance, honte dite « primitive et rudimentaire » (Nussbaum, 2001, cité par Marché Paillé, 2011, p. 94). Le dégoût apparaît lors des apprentissages de la propreté. En effet, Freud explique cette apparition par le fait que chez le tout jeune enfant les excréments ont de la valeur ; ils sont donc tout sauf un problème. « Les excréments ne suscitent chez l'enfant aucune répugnance et l'éducation concentre ses efforts sur les excréments pour les dévaloriser alors que, pour l'enfant, ils apparaissent comme ayant une valeur en tant que partie de son corps qui s'est détachée » (Freud, 1929, cité par Marché Paillé, 2011, p. 94).

Nussbaum explique qu'autour des deux ans se joue l'apprentissage de la propreté, et que c'est celui-ci même qui va installer le dégoût dans « une relation étroite à la honte

---

<sup>25</sup> Abjection adverbe anglais, déclinaison d'abject : méprisable, lamentable, évoqué pour la première fois par Julia Kristeva en 1982

primitive » (Nussbaum, 2001, cité par Marché Paillé, 2011, p. 94). Freud note que c'est pendant la phase où l'enfant apprend à contrôler ses sphincters, que l'éducation lui inculque les marques du dégoût sur des objets dit organiques, qui jusqu'à présent en étaient dépourvus. « L'éducation insiste ici avec une particulière énergie sur l'accélération du parcours de développement à venir, qui doit rendre les excréments sans valeur, dégoûtants, répugnants et abominables » (Freud, 1929, cité par Marché Paillé, 2011, p. 95).

Kolnai dans son écrit *L'Erotisme* témoigne de la répugnance des cadavres et des déjections. Il souligne que cette aversion vient de notre culture, de notre éducation. « Nous croyons qu'une déjection nous écœure en raison de sa puanteur. Mais puerait-elle si d'abord elle n'était devenue l'objet de notre dégoût » (Margat, 2011, p. 22) ?

Il en résulte ici le caractère appris du dégoût qui est bel et bien le fait d'une éducation et, par conséquent, une émotion morale que nous développerons ultérieurement.

### **3.3. Le dégoût et les sens**

En repartant des sens abordés dans le chapitre des émotions et selon Miller, les sens du toucher et de la vue sont les deux sens cités comme point de départ du dégoût. Il ajoute que l'odorat, le goût et l'ouïe « ne fournissent que des informations redondantes par rapport aux deux autres sens » (Miller, 1997, cité par Marché Paillé, 2011, p. 103). Il explique qu'un son, un goût ou encore une odeur associés à un dégoût sont vides de caractéristiques sans perceptions visuelles ou tactiles.

Contrairement à Miller, Kolnai dit que le « lieu originaire » du dégoût est l'odorat. La vue et le toucher viennent juste après. L'ouïe ne présente pas cette proximité avec l'objet que l'on peut avoir avec les autres sens. (Kolnai, 1997, cité par Mercadier, 2002, traduction libre p. 46)

#### **3.3.1. L'odorat**

En associant la sensorialité et l'émotivité, nous constatons que le sens prédominant chez les infirmières est l'odorat (Mercadier, 2002, p. 45). Ce dernier implique une forte émotion chez les soignants : le dégoût.

Les odeurs nauséabondes et écœurantes s'infiltrant dans notre corps de « manière volatile » (Margat, 2011, p. 21). « Le dégoût réagit à une effraction de l'intimité corporelle, celle qui définit le corps propre aux deux sens du terme (propreté et propriété) » (Margat, 2011, p. 21).

Le dégoût affecte l'individu dans son intériorité bien souvent à cause de l'odorat, poussant à la fuite et provoquant des nausées. Les soignants peuvent alors exprimer ne pas le ressentir pour ainsi répondre et obéir aux normes et aux exigences

institutionnelles, ou tout simplement pour répondre à une exigence morale étant de se mettre au service d'autrui. (Kolnai, 1997, cité par Mercadier, 2002, p. 48)

Les odeurs sont décrites parfois comme étant infernales. Ainsi, cela semble tellement insoutenable pour une infirmière interviewée lors d'une situation relatée, qu'elle écourte sa présence auprès du patient en ayant conscience d'avoir eu ce jour-là un contact peu chaleureux avec celui-ci. (Mercadier, 2002, p. 46)

### 3.3.2. La vue

Pour Platon, seuls les sens de la vue et de l'ouïe seraient capables d'apprécier la beauté alors que le dégoût serait lui perçut par les sens dit de proximité, c'est-à-dire tous les sens sauf la vue. Cette dernière permettrait de mettre une distance avec ce qui nous répugne. Si, dans certaines situations, le dégoût était provoqué par nos sensations visuelles, c'est qu'il s'agirait plus d'une peur consécutive à une anticipation de la perception (Margat, 2011, p. 18).

Lors d'un entretien mené par Mercadier, une infirmière explique que les crachats la font déglutir elle-même, à l'aspect, à la vue ; et que lorsque quelqu'un se met à remonter des crachats, cela remonte aussi chez elle.

### 3.3.3. Le toucher

Miller (1997, cité par Marché Paillé, 2011, p. 103) établit une liste de tout ce qui concerne le dégoût par le toucher. Il y englobe d'une part les caractéristiques perceptibles comme le mouillé, l'humide, le moite, le tiède et exclut le sec, le froid, ou encore le chaud. Et d'autre part, la consistance de la matière est définie comme visqueuse, spongieuse et collante, ce qui n'est pas le cas du fluide ou du lisse<sup>26</sup>.

Selon Benjamin (1928), philosophe, cité par Margat (2011), dans son texte intitulé *Gants* :

tout dégoût est originairement dégoût du contact. On ne parvient à dominer ce sentiment que par un geste radical et excessif : le répugnant est étroitement englouti et consommé, tandis que la zone du contact épidermique le plus délicat reste taboue. C'est seulement ainsi qu'on peut satisfaire le paradoxe de l'exigence morale qui demande de dépasser et en même temps de reprendre de manière la plus subtile le sentiment du dégoût. (p. 23)

Le port de gants, argumenté par un dégoût du contact, permet de concevoir « une barrière isolante » entre la peau et la substance qui rebute (Margat, 2011, p. 20).

---

<sup>26</sup> Cf : Annexe 7

Les trois sens (odorat, vue et toucher) se potentialisent et provoquent le dégoût. Les soignants classent en premier l'odorat, en décrivant les odeurs de macération et de sécrétion, en second la vue, en expliquant les changements physiologiques chez certains patients lors de cancer puis en dernier le toucher avec plusieurs sensations désagréables pouvant être ressenties comme la rugosité.

### **3.4. L'organique et le dégoût**

#### **3.4.1. Objets de dégoût**

Le premier objet du dégoût est la pourriture : c'est l'objet dégoûtant par excellence, car c'est en elle que s'unissent la mort et la vie, la morbidité et la vitalité. En second lieu, le dégoût porte sur les excréments dont l'organisme se débarrasse : ils sont éliminés du processus vital et manifestent eux aussi le passage du vivant à une substance morte. Il porte ensuite sur les sécrétions organiques (à distinguer des excréments) qui se caractérisent par un état intermédiaire, le gluant, le visqueux, le poisseux. La crasse n'est pas une sécrétion organique, mais elle s'agglutine au corps avec la sueur. Tout corps doit être considéré comme objet de dégoût de par son organicité. (Margat, 2011, p. 22)

Le dégoutant est décrit comme étant de « la pourriture, tout ce qui est passage du vivant à l'état de mort » (Kolnai, 1997, cité par Mercadier, 2002, p. 46). Nous devons ici comprendre comme étant dégoûtant le processus de pourrissement plutôt que l'aboutissement à l'état de mort, ainsi les excréments et toutes sécrétions du corps en sont une forme.

Rosenkranz (s.d.), philosophe, cité par Margat (2011) auteur de *L'esthétique du laid*, définit le dégoût comme « le summum du mauvais goût qui se manifeste par-delà le déplaisant et le repoussant dans le répugnant » (p. 18). Selon lui, c'est « une réaction émotionnelle de répugnance et de rejet vis-à-vis de certains objets » (p. 19). Tout ce qui s'oppose à l'esthétique inspire du dégoût, la décomposition en est une forme. « Le répugnant quand il est un produit de la nature, sueur, glaire, excrément, ulcère, etc... est une chose morte que l'organisme élimine et livre à la pourriture » (p. 19).

Rosenkranz (s.d.), cité par Margat (2011) englobe dans sa définition du répugnant toute chose suscitant de la répulsion, montrant que la nature inorganique ne peut se révéler répugnante que par homologie avec la nature organique. Ainsi, selon lui, « certaines matières qui sont intermédiaires entre le solide et le liquide - la boue, les flaques d'eau croupissante - ne sont donc dégoûtants que par analogie avec les excréments et les fluides corporels » (p. 19).

Selon Sartre (1980), cité par Margat (2011), « la viscosité, cet état intermédiaire entre fluide et solide, provoque inmanquablement une réaction de dégoût » (p. 19), toujours par l'analogie avec les excréments.

### 3.4.2. Les causes du dégoût

Dans une étude menée par Rozin, Haidt et McCauley (1993), cité par Marché Paillé (2011), consistant à demander à des nord-américains ce qui les dégoûte, il apparaît alors neuf grands domaines (p. 87) :

- La nourriture
- Les infractions morales
- Les productions corporelles
- Les animaux
- Certaines pratiques sexuelles
- Le contact avec la mort
- Les cadavres
- Les atteintes à l'enveloppe corporelle
- Le manque d'hygiène
- La contamination interpersonnelle

Sur les neuf registres cités ci-dessus, huit figurent quotidiennement au tableau des soignants. Lorsque Marché Paillé réalise des entretiens sur le même sujet, auprès d'infirmières, elle ne retrouve pas cette notion de dégoût comme tend à le prouver l'étude menée par Rozin et al. alors qu'il devrait, à priori, apparaître à multiples reprises. Or, dans la réalité, il en est tout autre, et « la question devient alors extrêmement circonscrite » (Rozin & al, 1993, cité par Marché Paillé, 2011, p. 96).

Mercadier (2002) décrit dans son ouvrage quelques causes pouvant provoquer du dégoût. Dans un premier temps, elle cite la crasse et explique ainsi la raison pour laquelle les soignants s'acharnent lors des toilettes tous les matins. Elle continue en répertoriant « les bêtes dégoûtantes » que nous sommes amenés à rencontrer à l'hôpital, comme par exemple des asticots au fond d'un vagin. Elle poursuit que la vision associée à l'odeur reste quelque chose d'inoubliable.

Dans un deuxième temps, elle cite le corps humain comme étant lui-même objet de dégoût ; lorsque celui-ci est représenté sans rôle « humain », en tant que corps seulement. Elle inclut ici tout ce qui est en rapport avec la sexualité. Mercadier (2002) illustre ce dégoût-là en expliquant l'agression d'une infirmière, verbale et physique (mains baladeuses, blouse défaite, ...) ; cette dernière est à forte connotation sexuelle. Au contact physique du patient, l'infirmière dit ressentir dégoût et peur (p. 48).

Il existe une tendance normale à être dégoûté par le corps d'autrui, par son odeur, par sa présence sans que sa caractérisation humaine soit envisagée. Ainsi on éprouve du



dégoût de s'asseoir sur un siège de métro qui a été réchauffé par le postérieur du précédent occupant. (Kolnai, 1997, cité par Margat, 2011, p. 22)

Enfin, le troisième et dernier type de dégoût est celui de la maladie et de la difformité physique. A plusieurs reprises, les infirmières interviewées par Mercadier (2002) mentionnent la vue repoussante de plaies rongées, bourgeonnantes, tuméfiées, purulentes, ou encore sanguinolentes, ainsi que la prolifération de tumeur, ou d'abcès (p. 48).

« Les réactions des soignants face aux différentes sécrétions corporelles telles que le sang, l'urine, les excréments, les larmes, les crachats et le lait, vis-à-vis des soins à effectuer au niveau des différents orifices » sont exprimées en termes de dégoût chez les soignants. Elles sont exprimées de deux manières : soit affirmativement « ce qui me dégoûte le plus » soit négativement « mais ça ne me dégoûte pas » en précisant quelques fois « moi, ça ne me dégoûte pas », soulignant la propriété inhabituelle de l'absence de dégoût (Mercadier, 2002, p. 100).

Selon Mercadier (2002), l'importance des sécrétions du corps admise par les soignants dépend de deux facteurs :

- Un **facteur topologique**, inhérent à la spécialité de l'unité qui va déterminer le temps en contact avec un excrétât plus qu'un autre, par exemple en gastro-entérologie, le vomit et les selles seront les excréments les plus fréquentes contrairement à la pneumologie où l'on retrouvera plus fréquemment des crachats (p. 101).
- Un **facteur individuel** qui dépendra de l'histoire personnelle de chaque professionnel ayant un dégoût plus au moins prononcé en fonction des différentes excréments (p. 101).

Les diverses sécrétions citées précédemment inspirent différents sentiments, ainsi le lait maternel et les larmes encourageront plus de la sympathie, représentant la vie, la nourriture du bébé pour la première et l'eau qui lave pour la deuxième. Elles sont qualifiées de sécrétions propres.

Le sang, lui, anime diverses opinions selon la situation. Celui qui sera prélevé directement des vaisseaux ou celui qui coule d'une plaie hémorragique n'inspire pas de dégoût. Au contraire, celui que l'on retrouvera dans les crachats ou dans les selles évoquera du dégoût, mettant en avant l'odeur qui s'y dégage, pouvant pousser le soignant jusqu'au vomissement car il est la représentation de déchets, de dégradation et donc, selon Kolnai (1997), de mort.

### 3.5. Le dégoût et les professionnels de la santé

Mercadier (2002) souligne que le fait de s'occuper de ces sécrétions corporelles ne découle pas des capacités professionnelles mais du statut social. Ainsi, seules les personnes dédiées à ces tâches peuvent s'y employer.

Feroni (1994), cité par Mercadier (2002), révèle à quel point éviter de mettre ses mains dans les excréments est un souci important chez les infirmières.

L'infirmière débute les lavements et laisse à l'aide-soignante le soin de le terminer ; elle fait preuve d'imagination dans l'organisation des soins qui ne trompe pas : ainsi elle est dispensée de la vue des excréments, mais aussi des odeurs, et surtout d'avoir à vider et nettoyer le bassin. (p. 104)

La majorité des soignants vit le soin du lavement évacuateur comme une corvée gênante, humiliante, dévalorisante, sale, dégoûtante et répugnante (Mercadier, 2002, traduction libre, p. 46). Ainsi, une hiérarchie du dégoût a été établie via les excréments du corps. En première position, nous trouvons le mélaena (selles avec sang digéré), ensuite à position égale le vomi et les crachats, l'urine reste le liquide corporel le mieux toléré. Cela est expliqué par le fait qu'à l'état normal, elle est stérile et par conséquent elle sécrète moins d'odeur. Elle devient plus difficile à supporter lorsqu'elle est modifiée par des traitements ou des maladies. Enfin, une place est réservée à la peau, aux ongles et aux cheveux. Douglas leur prête les mêmes propriétés dangereuses qu'aux excréments corporelles du fait de leur position « aux confins du corps », à la marge (Douglas, 1992, cité par Mercadier, 2002, p. 104).

Nous terminerons cette partie sur le dégoût en parlant de l'être humain lui-même. La profession de soignant est une profession dite de contact et de l'humain. Quotidiennement, les infirmières de la santé sont confrontées au contact humain avec les patients. Tout être humain possède des frontières : celles du Moi, appelé par Goffman territoire juridictionnel qu'il définit comme « tout espace sur lequel une intrusion provoque en nous une indignation légitime et du dégoût » (Goffman, 1971, cité par Marché Paillé, 2011, p. 114). Selon lui, le déclenchement de ce dernier augmente à l'approche du corps de l'autre. Il existe alors une proximité entre le Moi et l'autre. Sans le consentement du Moi, l'autre ne peut s'approcher. Si c'est le cas, des signaux d'alertes se mettent alors en place. Ce n'est pas l'hygiène négligée l'élément déclencheur, mais « cette violation morale qui fait de l'autre quelqu'un de dangereux et de dégoûtant » (Miller, 1997, cité par Marché Paillé, 2011, p. 115). Autrement dit, son statut de non-Moi n'est pas autorisé à dépasser une certaine limite. Selon Miller, les rares fois où cette intrusion est acceptée se résument à l'amour (sexuel ou non) et à « certaines activités protégées par le cadre professionnel comme celui des soignants » (Miller, 1997, cité par Marché Paillé, 2011, p. 115).

### **3.6. Le dégoût face aux réactions physiques et psychologiques**

Du point de vue de la psychologie expérimentale, le dégoût est défini comme une « révolulsion à la perspective de l'incorporation (orale) d'un objet agressif » (Rozin et Fallon, 1987, cité par Marché Paillé, 2011, p. 84).

Pour ces auteurs, le dégoût est donc une révolulsion caractérisant l'idée d'exclusion. Le rejet n'est pas dû, toujours selon Rozin et Fallon, à l'incorporation, mais il la précède. Le simple fait d'imaginer l'incorporation de l'objet agressif va susciter chez le sujet de la révolulsion. Il est noté alors que le dégoût signale toute forme de danger par anticipation afin d'en éviter

les risques. Pour ce faire, le dégoût doit posséder un savoir sur l'objet. Ainsi, « on peut être affecté par la révulsion du dégoût à l'idée même d'une situation répugnante, à son souvenir ou à son apparition » (Rozin et Fallon, 1987, cité par Marché Paillé, 2011, p. 84).

Par opposition, le refoulement psychique s'explique par analogie avec le dégoût sensoriel. C'est à dire que de la même manière « que nous détournons notre organe sensoriel (nez) devant les objets qui puent, notre préconscient et notre compréhension consciente se détournent, eux, du souvenir. C'est là ce qu'on nomme le refoulement » (Freud, 1897, cité par Margat, 2011, p. 20).

Certains soignants déclarent ne jamais avoir ressenti de dégoût. Ils expriment n'avoir jamais rechigné devant le sang, l'urine, la « merde » ou les crachats, (Mercadier, 2002, p. 47) expliquant que les soins du corps ne les rebutent pas.

Nous sommes alors en droit de nous questionner sur ces propos : pourquoi certaines infirmières ressentent du dégoût et d'autres non ? Est-ce le rapport à la norme qui empêche alors ces dernières de s'exprimer sur leurs réels ressentis du dégoût ? Certaines personnes ont plus de liberté face aux normes en vigueur. « La norme édictée au sein de la profession est : une infirmière n'éprouve pas de dégoût dans le cadre de son travail » (Mercadier, 2002, p. 47). Or, si nous revenons sur les dires du philosophe Kolnai il paraît impossible pour un individu de ne pas ressentir de dégoût face aux « déjections du corps, symboles de mort » (Kolnai, 1997, cité par Mercadier, 2002, p. 46).

L'émotion est donc bien une expérience sociale ; le sujet adapte sa conduite en fonction de plusieurs logiques : le respect de la norme, sous forme du déni du dégoût, qui permet l'intégration au groupe d'infirmières ; l'expression libre du dégoût, émotion défensive face à la proximité de la mort, visant à protéger l'individu au détriment de son intégration au groupe. (Mercadier, 2002, p. 47)

Ainsi dans divers ouvrages et articles, le mot dégoût n'apparaît pas sous cette forme-ci dans le domaine de la santé. Par contre, il sera utilisé d'une manière détournée en termes de gêne, de honte ou encore d'humiliation. N'est-ce pas là une façon d'en minimiser sa vraie signification ?

Nous tenons à préciser que dans le dictionnaire *Le nouveau Petit Robert de la langue française* (2007, p. 1247), honte et humiliation sont des synonymes.

Comme vu précédemment, la honte et le dégoût sont deux sentiments étroitement liés. Au travers des différentes interviews, Mercadier décrit un type de honte qui suscite en nous un intérêt particulier pour notre sujet : celui que peuvent ressentir les infirmières à exécuter certaines besognes, comme par exemple, vider des bassins ou nettoyer des excréments.

Une infirmière explique que ce qui la gêne le plus ce sont les odeurs de « merde » et de sang. Mercadier développe qu'il est humiliant pour cette infirmière d'effectuer des toilettes, de vider des bassins ou même tout ce qui va toucher à la sphère anale. Elle termine en nous relatant que pour mieux supporter ces tâches, l'infirmière est obligée de

tourner la tête. Le sentiment d'humiliation peut être tellement fort, que même lorsque la situation est racontée, ce sentiment reste encore bien présent. (Mercadier, 2002, p. 49)

Mercadier raconte que lorsque les infirmières interviewées parlent de situations où elles ont ressenti de l'humiliation, elles définissent l'objet de gêne par « ça », ou ce « truc ». Le geste (objet de gêne) ayant provoqué l'humiliation n'est pas clairement nommé. De plus, l'auteur ajoute que, bien souvent, les soignants partagent cette gêne avec l'équipe en utilisant le pronom « on » et peuvent ainsi se noyer ou se cacher derrière plusieurs personnes.

Des interviewés racontent que des patients leur ont directement exprimés que ce métier est dégradant et qu'eux-mêmes ne pourraient pas effectuer certaines tâches, en particulier tout ce qui touche de près ou de loin aux excréments, en ajoutant même (lorsque le professionnel était un homme) que c'est un métier de femme. Les professionnelles se défendent en répondant que pour elles ce métier est très valorisant et que le côté relationnel de la profession passe avant tout. A la fin de l'un des entretiens, un soignant se contredit en admettant que certaines tâches sont effectivement dégradantes à ses yeux, et qu'en parler provoque en lui une certaine gêne, car finalement « pour l'opinion publique il est avilissant de mettre les mains dans la merde » (Mercadier, 2002, p. 52).

Notons que certains aspects de la fonction soignante sont tout à fait susceptibles de révéler des sentiments de contradiction. Un sociologue, présent lors des divers entretiens menés par Mercadier, relève à plusieurs reprises des contre-attitudes dans le discours des soignants. Témoignant ainsi des mimiques contradictoires à ce qu'exprimaient les paroles, il termine en notant l'importance de ce paradoxe sans approfondir le sujet.

En tant que soignant, lors de certaines situations, nous pouvons être très vite trahis par notre non verbal dû à nos réflexes physiologiques lors de situation évoquant du dégoût, comme par exemple les réflexes nauséeux. « Le vomi peut facilement entraîner des réactions de nausée » (Mercadier, 2002, p. 47).

C'est [le dégoût] un sursaut, un rejet viscéral, une émotion relative à des sensations-émotions qui contient une motion, soit l'amorce d'un mouvement de recul, de rejet, soit un mouvement interne de haut le cœur. Le dégoût est physique, physiologique, il est souvent caractérisé par la présence d'une réaction somatique : l'ébauche d'une réaction de vomitus. D'ailleurs, la mimique la plus caractéristique du dégoût consiste à se détourner en se pinçant le nez. (Margat, 2011, p. 20)

Le dégoûtant semble venir se coller à nous comme de la boue [...]. Une proximité corporelle devient alors promiscuité, comme lorsqu'un individu alcoolique ou psychotique s'approche trop, et qu'on redoute que son délire ne déborde sur nous. Le dégoût est un malaise lié à la présence d'un objet dont la manière d'être suscite immédiatement une réaction de rejet. (Margat, 2011, p. 22)

Kolnai (1997, cité par Margat, 2011) situe le dégoût, touchant les sens de proximité dans le domaine de l'oralité plutôt que dans celui de la sexualité ; le rejet viscéral n'ayant pas

d'équivalence dans le domaine sexuel. Il s'interroge sur le dépassement de la réaction de dégoût au travers de sa fonction éthique et de la notion de tabou.

## **4. Tabou**

« L'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l'angoisse, le dégoût, la pitié » (Schachtel, 1991, cité par Mercadier, 2002, p. 213).

Voici la citation qui reflète au mieux la notion de tabou dans les soins. En préambule, il faut dire que nous ne trouvons aucune littérature qui parle uniquement du tabou. Ce dernier est à peine mentionné dans certains des articles touchant le domaine du dégoût dans les soins. Il se cache parfois sous certaines analogies, mais n'est que rarement explicité.

### **4.1. Définition**

Selon le *Larousse* (2012), le tabou est « dans certaines sociétés, caractère d'un objet, d'une personne ou d'un comportement, qui les désigne comme interdits ou dangereux aux membres de la communauté ». Le tabou est donc une interdiction d'évoquer un mot à cause de contre-indications morales, sociétales ou encore culturelles. Afin de pouvoir évoquer ce qu'est le tabou dans les soins, il faut spécifier que « la maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle » (Mercadier, 2002, p. 213).

### **4.2. Notions culturelles**

Comme décrit précédemment, lors de la gestion des émotions, les élèves infirmières sont les premières à être confrontées à cette ambivalence entre ce qu'elles ressentent et ce qu'elles peuvent exprimer librement. Il y a toujours cette crainte d'être mal jugé si on se laisse trop aller. Cette peur est conditionnée dès notre naissance par notre culture ; culture qui définit que plus on est adaptable aux émotions plus on garantit la survie de l'espèce humaine.

C'est également ce que Lhuillier (2006) définit :

Pendant de longues années l'idéal professionnel a promu une posture distancée en mettant à l'écart toute manifestation émotive qui motive la profession de soignant. Le malaise infirmier ou « maladie iatrogène des infirmières » serait un effet d'une impossible posture entre affectivité suspecte et objectivation-rationalisation ce qui risque d'entraîner une dépersonnalisation de la relation. Aujourd'hui le discours a changé : elles font recours au travail émotionnel. (p. 96)

L'impact de l'abjection dans les soins (développé dans le chapitre du dégoût), notamment le mépris individuel, a toujours été passé sous silence par les soignants dans la tradition infirmière. En effet, la nature même de l'abjection est de se défaire du mépris afin de rester dans les normes sociales (Jacob, 2009, traduction libre, p. 157).

Etant donné que les émotions négatives précitées dans ce chapitre ont un impact psychologique et physiologique sur la santé des soignants, ces émotions sont mises sous silence dans les discours éthiques et professionnels. Cette continuelle répression des émotions négatives va se faire en faveur de leur « propreté » et de leur protection professionnelle (Jacob, 2009, traduction libre, p. 158).

Mercadier confirme tout au long de ses analyses que ce sont les malades qui sont l'objet du tabou. Ils sont dangereux, ce qui implique que toutes les personnes qui sont à leurs contacts doivent prendre des précautions afin de se protéger d'un risque de contagion (Mercadier, 2002, traduction libre, p. 251). En effet, selon Favre (communication personnelle [notes de présentation], 2011) les infirmières notent que la mauvaise odeur reste un sujet tabou mais de faire comme si celle-ci n'existe pas ne fait qu'accentuer l'inconfort qu'elle provoque.

### **4.3. Confiance**

Une des composantes du tabou peut être que tous les soignants ont besoin de « vider leur sac », de raconter ce qui les a touchés émotionnellement. « L'interlocuteur peut être un collègue de travail, un conjoint, un parent, un ami : l'important est qu'il soit attentif, à l'écoute, et de pouvoir lui faire confiance ; il ne trahira pas les secrets partagés et ne jugera pas » (Mercadier, 2002, p. 248). Avec les soignants en qui on a confiance et en qui on se confie, un lien particulier s'instaure.

La capacité de dire ou de taire les émotions vécues dans la relation de soin, la manière de le dire et les interlocuteurs choisis - dans l'équipe ou à l'extérieur -, de les écrire contribuent encore à la maîtrise de ces émotions. Elles sont ensuite rangées dans la mémoire, laquelle est réactivée par des situations similaires. (Mercadier, 2002, p. 248)

On voit bien comment et combien il est important que l'infirmière se sente en sécurité afin de pouvoir parler de ce sujet qui peut, en conséquence, devenir tabou, si ces conditions ne sont pas remplies. Le « timing » et la localisation sont également des facteurs très importants pour se confier. « Les temps de pause partagés sont l'occasion de commémorer des situations particulières, dramatiques ou comiques. Cela se produit souvent lors de fête comme les anniversaires, Noël, un mariage ou un changement de service » (Mercadier, 2002, p. 243).

Afin d'illustrer cet aspect de confiance, Mercadier relate une situation vécue par une infirmière où cette dernière décrit fort bien qu'elle n'a jamais pu partager les situations émotionnelles qu'elle a vécues. En effet, même si elle parlait à son entourage et à ses collègues de ces situations, elle n'en parlait que purement scientifiquement, médicalement ou encore techniquement. A aucun moment elle ne pouvait se permettre d'en parler émotionnellement. Elle relate très bien comment « dire que voir souffrir les gens lui était insupportable aurait laissé transparaître une fragilité, une incapacité d'assumer, de se maîtriser » (Mercadier, 2002, p. 249).

A ce sujet, des ergonomes et des médecins du travail ont réalisé des études qui démontrent que les infirmières sont extrêmement affectées par la souffrance des patients gravement atteints. Cette douleur, qui devient insupportable et qui peut amener jusqu'au suicide, est influencée par un sentiment de solitude (Estryn-Behar, 1991, cité par Mercadier, 2002, traduction libre, p. 249). Pour essayer de contrer ce problème, les institutions mettent en place, suite à la demande des infirmières, un groupe de parole.

#### **4.4. Jugement**

Ce qui ressort principalement, c'est qu'on ne peut pas parler avec n'importe qui de sa situation de travail difficile. Il faut que l'interlocuteur puisse dire et entendre mais cela n'est pas évident pour tous, que l'on fasse partie du monde des soins ou pas. La difficulté de cette tâche réside dans l'écoute sans porter de jugement.

C'est également ce que Hill (2010) définit en traitant plus dans l'optique de patient à problématique psychologique, mais en amenant un nouvel élément : le jugement moral. Tout d'abord, il faut spécifier le parallèle que nous pouvons faire entre la notion de tabou dans les soins et le jugement déclenché par les soignants à l'encontre des patients (criminels ou population déviante). Hill part de ce questionnement : savoir comment faire pour prendre en soins des patients s'ils provoquent chez le soignant une réaction négative alors qu'elle n'est pas socialement et/ou moralement acceptable. Il dit également comment réussir à avoir de l'empathie dans ces situations lorsqu'elles deviennent difficiles à cause de cet idéal professionnel qui prône sur chaque soignant et qui donc va créer des tensions chez ce dernier. Parler de la difficulté à avoir de l'empathie est assez facile chez les soignants interviewés par Hill, mais alors se pose la question, pourquoi le jugement moral est-il négligé dans les recherches ? L'auteur pense que c'est parce qu'on laisse de côté l'aspect sociologique et psychologique. Pour les soignants et les chercheurs, la population déviante est en danger et c'est se mettre soi-même en danger, que d'être en contact avec ce type de population ; c'est ce que Goffman appelait les « Courtesy stigma<sup>27</sup> ». Ceci expliquerait pourquoi ces professionnelles ne veulent pas prendre le risque d'explorer le terrain de la réputation. C'est pour cela qu'ils mettent l'accent sur un égalitarisme du non-

---

<sup>27</sup> Traduction de l'anglais : les stigmates de courtoisie

jugement dans lequel la morale du clinicien apparaît comme taboue. Qu'elle soit taboue ou pas, Hill n'arrive pas à la définir (Hill, 2010, traduction libre, p. 11).

Le jugement moral est aussi ressorti des entretiens que Mercadier a entrepris auprès des infirmières :

L'analyse des entretiens montre que ce qui est appréhendé par les soignants comme le « sale boulot » est toujours relié à une émotion pénible pour eux : humiliation, dégoût, gêne, honte, peur. Cette émotion est rarement exprimée aux collègues ; ils portent alors sur ceux qui évitent ainsi une tâche pénible un jugement moral dépréciateur : ces derniers sont fainéants, je m'en-foutistes, démotivés, etc. (Mercadier, 2002, p. 263)

Pour éviter le jugement moral et la mise à nu devant un collègue, les infirmières mettent en place diverses stratégies, leur permettant ainsi de ne pas contourner l'obstacle du tabou. Ainsi, elles peuvent surmonter leur mal-être.

## **5. Stratégies**

### **5.1. La maîtrise des émotions**

Dans cette profession, il est nécessaire de savoir contrôler ses émotions et cela encore plus dans des situations délicates, telles que la vision d'un corps nu, des odeurs repoussantes ou encore lorsqu'on est confronté à une personne dans un contexte psycho-social difficile. L'infirmière travaille tous les jours avec ses émotions et doit donc trouver des stratégies pour que sa pratique ne soit pas perturbée par ses ressentis. C'est donc une compétence qu'elle développe au long de sa carrière et qui apporte des soins de qualité aux patients. Lawler (2001) tente de mettre en lumière cet aspect fondamental de la profession lorsqu'elle explique :

Le travail des infirmières implique une forte activité émotionnelle parce que, en apprenant à faire la toilette de quelqu'un au lit, sur le plan physique comme sur le plan technique, elles sont censées apprendre à contrôler leurs émotions. Ce contrôle émotionnel fait partie de l'approche « professionnelle » de l'infirmière qui consiste à apprendre à effectuer des soins corporels ainsi que d'autres fonctions propres à ce métier. (p. 51)

La maîtrise des émotions est essentielle pour parvenir à réaliser certains soins dont la répugnance nous pousse à éviter. Ainsi, comme le dit Mercadier (2002),

La maîtrise des affects au cours de l'interaction soigné-soignant est assurée par des modalités particulières d'entrée et de sortie de cette interaction, par une mise à



distance des différents sens protégeant ainsi l'aperception émotionnelle à laquelle la protocolisation des soins contribue étroitement. (p. 213)

C'est donc grâce à une mise à distance de nos émotions et de nos sens que l'on peut parvenir à isoler ces ressentis pour réaliser un soin optimal.

Nous citerons finalement Lawler (2001), qui explique que la confrontation à un corps nu peut provoquer un sentiment de dégoût et donc un sentiment de répulsion. Dans ces situations, les infirmières peuvent utiliser l'absence d'affectivité : « l'absence d'affectivité est un moyen par lequel les infirmières se donnent un cadre ; en ce sens, elle les aide à gérer des situations qui, autrement, risqueraient d'être embarrassantes » (Lawler, 2001, pp. 56-57).

Bien que cet outil n'ait jamais été explicité comme façon de s'occuper d'une personne, c'est un moyen très utile pour aborder les problèmes physiques d'un patient. De cette manière, l'infirmière isole ses affects et peut concentrer son attention sur la prise en soins du malade. Cependant, le danger est qu'elle utilise cette stratégie de manière systématique et emploie donc une réponse émotionnelle standard, qui ne permet pas d'entrer en contact avec le patient (Benner & Wrubel, 1988, abordé par Lawler, 2002, p. 142).

## **5.2. L'instrumentalisation des soins**

Une autre forme de distance, l'instrumentalisation des soins, permet aux soignants de prétexter le port d'un masque ou de gants pour réaliser un soin et ainsi surmonter leur sentiment de répulsion. Le premier permet à la fois de diminuer les odeurs et de masquer d'éventuelles expressions faciales de répulsion et les seconds, de ne pas entrer en contact direct avec l'objet dégoûtant. Prenons un exemple clinique cité par Mercadier (2002) :

Mathieu décrit " un pansement de cancérisation de la peau sur toute la jambe ", avec une " odeur de macération " ; voir la jambe qui a " doublé de volume " lui est pénible, tout comme le toucher, avec une " sensation très importante de la rugosité, très désagréable ". Dans cette situation, la conjonction des trois sens, toucher, vue et odorat, intensifie l'impact émotionnel. Afin d'y remédier, les soignants vont instrumentaliser le soin. En utilisant des pinces pour la réfection du pansement et non plus des compresses au bout de doigts gantés, ils suppriment une dimension sensorielle et diminuent ainsi son impact : " ça nous éloignait ; ça nous facilitait le geste, il y avait une sensation en moins, il n'y avait plus le toucher direct " (p. 215).

### **5.3. La diminution des sensations sensorielles**

La suppression d'une dimension sensorielle permet de diminuer le sentiment de répulsion ressenti par le soignant. En effet, comme le dit Mathieu, en utilisant les pinces, il supprime un sens en contact avec l'objet dégoûtant. De plus, Marché Paillé (2010) propose une stratégie : occulter le dégoûtant ; car se protéger en se coupant de ses perceptions est une arme efficace pour éviter de ressentir ce sentiment de répulsion. Les parades trouvées par les soignants mènent à la réduction des sensations et des perceptions. Cependant, il s'agit d'être vigilant, car Vollaie (2011) explique que plus on nie le dégoût, plus il se manifeste avec force : « le dégoût qui ne se dit pas ne s'en éprouve pas moins, et tend même à se manifester avec autant plus de force que sa violence est occultée » (p. 90).

Tout comme l'instrumentalisation des soins, les techniques de soins ont une fonction de filtre. Les soignants peuvent se raccrocher à elles lorsqu'un acte ou un patient les effraient. Une infirmière, citée par Mercadier (2002) décrit que « la technique dans le soin est une défense, un paravent contre ce qui fait peur dans la personne humaine, la souffrance et la nudité » (p. 216). Il en va de même pour les protocoles ; ils permettent une mise à distance des émotions et de fixer son attention sur la technique de soins à effectuer.

### **5.4. Les stratégies contre la gêne**

Comme la gêne est un synonyme des sentiments de répulsion, il est intéressant de citer les stratégies que la littérature propose. Ainsi, cela permettra de diminuer, à sa source, l'émotion négative qui peut en découler.

En n'éprouvant pas de gêne face à un malade, l'infirmière permet au patient de diminuer celle qu'il éprouve, d'où l'importance de la contrôler. La plupart des infirmières interviewées dans l'ouvrage de Lawler (2002) ne se « souviennent pas avoir appris comment gérer leur propre gêne. Ce qu'elles savent elles l'ont appris par leur expérience » (p. 154). En plus de cette dernière, l'âge aide à gérer sa propre gêne, bien qu'elle ne disparaisse jamais complètement. Cependant, c'est vraiment l'expérience qui est une aide précieuse, car l'infirmière peut compter sur son savoir et ses compétences techniques et ainsi se concentrer sur l'aspect relationnel du soin. Il est important d'ajouter que l'expérience n'est pas une stratégie en soi mais plutôt un facteur diminuant les sentiments de répulsion. Il est néanmoins nécessaire de la citer, car nous la retrouvons souvent dans la littérature.

Le sens de l'à-propos, expliqué par Lawler (2002), signifie être préparé au soin que l'infirmière va effectuer, en connaissant la technique mais surtout l'objectif du traitement. Ainsi, elle est capable d'expliquer son déroulement et de donner un sens logique à la situation gênante (p. 155).

Au travers de notre pratique quotidienne nous nous rendons compte que nous apprivoisons ces odeurs, même si elles restent incommodantes, le fait par exemple

d'ouvrir une poche de stomie et de savoir à quelle odeur nous allons avoir à faire, nous la rend moins agressive, plus supportable qu'une odeur non identifiée qui va nous prendre par surprise. (Communication personnelle, [notes personnelles])

Une méthode simple et utile est la rapidité. De cette manière, l'infirmière reste moins longtemps en contact avec le patient et diminue la gêne que peuvent ressentir le soignant, comme le malade. Certaines infirmières interviewées par Marché Paillé dans son ouvrage de 2010 prennent plus de temps à préparer leur soin, à faire des allers-retours dans la chambre du patient afin de calmer la sensation de dégoût et de revenir dans de bonnes conditions :

Certaines préposées mettent une distance temporelle entre elles et la scène dégoûtante. En allant chercher le matériel de nettoyage, elles se recentrent et font un vrai travail de composition, en conformité avec les règles du métier. Elles réapparaissent souriantes, bienveillantes, attentives, mais sûrement pas révoltées. Au lieu de subir dans leur corps les marques de la répugnance, elles se replient pour revenir débarrassées des manifestations ostensibles du dégoût. (p. 45)

Pour finir, l'échange de connaissances entre collègues apporte un soutien solide. En effet, comme chacune des personnes vit des situations similaires, la chose est rendue inhérente à la nature de leur travail, et ressentir de la gêne n'est alors pas vécu comme un échec (Lawler, 2002, traduction libre, p. 155). Cela aide beaucoup à supporter des situations délicates.

### **5.5. Le dégoût ramené à un seul objet**

Une stratégie employée de manière inconsciente par les infirmières interviewées est de « ramener l'expérience du dégoût à une seule de ses formes » (Marché Paillé, 2010, p. 46). En d'autres termes, dès nos débuts dans la profession, certains soins dits dégoûtants disparaissent rapidement. « Les situations de dégoût se réduisent d'abord en intensité, puis en fréquence, et finissent par se concentrer sur un seul objet qui, lui, demeure écoeurant même après vingt ans d'expérience » (Marché Paillé, 2010, p. 46). Il y a donc cette tendance à ressentir un dégoût pour un objet en particulier en excluant tous les autres. Certaines ne supporteront pas le vomi, d'autres les selles. De cette manière, tout acte dégoûtant est ramené à un seul objet ; ce qui permet aux infirmières de surmonter tous les autres sentiments de répulsion qu'elles peuvent éprouver, du moment que cet objet, unique, n'en fait pas partie.

## 5.6. Les stratégies contre les odeurs

Comme nous l'avons vu, le sens le plus facilement touché lors de sentiment de répulsion est l'odorat. C'est pourquoi nous allons nous attarder aux odeurs nauséabondes, comment y faire face et comment les pallier.

Lawler (2002) explique que lors de la gestion des situations nauséabondes et des déchets du corps, il est important de ne pas montrer ce qui dégoûte le soignant, afin de ne pas blesser le patient. Pour ce faire, l'infirmière peut utiliser la minimisation et un discours honnête et ouvert. Elle doit cependant adapter la stratégie en fonction du patient qu'elle prend en soin. Certains préféreront une approche honnête en parlant de leurs problèmes, d'autres se tourneront vers l'humour et d'autres s'emploieront à ignorer la situation. Il convient de respecter le patient.

Différentes méthodes peuvent encore être utilisées, elles reposent principalement sur des exercices intellectuels ou des stratégies psychologiques.

D'autres auteurs se sont attardés sur le sujet et selon Favre (communication personnelle, [notes personnelles], 2011), il est essentiel d'identifier l'origine des odeurs afin de les traiter et d'en diminuer ses effets. Ainsi, si elles sont infectieuses, un traitement antibiotique permettra de diminuer les symptômes. La gestion de l'environnement améliore la qualité de vie des patients et de leurs entourage. De cette manière, le soignant choisit la chambre et le lit le plus adapté au patient en fonction de la situation. Par exemple, placer un patient dans une chambre individuelle lorsqu'il dégage une forte odeur pouvant déranger les autres ou l'installer proche d'une fenêtre.

Les odeurs émanant des pansements infectés peuvent être très fortes, donc pour contrer cela, certains services sont équipés de pansements contenant des substances bactéricides permettant de juguler l'infection, de diminuer l'écoulement et ainsi diminuer les odeurs.

Si un manque d'hygiène en est la cause, il est important d'investiguer et d'évaluer la situation médico-psycho-sociale de la personne pour apporter une prise en soins individualisée. En effet, la perte des capacités physiques ou une dépression, par exemple, peuvent entraîner un manque d'hygiène. Un traitement thérapeutique doit donc être envisagé et adapté aux besoins de la personne.

Toujours selon Favre (2011), en ce qui concerne les plaies infectées et malodorantes, il est possible d'appliquer des pansements à base de charbon actif qui ont pour propriété d'absorber les odeurs et ainsi d'augmenter le confort du patient. Il est aussi possible de déposer dans la pièce, un récipient ouvert contenant du Flagyl®. Utilisé habituellement comme antibiotique injecté par voie intraveineuse, il absorbe aussi les odeurs pendant une durée de six heures. Cependant, la toxicité du produit n'étant pas connue, il est préférable de rester vigilant, notamment avec les femmes enceintes. D'autres produits sont utilisés pour pallier les odeurs, ils sont consultables en annexe<sup>28</sup>.

D'autres astuces utiles et faciles à appliquer sont la mousse à raser et la litière pour chat. Il suffit d'en déposer dans un récipient et de les laisser absorber les odeurs.

---

<sup>28</sup> Cf : Annexe 8

Pour les patients à domicile, faire craquer une allumette, dans un espace restreint, avant un soin malodorant diminuera les odeurs grâce au soufre contenu dans cette dernière. Du même principe, le papier d'Arménie se montre très efficace.

Enfin, l'aide d'un aromathérapeute peut être demandée, en accord avec le médecin ; ainsi, le patient peut mélanger différentes huiles essentielles et choisir un parfum qu'il pourra diffuser dans l'air ou appliquer sur la peau. Cependant, l'utilisation des diffuseurs électriques, dégageant beaucoup d'humidité, est interdite en milieu hospitalier pour des raisons d'hygiène.

Ce sont finalement beaucoup de petites astuces qui permettent de diminuer les odeurs que dégagent certains patients et qui peuvent les aider à améliorer leur qualité de vie et celle de leur entourage.

### **5.7. La communication**

Jusqu'à présent, nous avons présenté les stratégies fonctionnelles, pratiques. Attardons-nous plus longuement sur les stratégies de communication. C'est, en effet, par la parole que les infirmières trouveront le plus de réconfort, de soutien et de solutions pour parvenir à surmonter leurs sentiments de répulsion. La maîtrise des émotions est alors rendue plus facile car il est possible de les partager avec autrui (soignant ou patient). « L'usage que les soignants font de la parole, qui peut parfois se teinter d'humour, participe également pour une grande part à cette maîtrise des affects » (Mercadier, 2002, p. 213).

Le recours à la parole est essentiel pour passer au-delà du dégoût ressenti face au patient. Ainsi, certains focaliseront leur attention sur le relationnel et tenteront d'en apprendre davantage sur le malade ; d'autres tenteront de faire des sourires, de parler du quotidien. De cette manière, leur attention est portée sur autre chose que l'acte répugnant.

De plus, le soignant et le soigné ne pensent plus à la gêne que provoque la situation. L'infirmière peut alors entrer dans une relation d'aide et permettre au patient de retrouver confiance et estime de soi.

La parole est utilisée par le soignant pour faire tomber la gêne que provoque la situation ; le silence, au contraire, l'amplifie. La parole agit de manière interactive ; en détournant l'attention de la source de la gêne (nudité, plaie horrible, excréta), elle diminue simultanément la gêne du soignant et du soigné. (Mercadier, 2002, p. 221)

C'est donc un moyen de défense efficace que l'on peut employer lors de prise en soins. Bien que les mots soient parfois vides de sens, ils diminuent l'angoisse liée à la situation et facilitent la prise en charge des patients. « Elle est une parole vide qui vient remplir le vide creusé par l'angoisse de la situation. Elle est une défense pour soi-même et non pour l'autre » (Mercadier, 2002, p. 221). Cependant, il s'agit d'être vigilant. Cette stratégie n'est pas à employer entre deux soignants en présence du malade. En effet, Mercadier (2002) citant Michel Onfray (1993) :

Il évoque les bavardes qui travaillent à deux, comme dans la gendarmerie motocycliste, (et qui) continuent leur conversation sur les difficultés d'allumer un barbecue dehors, tout en pratiquant négligemment un toucher rectal... (p. 223)

Le patient doit être intégré dans la prise en soin ; discuter avec une collègue renforce son sentiment d'exclusion et il ne peut pas profiter de ce temps pour parler de ses besoins.

Maintenant, attardons-nous plus longuement sur l'humour que Mercadier (2002) décrit comme une arme dont le soignant peut se parer, à la fois pour alléger l'atmosphère mais aussi pour l'aider à maîtriser ses émotions.

Le rire et l'humour sont des moyens pour échapper à des situations pénibles et délicates ; ils permettent « d'exorciser peurs et angoisses » (Danou, 1994, cité par Mercadier, 2002, p. 226) et de s'épargner psychologiquement. Ils permettent aussi d'extérioriser ses ressentis, de ne pas rentrer à la maison avec une charge émotionnelle trop importante. Ainsi, il est possible de faire face à une situation, sachant qu'on sera soutenu par la suite par des collègues compréhensifs. Plusieurs infirmières, ayant témoigné dans l'ouvrage de Mercadier (2002), ont ressenti le besoin d'être réconfortées par leurs collègues. Cependant, l'utilisation de ces deux stratégies est très délicate, car elle peut mener à un effet contraire. En effet, l'utilisation de l'humour auprès d'un patient agressif peut soit le calmer, soit empirer son état. C'est donc grâce à l'expérience des soignants et à la connaissance des personnes soignées que l'on peut se permettre d'user de cette stratégie.

Le rire renforce les liens sociaux et permet de se défendre contre l'angoisse. On remarque clairement son impact sur la gestion de nos émotions, particulièrement lorsqu'on est confronté à la mort. C'est souvent lorsque le moment s'y prête le moins qu'on se prend d'un fou rire incontrôlable. Bien que la situation ne permette pas d'exprimer ses émotions de cette manière, c'est un moyen d'y faire face, un mécanisme de défense qui se met en place pour rassurer, calmer la personne. Smadja (1996) cité par Mercadier (2002) l'exprime très bien : « le rire s'explique ici comme une défense contre l'angoisse de mort, une forme de déni d'un danger vital et une réassurance contre celui-ci » (p. 227).

Pour finir ce paragraphe, notons que la dérision, touche subtile de l'humour, est très utile pour diminuer ses sentiments de répulsion. En effet, cela permet de se moquer de la réalité sans pour autant en perdre la valeur. C'est ce que Mercadier (2002) tente d'exprimer en citant Danou (1994) : « l'ironie ouvre un espace de liberté et de retraite, permettant d'attaquer sans se détruire. L'ironiste moque la réalité mais ne la perd pas de vue. C'est pourquoi il garde une distance par rapport à son trait ironiste » (p. 244).

L'humour, le rire et la dérision sont donc des moyens de mettre à distance le patient ou les situations difficiles à gérer, tout en prenant en compte les besoins de la personne et en respectant des principes éthiques et de respect.

Bien que cela puisse paraître une manière froide et distante de gérer ses émotions, anonymiser la personne est une des stratégies employées dans le milieu hospitalier. En effet, elle permet de diminuer la gêne et de considérer tout corps malade égal à celui d'un

autre. Il faut néanmoins rester vigilant à ce que le corps ne soit pas considéré comme un objet.

### **5.8. Les stratégies d'ordre éthique**

Certaines situations médico-psycho-sociales rencontrées dans les soins peuvent provoquer des sentiments de répulsion. Par conséquent, nous pensons que la prise en charge d'un patient pédophile peut être moins bonne que celle délivrée aux autres patients. Comment ne pas être influencé par ses propres ressentis ? C'est au travers de deux articles que nous tenterons de répondre à cette question. Le premier s'intéresse à la présence d'homophobie et d'hétérosexisme dans les soins infirmiers et l'impact que cela a sur la pratique infirmière. Une étude australienne, *Sexual Diversity and Gender Identity* (2002), montre qu'il existe de la discrimination dans les soins infirmiers envers les personnes lesbiennes, gay, bisexuels, transgenres<sup>29</sup>, diminuant ainsi la santé générale de la personne, l'utilisation des services de soins et la qualité de ces derniers. (Irwin, 2007, p. 72)

Ainsi, les personnes LGBT évitent de parler de leur sexualité auprès du personnel infirmier, elles n'osent pas s'informer par peur d'être rejetées ; un sentiment d'isolement peut alors apparaître.

Cependant, il entre dans nos obligations de fournir des soins de qualité de manière équitable.

Pour ce faire, il faut sensibiliser les soignants aux différences culturelles et promouvoir un environnement ouvert et respectueux des besoins des minorités. Il est primordial de conserver les informations du patient confidentielles. Pour adopter une attitude bienveillante, il est important d'inclure le conjoint dans la prise en soins du patient, si ce dernier donne son accord. L'auteur ajoute qu'il ne faut pas montrer que la personne a moins d'importance qu'une autre. De nombreux chercheurs ont montré la nécessité de former les infirmières au sujet de l'orientation sexuelle et de l'homophobie (Bowers et al., 2006, Douglas Scott et al., 2004, Tate and Longo, 2004, Rose, 1994, cité par Irwin, 2007). Idéalement, un ou des temps de réflexion devraient être dégagés régulièrement et de manière systématique.

Au même titre que les infirmières, les étudiants ont aussi besoin de recevoir une formation axée sur la compréhension des personnes qui peuvent être discriminées. Les professeurs doivent, au préalable, être capables de reconnaître leurs propres préjugés afin d'éviter qu'ils soient partagés involontairement avec les élèves. Ils doivent promouvoir une pensée critique et autonome et encourager les étudiants à dénoncer des pratiques discriminatoires. C'est sur certains de ces principes que s'appuient les concepts de la filière soins infirmiers de la HEdS à Genève.

---

<sup>29</sup> LGBT

La formation prépare l'étudiant-e à faire face à des situations humaines complexes, problématiques et difficilement prévisibles. Elle est conçue pour former des praticien-ne-s réflexifs-ives capables de penser et de mobiliser des connaissances théoriques dans leur pratique. L'accent est mis ainsi sur la capacité d'analyser les situations dans leur évolution, d'en percevoir les particularités et d'adapter l'intervention professionnelle en fonction de la singularité et de l'imprévisibilité des personnes et des contextes.

La compréhension des processus et des situations est donc primordiales, elle implique l'acquisition d'un jugement professionnel sûr, d'une aptitude à s'adapter à tout contexte, à créer une offre en soins et à « être avec ». La fonction généraliste requiert une approche systémique des situations, des activités variées, un intérêt prioritaire pour la santé et le-la bénéficiaire de soins, une démarche axée sur la résolution de problèmes, un souci de continuité et de médiation, un bagage de connaissances suffisamment large et un souci de formation permanente. (Plan d'études cadre, 2008, p. 4)

Le rôle principal de l'institution est de favoriser un environnement de travail calme et serein et de permettre aux employés de bénéficier de formations continues, permettant ainsi à chacun de s'épanouir dans de bonnes conditions.

Dans le second article, l'auteur s'intéresse à la prise en soin d'une maman et de son enfant. Situation dans laquelle le thérapeute a des ressentis négatifs qui entravent son travail et rendent la mère anxieuse. Dans un premier temps, il est nécessaire qu'il diminue son stress pour ensuite diminuer celui de la maman. Cet ordre de priorité est important car le thérapeute doit d'abord retrouver sa fonction soignante pour mener la consultation. Pour ce faire, Hervé (2008) cite Fonagy (2007) :

Reconnaître son ressenti négatif et lui attribuer a priori une valeur sémiologique peut avoir pour effet de diminuer le sentiment d'impuissance et d'inconnu, et donc le stress du thérapeute. Le professionnel a le sentiment de reprendre le contrôle - au sens de retrouver son homéostasie psychologique - et donc d'avoir un impact sur les échanges. Le fait de traduire et restituer les ressentis négatifs en un savoir théorique devient ainsi un facteur de protection contre ses vulnérabilités personnelles.

De cette manière, rationaliser le ressenti, lui attribuer une composante scientifique, lui donne une autre dimension et permet de l'appréhender différemment, de reprendre le contrôle de la situation.

Une autre solution est la technique de gestion du stress : interrompre l'action stressante. « Augmenter la distance physique avec l'autre, diminuer l'engagement dans la relation permettent de diminuer l'effet paralysant du stress » (Hervé et al., 2008).



Une stratégie rarement employée et relevée au cours des différents entretiens réalisés par Lawler (2002) est l'empathie. Elle est utilisée par certaines des personnes interviewées. Pour ce faire, les infirmières se concentrent sur l'expérience du malade et tentent de comprendre dans quel état émotionnel il se trouve. Ainsi, elles créent un lien de confiance avec le patient et peuvent obtenir des informations essentielles. Il convient néanmoins de prendre garde à ne pas trop s'impliquer émotionnellement dans les histoires de vie des patients.

## **5.9. L'entraide**

Il est important de coopérer entre soignants pour se soutenir lors de soins délicats. Pour ce faire, il y a de nombreuses manières de procéder. Il est possible tout simplement d'échanger « les tâches conflictuelles » (Marché Paillé, 2010, p. 46), d'échanger, avec son collègue, le patient concerné par ces tâches ou d'accompagner la personne incommodée. Les infirmières interviewées rapportent qu'il est plus supportable de faire le soin en présence de l'autre, car cela donne du courage et du soutien. Parfois, la situation est tellement difficile à gérer qu'elle en devient drôle ; l'humour permet alors de se préserver de la souffrance.

Il est important de comprendre que la coopération entre les membres de l'équipe est essentielle ; que ce soit pour faire face aux sentiments de répulsion ou pour simplement évoluer dans de bonnes conditions ; l'entraide permet à chacun de transformer les difficultés en plaisir.

Soumettre son travail au regard et au jugement de l'autre et, inversement, porter un regard curieux et avide de trouvailles sur le travail d'autrui, constituent le socle de la conversion de la souffrance au travail, quelle qu'elle soit, en plaisir. (Marché Paillé, 2010, p. 48)

Plus qu'une stratégie, l'utilisation du « on » impersonnel distancie le patient du personnel de la santé. Ainsi, ce n'est pas la personne qui réalise un soin délicat (toilette ou geste douloureux) mais son rôle de soignant. C'est plus un moyen inconscient de prendre une distance avec le patient qu'une stratégie, mais il permet néanmoins d'aider le soignant à surmonter des situations délicates. Car c'est finalement l'accumulation de plusieurs stratégies qui permettent au personnel de la santé de réaliser une prise en soin optimale.

Selon Lawler (2002), grâce à toutes ces stratégies,

Les infirmières créent un environnement permissif permettant au patient de se réconcilier avec ce qui arrive à son corps ; cela est rendu possible grâce à l'établissement d'une relation d'un genre particulier et à l'utilisation de stratégies cliniques qui aident aussi bien l'infirmière que le malade. (p. 192)

Au-delà d'être utiles pour les infirmières, ces stratégies lui permettent surtout de prendre en soin le malade en respectant son intégrité, lui permettant de récupérer confiance et estime de soi. Car c'est finalement les patients qui sont le plus en souffrance et auprès desquels nous devons apporter une aide ciblée et adaptée. Bien qu'il soit délicat de parler d'un sujet sensible comme le dégoût avec un patient, la prise en considération de cette problématique permet d'inclure cette dimension dans les soins et d'aider la personne de la manière la plus individuelle possible.

## **IV. Résumé des entretiens**

Ces résumés d'entretiens, classés selon les thèmes définis précédemment, apportent une vision essentielle pour comprendre l'analyse qui en découle. Les personnes interviewées ont toutes entre trente et cinquante ans et ont une expérience professionnelle dans au moins trois secteurs d'activités différents. Une seule infirmière détient un diplôme post-grade.

### **1. Entretien 1**

#### Profession infirmière

#### **Mentalité, culture, état d'esprit, valeurs, dignité humaine, société, éducation**

L'infirmière met en avant que le seuil de tolérance pour faire face à des situations de répulsion serait influencé selon l'enseignement reçu lors de la formation. « [...] ça passe aussi beaucoup comment on vous montre les choses, comment on vous les explique et puis [...] » (Interviewée n°1). Ses valeurs professionnelles se basent sur le respect et la dignité du patient avant tout. A plusieurs reprises, elle évoque l'importance de rester neutre et de ne rien laisser transparaître. Lorsque nous abordons des situations de répulsion, à plusieurs reprises, l'infirmière nous répond : « [...] c'est quand même le confort du patient qui passe avant nous. Puis, ça fait partie du boulot entre guillemets. [...] Bah, faut faire avec ! [...] faut prendre sur soi » (Interviewée n°1).

Lorsque nous lui exposons notre première vignette clinique évoquant « un pédophile », elle répond être censée le soigner malgré tout, sans jugement et dit aussi qu'on n'a pas à refuser une prise en soin. Par ces propos, l'infirmière démontre la valeur d'équité et de non jugement dans les soins. « [...] on est censé soigner tout le monde. Même si on n'aime pas ci, ou si on n'aime pas ça, on le fait quand même, on n'a pas le choix. Donc on fait avec » (Interviewée n°1).

L'infirmière souligne que le seuil de tolérance face aux situations de répulsion n'est pas le même pour tous et le ressenti reste très individuel. « Parce que tout le monde ne tolère pas les mêmes choses, je pense et puis tout le monde n'est pas à même de dépasser certains stades d'acceptation et de pouvoir y faire face facilement » (Interviewée n°1). La personne

valide le fait qu'on puisse choisir son orientation professionnelle en fonction de ses goûts et dégoûts, mais ce n'est pas le cas pour elle.

Enfin, elle pense qu'une supervision pourrait être utile, mais qu'actuellement le temps ne le permet pas.

#### Emotions soignant / patient

##### **Souffrance physique et psychologique, non-verbal, honte**

Malgré nos relances et notre insistance, nous ne sommes pas parvenus à obtenir des réponses claires sur le vécu émotionnel de l'infirmière interviewée. De plus, elle a du mal à répondre et se cache derrière un « on » impersonnel.

#### Dégoût / répulsion

##### **Aspect visuel, odeur, mal à l'aise, choc, sentiment de répulsion, fuite**

Le sentiment de dégoût ou de répulsion est ressenti par un ou plusieurs de nos cinq sens. L'infirmière interviewée semble être beaucoup plus touchée par le visuel. Elle le cite à plusieurs reprises. Elle mime avec des gestes le diamètre d'une plaie béante d'un patient, située au niveau du sacrum dont elle a eu à s'occuper. Elle dit : « C'est impressionnant en fait visuellement [...] plus par l'ampleur de l'ouverture en fait [...] je suis plus impressionnée par ce que je vois » (Interviewée n°1). L'infirmière affirme: « On peut regarder à la télé, des vidéos, en interventions et tout mais moi, je trouve que quand on voit en vrai, c'est quand même pas pareil [...] on se rend compte de ... de l'importance de la chose » (Interviewée n°1).

L'infirmière utilise de multiples fois le verbe « impressionner » et l'adjectif « impressionnant » et ne parvient pas à définir clairement ce terme. A plusieurs reprises, nous avons tenté de lui faire préciser ce qu'elle entendait par là, mais nous n'avons pas eu de réponses claires.

Nous notons tout au long de l'entretien, l'utilisation de divers pantonymes, tels que : truc, machin, chose.

Elle n'exclut pas le fait de pouvoir ressentir des sentiments de répulsion face à des soins qu'elle n'aurait pas l'habitude de faire, typiquement sur des grands brûlés.

#### Tabou

##### **Peur du jugement, regard des autres**

Selon les dires de la personne interviewée, le sujet traité n'est pas tabou. Lorsque nous lui posons directement la question, cette dernière ne répond pas explicitement. Elle rapporte avoir abordé le sujet pendant ses études, en particulier lors de la pratique. Elle explique

l'importance du non-verbal, que les expressions peuvent vite trahir le soignant. Elle nous dit avoir été sensibilisée à cela au cours de sa formation.

### Stratégies

**Entraide, solidarité, écoute, empathie, partage avec l'équipe, analyse de la pratique, matériel (masques)**

Le dégoût n'est pas un sentiment qu'elle ressent fréquemment lors d'une situation de soin. Cependant, au cours de l'entretien, nous recensons diverses stratégies mises en place. Un soin effectué à l'abri du regard du patient (plaie au niveau du dos, par exemple) semble être plus confortable, étant donné le risque réduit d'être trahi par son non-verbal.

Elle relate à plusieurs reprises se concentrer ou se recentrer sur le soin : son attention est ainsi fixée sur la tâche (par exemple, se focaliser sur les critères d'une plaie : écoulement, pourtours, taille, ...). De plus, elle prend en compte le bien-être et le confort du patient et ainsi tâche à dédramatiser la situation. Le partage au sein de l'équipe et avec le responsable paraît être aussi important pour cette infirmière. « Plus on est à penser, plus on trouve de solutions » (Interviewée n°1). La stratégie d'évitement semble être une solution quand la situation « devient ultra problématique » (Interviewée n°1) et ce, après un consensus établi entre les collègues.

L'infirmière confie qu'utiliser un masque lors d'un soin pour atténuer les odeurs, rompt le lien entre soignant-soigné. « Moi je ne suis pas très pour [...] je trouve que c'est stigmatiser encore plus le problème. » Elle ajoute, de plus, ne pas être capable de justifier le port du masque auprès du patient et mimant de s'adresser au patient : « " Ahhh, ça sent tellement mauvais Monsieur, je dois mettre un masque ". Ça va pas. Enfin pour moi, ça se fait pas. Je trouve que c'est encore dix fois plus blessant qu'autre chose » (Interviewée n°1).

## **2. Entretien 2**

### Profession infirmière

**Mentalité, culture, état d'esprit, valeurs, dignité humaine, société, éducation**

Le respect envers les soignants est une valeur que défend l'infirmière interviewée. « C'est aussi une forme de respect envers nous que de venir propre et de sentir rien » (Interviewée n°2).

L'infirmière explique que dans notre culture, dans notre vie actuelle, nous ne sommes pas habitués aux mauvaises odeurs. On a tendance à les masquer par des sent-bons pour qu'il n'y en ait plus, voir plutôt de bonnes. Or, en tant que soignante, c'est différent. Elle rapporte qu'on s'y habitue, qu'on s'adapte et qu'il faut faire avec.

L'orientation de sa carrière professionnelle a quand même été influencée par ses sentiments de répulsion. Elle affirme qu'elle ne serait jamais allée travailler en oto-rhino-laryngologie<sup>30</sup>. « [...] je pense qu'après, on choisit son lieu de travail en fonction de ce qu'on peut supporter ou pas » (Interviewée n°2).

Elle affirme que ce genre de désagrément fait partie de la profession infirmière, il faut y faire face, le patient doit être soigné avant tout, sans jugement. Il doit être accueilli tel qu'il est, avec son mal-être, respecter son rythme, etc...

#### Emotions soignant / patient

##### **Souffrance physique et psychologique, non-verbal, honte**

L'interviewée dit pouvoir se confier auprès de ses collègues. Elle exprime cependant son empathie envers les patients qui subissent une stomie et donc les odeurs s'en dégagent. Elle reconnaît la souffrance et la gêne qu'ils peuvent ressentir ou même leurs familles et leur entourage. « Mais ouais, elles se sentent gênées, elles n'osent pas dire aux gens quand elles sont hospitalisées parce qu'elles sont gênées. Elles veulent pas qu'ils viennent dans la chambre. Enfin c'est un isolement social » (Interviewée n°2).

Selon les dires de l'infirmière, le patient est également plus gêné car il est devant l'autre alors que la situation touche la sphère intime. « [...] pour nos patients stomisés, y en a qui expriment le dégoût face à leur propre stomie et puis l'odeur qu'elle dégage. [...] Mais je pense aussi qu'ils sont plus dégoûtés parce qu'on est là. Peut-être que c'est la gêne vis-à-vis de l'autre, [...] » (Interviewée n°2).

#### Dégoût / répulsion

##### **Aspect visuel, odeur, mal à l'aise, choc, sentiment de répulsion, fuite**

L'infirmière relate avoir déjà ressenti ce sentiment. Elle rapporte l'histoire d'un jeune qui s'est présenté dans un mauvais état d'hygiène corporelle. Ici, ce n'est pas tant l'odeur qui la dérangeait mais le fait que ce patient était totalement autonome et capable de se laver. Elle et ses collègues ont donc eu plus de difficulté à supporter l'odeur que si c'était un patient en perte d'autonomie.

Elle explique que ce sont les odeurs qui la dérangent le plus, ainsi que tout ce qui touche à la sphère ORL (expectorations, crachats, trachéotomie, ...).

Enfin, l'odeur est un critère diagnostique dans les plaies pour mettre en évidence une éventuelle infection. Il est donc nécessaire de la prendre en compte, en parler ouvertement avec le patient et proposer des moyens pour diminuer la souffrance engendrée par la gêne de l'odeur. En effet, l'estime de soi peut être diminuée et en parler peut aider le patient à faire face à cette atteinte de l'intégrité corporelle.

---

<sup>30</sup> ORL

## Tabou

### **Peur du jugement, regard des autres**

Selon les dires de l'infirmière, nous relevons que le sujet n'est pas tabou au sein du personnel soignant, elle en parle ouvertement avec ses collègues pour trouver des moyens et des stratégies pour pallier les situations de répulsion. Cependant, elle souligne que certains soignants d'autres unités ont de la peine à en parler, ils n'osent pas, ils sont mal à l'aise avec le sujet.

Vis-à-vis du patient, la distinction est plus subtile : son contexte socio-environnemental est à prendre en considération.

Prenons l'exemple des patients présentant une stomie, qui viennent pour vider leur poche. Ici, le sujet n'est pas tabou, car il fait partie intégrante du soin. De plus, le patient subit sa stomie et en souffre ; il est donc nécessaire de prendre en considération son mal-être et d'en parler. L'éducation thérapeutique peut être un moyen pour aborder le sujet. « Oui, oui, il se sent plus considéré, disons que c'est pas un problème qui est caché. On dit “ oui, il y a un problème d'odeur, qu'est-ce qu'on peut faire ”. Je pense même si on n'arrive pas à bien gérer, il sent quand même qu'on le prend en charge, qu'on est conscient de cette souffrance et de cette difficulté » (Interviewée n°2).

Alors qu'il est parfois plus délicat d'en parler lorsque la cause du dégoût est liée à la manière de vivre de la personne. Par exemple, une personne âgée qui vit la perte de son autonomie et de ce fait présente un mauvais état d'hygiène corporelle. Le sujet est alors plus délicat, de peur de blesser la personne.

Pour terminer, elle encourage les soignants à exprimer leurs sentiments de répulsion afin de trouver des solutions et de permettre à chacun de vivre la situation au mieux.

## Stratégies

### **Entraide, solidarité, écoute, empathie, partage avec l'équipe, analyse de la pratique, matériel (masques)**

Grâce à sa pratique soignante, au cours du temps, l'infirmière a réussi à développer des stratégies pouvant atténuer les désagréments causés par les odeurs.

Le spray et l'aération de la pièce sont volontiers utilisés à la fin du soin, lorsque le patient est sorti, pour chasser les mauvaises odeurs sans pour autant mettre le patient mal à l'aise. Il existe également la possibilité de remplir un récipient de mousse à raser ou de placer une litière pour chat sous le lit, afin d'absorber les mauvaises odeurs. De plus, l'utilisation d'huiles essentielles diffusées dans la pièce rend l'atmosphère plus agréable.

Le port du masque peut être utilisé en prévention avec quelques gouttes d'eucalyptus. « Elles m'avaient dit, elles avaient écrit, ça sent très, très, très mauvais. Donc effectivement, en prévention, j'avais pris un masque et puis, j'avais mis un peu des gouttes d'essence d'eucalyptus dessus, en prévention, effectivement » (Interviewée n°2). Donc la communication avec les collègues est également une stratégie puisqu'elle permet

d'appréhender le soin, d'anticiper les désagréments et de mettre des moyens en place pour les pallier. Il faut relever que selon l'infirmière, le patient remarque moins le masque car elle porte souvent l'équipement complet lors de ses soins (blouse + gants).

Se préparer mentalement, anticiper les mauvaises odeurs sont également des moyens pour ne pas être surpris et donc d'accepter plus facilement le dégoût engendré.

L'infirmière décrit ses relations avec ses collègues très bonnes, remplies de soutien et d'échanges, ce qui, selon elle, favorise la prise en soins des patients. Elle serait prête à décharger une collègue si la situation est trop pénible pour elle, car elle comprend que chacun puisse avoir des blocages en lien avec son parcours de vie. Cependant, elle souhaiterait également aider cette collègue pour qu'elle puisse parvenir à surmonter son dégoût, car elle est aussi en souffrance.

Bien que cette stratégie puisse entraîner une moins bonne prise en soin, l'évitement et/ou la diminution du temps de présence avec le patient sont des moyens d'épargner le soignant.

Enfin, il est possible de faire recours à un aromathérapeute qui propose des lotions avec des fragrances différentes que le patient peut choisir et appliquer sur la peau, à la périphérie de la plaie.

Bien évidemment, proposer une douche est un moyen classique pour rétablir une bonne hygiène corporelle.

Pour finir, elle met l'accent sur l'importance de la communication au sein de l'équipe, d'échanger avec ses collègues et de partager ses expériences.

### **3. Entretien 3**

#### Profession infirmière

#### **Mentalité, culture, état d'esprit, valeurs, dignité humaine, société, éducation**

L'interviewée pense que tous les soignants peuvent ressentir du dégoût face à une situation, seulement, en tant que professionnelle, il faut être capable de réaliser les soins sans que le patient se rende compte du dégoût engendré.

Elle prend en considération les situations des gens car certaines d'entre elles sont déjà suffisamment délicates. Elle fait preuve d'empathie en se mettant à leur place et tente de gérer ses émotions pour ne pas les faire ressentir au patient. « On est assez des "MacGyver" dans certains domaines » (Interviewée n°3).

#### Emotions soignant / patient

#### **Souffrance physique et psychologique, non-verbal, honte**

L'infirmière explique qu'elle se doit d'être présente pour le patient voire même s'oublier émotionnellement pour le prendre en soins. « C'est pas toujours évident parce que faut être

là pour le patient. Pis en même temps, parce que quand on est soi-même, c'est pas toujours simple » (Interviewée n°3).

Parfois les situations sont tellement fortes que l'émotion ressentie se manifeste par une réaction physique.

Le sentiment de honte chez le patient est souvent présent dans certains cas de répulsion. Il est donc important d'être vigilant quant à la prise en charge afin de ne pas diminuer davantage son estime de soi et de ne pas le rendre encore plus mal à l'aise.

L'infirmière explique qu'elle a souvent de la difficulté à exprimer ses émotions. Il lui faut connaître la personne intimement (collègues) pour lui faire confiance et se livrer.

Pour finir, elle pense qu'il est impossible de ne pas émettre de jugement (même intérieur) dans ces cas de répulsion qui influencera la prise en charge.

La peur vient altérer la prise en soins de certains patients parce qu'elle ne connaît pas à l'avance les réactions qu'ils peuvent avoir.

### Dégoût / répulsion

#### **Aspect visuel, odeur, mal à l'aise, choc, sentiment de répulsion, fuite**

Cette infirmière dit ne pas ressentir de dégoût dans sa pratique. Seulement, notons qu'elle dit : « Ce qui me dérange le plus, moi, c'est les situations où les patients vomissent et que c'est alimentaire. [...] c'est l'odeur qui m'incommoder le plus ». (Interviewée n°3)

### Tabou

#### **Peur du jugement, regard des autres**

L'infirmière que nous avons interviewée ne dit jamais que les sentiments de répulsion sont tabous. En effet, si cela est nécessaire, elle en parle auprès de certains collègues de confiance, plutôt qu'auprès de l'IRUS ou lors de certains colloques prévus à cet effet. Concernant les temps de supervision, elle voit son utilité pour le reste de l'équipe mais précise qu'elle ne ressent pas le besoin d'y participer.

Par rapport au patient, elle pense qu'il est parfois possible d'en parler sur le ton de la plaisanterie, mais que cela dépend de la personne.

Tout au long de l'entretien, l'infirmière exprime des propos contradictoires concernant le tabou des sentiments de répulsion. Par exemple, à la fin de l'entretien, elle revient sur ce que son IRUS lui a dit au sujet de notre thème. Elle lui a répondu : « Mais je suis même pas sûr que ça en vaille la peine, parce que je ne saurai pas trop quoi leur dire en fin de compte. Y a rien qui me dégoûte vraiment » (Interviewée n°3). On remarque que ce sujet la concerne peu et elle ne ressent donc aucun tabou. Pourtant, on remarque à plusieurs reprises des formes de contradiction. Par exemple, elle dit « prendre l'excuse de pouvoir mettre le masque » (Interviewée n°3). De plus, pour ne pas mettre le patient mal à l'aise, elle préfère ne rien lui dire concernant des odeurs dérangeantes.



### Stratégies

#### **Entraide, solidarité, écoute, empathie, partage avec l'équipe, analyse de la pratique, matériel (masques)**

Les stratégies utilisées par l'infirmière lorsqu'une odeur nauséabonde est présente sont de retenir son souffle, faire des allers-retours dans la chambre sous prétexte d'avoir oublié des choses, de mettre des crèmes genre baume du Tigre ou lavande autour des narines ou dans le masque. Cependant, celle qu'elle utilise le plus souvent est l'Hopirub qu'elle respire avant d'entrer dans la chambre.

Si le port du masque doit être justifié auprès du patient (alors que son utilisation est uniquement de couvrir l'odeur nauséabonde ou de masquer une partie de l'expression du visage), l'infirmière peut l'argumenter en prétextant de « ne pas rajouter des germes quand on a le rhume » (Interviewée n°3).

Même si elle n'en ressent pas le besoin, la délégation du patient à un de ses collègues pourrait être une stratégie.

De plus, elle pense que dédramatiser les situations pesantes permet d'apaiser l'atmosphère avec le patient, en utilisant des mots tels que : « c'est bon, c'est pas grave, ça arrive » (Interviewée, n°3).

Elle pense qu'à force d'être confrontée à des situations de répulsion, une certaine habitude se crée et facilite la prise en charge. « Mais je crois que le fait d'avoir ça, finalement, au quotidien ou régulièrement, fait qu'on s'habitue. On prend l'habitude et les gens nous disent : “ Mais comment tu fais ça ? ” Bah comme toi tu tapes à la machine. C'est notre quotidien » (Interviewée n°3). Elle nous décrit bien qu'une certaine distance, une barrière est mise en place pour se protéger.

La stratégie qu'elle utilise volontiers est l'humour entre soignants. Il est possible parfois de rigoler avec le patient aussi, mais cela peut être délicat et doit être évalué à chaque situation.

La communication, l'entraide et l'organisation entre collègues sont utiles pour pallier les situations de répulsion. Elles sont plus facilement réalisables lorsqu'on a des affinités avec le collègue en question, lorsqu'on peut lui faire confiance. En ce qui concerne le patient, il lui est très pénible de dire franchement la cause de son dégoût.

Dans son unité, si les infirmières en font la demande, il est possible d'avoir des supervisions, mettre à jour les difficultés et trouver des solutions. Cependant, elles sont encore rares.

Mais il est important d'être capable de fixer et de reconnaître ses limites. Il n'y a rien de plus dangereux que de faire un soin qu'on ne maîtrise pas (que ce soit technique ou psychologique).

## 4. Entretien 4

### Profession infirmière

#### **Mentalité, culture, état d'esprit, valeurs, dignité humaine, société, éducation**

L'infirmière estime avoir plus d'expérience et plus de facilité face à des situations de répulsion par rapport à une novice. « Et pis, avec le métier, on arrive à surmonter certaines odeurs. Je pense qu'une personne qui ne travaillerait pas dans le domaine médical ne supporterait pas cette odeur-là, de voir ces choses-là » (Interviewée n°4). Elle nous parle à plusieurs reprises d'une habitude qui s'installe face aux désagréments et d'une prise de distance face à cette problématique. En premier lieu, l'infirmière va au-delà de l'odeur ou de l'aspect. Elle exprime que « la personne a autre chose à offrir [...] la personne peut être très agréable » (Interviewée n°4). Elle reconnaît être attirée plutôt par les choses agréables, mais fait preuve de professionnalisme et s'adapte face aux situations plus problématiques. Elle comprend qu'un soignant puisse refuser un soin. Selon elle, c'est faire preuve de professionnalisme que de reconnaître ses limites. « Je pense que ça, c'est aussi être soignant [...] » (Interviewée n°4).

Liée par le secret professionnel, elle évoque l'importance de se décharger auprès de ses collègues ne pouvant pas ramener ces situations à la maison.

### Emotions soignant / patient

#### **Souffrance physique et psychologique, non-verbal, honte**

L'infirmière prend en compte le confort et la souffrance du patient, car elle confie qu'il se rend compte de certaines odeurs qu'il peut dégager et que cela a un impact sur sa vie sociale. Elle conçoit que l'infirmière est, avant tout, un être humain sensible et qu'il est, selon elle, tout à fait normal de vivre des sentiments de répulsion. Cependant, une bonne professionnelle doit pouvoir reconnaître ses limites afin d'y travailler. Consciente d'éprouver des difficultés face à des patients souffrant d'alcoolodépendance, elle essaiera de surmonter au mieux ses émotions pour ne pas entraver la prise en soins.

### Dégoût / répulsion

#### **Aspect visuel, odeur, mal à l'aise, choc, sentiment de répulsion, fuite**

Selon l'infirmière, ses sens les plus affectés lors de situations de dégoût sont l'odorat et la vue. Le toucher est par contre un sens qui lui provoque moins de rejet (port de gants). Elle ajoute que chaque personne est différente et a un seuil de tolérance qui lui est propre. Il est d'autant plus marquant pour des soignants intérimaires n'ayant pas l'habitude d'être confronté à de telles odeurs. Elle décrit que certaines peuvent être persistantes et confie : « rien que le fait de se rappeler de l'odeur, ça peut, un peu couper l'appétit » (Interviewée

n°4). Notre interlocutrice explique ressentir parfois du dégoût face au physique de certaines personnes. Elle relate l'histoire d'une dame ayant l'apparence d'un homme.

L'infirmière dit : « [...] si ça rentre vraiment en conflit avec mes valeurs, ce sera beaucoup plus difficile pour moi d'entrer dans les soins, qu'une situation où il y a un dégoût plus sensoriel » (Interviewée n°4).

### Tabou

#### **Peur du jugement, regard des autres**

D'après les dires de l'interviewée, il ressort que le dégoût n'est pas un sujet que l'on aborde facilement avec le patient, par contre, entre collègues c'est beaucoup plus facile. A noter que parfois « c'est pas toujours quelque chose qui est très évident de parler » (Interviewée n°4). Par exemple, l'infirmière évoque qu'il existe du dégoût dans les soins mais elle est hésitante, presque sur sa réserve quant à l'utilisation des mots pour le décrire. D'un autre côté, elle exprime facilement qu'avoir du dégoût n'est pas tabou pour elle, mais que cela peut influencer sa prise en soins.

L'infirmière insiste sur le fait que les voisins de chambre ou les visites des patients peuvent eux aussi être dérangés par les odeurs jusqu'à en arriver à un isolement du patient. Ceci reste, bien évidemment, un sujet tabou.

Elle manifeste plus de difficultés, même des préjugés lors de situations psychologiques. Elle décrit la complexité qui peut faire écho chez le soignant. Dans les cas somatiques où l'on a à faire aux cinq sens, il existe des stratégies pour faire face à ce tabou (par exemple parler d'une plaie). Au niveau psychologique, la difficulté réside dans l'expression de ce qui peut nous renvoyer d'un point de vue personnel et pour l'instant elle n'a pas trouvé de stratégie.

Elle nous confie que certaines situations de dégoût sont plus faciles à partager à deux, avec une personne de confiance, qu'au moment du rapport avec l'équipe.

### Stratégies

#### **Entraide, solidarité, écoute, empathie, partage avec l'équipe, analyse de la pratique, matériel (masques)**

L'infirmière déclare très rapidement qu'il n'est pas possible d'ignorer certaines odeurs. Elle explique cependant avoir différents moyens pour pallier ce désagrément : elle cite les gants, les masques, certaines huiles essentielles, sprays, bassin rempli de crème à raser pour absorber les odeurs et préférer des chambres seules plutôt que des chambres à sept lits.

Elle n'ignore pas la problématique, au contraire, elle en parle et cherche à trouver des solutions qui conviennent aux situations. Une bonne communication au sein de son équipe, favorable aux échanges, améliore les prises en soin dans des situations de répulsion. Il est

aussi très important de ne pas juger ses collègues qui éprouveraient des difficultés à effectuer certains soins. Elle prend en compte leur ressenti qui pourraient s'exprimer en ces termes : « bah moi, ça j'arrive pas à faire, parce que pour moi, c'est trop... ». Elle ajoute : « oui, je pourrais aller remplacer mais le contraire serait aussi vrai » (Interviewée n°4).

Elle insiste sur l'importance d'une bonne dynamique d'équipe. Néanmoins elle privilégie des échanges plus intimes avec des collègues de confiance, surtout lors de situations qui provoqueraient une répulsion d'ordre psychologique. Les échanges se font habituellement lors des transmissions, n'ayant pas le temps pour participer à des supervisions qui seraient, selon elle, très utiles.

Elle est consciente qu'elle pourrait facilement se trahir par son non-verbal, elle tente donc de le masquer un maximum.

## **V. Analyse transversale**

Nous allons analyser les quatre interviews des infirmières en lien avec chacun des thèmes soulevé préalablement.

### **1. Profession infirmière**

Ce qu'il ressort dans toutes les interviews effectuées auprès des soignantes, est leur faculté à faire face au dégoût, une tâche laborieuse, voire repoussante. Les infirmières disent : « On fait avec » ! L'interviewée n°2, s'exprime à ce sujet : « Et c'est vrai qu'on s'y habitue. Ça reste pas agréable. Ça reste incommodant quelque part. Mais c'est vrai que ... bin voilà ... on sait que c'est comme ça et puis, on fait avec ». Pour elles, cela fait partie de leur cahier des charges, de leur profession. « Ça fait partie du boulot entre guillemet » (Interviewée n°1). Ces infirmières disent également qu'avec le temps, c'est plus facile, car elles s'habituent, s'accoutument. Dans la littérature, il est aussi évoqué que c'est au fil du temps, par leurs expériences que les infirmières apprennent et finalement parviennent à trouver des stratégies pour appréhender ces situations parfois délicates.

Il arrive cependant que cela soit insupportable, insurmontable. L'équipe est alors une ressource pour demander de l'aide. L'entraide est soulevée par trois des quatre infirmières. Elles essaieraient de comprendre le soignant en difficulté, de l'aider à surmonter son désarroi et de venir lui prêter main forte le cas échéant.

Aucune des infirmières ne refuserait une prise en soin d'un patient, malgré une gêne ou une forme de dégoût. « J'essaie de faire en sorte que ouais, enfin que si t'as un à priori, t'essaies de pas le faire passer parce que y a pas de raisons que la personne s'en aperçoive, déjà d'une, on est censé soigner tout le monde. Même si on n'aime pas ci, ou si on n'aime pas ça, on le fait quand même, on n'a pas le choix. Donc, on fait avec » (Interviewée n°1).

Cela fait référence aux principaux droits des patients de la loi genevoise sur la santé, K1 03, art. 42, Droits aux soins.

« Le métier d'infirmier, c'est aider les gens à faire des choses qui momentanément, ils ne peuvent pas faire seuls » (Interviewée n°2). Toutes les infirmières interviewées montrent de l'empathie envers les patients dont elles s'occupent. Elles sont touchées par leur souffrance, ne souhaitent, en aucun cas, les rendre plus mal à l'aise ou gênés. Cette infirmière donne, d'une certaine façon, une définition des soins. Ces soignantes semblent respecter au mieux les principes éthiques de la bienfaisance, de la non-malfaisance ainsi que de la justice et de l'équité. Cela répond aux responsabilités morales qu'exige la profession.

Toutes les infirmières que nous avons interrogées étaient unanimes sur le fait qu'il y a une bonne communication au sein de l'équipe. Les soignantes peuvent parler entre elles des difficultés qu'elles rencontrent. Ces moments d'échanges se passent au moment des transmissions orales principalement, et parfois de manière informelle. Par contre, aucune infirmière ne bénéficie de supervision établie au sein du service. Toutes le soulignent car elles pensent que ce serait un bon moyen de se décharger du trop plein émotionnel. Les infirmières expliquent que c'est le facteur temps qui joue en leur défaveur, car elles sont dans des services chargés au niveau du travail.

Une seule infirmière relève qu'elle est liée au secret professionnel et ainsi profite de discuter avec une collègue, ne pouvant rapporter la situation à la maison. « On est aussi lié au secret professionnel, donc il y a beaucoup de choses qu'on ne peut pas ramener » (Interviewée n°4). On constate que cette infirmière est bien au clair sur sa responsabilité professionnelle du point de vue juridique. En effet, elle respecte l'article 87 de la loi genevoise sur la santé (K1 03).

Toujours dans le domaine de la communication, mais cette fois-ci en lien avec le reste de la société, deux des interviewées disent que les discussions d'infirmières, sur le travail qu'elles accomplissent ou sur ce qu'elles voient au quotidien, n'est pas bien compris par leur entourage. Cela fait référence à l'image de l'infirmière qu'a la société. En effet, dans l'étude menée par Lawler (2001), la plupart des infirmières consentent à dire que la profession n'est pas bien comprise de la société et que la majorité des gens ignorent ce qu'implique réellement ce travail. Le public a tendance à se focaliser sur les aspects soit déplaisants par rapport au corps et à l'esthétisme, soit à la sexualité. Selon Lawler (2001), « il n'est pas facile d'expliquer au public le travail des infirmières, puisque celui-ci est invisible, considéré comme un « travail sale » et qu'il touche à des fonctions corporelles intimes » (p. 133). Si les interviewées peuvent parler de leur quotidien, parfois même à l'heure des repas, cela n'est pas accepté de tous. « [...] on en parle pendant les repas. Si on était des gens normaux, ça passerait pas, parce qu'on ne parle pas de choses désagréables pendant qu'on fait des choses qui doivent être agréables » (Interviewée n°4).

L'interviewée n°3 parle également de son travail qui n'est pas compris hors de l'hôpital : « on prend l'habitude et les gens nous disent : “ mais comment tu fais ça ? ” Bah comme toi, tu tapes à la machine. C'est notre quotidien ». Pour ces soignants, c'est leur profession au quotidien, mais leurs proches en sont choqués ! « Mais vous parlez de quoi ?!! Ils se disent : “ mais t'es dégueulasse ”. Oui c'est vrai (rires). Je crois qu'on s'en rend même plus compte » (Interviewée n°3).

Dans la littérature, nous retrouvons cet aspect sur le travail des infirmières, qui peut être qualifié de sale. Les infirmières sont d'accord pour dire qu'il est difficile d'en parler : différentes facettes de leur profession « ne sont pas des sujets de conversation acceptables dans une société « policée », les infirmières reconnaissent aussi qu'elles s'occupent de choses taboues » (Lawler, 2001, p. 240). Elles prennent alors des précautions ou s'empêchent de parler de leur travail, de peur de choquer les gens, de les rendre mal à l'aise. Elles évitent d'aborder le sujet à ceux qui ne seraient pas à même de comprendre ainsi que pour la connotation de « travail sale » que leur profession peut véhiculer au sein du grand public.

Une seule infirmière parmi les interviewées relève le fait que les patients doivent également se montrer respectueux envers les soignants. Le respect, comme valeur morale, mais également comme un devoir de patient. « [...] c'est aussi une forme de respect envers nous que de venir propre et de sentir rien » (Interviewée n°2). Cette infirmière fait référence à un état d'hygiène très négligé de la part d'un jeune patient ayant la capacité d'effectuer ses propres soins d'hygiène corporelle. En effet, dans la loi K1 03, l'article 40, alinéa 2 stipule que : « en institution de santé, les patients et leurs proches observent le règlement intérieur et manifestent du respect envers les professionnels de la santé et les autres patients ».

## **2. Emotions soignants/patients**

En ce qui concerne les émotions, les infirmières interviewées font ressortir certains thèmes abordés dans la littérature. Nous allons, au travers de cette analyse, comprendre quels sont les points communs qui reviennent assez fréquemment dans les interviews et ceux qui divergent du reste de leurs collègues ou qui ne se retrouvent pas dans la littérature. Nous allons tout d'abord nous concentrer prioritairement sur les sens sollicités amenant les infirmières à éprouver des émotions.

### **2.1. Le regard**

Pour maîtriser ses émotions, la professionnelle explique comment elle va imposer un regard clinique, pour évaluer le patient et comment elle fait appel au travail émotionnel pour y faire face. En effet, elle va « protocoliser » les soins afin d'assurer une bonne

distance avec le patient et, de ce fait, être efficace. C'est une professionnalisation des perceptions afin de se protéger des émotions.

Je pense que des fois, quand on est concentré, au final, du coup, on est dans son soin, on va se dire, on va faire ça, ça, ça, ça (elle tranche la table de sa main). On observe déjà la plaie, y a plein de trucs à regarder, à observer. Est-ce que ça coule, est-ce que ça coule pas ? Du coup, peut-être que quand on est absorbé dans tout ça, peut-être que ça transparaît moins [en référence au dégoût]. (Interviewée n°1)

Une infirmière explicite que les patients n'ont pas le temps de se rendre compte que l'infirmière n'est pas bien. Nous notons qu'elle entre en contradiction avec la littérature. En effet, Mercadier cite le regard vérité que les patients recherchent dans le regard de l'infirmière afin d'y trouver ce qu'on ne veut pas dire, comme le dégoût provoqué par le vomi. Donc même si l'infirmière pense que les patients n'ont pas le temps de voir qu'elle est dégoûtée par la situation, ce n'est sûrement pas le cas car ils sont à l'affût de toutes les mimiques de l'infirmière pour y déceler la vérité.

Une autre infirmière décrit également comment la seule présence de l'autre qui le regarde et donc qui le juge au travers du regard vérité et esthétique peut être gênant pour le patient, voir dégoûtant. « Mais je pense aussi qu'ils sont plus dégoûtés parce qu'on est là. Peut-être que c'est la gêne vis-à-vis de l'autre, c'est vrai que quand on va aux toilettes, ma foi oui... c'est intime, on est seul... » (Interviewée n°2).

En ce qui concerne le regard affectif, qui est le plus important dans la profession soignante, une autre infirmière l'évoque lorsque nous lui demandons si pour elle c'est plutôt l'aspect visuel qui la dégoûte ou les odeurs : « non, pas chez moi. Des fois, ça [en parlant du côté visuel du soin de réfection de stomie] provoque l'étonnement, du coup, on a pas mal d'empathie envers le patient quand on voit, les pauvres, tout ce qu'ils ont. Mais non, jamais de dégoût » (Interviewée n°2). Comme le décrit Mercadier (2002) ce type de regard va amener l'infirmière à détecter les émotions du patient, dans ce cas, la peur face à sa stomie, et à révéler les émotions chez la soignante, qui sont la compassion et l'empathie.

Nous voyons donc bien comment dans cette thématique, il est encore une fois difficile que les propos des soignants soient en accord avec ceux de la littérature.

## **2.2. L'odorat**

L'odorat est aussi mis en avant par les infirmières. Elles décrivent en parlant des selles, l'impact que cela a sur le patient et sur le soignant. Mercadier (2002) nous disait que les infirmières ne savent pas si les patients se rendent compte de l'odeur et de la puanteur qu'ils dégagent. Par contre, les interviewées décrivent, lorsque nous abordons les questions sur les stratégies pour pallier les odeurs, que les patients s'en rendent parfaitement compte.

Trois d'entre elles décrivent la gêne qu'éprouvent les patients face aux odeurs qu'ils émettent.

Oui, bah parce que quand on fait le pansement, des fois, ils sont gênés aussi. Ils nous disent « j'suis désolé, ouais, ça sent pas bon... ». Enfin, ils le sentent. Bon, nous c'est en digestif, donc souvent au niveau de l'abdomen, c'est proche, enfin c'est... c'est vrai qu'ils s'en rendent compte. (Interviewée n°2).

Les infirmières, en général, décrivent aussi comment il est difficile de faire abstraction des odeurs. « C'est pas évident quand on rentre dans la chambre d'ignorer l'odeur. Donc ouais, c'est typiquement, enfin ouais, les anecdotes, y en a beaucoup ». (Interviewée n°4) ou encore « [...] c'est vrai, les odeurs, urines, disons, j'ai eu des patients comme ça. C'est vrai que c'est pas facile quand même, c'est vrai que ouais... Y a une agression. Donc, je ne sais pas. C'est pas des odeurs faciles à supporter » (Interviewée n°2). Nous voyons bien comment, dans ce contexte obligatoire, la soignante se sent agressée par l'odeur. Mais celle-ci n'est pas liée uniquement à la biographie et aux expériences de la personne. Ces deux infirmières s'accordent sur le fait que la souffrance engendrée par l'odeur est transposable à l'entourage du patient et qu'elle devient donc un frein à la vie sociale de celui-ci.

A présent, nous allons plus spécifiquement nous pencher sur l'analyse des émotions primaires. De toutes les émotions citées dans la littérature, il n'y en a que deux qui sont ressorties des interviews. Afin de commencer à traiter ce nouveau thème, nous allons nous concentrer sur l'émotion comme un signal de communication

### **2.3. Emotion : signal de communication**

Les infirmières interviewées sont d'accord pour dire qu'elles éprouvent une émotion suite à la vision de vomi ou d'une plaie. Cette émotion est un signal qui nous indique notre état intérieur exprimé à l'extérieur. Cet état est visible à l'interlocuteur (donc le patient) et inversement étant donné que c'est une communication. Deux des infirmières expliquent comment il est difficile de contrer cette communication et qu'elle s'impose aux deux interlocuteurs (soignant et soigné). Pour l'un ce sera plus difficile de ne pas lire sur son visage qu'il ressent de la gêne alors que pour l'autre ce sera le visage fermé qui indiquera qu'il a du mal avec une situation d'ordre psychologique.

En ce qui concerne l'interviewée n°3, elle décrit comment elle va essayer d'éviter le sujet en essayant d'occulter toute communication. Pour ce faire, elle va cacher l'interaction en allant très vite dans sa tâche et ainsi ne pas laisser le temps au patient de voir son émotion.

Pis on a souvent un rythme qui est... pas lent, dirons-nous. Donc c'est vrai, ça va vite quand ils nous voient faire les allers-retours, donc peut-être ils ont même pas le temps de se rendre compte qu'on est un peu brassé. Y en a qui nous dise : « ah j'sais



pas comment vous faites, moi je pourrais pas...». Bon des fois, on sait pas comment on fait non plus. (rire général). Ça se fait tout seul. (Interviewée n°3)

Cette infirmière est la seule à penser qu'elle arrive à contrer l'interaction non-verbale et par conséquent ne pas établir de communication. Alors que cette dernière est constamment présente, notamment comme cité précédemment, quand les patients recherchent le regard vérité dans les yeux de l'infirmière, la communication s'établit indépendamment de la volonté de cette dernière.

## **2.4. La gêne**

En ce qui concerne la gêne, trois infirmières sur quatre en parlent tout au long de leur interview, qu'elle soit éprouvée par le patient ou par les soignants. Lorsque nous leur demandons d'explicitier leurs sentiments, c'est souvent la notion de gêne qui est évoquée. Nous pouvons donc analyser cela en nous appuyant sur la théorie de Mercadier (2002), comme une façon de diminuer l'impact de l'émotion primaire du dégoût, masqué sous le terme de gêne.

La quatrième interviewée est la seule qui décrit l'émotion primaire du dégoût en tant que telle. Elle exprime tout au long de l'entretien que le dégoût est un sentiment plus que légitime dans notre profession. Contrairement aux trois autres soignantes, cette infirmière ne parle à aucun moment de gêne, qu'elle soit éprouvée par les soignants ou ressentie par les patients.

Moi, je pense que c'est normal de les vivre [sentiments de répulsion]. Mais après, je pense qu'il y a un travail à faire là-dessus. Parce que de les vivre, de dire bah bon c'est dégoûtant, et pis de s'arrêter là, je pense que c'est pas normal. (Interviewée n°4)

## **2.5. La peur**

Il n'y a qu'une seule interviewée qui explicite en quoi son parcours professionnel a été influencé par ses émotions. Elle relate que ce choix n'a pas été fait sous l'emprise du dégoût mais par une autre émotion primaire qui est la peur ou même l'angoisse (qui est une émotion secondaire reliée au contexte hospitalier). « Non, pas de répulsion, plutôt des choses que je n'aimais pas faire ou qui me foutaient la trouille. J'irai jamais en onco je crois, parce que faire une chimio, c'est un truc qui me stresse, c'est épouvantable » (Interviewée n°3).

Les autres infirmières ne vont à aucun moment évoquer les émotions primaires que toute personne ressent, qu'elles soient positives ou négatives. Nous sommes donc en droit de nous poser la question si elles ne ressentent pas ces émotions ou si elles ne les explicitent

tout simplement pas. Afin d'essayer d'y répondre, nous pouvons nous référer au cadre théorique sur la peur. En effet, que ce soit une offense ou une attaque provoquée par les malades, les soignants évitent de le prendre pour eux, en refoulant leurs émotions, car les patients sont protégés sous l'étiquette de la maladie. Les émotions que va ressentir l'infirmière peuvent alors s'exprimer contre d'autres professionnels de la santé, engendrant des conséquences négatives sur la dynamique d'équipe. Si nous nous appuyons sur cette théorie, cela pourrait expliquer pourquoi les interviewées n'en parlent pas, dans le but de conserver un climat de travail idéal.

## **2.6. Gestion des émotions**

Concernant la gestion des émotions, une seule infirmière parle des compétences émotionnelles citées par Lhuillier (2006) et décrites par Goleman (2002) : « la conscience de soi et la gestion de soi ». Ce sont les compétences qui font références aux émotions propres du soignant. Les compétences émotionnelles amènent au développement personnel et permettent à chaque individu d'avoir une meilleure connaissance de soi-même et donc de ses limites. L'infirmière appuie cette théorie par le propos suivant : « après ça dépend aussi, chacun aussi a un seuil de tolérance, mais je dirais que dans les soins... y a quand même toujours un minimum qu'on essaie d'offrir dans le professionnalisme » (Interviewée n°4).

Un autre aspect de la gestion des émotions est quand l'infirmière explique comment elle conjugue la prise en soins du patient, face à une situation qui fait écho en elle, et comment elle ferait pour gérer la situation. Elle parle de l'autre compétence émotionnelle : la gestion de soi.

Par exemple, les personnes qui sont dans l'alcoolisme, moi, ça me poserait plus de problème pour des raisons personnelles. Donc voilà ! Si d'autres personnes... je pourrais donner les soins, mais si quelqu'un [un collègue] veut aller plus en avant dans cette situation, bah pour moi, ça serait plus facile. (Interviewée n°4).

Il va sans dire que les compétences émotionnelles peuvent être empêchées par l'histoire de vie du soignant et de la maîtrise de ses réactions affectives. « Je crois qu'il y a des choses qu'on ne commande pas, y a des réactions, c'est physiologique. [...] C'est quelque chose de physiologique, c'est quelque chose qu'on ne contrôle pas » (Interviewée n°3). Etre entravé par ses réactions affectives peut nous limiter dans les deux autres compétences émotionnelles qui sont la conscience et la régulation des émotions du patient. Lors des interviews et comme nous l'avons explicité précédemment lors de la thématique sur la gêne, il semblerait que les infirmières soient capables de reconnaître chez le patient qu'il éprouve de la gêne lors de certaines situations. Mais là encore nous sommes en droit de nous poser la question si elles arrivent après à gérer leurs émotions ainsi que celles du

patient. « Et il est tellement gêné le patient que franchement, toi, t'es plus gênée que lui » (Interviewée n°1).

De plus, cette gestion des émotions est imposée dès la formation à l'école d'infirmière. Une seule des infirmières interviewée fait le parallèle entre son apprentissage scolaire et la sensibilisation à l'expression de ses émotions dans le domaine du travail ou à la mobilisation de ses sens pour la communication verbale et non-verbale. L'infirmière décrit comment déjà lors de sa formation il fallait réprimer ses ressentis.

## **2.7. Travail émotionnel**

Du point de vue des émotions, on remarque que toutes les infirmières décrivent comment, pour faire son métier, les professionnelles sont obligées de se « revêtir » d'un rôle afin d'être présentes pour le patient tout en surmontant ses émotions négatives : l'habit du soignant. « [...] c'est pas toujours évident parce que faut quand même être là pour le patient. Pis en même temps (rire gêné), parce que quand on est soi-même, c'est pas toujours simple » (Interviewée n°3). Nous voyons bien là qu'elle nomme un concept naturel pour elle mais qui rentre dans le chapitre du travail émotionnel. En effet, nous parlons là d'une personnalité de travail qui permet de se protéger des situations difficiles tout en l'assurant, c'est-à-dire être présentes physiquement et émotionnellement pour le patient.

Les infirmières décrivent de quelles manières il faut contrôler ses propres émotions tout en induisant chez le patient des émotions qui lui permettront de faciliter son travail, d'atténuer une gêne liée à son intimité ou face à des situations de dégoût. « Moi, je pense que c'est normal de les vivre [les sentiments de répulsion]. Mais après, je pense qu'il y a un travail à faire là-dessus. [...] C'est important parce que le patient ne doit pas se sentir rejeté par rapport à ça » (Interviewée n°4). Nous voyons bien dans cet exemple, que la soignante pousse à faire un travail émotionnel et que si ce dernier n'est pas mis en place, alors elle le vivra mal et ne sera pas adéquate dans son travail ; faire appel au travail émotionnel, c'est pouvoir exprimer des émotions tout en étant conforme au rôle professionnel ainsi qu'être en harmonie avec le ressenti des patients.

Dans la continuité de son processus de travail émotionnel, une infirmière évoque le travail d'empathie. En effet, elle fait ce travail afin de pouvoir mieux contrôler ses émotions, de les rendre maîtrisables pour induire chez le patient des émotions qui vont faciliter la prise en soins :

Alors si en plus, on les isole nous, et puis qu'on ne va pas les voir, je ne pense pas que... ça accentue le sentiment de solitude, de rejet, de dégoût. Je pense que pour l'image de lui... et c'est généralement des gens, des personnes qui ont déjà des troubles de l'image physiquement, parce qu'ils ont des équipements, des choses comme ça. (Interviewée n°4)

La même infirmière parle également de l'importance que joue la parole lorsqu'une situation est difficile à vivre. Dans ces propos, nous décelons la nécessité d'avoir un lieu et un temps pour pouvoir parler de ce qui pose problème, même si ces conditions ne sont pas spécifiques : « je pense justement qu'on a beaucoup de chose à évacuer, qu'on ne peut pas ramener à la maison. [...] Et puis de partir avec cette situation-là, des fois, c'est difficile. Ça, je pense qu'il faut vraiment en parler un maximum » (Interviewée n°4). Elle parle non seulement de la difficulté et de la nécessité de pouvoir « évacuer », mais les temps qui sont dédiés à cela sont les transmissions infirmières ainsi que les autres moments officieux, tels que la pause à la tisanerie. Dans la littérature, Lhuillier (2006), décrit l'importance d'avoir le temps et le soutien de la hiérarchie pour des temps de parole.

En s'appuyant du schéma<sup>31</sup> sur la théorie intermédiaire du concept du travail émotionnel, nous notons l'importance de l'organisation avec des normes sociétales et leur emploi qui laisse à l'infirmière l'autonomie nécessaire, des temps de parole sur le plan émotionnel et des rapports fréquents avec la hiérarchie. Tout cela va faciliter l'identification de l'infirmière et de son engagement professionnel en la poussant à avoir une réaction autonome et pouvoir accomplir un travail émotionnel superficiel ou, au contraire, et c'est ce qui est souhaité, un travail émotionnel en profondeur. La conséquence sera que le climat de travail sera convivial, facilitant un meilleur rendement et l'infirmière aura le sentiment d'avoir bien accompli son travail personnellement et professionnellement. Ceci est un aspect positif mais il est possible qu'elle ressente également du stress et de la tension émotionnelle amenant à un épuisement professionnel et à une dépersonnalisation des soins.

A partir des descriptifs des différentes infirmières, nous notons qu'il n'y a pas un véritable moment dédié à cela et si des colloques sont instaurés, ils ne sont que rarement utilisés pour ce genre de problématique émotionnelle. Une seule des infirmières parle des colloques de fonctionnement, aucunement adaptés à cette problématique. Les seuls moments prévus pour ces temps de parole émotionnels, sont les rapports infirmiers, lors du changement d'équipe. Bien évidemment, pour pouvoir en parler, les infirmières doivent se sentir en confiance, mais ce thème sera abordé dans le chapitre du tabou. En faisant référence à ce que nous avons précité de la littérature, nous pouvons nous demander si l'absence de temps de parole est due à l'employeur, à l'organisation ou au rôle de l'infirmière, absence qui les empêche de faire du travail émotionnel.

### 3. Dégoût/répulsion

Précédemment, dans le cadre théorique, nous avons constaté que le sentiment de dégoût peut être ressenti par un ou plusieurs de nos quatre sens. Ceux mis en avant et décrits comme étant les plus touchés au cours de nos entretiens sont dans l'ordre cité, l'odorat

---

<sup>31</sup> Cf : Annexe 6

pour l'ensemble des interviewées, soit quatre personnes, la vue pour trois, puis le toucher pour une.

Lors du deuxième entretien, l'infirmière interrogée, à l'évocation du dégoût, décrit majoritairement des odeurs : « c'était pas évident au niveau de l'odeur [...] », « [...] l'odeur était vraiment très forte et pas agréable à supporter », « [...] il sentait tellement fort la cigarette que cette odeur-là m'incommodait plus que les selles », « [...] c'était difficile au niveau olfactif » (Interviewée n°2). Nous avons pu constater précédemment que d'après Kolnai (1997), cité par Mercadier (2002), le lieu « originaire » du dégoût est l'odorat et que selon Mercadier le sens prédominant des infirmières est ce même sens.

En évoquant une situation où le sentiment de dégoût est ressenti, cette même soignante dit « bah c'est une agression olfactive [...] » (Interviewée n°2), « là, je suis agressée quelque part » (Interviewée n°2), d'après Margat (2011) l'odorat est le sens le plus touché par le dégoût (comme vu précédemment chez Kolnai), mais l'auteur explique que les odeurs nauséabondes et écœurantes s'infiltrant dans notre corps de « manière volatile », elle ajoute que « le dégoût réagit à une effraction de l'intimité corporelle » (Margat, 2011, p. 21). Dans les propos de l'infirmière, nous retrouvons bien le côté intrusif de cette odeur vécue alors comme une agression.

Toujours dans cette interview, la soignante confie que le sens de l'odorat est un des critères diagnostique dans les plaies, il nous renseigne d'une éventuelle infection. Elle relève son importance dans le milieu des soins. En effet, Rozin et Fallon (1993) cité par Marché Paillé (2011), soulignent que le dégoût signale toute forme de danger par anticipation afin d'en éviter les risques. Par extrapolation à une situation infectieuse, nous pouvons dire que le risque, lors d'une infection, est l'aggravation de la plaie et qu'une odeur nauséabonde est un signal qui pourra nous alerter.

La professionnelle de santé ajoute que, selon elle, les odeurs provenant du naturel ne provoquent pas de dégoût. Nous soulignons ici la contradiction avec le philosophe Roszenkranz (2004), cité par Margat (2011), qui témoigne que tout ce qui est organique est pourriture et aboutit à la mort, ce qui induit indubitablement du dégoût.

Elle travaille dans un service de chirurgie viscérale et se sent totalement à même de supporter les odeurs se dégageant des poches de stomie. Nous relevons ici l'importance de la spécialité du service et du choix de l'infirmière. Le facteur topologique mis en avant par Mercadier (2002) afin que le soin soit plus facilement admis par les soignants est ici confirmé.

Mercadier, au cours d'une de ses interviews avec des soignants, relate le témoignage d'une infirmière ayant écourté sa présence auprès d'un patient à cause de l'odeur insoutenable qu'il s'en dégageait. Celle-ci est tout à fait consciente d'avoir eu un contact peu chaleureux ce jour-là. Notre deuxième interlocutrice relate une situation presque identique à celle-ci où l'odeur du patient était tellement forte que même sa famille ne le visitait plus. Elle confie

qu'au niveau olfactif c'était très difficile et qu'ainsi elle avait constaté que tous ses collègues, elle y comprise, écourtaient leur temps auprès de ce patient.

Lors de notre troisième entretien, l'odeur dans les situations de dégoût prédomine encore, ainsi l'infirmière interrogée confie « [...] l'odeur, déjà bien avant de bosser ici, me donnait l'envie de vomir aussi » (Interviewée n°3), « voilà, moi c'est l'odeur qui m'incommoder le plus. Parce que ça induit chez moi une réaction physique en fait » (Interviewée n°3). Nous avons pu voir que selon Margat (2011) le dégoût est physique et physiologique et qu'il est bien souvent caractérisé par la présence d'une réaction somatique, réflexe nauséeux par exemple.

L'interviewée reconnaît que, par moment, elle effectue des soins et ne laisse rien paraître devant le patient, mais qu'à l'intérieur d'elle-même, elle n'en ressent pas moins : « je pense que les choses qu'on va faire devant le patient, et pis en même temps derrière ou à l'intérieur de soi...BEURCK ! Voilà, ça je suis sûre qu'on puisse être blanc et dire que tout va bien... (Rire) » (Interviewée n°3).

La quatrième interviewée explique que, dans son service, en chirurgie, elle aussi, est très souvent confrontée aux odeurs. « Il y a souvent des situations où les odeurs, l'aspect peuvent entraîner justement, enfin, c'est pas évident de rentrer même dans la chambre [...] », « [...] odeur qui est vraiment très forte » (Interviewé n°4). Elle souligne ici les sens de l'odorat et du toucher face à des situations de dégoût.

Précédemment, nous avons exposé que les quatre personnes interrogées ont cité le sens olfactif lors de situation de dégoût dans les soins. Lors de notre première interview, la soignante met effectivement l'odorat en avant mais pour elle, l'aspect visuel est prédominant, alors que celui-ci ne vient que secondairement chez les trois autres.

Nous émettons donc l'hypothèse, au travers de nos différentes lectures, que le dégoût est subjectif, il est propre à chacun.

L'interviewée n°1 explique que pour elle, le dégoût se traduit au travers du sens de la vue. Elle précise, en évoquant une situation de dégoût, que selon elle « c'est assez visuel », « visuellement », « c'était impressionnant en fait visuellement ».

Selon Miller (1997), repris par Marché Paillé (2011), la vue et le toucher sont les deux points de départ du dégoût.

L'infirmière relate une situation de dégoût vécue au cours de son activité professionnelle. Elle décrit alors le cas d'un patient ayant un abcès au niveau du sacrum s'étant gangréné et nécrosé. Elle insiste sur le trou qui s'était formé sur cette plaie en nous mimant avec ses mains un trou d'environ dix centimètres. Le fait ici de mimer le trou reflète encore une fois le caractère visuel de son dégoût lors des soins. Elle avoue même pouvoir être « impressionnée par ce qu'elle voit » (Interviewée n°1).

Ainsi, au cours de notre échange, la première interviewée utilise le verbe impressionner et l'adjectif impressionnant à multiple reprises « c'était impressionnant », de nouveau « c'était impressionnant », « je suis plus impressionnée », « on est un peu impressionné », « c'est impressionnant », « on peut toujours être impressionné », « c'est impressionnant », « ça doit être aussi assez impressionnant ».

La question que nous nous posons face aux propos de cette infirmière est de savoir qu'est-ce qu'elle définit exactement sous ce terme ; on émet alors l'hypothèse que cela pourrait peut-être cacher de la peur.

On a beau le dire comme ça, on peut regarder à la télé, des vidéos, en intervention et tout mais moi, je trouve que quand on voit en vrai, c'est quand même pas pareil. Parce que là, on se rend compte de...de l'importance de la chose. (Interviewée n°1)

Selon Margat (2011), le dégoût est provoqué par nos sensations visuelles lorsqu'il s'agirait d'une anticipation relative à une peur.

Les exemples et les explications de dégoût cités lors de ce premier entretien restent focalisés autour de la vue.

Nous la questionnons alors sur son expérience (toujours autour de notre thème) en tant que stagiaire lorsqu'elle effectuait ses tout premiers pas dans le milieu des soins. Elle répond qu'effectivement, elle a pu une fois avoir un cas et ajoute ne plus trop savoir. Elle raconte :

Je crois qu'avec l'odeur, et comme on trifouillait dans la plaie, la première fois que tu vois, t'es un peu... Oups... Et puis, avec les odeurs, ça peut faire que du coup, je suis sortie, parce que ouais, je me sentais pas bien. Mais après, non c'est passé. (Interviewée n°1)

La vue est encore une fois mise en avant, et pour la première fois au cours de l'entretien elle expose aussi l'odeur comme source de dégoût. Son explication reste très brève sur ce qu'elle a pu ressentir à ce moment.

Au cours de notre quatrième entretien, l'infirmière explique que le toucher est un sens important mais qu'il peut être amoindri grâce aux gants :

Parce qu'après le toucher est quand même un sens qui est moins... qu'on utilise mais y'a moins de répulsion. En plus, il y a des gants ou des choses comme ça. Pour qu'on se protège plus. Mais c'est vrai, qu'après, visuellement ou l'odorat sont les sens qui sont les plus touchés. (Interviewée n°4)

Nous avons en effet constaté, au travers des travaux de Miller, que le toucher est un des deux sens cité comme point de départ du dégoût. Il dresse ainsi une liste de tout ce qui passe par le toucher et qui est susceptible de provoquer en nous du dégoût (le mouillé, l'humide, le moite...etc). Benjamin (1978), cité par Margat (2011), rejoint les dires de Miller (1997) et ajoute que le port du gant permet alors de concevoir « une barrière isolante ».

### 3.1. Spécificité des soins

Lorsque nous exposons le but de notre travail à la troisième interviewée, elle dit « [...] du dégoût proprement dit, moi j'ai pas. Y'a rien qui m'évoque du dégoût ». L'infirmière commence l'entretien en nous précisant que rien ne lui évoque du dégoût et termine celui-ci sur « y'a rien qui me dégoûte vraiment » (Interviewée n°3).

La première infirmière met en avant la spécificité de son service, selon ses dires, travaillant dans une unité de chirurgie viscérale, des soins comme ceux des stomies ne lui posent pas de problème.

Kolnai (1997), cité par Margat (2011), souligne que notre aversion face aux déjections est culturelle, et qu'il est impossible de ne pas ressentir de dégoût face à celles-ci, symboles de mort. Selon Freud (1929), cité par Marché Paillé (2011), la répugnance face aux excréments nous est inculquée depuis la plus tendre enfance. Ces deux auteurs mettent en avant le caractère appris du dégoût, découlant bel et bien de notre éducation.

Cette même infirmière s'interroge sur sa réaction face à des soins ne rentrant pas dans la spécificité de son service et nous parle de l'exemple de grands brûlés : « on voit essentiellement des stomies là, parce que je pense aussi que lorsqu'on a des pansements de grands brûlés ou des choses un peu plus défigurantes, ça doit être aussi assez impressionnant » (Interviewée n°1). L'infirmière n'exclut pas de pouvoir ressentir des sentiments de répulsion face à des soins qu'elle n'aurait pas l'habitude de pratiquer, typiquement auprès de grands brûlés. A la fin de l'entretien, elle ajoute que les infirmières se dirigent naturellement vers des services ne leur provoquant pas ou peu de dégoût. Elle pense que nous pouvons posséder beaucoup d'à priori ou certaines difficultés à faire des soins qui nous répulsent. De ce fait, on a tendance à se tourner vers des secteurs qui nous correspondent mieux.

Mercadier (2002) explique que les soignants acceptent plus facilement les sécrétions du corps humain grâce à deux facteurs, le premier individuel et le second topologique, c'est-à-dire le choix du service par l'infirmière selon sa spécificité.

Selon la deuxième infirmière interviewée, le dégoût découle du contexte auquel il est relié. Ainsi, elle confie tolérer plus facilement les odeurs corporelles dues à une mauvaise hygiène chez une personne âgée plutôt que chez une personne jeune car cette dernière possède une faculté d'autonomie et donc la capacité de se laver. Elle ajoute que ses collègues partagent aussi cette opinion. Elle décrit alors la situation vécue chez un jeune patient se négligeant :

Il y avait de l'urine dans le slip, le slip était entièrement tâché, y avait des odeurs très fortes et, ouais, là, c'est vrai, on était deux collègues et c'est... ouais... c'était pas évident au niveau de l'odeur et surtout, y'a une situation, y a toujours un contexte qui fait aussi qu'on accepte plus ou moins les odeurs. (Interviewée n°2)



L'infirmière livre que ce qui lui provoque le plus de difficultés sont les soins touchant à la sphère ORL (expectorations, crachats, et trachéotomie) : « les expectorations, enfin physioresp., j'aurais jamais pu... (en rigolant) » (Interviewée n°2). Rosenkranz (2004), cité par Margat (2011) met en avant que « le répugnant quand il est produit de la nature, sueur, glaire, excrément, ulcère, etc... est une chose morte que l'organisme élimine et livre à la pourriture » (p. 19). Les expectorations et les crachats sont généralement apparentés à une matière visqueuse et gluante et pour Sartre (1965), cité par Margat (2011), « la viscosité, cet état intermédiaire entre fluide et solide, provoque immanquablement une réaction de dégoût » (p. 19).

### **3.2. Sentiments éprouvés : gêne, honte et humiliation**

A la question « pensez-vous qu'il est normal qu'une infirmière puisse éprouver des sentiments de répulsion ? », la première interviewée répond « bah oui ! » (Interviewée n°1). Elle précise que les personnes ne tolèrent pas les choses et elle pense que « tout le monde n'est pas à même de dépasser certains stades d'acceptation et de pouvoir y faire face facilement » (Interviewée n°1).

Pour justifier ses propos, l'infirmière ne décrit pas une situation personnelle mais celle vécue par une de ses collègues :

On a eu le cas dernièrement d'une personne, du personnel soignant, qui est arrivée et qui a eu des difficultés, qui avait du mal à aller vider les poches de stomie parce qu'elle ne supportait pas. Et malheureusement, ça se voyait sur son visage. (Interviewée n°1)

Mercadier (2002) souligne à juste titre que le soignant peut être très vite trahi par son non verbal dû à ses réflexes physiologiques, comme des grimaces ou des réflexes nauséeux.

Nous lui demandons si cette collègue était affectée par l'odeur. « Je pense ouais, qui la gênait et du coup, elle ne voulait pas le faire » (Interviewée n°1).

Nous relevons deux éléments importants dans son discours, l'importance du non verbal dans ce genre de situation, et l'utilisation du terme gêne pour exprimer la réaction de sa collègue face à l'odeur incommodante d'une poche de stomie.

Nous avons vu précédemment que la gêne était un terme volontiers utilisé chez les soignants car nous pouvons y englober différentes émotions telles que le dégoût, la honte, et l'humiliation. Rozin, Haidt et McCauley (2011) confortent cette idée en nous exposant que lors d'une étude faite sur le dégoût (cf. : cadre théorique) émergeaient neuf grands domaines, et que sur ces derniers, l'infirmière est confrontée quotidiennement à huit d'entre eux. Or, dans les écrits, le mot dégoût n'apparaît pas ou peu sous cette forme, il est souvent substitué sous des termes tels que la honte et la gêne.

De plus, quand Mercadier (2002) parle du dégoût sous le terme de honte, elle relate son vécu lors d'entretiens avec des infirmières qui, pour ne pas citer l'objet du dégoût ayant provoqué une situation de gêne ou de honte, le nomme par « ça » ou « ce truc ». Nous

relevons dans le discours de la première interviewée, à plusieurs reprises, l'utilisation de ces pantonymes : « [...] importance de la chose [...] », « [...] un truc pareil [...] », « [...] ou des choses un peu plus défigurantes [...] ». Ainsi le geste ou l'objet ayant provoqué l'humiliation n'est pas clairement nommé.

Lors de la troisième interview, l'infirmière se contredit. Elle débute son entretien en expliquant ne pas ressentir de dégoût lors des soins qu'elle administre, plus tard nous nous apercevons au travers de ses propos qu'elle ressent du dégoût pour certains soins mais cela est dit de manière détournée. En effet, elle emploie le verbe déranger pour citer une situation inconfortable à ses yeux. « Ce qui me dérange le plus, moi, c'est les situations où les patients vomissent et ce que c'est alimentaire » (Interviewée n°3). Le verbe gêner est un synonyme de déranger et Mercadier (2002) dit que sous le thème de la gêne nous retrouvons les émotions du dégoût, de la honte et de l'humiliation.

### **3.3. Le dégoût psychologique**

Lors de notre dernier entretien, l'infirmière met en avant un aspect du dégoût jusque-là encore jamais soulevé, celui du physique. Ainsi, elle confie avoir du mal face à l'aspect physique de certaines personnes. Elle illustre cette pensée avec la situation d'une vieille dame ayant l'apparence d'un homme. La philosophie définit le dégoût en s'interrogeant sur la laideur et en l'opposant donc à la beauté.

Encore une fois, lors de cette interview, l'interrogée ne fait que confirmer le fait que le dégoût est un sentiment subjectif propre à chacun en nous expliquant que pour elle, suite à son histoire personnelle, elle éprouve des difficultés à s'occuper de personnes ayant un problème avec l'alcool : « [...] si ça rentre vraiment en conflit avec mes valeurs, ce sera beaucoup plus difficile pour moi d'entrer dans les soins, qu'une situation où il y a un dégoût plus sensoriel que psychologique » (Interviewée n°4).

### **3.4. Les normes institutionnelles**

La quatrième interviewée confie qu'elle estime avoir plus d'expérience et de facilité face à des situations de répulsion par rapport à une novice : « et pis, avec le métier, on arrive à surmonter certaines odeurs. Je pense qu'une personne qui ne travaillerait pas dans le domaine médical ne supporterait pas cette odeur-là, de voir ces choses-là » (Interviewée n°4). Mercadier (2002) souligne à juste titre que le fait de s'occuper des sécrétions corporelles ne découle pas des capacités professionnelles mais du statut social. Ainsi, seules les personnes incombées à ces tâches peuvent s'y employer.

Dans le premier entretien, au début de l'interview, lorsque nous demandons à l'infirmière de relater une situation de dégoût, elle met en avant l'aspect visuel. Au moment où nous

insistons sur le sentiment que lui provoque cette situation, en lui demandant clairement si du dégoût est ressenti, elle nous répond textuellement « ah non... non » ! (Interviewée n°1). Kolnai (1997), cité par Mercadier (2002), explique que pour répondre aux exigences institutionnelles et pour pouvoir ainsi obéir aux normes, certains soignants peuvent exprimer ne pas ressentir de dégoût lors des soins prodigués. De plus, si nous suivons le raisonnement de Margat (2011) « Tout corps doit être considéré comme objet de dégoût de par son organicité », nous émettons l'hypothèse que cette infirmière, étant confrontée quotidiennement aux corps humains, devrait alors ressentir du dégoût. La participante redit ne pas ressentir de dégoût lors de situation de soins « on peut être impressionné parce que c'est important. Mais du dégoût...non » (Interview n°1).

## 4. Tabou

### 4.1. Jugement

En ce qui concerne le tabou, nous identifions que les infirmières parlent en priorité du jugement que l'on va porter sur les patients qui sont « sales ». C'est ce que Hill (2010) décrit dans sa thèse : les soignants ont des réactions négatives à l'encontre de patients qui ont une attitude qui n'est pas socialement et/ou moralement acceptable. Dans ces cas-là, avoir de l'empathie devient difficile à cause de l'idéal professionnel qui prône sur chaque soignant et qui va donc créer des tensions chez ce dernier.

Oui, et là je dis pas juger mais avec mon premier exemple du jeune toxicomane [elle parle d'un jeune toxicomane qui est arrivé dans un état de saleté avancé], quelque part, c'est un jugement de dire : « mais vous manquez de respect envers nous ». Ouais, je ne sais pas si c'est un jugement, mais peut-être qu'il y a quand même quelque chose, ouais mais ouais les trois... y avait l'aide [aide-soignante], on s'est les trois senties fortement agressées par... ce non-respect. Oui peut-être qu'on aurait pu être peut-être plus diplomate. Mais c'est vrai qu'à la base, quand je rentre en relation avec des gens, j'essaie de ne pas porter de jugement. (Interviewée n°2).

Dans son propos, on décèle une contradiction quand elle dit qu'elle juge et lorsqu'elle pense que ce n'est pas un jugement. Contrairement à cette infirmière, une autre interviewée nous décrit comment pour ne pas être jugeant, elle ne parlera pas des sujets « sensibles » devant les patients. « On fera attention, bien sûr, à ne pas le dire devant le patient. Mais entre nous voilà... » (Interviewée n°4).

On identifie également ce type de jugement non seulement dans la propreté mais également dans le domaine des odeurs. Cependant, concernant cette problématique, une infirmière arrive à dire les choses sans détour au patient ; le remettre face à la réalité pour lui dire que c'est du respect de se présenter de façon propre. Suite à cet exemple, elle décrit que ce n'est pas tabou de parler des odeurs et de la répulsion envers les patients.

Cependant, une autre interviewée dit clairement qu'on ne dira jamais au patient que « ça pue » en refaisant les pansements de plaies : « donc bah, oui, on dit, y a une odeur. On va pas dire que ça pue (rire), mais on va dire qu'il y a une odeur à l'ouverture du pansement » (Interviewée n°2). Malgré que ceci soit tabou, elle valide que l'odeur est considérée comme un élément diagnostique et que si le patient en parle il faut valider ces propos pour qu'il sente être bien pris en charge, qu'on est conscient de sa souffrance.

Toujours dans le domaine du tabou que provoque l'odeur, une infirmière parle de la difficulté qu'ont les patients à parler de leur propre gêne, des odeurs difficiles qu'émanent de leur corps ; mais elle fera tout pour amener le patient à en parler, à dépasser la gêne provoquée par l'odeur.

Il y a également le jugement vis-à-vis de ses collègues de travail : deux des infirmières interviewées sont totalement prêtes à reprendre la situation en main si un de leurs collègues se retrouve en difficulté avec la prise en soins car éprouvant un sentiment de répulsion. Même si inversement l'une d'entre elle, dit qu'elle ne déléguerait pas les soins plus difficiles, car ce n'est pas très sympathique de mandater une collègue pour les sales tâches. Une infirmière dit que c'est inimaginable de déléguer « son » patient à quelqu'un d'autre pour la soulager. Serait-ce car elle-même n'accepterait pas de soulager un de ses collègues dans le besoin, car elle le jugerait ?

Et enfin, la dernière interviewée décrit que le soignant, n'arrivant pas à s'occuper du patient, a un problème et il faudra après coup reprendre la situation avec lui pour l'aider à se débloquer. L'interviewée se positionne donc comme une aide psychologique pour sa collègue mais n'ira pas pour autant la suppléer. Là encore, nous pouvons nous interroger si cette façon de réagir n'est pas conditionnée à la base par un sentiment de jugement envers sa collègue.

Je pense qu'il y a des fois des murs qu'on ne peut pas franchir, mais aider cette personne, voir pourquoi elle n'y arrive pas, et puis, heu... en tout cas, trouver quelqu'un pour soigner le patient. Mais aider les deux. Les deux sont en difficulté. Donc les deux ont besoin d'aide. (Interviewée n°2)

Une infirmière parle du regard que va provoquer l'état d'incurie d'un patient auprès des autres malades. En général, les infirmières se sont concentrées sur le tabou provoqué par les odeurs et qui vont amener la famille à ne plus venir rendre visite à leur connaissance ou à leur membre de la famille.

Nous pensons qu'on peut y voir une sorte de tabou, si l'objet de la non-visite n'est pas explicité à la personne qu'émane l'odeur ou si le regard des autres malades n'est pas expliqué au patient intéressé.

## 4.2. Confiance

Un élément très important qui est nécessaire afin de lutter contre le tabou du dégoût ressenti lors de certaines situations de soins est la confiance qui réside dans notre interlocuteur. En effet, c'est une nécessité de tous les soignants de « vider leur sac », de raconter ce qui les a touchés émotionnellement.

Nous savons qu'il est important que l'infirmière se sente en sécurité afin de se livrer. Si ces conditions ne sont pas remplies alors le sujet de discussion peut devenir tabou. Il lui faut connaître la personne intimement (collègues) pour lui faire confiance et se livrer. C'est ce que Mercadier (2002) met sous le compte du non jugement ainsi qu'être certain que le confident ne trahira pas les secrets avoués. Une des infirmières décrit que leur rapport va bien au-delà des simples relations de travail. On voit dans les quatre interviews, que toutes les infirmières s'accordent à dire la même chose : les collègues en qui elles ont confiance sont un bon exutoire pour parler des situations qui posent problème. Mais comme le fait noter une des infirmières, il est important que le collègue inspire la confiance mais surtout qu'il fasse preuve de respect.

Et j'ai trouvé bien qu'elle [sa collègue] le demande et qu'elle le demande quand on était plus que les deux. Parce que je n'avais pas forcément envie de partager avec tout le monde. Mais du moment où on était plus que les deux, j'ai pu plus facilement lui répondre. (Interviewée n°4)

Il en va de même avec les IRUS. Il faut avoir la garantie que le supérieur ne jugera pas ce qui lui est confié. Cela se traduit dans le travail émotionnel, par le soutien et le temps dédié à ce dernier pour analyser son travail et être dans une pratique réflexive. Toutes les infirmières disent qu'il n'y a pas des temps de discussions fixes aménagés ; ils sont organisés suite à la demande des membres de l'équipe « qui ont réclamé parce qu'ils avaient besoin... de poser » (Interviewée n°3).

Une seule des infirmières interviewée amène la notion qu'à force de travailler avec ses collègues, elle finit par savoir à qui elle pourra demander de faire tel ou tel soin car ce sont des choses qu'elle aime ou n'aime pas faire. On note là que pour arriver à cette empathie, l'équipe a dû auparavant communiquer entre elle.

Ça dépend aussi de la dynamique d'équipe où il y a de bonnes relations, où les gens se connaissent. On sait aussi lorsqu'on travaille en binôme ou avec une aide, qu'à telle personne on pourra lui demander ce soin qu'on ne pourra pas demander un autre soin, parce que cette personne elle aime pas faire ça. Parce que pour elle... alors je pense après si on le communique pas entre nous... qu'on dit pas... ouais... c'est ... pas... c'est pas évident. (Interviewée n°4)

### **4.3. Autre hypothèse du tabou**

En ce qui concerne la notion de tabou, une infirmière ouvre une nouvelle piste. Selon son avis, les sujets difficiles à aborder sont tout d'abord une souffrance de la part des personnes qu'elle prend en soin. Nous sommes donc en droit de nous poser la question de savoir si c'est également une façon de dénier le tabou du dégoût ou que la souffrance provoque la même répression des sentiments car les infirmières n'ont pas le droit de souffrir. « Non, non, je crois qu'avant tout c'est une souffrance, pour en tout cas, là, ouais... les plaies oncologiques, là ouais, j'ai quelques visages de patient qui avaient justement des odeurs très fortes qui émanaient de leurs plaies » (Interviewée n°2).

### **4.4. Contradiction du tabou**

Comme cité précédemment, pour les interviewées, parler du dégoût n'est pas tabou. Cependant, nous remarquons une contradiction dans les propos de trois des infirmières. A la fin des interviews, dans les moments moins officiels, elles parlent des sentiments de répulsion comme d'un sujet tabou. Dans leurs propos, ce sont :

- Soit les autres qui n'osent pas en parler
- Soit elle, qui nous demande si ses réponses sont adéquates et que le tabou dépend de la relation qu'on entretient avec ses collègues
- Ou encore à l'annonce du sujet par leur IRUS, elles ne savaient pas quoi nous dire car il n'y a rien qui les dégoûte. « “ mais je suis même pas sûr que ça en vaille la peine, parce que je ne saurais pas trop quoi leur dire en fin de compte ”. Y a rien qui me dégoûte vraiment » (Interviewée n°3).

La capacité de dire ou de taire les émotions vécues dans la relation de soin, la manière de le dire et les interlocuteurs choisis – dans l'équipe ou à l'extérieur-, de les écrire contribuent encore à la maîtrise de ces émotions. (Mercadier, 2002, p. 248)

## **5. Stratégies**

Au vue de la littérature, nous pouvons constater qu'il existe beaucoup de stratégies, mais sont-elles utilisées dans les soins ? Et si oui, de quelles manières ? C'est ce dont nous allons tenter de répondre dans ce chapitre.

### **5.1. La communication / collaboration**

Tout d'abord, attardons-nous sur la stratégie de communication et de collaboration au sein d'une équipe. Tous les participants à notre travail trouvent important d'évoluer dans une équipe soudée où l'ambiance y est agréable. En effet, elle favorise la communication et

l'échange d'expérience, ce qui augmente considérablement la qualité des soins d'un service. Ainsi, les problèmes rencontrés sont échangés afin d'y trouver une solution et d'aider les différents acteurs de soin à réaliser une prestation de qualité. Lawler (2002) appuie son raisonnement à partir de la gêne que peuvent ressentir les infirmières en contact avec un patient et explique que chaque soignant vit des situations similaires, ce qui rend la chose inhérente à la nature de leur travail, et ressentir de la gêne n'est alors pas vécu comme un échec.

Marché Paillé (2010) affirme qu'il est important de coopérer entre soignants pour se soutenir et qu'il existe de nombreuses manières de procéder, comme par exemple, en échangeant les tâches conflictuelles, en échangeant le patient concerné par ses tâches ou en accompagnant la personne incommodée.

Il est difficile pour deux infirmières de parler de leurs difficultés avec n'importe quel membre de l'équipe. Elles privilégient les personnes avec qui elles ont le plus d'affinités.

Rappelons l'importance d'échanger avec les collègues sur les expériences vécues et sur les difficultés pour changer les choses, les améliorer, les rendre plus supportables.

Soumettre son travail au regard et au jugement de l'autre et, inversement, porter un regard curieux et avide de trouvailles sur les travaux d'autrui, constituent le socle de la conversion de la souffrance au travail, quelle qu'elle soit, en plaisir. (Marché Paillé, 2010, p. 48)

## **5.2. L'expérience**

C'est d'ailleurs par l'expérience et l'habitude à certaines odeurs par exemple, que les infirmières interviewées parviennent à éprouver moins de sentiments de répulsion. Trois d'entre elles expliquent qu'il y a une certaine forme d'accoutumance et qu'avec le temps et les moyens mis en place pour pallier la difficulté, elles les surmontent plus facilement. La plupart des infirmières interviewées dans l'ouvrage de Lawler (2002) ne se « souviennent pas avoir appris comment gérer leur propre gêne. Ce qu'elles savent, elles l'ont appris par leur expérience » (p. 154). Favre (2011) ajoute :

Au travers de notre pratique quotidienne nous nous rendons compte que nous apprivoisons ces odeurs, même si elles restent incommodantes, le fait par exemple d'ouvrir une poche de stomie et de savoir à quelle odeur nous allons avoir à faire, nous la rend moins agressive, plus supportable qu'une odeur non identifiée qui va nous prendre par surprise. (Communication personnelle, [notes personnelles])

### **5.3. Les supervisions**

Il est intéressant de constater qu'aucun service, dans lequel travaillent les participantes, n'offre d'analyse de la pratique pour partager autour des difficultés liées aux sentiments de répulsion. Ils profitent du temps des transmissions ou des pauses pour se décharger auprès des collègues. Néanmoins, une personne explique qu'il existe un colloque lors duquel ils abordent les plaies des patients. Non seulement l'approche est clinique et dirigée vers le patient, mais les soignants profitent aussi de ce moment pour partager leurs expériences de dégoût.

La littérature insiste sur la formation du personnel pour éviter que la prise en soin d'un malade, qui provoque en lui du dégoût, soit de moins bonne qualité. Il est nécessaire de les sensibiliser aux différences culturelles, promouvoir un environnement ouvert et respectueux et ne pas montrer que la personne a moins d'importance qu'une autre. De plus, la formation des étudiants doit les pousser à développer un esprit critique et autonome (Irwin, 2007).

Certains concepts de la HEdS - Genève tendent à répondre à ces exigences. La formation insiste sur le développement d'un jugement professionnel sûr et d'une pensée réflexive afin d'intégrer la théorie dans la pratique quotidienne. (Plan d'étude cadre, 2008, p. 4)

Toutes les participantes ont exprimé l'importance de mettre en place des temps de parole, permettant aux soignants de développer de nouvelles connaissances et compétences. C'est donc aussi par la formation que l'on peut se prévenir de sentiments de répulsion.

Une question se pose alors. Pourquoi ne disposons-nous pas de temps à cet effet ? La réponse se trouve en partie dans le fait que les interviewées ne cherchent pas de l'aide auprès de leur responsable. Seule une infirmière irait la voir pour lui expliquer les difficultés qu'elle rencontre. Une autre participante nous explique qu'elle ne se confierait pas à son infirmière responsable car ils travaillent ensemble depuis peu de temps.

### **5.4. L'entraide**

Nous avons vu que les soignantes utilisent facilement la communication entre elles, mais jusqu'où va l'entraide au sein de leurs services respectifs ?

Une participante explique qu'en principe, elles n'ont pas le droit de refuser de prendre en soin un patient excepté si celui-ci est connu par le soignant. Dans ses propos, nous ressentons beaucoup la gêne que pourrait entraver une éventuelle demande en aide d'un collègue :

Après, ça devient difficile dans le sens où on n'est pas forcément une grande équipe et que ça, ça doit toujours être les mêmes qui doivent s'occuper de certaines personnes, parce que cette personne a un souci, et voilà. (Interviewée n°1)

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la gêne générée par les difficultés ressenties par les soignants est accentuée par le jugement des autres.



Cependant, il est important de constater que les trois autres participantes proposeraient de s'entraider mutuellement, malgré le manque de temps. L'une d'entre elles insiste sur la nécessité que ceci soit fait dans les deux sens, afin de ne pas créer de tensions. L'entraide entre collègues dépendra des affinités, du temps disponible et de la situation perturbatrice.

### **5.5. L'adaptation / gestion des émotions**

Chaque soignante interviewée explique s'adapter au cas par cas. Avec le patient, chacune s'adapte au mieux, avec les moyens disponibles (personnels, matériels, compliance du patient, ...). Cependant, certaines participantes ont précisé que la priorité est de réaliser le soin, malgré les sentiments ressentis tout en cachant un non-verbal qui pourrait trahir une gêne. Selon Lawler (2001), cela fait partie de la profession que d'apprendre à gérer ses émotions face aux patients :

Le travail des infirmières implique une forte activité émotionnelle parce que, en apprenant à faire la toilette de quelqu'un au lit, sur le plan physique comme sur le plan technique, elles sont censées apprendre à contrôler leurs émotions. Ce contrôle émotionnel fait partie de l'approche «professionnelle» de l'infirmière qui consiste à apprendre à effectuer des soins corporels ainsi que d'autres fonctions propres à ce métier. (p. 51)

### **5.6. Focalisation sur le soin**

Une stratégie relevée par deux participantes est la concentration sur le soin et sa réalisation (technique de soin). Elles observent le patient d'un œil clinique, regardent la plaie, son écoulement, son aspect ainsi que son odeur. Ainsi, la sensation désagréable paraît moins importante ; elle transparaît moins. Lawler (2002) rejoint cette idée lorsqu'elle explique qu'il existe des stratégies psychologiques ou intellectuelles qui offrent au soignant l'occasion de fixer son attention sur l'aspect technique de leur tâche ou penser à autre chose. Il faut cependant rester vigilant à ne pas trop ignorer ses sentiments au risque de les voir réapparaître plus tard et avec d'autant plus de force qu'ils sont occultés. (Vollaire, 2011)

### **5.7. Le masque**

Le port du masque pourrait être une stratégie utile pour diminuer la perception olfactive des soignants, mais, toutes les participantes ont montré une certaine réticence à l'utiliser, car il peut mettre le patient mal à l'aise. En effet, une infirmière raconte qu'elle ne pourrait pas mettre de masque lorsqu'un patient vomit, par exemple, car il se sentirait déjà suffisamment mal pour ne pas en ajouter davantage. Cela favoriserait la rupture du lien et

serait même un manque de respect envers lui. La deuxième explique qu'elle trouverait difficile de justifier le port du masque systématiquement, mais que parfois cela lui est arrivé de le mettre. La troisième raconte tout d'abord qu'elle pourrait porter le masque, en y ajoutant même des senteurs de lavande. Mais lorsque nous lui demandons comment elle le justifierait auprès des patients, elle ne sait plus que répondre et reste perplexe. Enfin, la dernière personne interviewée explique porter le masque de temps en temps, principalement lors des soins techniques. En effet, le patient comprend plus facilement le port du masque si les odeurs désagréables proviennent d'un problème de santé, plutôt que d'un manque d'hygiène. Nous émettons l'hypothèse que la gêne subie par le patient le plonge dans des mécanismes de défense telles que la colère, le déni ou l'agressivité et peut donc ainsi se vexer contre le soignant.

La littérature apporte quant à elle un avis plutôt favorable au port du masque. C'est en quelque sorte le but de l'instrumentalisation des soins, décrite par Mercadier (2002), qui permet de prétexter le port d'un masque ou de gants pour réaliser un soin. Ainsi, la distance avec le patient est augmentée (plus de contact direct avec la peau, moins de surface du visage visible au patient) et le sentiment de répulsion est diminué. Marché Paillé (2010) confirme cette théorie en proposant la réduction des sensations et des perceptions (par le port d'un masque par exemple) comme stratégie pour diminuer ses sentiments de répulsion. Enfin, les techniques de soins fonctionnent comme un filtre, selon Mercadier (2002). Elles permettent de s'y référer lorsqu'un soin ou un patient effraie les soignants. Une des personnes interviewée explique les utiliser pour fixer son attention et ainsi ne pas transmettre ses émotions au patient.

### **5.8. L'objet du dégoût**

Il est intéressant de constater que la notion de ramener l'expérience du dégoût à une seule de ses formes, décrite par Marché Paillé (2010), s'est trouvée confirmée au cours des entretiens. Ainsi, chaque participante éprouve un très fort sentiment de répulsion face à une chose bien précise. Cela ne les empêche pas d'en avoir d'autres, mais il se trouve que chacune ressent un dégoût profond envers un objet pour lequel elles auraient une grande difficulté à surmonter.

En effet, une des interviewée ne supporte pas l'odeur de cigarette imprégnée sur les vêtements, au point de devoir porter un masque. Une autre a des nausées lorsqu'elle est en présence de vomissements alimentaires ou ne supporte pas les situations psychosociales délicates qui entrent en conflit avec ses valeurs.

En plus de ces apports, d'autres éléments ont été révélés hors enregistrement, après l'entretien. Cela démontre bien que le sujet est tabou ; nous émettons alors l'hypothèse que ce dernier est si fort qu'il ne peut être abordé formellement.

## **5.9. Stratégies pratiques**

Il est maintenant utile de citer les diverses stratégies employées par les professionnelles interviewées et de les mettre en lumière au vue de la littérature.

Tout comme l'explique Favre (2011), l'utilisation d'un spray ou de la mousse à raser, dans un récipient afin d'absorber les odeurs, est revenu deux fois au cours des entretiens. Pour certains soins, le port du masque fait partie des règles d'asepsie en vigueur dans les milieux hospitaliers, nous pouvons donc y ajouter quelques senteurs de lavande pour diminuer la perception olfactive négative.

De nombreuses stratégies telles que l'utilisation d'antibiotiques, de désinfectants ou encore l'aération de la pièce sont utilisées par l'infirmière et retrouvées dans la littérature.

Lors de prise en charge psycho-sociale délicate, c'est-à-dire lorsque nous sommes confrontés à des valeurs qui ne nous correspondent pas, une des infirmières essaie de ne pas penser au passé de la personne, à tout ce qui pourrait influencer son regard sur elle. Elle tente d'avoir une posture bienveillante en écoutant le patient et en essayant de répondre à ses besoins. Elle cite aussi l'utilité de placer certains patients en chambre seule.

La dernière participante explique la possibilité d'installer le patient dans une autre chambre tout en mettant en garde contre les risques d'isolement.

Enfin, deux d'entre elles terminent en proposant simplement d'agir sur la cause de la mauvaise odeur en plaçant un pansement adapté, absorbant les émanations nauséabondes.

Tout ceci fait partie de la gestion de l'environnement du patient et doit être considéré avec importance, car ce sont de petites astuces qui facilitent le travail des soignants et permettent aux malades de se sentir confortables et en sécurité (Favre, 2011).

## **5.10. Le patient au centre des stratégies**

C'est d'ailleurs un point essentiel pour certaines professionnelles que de penser au patient en premier lieu et de mettre leurs émotions de côté. L'empathie est donc un sentiment utile pour parvenir à isoler ses propres ressentis et partager ceux du patient. En effet, il est essentiel de penser au mal-être que peut provoquer une mauvaise odeur, que ce soit sur l'estime de soi, l'image corporelle ou la relation avec autrui. C'est un aspect fondamental de la prise en soin pour améliorer le confort et la qualité de vie des malades. Ainsi, une infirmière explique penser au bien-être du patient et pour ce faire, réalise ses soins le plus rapidement possible. Ainsi, elle rejoint la méthode de Marché Paillé (2010) qu'est la distance temporelle ; diminuer le temps avec le patient en prétextant l'oubli de matériel pour réapparaître dans de meilleures conditions.

Il convient néanmoins de prendre garde à ne pas trop s'impliquer émotionnellement, au risque d'entraver la relation soignant-soigné, tout comme l'explique Lawler (2001).

Pour finir, Favre (2011) ajoute que si le manque d'hygiène d'un malade est la cause du problème, il est important de l'investiguer et d'évaluer la situation médico-sociale du patient afin d'apporter une prise en soin personnalisée.

Une question essentielle apparaît alors ; est-il possible de parler de nos émotions à un patient ? Au premier abord, cela paraît inconvenant, seulement nous constatons que dans certaines situations, il est possible de partager nos ressentis avec celui-ci. En effet, une infirmière explique que lorsqu'elle réalise un pansement de plaie, par exemple, elle se doit de prendre en considération la dimension olfactive. Que ce soit pour évaluer la plaie d'un point de vue clinique ou pour améliorer le confort du patient à l'aide de quelques astuces. Le mauvais état d'hygiène d'un patient peut être le reflet d'un mal-être, d'une diminution de la capacité motrice et de diverses problématiques médicales (plaies, ...) ; la prise en considération de cette dimension permet de comprendre le problème sous-jacent qui peut être résolu.

L'odeur, dans ces deux cas, se trouve être un élément diagnostic d'un problème en amont qu'il faut prendre en compte et traiter. Il est donc important de partir du vécu de la personne pour adapter les stratégies en fonction de ses besoins. Favre (2011) rejoint cette idée lorsqu'elle explique qu'il est essentiel d'identifier l'origine des odeurs afin de la traiter et d'en diminuer ses effets. Une anamnèse approfondie du patient donnera des indications essentielles sur la nature de la mauvaise odeur (manque d'hygiène, plaies, diverses pathologies, diminution de la mobilité, ...) et donc d'adapter les outils et les stratégies pour diminuer son impact sur la santé du malade et son estime de soi.

Il est important de noter qu'il n'est pas possible de tout partager avec le patient car cela peut être inapproprié. En effet, dans une situation racontée par une infirmière, elle ne se voyait pas dire au patient qu'elle portait un masque parce que l'odeur la dégoûtait. Cela la mettait trop mal à l'aise et aurait sûrement entravé le lien de confiance.

Ces deux infirmières respectent l'idée de Lawler (2002) qu'il est important de ne pas montrer ce qui les dégoûte lors d'un soin, afin de ne pas vexer le patient. Cependant, il est possible d'utiliser un discours honnête et ouvert afin de prendre en charge le patient dans sa globalité, y compris le problème d'odeur.

Enfin, si parler de ses émotions peut paraître controversé, il est toujours possible de discuter lors des soins avec le malade afin d'attirer son attention sur autre chose que l'aspect dégoûtant (diversion verbale). Ainsi, le recours à la parole fait :

tomber la gêne que provoque la situation ; le silence, au contraire, l'amplifie. La parole agit de manière interactive ; en détournant l'attention de la source de la gêne (nudité, plaie horrible, excréments), elle diminue simultanément la gêne du soignant et du soigné. (Mercadier, 2002, p. 221)

### **5.11. L'humour**

Quant à l'humour utilisé comme stratégie, seule une infirmière l'évoque spontanément. Notons tout de même que cette question n'était pas posée telle quelle dans le questionnaire. Il est donc important de le souligner au vu de la littérature qui affirme que certaines formes d'humour sont nécessaires dans les services hospitaliers. Il convient de distinguer l'humour avec le patient et l'humour entre soignants.

Ce dernier est fait spontanément par cette infirmière ; une blague est partagée mais toujours dans le respect du patient. Elle affirme que « l'humour est une bonne arme finalement » (Interviewée n°3) et que rigoler d'une situation gênante apporte du réconfort. Danou (1994), cité par Mercadier (2002), explique que le rire et l'humour sont des moyens pour échapper à des situations pénibles et délicates ; ils permettent d'exorciser ses peurs et ses angoisses et de s'épargner psychologiquement.

Enfin, l'humour avec le patient doit être évalué en fonction de ce dernier et de la situation afin de ne pas le blesser.

### **5.12. L'anticipation**

Une des participantes a insisté sur l'aspect préventif du soin. En d'autres termes, l'anticipation de ce dernier permettrait de diminuer la perception négative, particulièrement au niveau olfactif. Ainsi, elle raconte que ses collègues l'avaient prévenue d'une odeur désagréable que dégageait la plaie d'un patient. Elle a donc appliqué quelques gouttes d'eucalyptus dans son masque pour améliorer son confort. C'est donc en se préparant au soin, en connaissant la technique et en préparant l'environnement adéquatement que la prise en charge s'est déroulée de manière optimale. Le sens de l'à-propos, expliqué par Lawler (2002), reflète cet aspect préventif de l'infirmière car elle doit posséder une connaissance de la technique mais aussi de l'objectif du traitement pour donner un sens logique à la situation gênante.

### **5.13. Formation du personnel et des étudiants**

Enfin, c'est un sujet qui doit être abordé en cours de formation selon une des infirmières. En effet, il permettrait aux élèves de développer et connaître toutes sortes de stratégies pour pallier les sentiments de répulsion. Nous retrouvons cette notion chez Irwin (2007) qui affirme nécessaire que les professeurs poussent les étudiants à développer un esprit critique et autonome afin de pouvoir défendre les intérêts des patients.

### **5.14. Orientation de la carrière**

Une stratégie adoptée par deux soignantes est d'orienter sa carrière en fonction de ses sentiments de répulsion. En effet, deux infirmières ont expliqué que si une personne ne peut supporter une situation récurrente dans un service, elle devra en choisir un autre plus adapté à ses attentes.

### **5.15. Adopter une attitude franche**

Pour terminer, une infirmière a reçu un patient en soins qui était dans un état d'hygiène mauvais (traces de selles et d'urines) mais qui était tout à fait autonome et cohérent. Elle s'est donc permise de lui faire remarquer que c'est faire preuve d'un manque de respect que de se présenter à l'hôpital ainsi et qu'il serait agréable pour les soignants qu'il va rencontrer, la prochaine fois, de prendre une douche au préalable. Ceci peut paraître brutal, car nous exerçons une profession de l'humain, mais nous pensons que dans certaines situations, il est nécessaire de poser des limites à certains patients.

## **VI. Conclusion**

Arrivés au terme de notre travail, nous constatons que notre questionnement sur les soignants ressentant du dégoût s'avère correct. En effet, tous les éléments abordés dans le cadre théorique et notre problématique ont été confirmés lors des entretiens.

### **1. Autoévaluation**

Le choix de faire un travail de Bachelor à quatre suggère des forces et des faiblesses. Tout d'abord, d'un point de vue logistique, nous avons éprouvé de la difficulté à trouver des moments, des dates communes pour avancer le travail. Une de nos craintes, lors de la rédaction, était de ne pas avoir un style d'écriture commun ; en effet, certaines parties de celle-ci ont été initialement entreprises de manière individuelle.

Cependant, cela nous a permis d'exploiter un champ plus large, les échanges étaient fructueux de par la richesse des idées émanant de quatre personnes. Le fait de se soutenir ensemble : quand l'un d'entre nous perdait de sa motivation, les trois autres étaient là pour l'encourager. Nos compétences étaient complémentaires étant donné la diversité des personnalités et du parcours formatif de chacun des membres du groupe. Aujourd'hui, nous en ressortons donc avec des outils solides pour notre avenir.

Le travail, quant à lui, a beaucoup évolué durant ces deux ans ; nous sommes parvenus à faire des liens pertinents entre le cadre théorique et la pratique. Les professionnelles du terrain auront un accès rapide à un document recensant quelques stratégies pratiques concernant le dégoût. Nous avons donc contribué, à notre échelle, à la recherche en soins infirmiers ainsi qu'à la formation de pairs.

#### **1.1. Apports du travail**

Etant novices dans le domaine de la méthodologie, tout était encore nouveau ; nous avons donc appris à réaliser un guide d'entretien et un questionnaire à choix multiples.

Toutes les compétences pour réaliser les entretiens et en faire ressortir notre problématique nous étaient inconnues ; nous devions donc nous familiariser avec elles.

La revue de la littérature, la marche à suivre pour obtenir une interview, la gestion d'un entretien et son analyse, étaient des concepts auxquels nous nous sommes initiés. Ce travail de bachelor nous a donc permis de faire nos premiers pas dans la recherche et d'en apprendre la construction.

Réaliser les entretiens nous a confrontés aux réalités du terrain grâce aux contacts avec les professionnelles et ainsi pouvoir tester les apports théoriques des lectures.

La recherche étant un point essentiel de notre profession dans le cadre institutionnel, l'infirmière doit être capable d'en réaliser dans sa pratique quotidienne. De plus, c'est une profession dans laquelle il faut régulièrement se mettre à jour et connaître les nouvelles

études et techniques mises en place pour offrir une prise en soin optimale, basée sur une pratique réflexive.

D'un point de vue plus personnel, nous avons trouvé satisfaction dans l'élaboration du travail. En effet, de nombreuses stratégies nous permettent d'appréhender ce type de patient avec moins de préjugés et d'appréhension, car munis de moyens pratiques et utiles. De plus, de part les connaissances développées (par exemple le fait de savoir que c'est normal de ressentir du dégoût), nous comprendrons mieux la réaction des patients, des collègues et autres personnes investies de la situation.

Ce travail nous a permis d'exploiter des notions théoriques apportées tout au long de nos quatre ans de formation et ainsi de les transposer dans notre vie professionnelle.

Pour terminer, nous avons développé de nouvelles connaissances grâce aux recherches réalisées lors de la revue de la littérature et des entretiens.

## **1.2. Limites du travail**

Il paraît indispensable de porter un regard critique sur notre travail. Tout d'abord, nous voulions utiliser le terme dégoût lors des entretiens, mais celui-ci, étant un mot à connotation péjorative, nous avons préféré utilisé le terme répulsion, qui, en plus, englobe à la fois l'aspect psychique et physique. Avec le recul que nous avons aujourd'hui, nous pensons qu'il aurait été utile de donner une définition précise de ce que nous entendons par le mot répulsion lors des entretiens ; ceci dans le but d'un langage commun.

Comme vu précédemment, le dégoût ou la répulsion est propre à chacun, il est difficile d'évaluer, de définir de manière objective le ressenti personnel.

Une difficulté rencontrée dans la réalisation du travail était que les thèmes soulevés étaient étroitement imbriqués les uns avec les autres. Il était donc ardu de les distinguer lors de la rédaction et de ne pas faire de répétitions entre les thèmes mais nous rassuraient quant à la validité de ces derniers.

Pour finir, une grande limite lors des entretiens, était le tabou que génère ce sujet. En effet, après la quasi totalité des interviews, hors enregistrement, chaque infirmière nous a confié ressentir un dégoût profond pour un domaine particulier. Cependant, ces dernières n'exprimaient pas forcément en ressentir au début de l'entretien.

De plus, toutes les interviewées faisaient partie d'un même département, celui de chirurgie. Nous ne savons donc pas si notre problématique s'étend aux autres secteurs de l'hôpital.

Enfin, seulement quatre entretiens ont été réalisés, nous pensons donc qu'ils ne sont pas représentatifs de la population des soins infirmiers.

Pour terminer, nous avons trouvé très peu de littérature sur les sentiments de répulsion d'un point de vue éthique ; nous avons dû restreindre le champ de nos recherches. Cet aspect n'a pas non plus été spontanément abordé lors des entretiens. Pour l'avenir, nous pensons qu'il serait judicieux d'en réaliser sur l'aspect psychologique (cf : vignette clinique prise en soin d'un patient pédophile).



## 2. Pistes d'avenir

Au vue du travail réalisé, nous pouvons mettre en évidence la pertinence du sujet et l'importance de prendre en considération cette problématique. En effet, de nombreuses personnes en souffrent et ont besoin d'aide pour pallier ces difficultés. Pour ce faire, l'institution a un rôle primordial pour instaurer du temps libre à cet effet afin de mettre en place des séances de travail émotionnel. Comme nous l'avons vu précédemment, elle n'instaure pas systématiquement de supervision ; les perspectives d'avenir seraient donc de proposer aux soignants ce genre de soutien.

Il serait aussi intéressant de connaître le point de vue du patient. En effet, ce dernier doit parfois réaliser que le soignant éprouve des difficultés lors de la prise en soins. Nous nous demandons donc quelles influences cela peut-il avoir sur son état psychique (estime de soi, image corporelle, ...) et sur l'acceptation des soins.

De plus, nous nous interrogeons sur les émotions de l'infirmière ; est-elle en droit de les exprimer auprès du patient ? Et si c'est le cas, sort-elle du cadre professionnel ?

Une des infirmières interviewée nous lance une nouvelle piste. Elle relate que les soignants ne ressentent pas de dégoût mais de la souffrance face à ces situations que nous avons définies, dans notre travail, comme repoussantes. Maintenant, nous nous posons la question suivante : utilise-t-elle un subterfuge pour éviter la question ou est-ce réellement ce sentiment qu'elle ressent (souffrance à la place du dégoût). Dans ce dernier cas, il serait judicieux de considérer l'approche sous l'angle de la souffrance du soignant.

## 3. Discussion

Pour étayer notre recherche, un questionnaire quantitatif<sup>32</sup> sur la thématique a été élaboré et distribué au sein d'un service d'urgence d'un hôpital de Genève, auprès de trente-cinq participants. Ce dernier est construit sur un article de Vollaie (2011), intitulé *Le tabou du dégoût*. Il en ressort que, pour l'aspect social, l'aspect des odeurs et du rapport au corps, les infirmières ressentent majoritairement un sentiment de mal-être. Cependant, face à une situation éthique difficile, c'est en grande partie le sentiment de faillibilité qui est présent. Nous émettons l'hypothèse qu'il est plus facile d'avouer avoir des lacunes à faire face à un sentiment de répulsion éthique plutôt que face à un événement provoquant une réaction physiologique (odeur).

Comme nous l'avons vu dans le chapitre dégoût du cadre théorique et de l'analyse, une des conséquences de l'influence des sentiments de répulsion dans la prise en soins de ces infirmières est la diminution du temps passé auprès du patient.

Un point essentiel qui est ressorti de ce questionnaire est la communication au sein d'une équipe. La majorité d'entre elles en parle entre collègues de confiance plutôt qu'à la

---

<sup>32</sup> Cf : Annexe 5

hiérarchie ou aux membres de la famille car il est difficile de parler du travail des infirmières, considéré comme un travail sale.

La majorité des infirmières questionnées ne pense pas qu'une situation de dégoût soit insurmontable, notion que nous retrouvons auprès des infirmières interviewées.

Le questionnaire se termine sur le tabou : « Pensez-vous que ces sentiments, en situation professionnelle, soient tabous ? Pourriez-vous en parler à une personne avec qui vous n'avez pas d'affinités ? » L'interprétation du résultat est impossible, car nous ne savons pas à quelle question ont répondu les participants. Nous retenons l'erreur de novices dans la recherche quant à la rigueur des questions. Néanmoins, au vue de la littérature et de nos entretiens, nous pouvons constater que c'est un sujet tabou.

Afin de répondre à notre question de recherche intitulée :

**Les sentiments de répulsion dans les soins :  
quelles influences ont-ils sur la prise en soins des patients et quelles sont les  
stratégies mises en place pour les pallier ?**

nous avons développé les réponses aux questions initiales, citées dans la méthodologie. Nous pouvons affirmer que toutes nos questions ont trouvé réponses. Tout d'abord, les infirmières sont capables de surmonter leur dégoût en mettant en place des stratégies telles que le port du masque et des gants, l'aération de la pièce, l'instrumentalisation du soin, l'échange entre collègues, etc... Nous avons également constaté que de nombreuses stratégies sont utilisées dans les services de soins de manière spontanée et inconsciente. Le moment des transmissions, par exemple, est utilisé comme un exutoire pour le trop plein d'émotions, ce qui est retrouvé dans la littérature sous le terme de travail émotionnel.

Certaines infirmières expriment ne pas ressentir de dégoût dans l'exercice de leur fonction. Cependant, elles utilisent diverses stratégies de manière inconsciente, ce qui tend à prouver qu'il existe une problématique de répulsion sous-jacente.

Au vue de la littérature, nous pouvons affirmer que les sentiments de répulsion sont tabous dans les soins. De plus, bien que peu de participantes éprouvent des difficultés à en parler, nous pensons que ce sujet reste sensible, en fonction des termes employés par ces dernières ainsi que par les moyens d'éluder les questions.

Un aspect essentiel mis en évidence dans le cadre théorique est la peur du jugement des collègues. Cette crainte empêche toute discussion avec l'interlocuteur qui pourrait émettre du jugement, sauf si, avec ce dernier, il y a un bon rapport de confiance. Les conséquences de la peur du jugement sont le repli sur soi et le refoulement des émotions, au risque d'être inadéquat dans la prise en soin.

Concernant notre dernière question, nous cherchions à savoir s'il était dans le droit des infirmières de refuser de prendre en soins un patient. Il est apparu qu'elles en ont le droit

mais dans les limites déontologiques de la profession. Il convient donc de respecter les droits de l'homme et de ne pas faire de discrimination. Dans la pratique, elles peuvent s'arranger entre elles pour se remplacer, déléguer les soins du patient. Mais si elles sont dans l'incapacité de trouver de l'aide auprès des collègues, elles doivent prendre en soin la personne selon les droits de l'homme, le Code déontologique et la loi K1 03.

Tout au long du travail, nous avons défendu l'idée que les infirmières sont des êtres humains et qu'elles peuvent ressentir des sentiments de répulsion. C'est une valeur qui nous a motivés dans la réalisation du travail car nous cherchions à prouver qu'il était possible de ressentir des sentiments de faillibilité. Ces derniers sont légitimes, font partie de notre condition humaine et sont bienvenus dans notre prise en soin. Grâce à tout ce travail, nous sommes désormais capables de défendre ce point de vue auprès des professionnels de santé et proposer aux institutions des outils utiles pour pallier les sentiments de répulsion.

## VII. Bibliographie

### Liste de références bibliographiques

Art. 40, al. 2 de la loi sur la santé du 7 avril 2006. (=LS ; RSG K 1 03).

Art. 42, de la loi sur la santé du 7 avril 2006. (=LS ; RSG K 1 03).

Art. 80, al. 1 de la loi sur la santé du 7 avril 2006. (=LS ; RSG K 1 03).

Art. 81, al. 1 de la loi sur la santé du 7 avril 2006. (=LS ; RSG K 1 03).

Art. 87, de la loi sur la santé du 7 avril 2006. (=LS ; RSG K 1 03).

Blondeau, D. (1999). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. In O. Goulet & C. Dallaire (Dir.), *Soins infirmiers et société* (pp. 101-114). Montréal : Gaëtan Morin.

Blondeau, D. & Hébert, M. (1999). La responsabilité professionnelle de l'infirmière. In O. Goulet & C. Dallaire (Dir.), *Soins infirmiers et société* (pp. 117-134). Montréal : Gaëtan Morin.

Bourdeaut, F. (2006). Les émotions dans la relation de soin : des racines de leur répression aux enjeux de leur expression. *Ethique & Santé*, 3, 133-137.

Confédération suisse. (2012). *Les autorités fédérales de la Confédération suisse*. Accès <http://www.admin.ch/index.html?lang=fr>

Conseil international des infirmières. (2000). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière* [Brochure]. Genève : Conseil international des infirmières.

Coudray, M.-A. (Dir.). (2005). D'une vocation à une profession : 150 ans d'histoire infirmière [Dossier]. *Soins*, 700, 25-51.

Delalieux, P., Jegou, E., Malaquin-Pavan, E. & Nectoux, M. (2001). *Soins Gériatrie*. 27, 20-22.

Girault, V. & Bellon, R. (2005). Dates et figures marquantes de la profession infirmière. In M.-A. Coudray. (Dir.), *D'une vocation à une profession : 150 ans d'histoire Infirmière* (pp. 26-35). Issy-les-Moulineaux : Masson

Goulet, O. & Dallaire, C. (Dir.). (1999). *Soins infirmiers et société*. Montréal : Gaëtan Morin.

Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2008). *Plan d'études cadre Bachelor 2006* [Brochure]. (s.l.): Filière de formation soins infirmiers.

- Hervé, M-J., Guedeney, N., Lamour, M., Perouse de Montclos, M-O., Rusconi Serpa, S., Visier, J-P. & Maury, M. (2008). Les ressentis négatifs du thérapeute, partie 1 : un outil sémiologique ? *Devenir*, 20(4), 293-318.
- Hervé, M-J., Guedeney, N., Lamour, M., Perouse de Montclos, M-O., Rusconi Serpa, S., Visier, J-P. & Maury, M. (2009). Les ressentis négatifs du thérapeute, partie 2 : quelles stratégies thérapeutiques ? *Devenir*, 21(1), 7-30.
- Hesbeen, W. (Dir.). (2000). *Prendre soin dans le monde*. Paris : Seli Arslan.
- Hill, T. E. (2010). How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5(11), 1-14.  
doi: 10.1186/1747-5341-5-11
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2011). *Charte éthique*.  
Accès [http://www.hug-ge.ch/charte\\_ethique.html](http://www.hug-ge.ch/charte_ethique.html)
- Irwin, L. (2007). Homophobia and heterosexism: Implications for nursing and nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 70-76.
- Jacob, J. D., Gagnon, M. & Holmes, D. (2009). Nursing so-called monsters : On the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 153-161.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. & Major, F. (2003). *La Pensée infirmière* (2<sup>e</sup> éd.). Laval : Beauchemin.
- Larousse* (2012). Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/tabou>
- Lawler, J. (2001). Apprendre à donner des soins au corps. *Perspective soignante*, 11, 38-63.
- Lawler, J. (2001 ; 2002). *La Face cachée des soins : Soins au corps, intimité et pratique soignante*. Paris : Seli Arslan.
- Lhuillier, D. (2006). Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 12, 91-103.  
Accès [http://melodiecat.free.fr/Textes/TER\\_Humour/Article\\_Lhuillier%282006%29.pdf](http://melodiecat.free.fr/Textes/TER_Humour/Article_Lhuillier%282006%29.pdf)
- Loi du 7 avril 2006 sur la santé*. (=LS ; RSG K 1 03).

- Magnon, R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers : Le bilan d'un siècle*. Paris : Masson.
- Marché Paillé, A. (2010). Le dégoût dans le travail d'assistance aux soins personnels, s'en défendre mais pas trop. *Travailler*, 24, 35-54.
- Marché Paillé, A. (2011). *Emotions et travail d'assistance aux soins personnels en gérontologie. Se garder du dégoût mais pas trop*. (Thèse). Faculté des sciences de l'éducation Université Laval, Québec.
- Margat, C. (2011). Phénoménologie du dégoût, *Ethnologie française*, 41, 17-25.  
Accès [http://www.cairn.info/article.php?ID:ARTICLE=ETHN\\_111\\_0017](http://www.cairn.info/article.php?ID:ARTICLE=ETHN_111_0017)
- Mercadier, C. (2002). La dimension sensorielle du soin. *Perspective soignante*, 13, 6-28.
- Mercadier, C. (2002; 2008). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Seli Arslan.
- Mercadier, C. (2008). Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin. *Soins Cadres de santé*, 65(2), 19-22.
- Office fédéral de la santé publique. (2011). *L'OFSP en bref*.  
Accès <http://www.bag.admin.ch/org/index.html?lang=fr>
- Petit, C. (2000) Prendre soin dans le monde : une exigence de l'humanité. In W. Hesbeen (Dir.), *Prendre soin dans le monde*. (pp. 69-80) Paris : Seli Arslan.
- Réfabert, P. (2002). *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*. 16, 33-39.
- Rey-Debove, J. & Rey, A. (Dir). (2006 ; 2007) *Le nouveau Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris : Le Robert
- Richard, C. (2008). L'émotion deux censures. *Objectif soins*, 169, 24-25.
- Truc, H., Alderson, M. & Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 97, 34-41.
- Vollaire, C. (2011). Le tabou du dégoût. *Ethnologie française*, 41, 89-97.  
doi: 10.3917/ethn.111.0089
- Wenner, M. (2001). *Sociologie et culture infirmière*. Paris : Seli Arslan.

## Liste bibliographique

- Knibiehler, Y. (Dir.). (1984). *Cornettes et blouses blanches : Les infirmières dans la société française (1880-1980)*. (s.l.) : Hachette.
- Le Breton, D. (1985). *Corps et sociétés : Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*. Paris : Librairie des Méridiens.
- Revault, J.-Y., (2000). *L'accompagnant, ultimes messages de vie*. Suisse : Jouvence Editions.
- Picco, E., Santoro, R. & Garrino, L. (2010). Dealing with the patient's body in nursing : nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry*, 17, 39-46.
- Pugliese, M., Schorer, E. & Chatelain, B. (2011). *Guide pour la présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA)* [Brochure].  
Accès [http://www.heds-ge.ch/cdoc/Guide\\_2011\\_nb.pdf](http://www.heds-ge.ch/cdoc/Guide_2011_nb.pdf)
- Wagner, P.-A. (2010). *Soins infirmiers et droit : Une invitation au voyage à l'intention des infirmières et infirmiers*. (s.l.) : Association suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI.

# Annexes



Guide d'entretien

Présentation de notre thème

Nous vous remercions de nous recevoir pour cet entretien. Nous sommes Aline, Francesca, Laurie et Benoît et sommes étudiants-es infirmier-ères à la Haute Ecole de Santé à Genève. Nous sommes en 2ème année Bachelor (ce qui correspond à une 3ème année de formation). Dans le cadre de notre formation, nous devons faire un travail de Bachelor, un mémoire pour la fin de nos études. Pour celui-ci, nous avons choisi de travailler sur les sentiments de répulsion que peuvent éprouver des infirmiers-ères dans certaines situations de soins. En quelques mots, nous nous intéressons aux stratégies que ces derniers peuvent mettre en place pour pallier cette difficulté, si difficulté il y a. Votre position en tant qu'infirmier nous a particulièrement interpellés de par vos nombreuses années d'expérience ainsi que votre parcours professionnel. Bien entendu, les informations que vous nous divulgerez seront utilisées uniquement pour notre travail de Bachelor et seront anonymisées. Suite à votre consentement, nous vous rappelons que cet entretien sera enregistré et préservé jusqu'à la fin de notre travail, soit en septembre 2012.

Stratégies mises en place face à une situation de répulsion

**Pouvez-vous nous raconter une anecdote de soin, si possible récente et dans le détail, qui a provoqué en vous un sentiment de répulsion ?**

- a. Qu'est-ce qui a déclenché chez vous ce sentiment de répulsion ?
- b. Comment vous êtes-vous senti dans cette situation ?
- c. Comment avez-vous réagi ?
- d. A quelle heure cette situation s'est produite ?
- e. Quelle était l'atmosphère ce jour-là (luminosité, ambiance, relation entre collègues, ...) ?
- f. Avez-vous pu en parler dans votre équipe ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? Si non, pourquoi n'en avez-vous pas parlé ? Pensez-vous qu'il aurait été possible d'aborder ce sujet dans l'équipe ?
- g. Comment ont réagi les autres membres de l'équipe ?

*Ces relances nous permettront d'avoir une description détaillée du ressenti de la personne.*

- h. Existe-il des moments prévus pour analyser son comportement avec l'équipe, en lien avec un sentiment de répulsion (aspect exutoire) ? Si oui, lesquels ?

*Cela nous permettrait de vérifier si nos représentations (sujet tabou) sont fondées ou pas.*

- i. Quelles stratégies avez-vous mises en place pour les pallier ?

*Nous saurons quelles situations le-la répulse (plutôt éthique ou plutôt somatique). De plus, nous aurons la possibilité de connaître les stratégies que la personne a mises en place. Nous avons délibérément fait le choix de ne pas lui proposer un aspect de notre thématique (éthique ou somatique) afin de ne pas l'influencer et voir ainsi lequel des deux il-elle aborde.*

- j. Après analyse de cette situation, qu'auriez-vous pu faire d'autre (s'il y avait autre chose à faire) ?

*Cela nous permet de faire une analyse de la pratique et de mettre en évidence le décalage entre la réaction immédiate et après réflexion. Ceci nous permettant de poser l'hypothèse que si le sujet était moins tabou, nous pourrions en parler au préalable et ainsi apporter un bénéfice dans la pratique lorsqu'on se trouve confronté à une situation de répulsion.*

- k. Avez-vous remarqué une évolution, depuis le début de votre carrière, dans votre comportement suite aux confrontations à ces situations dans le temps ? Quels sont ces changements ? A quoi est-elle due ?

*Nous voulons savoir quels sont les outils que la personne a développés pour faire face à ces situations. (Expérience, vie privée ou autre).*

**Trouvez-vous «normal» que des infirmiers-ères éprouvent des sentiments de répulsion ? Pouvez-vous développer ?**

*Nous investiguerons, grâce à cette question, si cela est légitime d'éprouver ces émotions, en lien avec la culture et les mentalités infirmières.*

### Vignettes cliniques

*En complément au cas où la personne ne nous donnerait pas suffisamment d'information lors de l'anecdote.*

### Situation éthique

Monsieur B., 60 ans, divorcé, deux enfants, ancien enseignant d'éducation physique à l'école primaire. Atteint d'un cancer des poumons, Mr. B est transféré de Champ-Dollon à l'unité d'oncologie pour l'administration de chimiothérapie. Mr. B est connu et apprécié de l'équipe soignante. Entre deux séances de chimiothérapie, vous apprenez le motif de son incarcération :

Mr. B est accusé d'avoir violé plusieurs de ses élèves entre 2003 et 2008. Il revient ce matin pour son traitement et vous devez le prendre en charge. Vous arrivez dans la salle de traitement et Mr. B dit ne pas avoir le moral ce matin et demande à vous parler.

**Que faites-vous ? Comment réagissez-vous ?**

- Quels sentiments cela évoque en vous ?
- Si vous voyiez un-e collègue refuser de s'occuper de Mr. B., quelle serait votre réaction ?
- A votre avis, comment cette situation serait-elle gérée dans votre équipe ?

*Cette vignette nous permet d'explorer la répulsion face à une situation éthique de notre thématique. Ainsi, si l'interviewé ne parle pas d'éthique, nous aurons une information sur celle-ci. De plus, grâce aux relances, nous posons l'interviewé à la fois en tant qu'acteur mais aussi en tant qu'observateur, ce qui nous apporte plus d'informations.*

## Situation somatique

Monsieur D., 52 ans, sans domicile fixe, arrive dans votre unité après un court séjour aux urgences. Il est dans un état d'incurie très avancé malgré une première toilette et dégage une forte odeur d'urine et d'excrément qui semblent imprégnés sur lui. De plus, il présente des ulcères artériels aux membres inférieurs. Ceux-ci sont purulents, nécrotiques et semblent infectés au pseudomonas étant donné l'écoulement verdâtre et l'odeur fétide qui s'en dégagent. Vous l'accueillez dans l'unité. Vous devez l'aider à se changer car ses ulcères sont très douloureux et l'empêchent de se mobiliser seul. **Comment réagissez-vous ?**

- a. Quel ressenti cela évoque en vous ?
- b. Si, lors de l'arrivée du patient dans l'unité, vous êtes avec un collègue infirmier. Que faites-vous ? Lui laissez-vous prendre le patient en charge ?
- c. Si une même situation se présentait mais sans l'état d'incurie. Pensez-vous que votre prise en charge serait la même ? Qu'en serait-il de votre non-verbal ?

*Cette vignette nous permet d'explorer la répulsion face à une situation somatique de notre thématique.*

## «Histoire» de la répulsion

**Les mentalités ont-elles évoluées depuis que vous exercez votre profession, en lien avec les sentiments de répulsion ?**

*Nous apprendrons ici si le sujet est toujours aussi tabou, ou si, petit à petit, les professionnels osent davantage en parler aujourd'hui.*

Dans le cas où il répondrait qu'il y a une évolution, poser les questions suivantes :

- a. Pensez-vous que ces sentiments soient toujours tabous aujourd'hui ?
- b. Est-ce que cette stagnation des mentalités est liée à la culture infirmière ?

**Est-ce un problème qui existe dans les soins ?**

- a. Quels seraient vos besoins ?
- b. Quelles seraient vos suggestions, vos attentes ?
- c. Auriez-vous des propositions pour optimiser la prise en charge des patients qui provoquent ce genre de répulsion ?

Questions générales sur l'identité de la personne

**Pourriez-vous nous donner quelques données personnelles et professionnelles (formation, année du diplôme, parcours professionnel) vous concernant ?**

**Le choix de votre parcours professionnel a-t-il été influencé par des sentiments de répulsion ? Si oui, de quelle manière ?**

*Cela nous permet de constater si les sentiments de répulsion ont une influence importante dans le choix du parcours professionnel. (Est-ce qu'une personne est prête à renoncer à travailler dans une unité par répulsion ?)*

#### Question de conclusion

**Souhaitez-vous ajouter quelque chose d'important que nous n'avons pas abordé ?**

#### Remerciements

Nous vous remercions de nous avoir reçus et de tout le temps que vous nous avez consacré. Les apports de cet entretien nous permettront d'avancer considérablement dans la réalisation de notre travail. Nous restons disponibles si vous aviez d'autres éléments ou informations à nous apporter. Sachez que nous nous engageons à vous faire parvenir une copie de notre travail et c'est avec plaisir que nous vous inviterons à notre soutenance du mois de septembre 2012.

## Annexe 2

Bartolomei Benoît  
Campana Laurie  
Russo Francesca  
Wasser Aline

Russo Francesca  
45bis Av. de Champel  
1206 Genève

Genève, le 21 décembre 2011

Hôpitaux Universitaire de Genève  
Secrétariat de la Direction  
Adjointe des Soins des HUG  
Rue Gabrielle-Perret Gentil, 4  
1211 Genève 14

### **Demande d'autorisation pour enquêter dans votre institution**

Madame,

Nous sommes étudiant-e-s de 3<sup>ème</sup> année de formation Bachelor en Soins Infirmiers à la Haute école de santé de Genève.

Dans le cadre de cette formation, il nous est demandé de réaliser un travail de Bachelor, dont le sujet porte sur le sentiment de dégoût et de répulsion ressenti par les soignants lors de certains soins.

Afin de réaliser notre récolte de données, nous aimerions interviewer 4-5 infirmières<sup>33</sup> travaillant dans votre institution. Nous souhaiterions qu'elles n'aient pas fait de spécialisation pour qu'elles ne soient pas formées spécifiquement à affronter ces situations de répulsion.

Pour cet entretien, nous aimerions interviewer une professionnelle ayant travaillé dans au moins trois services différents dont une unité de médecine interne ou chirurgie sur le site Cluse-Roseaie, pour qu'elle ait une expérience suffisamment diversifiée pour enrichir l'entretien.

La démarche méthodologique que nous allons privilégier consiste à faire des entretiens semi-directifs et qualitatifs. Ces entretiens seront enregistrés avec l'accord des personnes et respecteront l'anonymisation des données.

Nous joignons en annexe la lettre d'information destinée à la population cible, dans laquelle vous trouverez la description précise de notre projet et les implications concrètes pour les participantes.

---

<sup>33</sup> Lire aussi au masculin

Dans ce cadre, nous vous demandons l'autorisation d'interroger 4 à 5 infirmières travaillant dans une unité de médecine interne ou chirurgie digestive lors d'un entretien d'une durée de 45 à 60 minutes, dans le lieu de leur convenance.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à notre requête, nous vous adressons, Madame, nos sincères salutations.

Bartolomei Benoît

Campana Laurie

Russo Francesca

Wasser Aline

Lu et approuvé le 21. 12. 2011 par :  
Chatelain Brigitte  
Directrice du travail de Bachelor

Annexes :

1. Questionnaire ou trame d'entretien ou grille d'observation
2. Lettre d'information destinée aux personnes participant au TB
3. Formulaire de consentement destiné aux personnes participant au TB

Genève, le 9 décembre 2011

**Informations destinées aux personnes participant au travail de Bachelor (TB)  
intitulé : Le sentiment de dégoût et de répulsion ressenti par les soignants dans  
certains soins**

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons pour participer à notre travail de Bachelor portant sur la perception des infirmières<sup>34</sup> face au dégoût qu'elles peuvent éprouver lors de certains soins et les stratégies éventuelles qu'elles mettraient en place pour les pallier.

Buts de notre travail

Ce travail a pour but de mettre en évidence et découvrir des stratégies originales pour aider les infirmières à dépasser ce sujet tabou et à éviter que cela ait des répercussions néfastes dans la prise en soins des patients.

Contexte du travail

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers délivrée par la Haute Ecole de Santé de Genève. Il implique une phase d'enquête, qui se déroulera aux Hôpitaux Universitaires de Genève auprès d'infirmières travaillant dans un service de médecine interne ou de chirurgie digestive. Nous souhaiterions que vous soyez détentrices d'un diplôme d'infirmière de base sans formation complémentaire ou spécialisée. Cette enquête se déroulera du 30 janvier au 17 février 2012.

Description de l'enquête

Nous vous proposons un entretien individuel, qui durera environ 45 à 60 minutes, à un moment et un lieu fixés avec vous, à votre convenance. Cet entretien sera enregistré puis retranscrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données enregistrées seront effacées une fois le travail de Bachelor validé.

---

<sup>34</sup> Lire aussi au masculin

### Avantages et inconvénients à participer

Votre participation à ce travail pourrait contribuer à élaborer des stratégies pour pallier les situations de dégoût et démystifier le tabou ou le silence en lien avec ce thème. Votre engagement ne comporte aucun risque ni bénéfice pour vous personnellement ou sur le plan professionnel.

Votre participation à cette enquête a été autorisée par votre employeur.

### Droits et confidentialité

Votre participation à cette enquête est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez, et pourrez encore le faire ultérieurement. Le fait de participer à cette enquête ne changera rien aux liens professionnels avec votre employeur.

Toute information recueillie dans le cadre de cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les étudiant-e-s soussigné-e-s s'y engagent. Les données ne seront pas transmises à votre employeur ou à vos collègues, mis à part l'accès prévu aux résultats. De plus, toutes les données personnelles récoltées dans ce cadre seront rendues anonymes et gardées confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issus du travail de Bachelor. Votre nom ne sera en aucun cas publié dans des rapports ou publications qui découleraient de ce travail de Bachelor.

Seule l'analyse des résultats de l'ensemble des données sera présentée.

### Accès aux résultats

Dans le cas où vous seriez intéressés par les résultats de notre travail, nous pourrions mettre à votre disposition un exemplaire dans votre unité. De plus, il est possible de venir assister à notre soutenance qui aura lieu au mois d'août-septembre. Pour finir, nous pouvons aussi vous proposer un résumé des principales étapes de notre travail et vous l'envoyer personnellement.



Adresse de contact

Nom des étudiants

Bartolomei Benoît

[benoit.bartolomei@etu.hesge.ch](mailto:benoit.bartolomei@etu.hesge.ch) - 078 / 695.09.85

Campana Laurie

[laurie.campana@etu.hesge.ch](mailto:laurie.campana@etu.hesge.ch) - 0033 / 670. 61.91.98

Russo Francesca

[francesca.russo@etu.hesge.ch](mailto:francesca.russo@etu.hesge.ch) - 076 / 428.19.85

Wasser Aline

[aline.wasser@etu.hesge.ch](mailto:aline.wasser@etu.hesge.ch) - 078 / 802.54.66

Nom de la Directrice du travail de Bachelor

Chatelain Brigitte

HEdS – Haute école de santé Genève

Avenue de Champel 47

1206 Genève

Tél. : 022 388.56.91

[brigitte.chatelain@hesge.ch](mailto:brigitte.chatelain@hesge.ch)

.....

.....

#### Annexe 4

### Formulaire de consentement éclairé et libre

**Travail de Bachelor** : Le sentiment de dégoût et de répulsion ressenti par les soignants dans certains soins

- Je consens à participer à la phase d'enquête du travail de Bachelor susmentionné de la manière décrite dans le document intitulé 'Informations destinées aux personnes participant au travail de Bachelor (TB) intitulé «Le sentiment de dégoût et de répulsion dans certains soins»'.
- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, par les étudiants-es signataires des objectifs et du déroulement de l'enquête sur la perception du dégoût des soignants dans les soins et quelles stratégies mettent-ils en place ?
- Je suis informé-e que cette enquête ne comprend aucun risque ni bénéfice pour les participant-e-s.
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite, datée du 9 décembre 2011 qui m'a été remise sur l'enquête précitée. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette enquête. Je conserve l'information écrite et je reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision en mon âme et conscience.
- Je sais que toutes les données personnelles seront anonymisées et confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issus du travail de Bachelor.
- Je prends part de façon volontaire à cette enquête. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette enquête, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit.
- Je m'engage à répondre fidèlement aux questions qui me seront posées dans ce cadre.

Lieu et date :

Nom et signature du-de la participant-e :

Attestation de-s l'étudiant-e-s :

J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce-tte participant-e la nature, le but et la portée de ce travail de Bachelor. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette enquête. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du travail de Bachelor, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement de ce-tte participant-e à prendre part à l'enquête, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu et date :

Nom et signature des étudiants-es :

Voici un questionnaire portant sur le thème de mon travail de Bachelor « Les sentiments de répulsion dans les soins : quelles influences ont-ils sur la prise en charge des patients et les stratégies mises en place pour les pallier ? ». Je vous remercie d'avance du temps que vous prendrez pour le remplir.

Benoît Bartolomei

1. Dans l'exercice de votre profession, avez-vous déjà éprouvé un ou plusieurs de ces sentiments face à la vision d'un corps ?

- ☐ Effet de surprise
- ☐ Sentiment de honte
- ☐ Sentiment de faillibilité du rôle professionnel
- ☐ Sentiment de mal être

Avez-vous été confronté à ces situations :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

2. Dans l'exercice de votre profession, avez-vous déjà éprouvé un ou plusieurs de ces sentiments face à l'exposition à des odeurs liées au patient ?

- ☐ Effet de surprise
- ☐ Sentiment de honte
- ☐ Sentiment de faillibilité du rôle professionnel
- ☐ Sentiment de mal être

Avez-vous été confronté à ces situations :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

3. Dans l'exercice de votre profession, avez-vous déjà éprouvé un ou plusieurs de ces sentiments face à une situation sociale (misère, violence familiale, maltraitance, ...) ?

- ☐ Effet de surprise
- ☐ Sentiment de honte
- ☐ Sentiment de faillibilité du rôle professionnel
- ☐ Sentiment de mal être

Avez-vous été confronté à ces situations :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

4. Est-ce que votre prise en soin en a été modifiée ? Et de quelle manière ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Humour
- ☐ Agacement
- ☐ Enervement

Si oui, de quelle manière ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Ecourter le temps avec le patient
- ☐ Moins d'empathie, moins de sympathie
- ☐ Déléguer la charge du patient à un collègue
- ☐ Refus de prendre en soin

5. En avez-vous parlé autour de vous ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, à qui ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Collègue
- ☐ Hiérarchie
- ☐ Famille / Amis

6. Avez-vous déjà été confronté à une situation que vous n'avez pas pu surmonter ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, qu'avez-vous fait ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Demandé de l'aide à un collègue
- ☐ Informé la hiérarchie

7. Pensez-vous que ces sentiments, en situation professionnelle, soient tabous ? Pourriez-vous en parler à une personne avec qui vous n'avez pas d'affinités ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Enfin, quelle est votre profession :

- ☐ Médecin
- ☐ Infirmier
- ☐ Aide-soignant
- ☐ Commis administratif

Je vous remercie vivement de votre participation, ces données resteront anonymes et me permettront de réaliser une enquête au sein du SAUP.

Ce questionnaire a été réalisé avec l'aide de Monsieur Marc Diby, adjoint scientifique à la Haute Ecole de Santé, filière soins infirmiers et validé par Madame Annie-Claude Paubel, infirmière responsable d'unité du SAUP.

Les résultats vous seront communiqués lors d'une présentation la semaine du 15 avril (date à définir).

# Les sentiments de répulsion dans les soins

Quelles influences ont-ils sur la prise en charge des patients et les stratégies mises en place pour y palier

Benoît Bartolomei



Stage 5 : SAUP  
Praticienne Formatrice : Martine  
Constantin  
Enseignant : Olivier Decoster



## Plan

- Choix du thème
- Présentation de l'article
- Présentation du questionnaire
- Présentation des résultats
- Apports de la recherche
- Limites de la recherches
- Remerciements



# Choix du thème

- Confronté régulièrement à des situations difficiles à gérer
- Sentiment de répulsion «physiques» ou «éthiques»
- Sujet peu abordé dans les services ou à l'école
- Peu de littérature sur le sujet

# Présentation de l'article

- Vollaire, C. (2011). «Le tabou du dégoût», *Ethnologie française*. [Page Web], 41, 89-97. Accès : [http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=ETHN\\_111\\_0089](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ETHN_111_0089) (consulté le 4 mars 2011)
- Apports :
  - Utilisation de mécanismes de défense (dén) → renforce le ressenti
  - Facteurs influençant la «création» du dégoût : **faillibilité** / **effet de surprise**
  - Provoque : **Honte / Mal-être**
  - Stratégies employées : plaisanteries / focalisation sur la tâche à accomplir
  - Risque : Abandon de la personne à soigner
  - Rôle de l'institution : Aider les soignants à exprimer leurs émotions





# Présentation de l'article (suite)



- Limites de l'article :
  - Uniquement expériences de l'auteur et littérature
  - Article philosophique
- Réalisation du questionnaire :
  - Utilisation des 4 termes en gras (sentiment de faillibilité, effet de surprise, honte et mal-être)

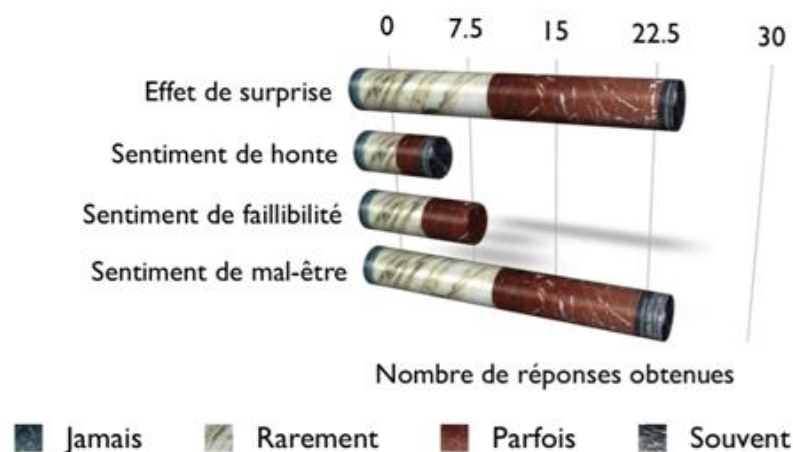
## Présentation du questionnaire

- 3 premières questions : certaines situations peuvent-elles **provoquer de la répulsion**
- 4ème question : **l'influence** que ces sentiments peuvent avoir sur la prise en soin
- 5ème + 6ème question : les **stratégies** mises en place par le soignant
- 7ème question : est-ce **tabou** ?

# Présentation des résultats

\* 35 participants (4 médecins, 21 infirmiers, 9 aides soignants et 1 personne non prononc

## Question 1 : Rapport au corps



# Présentation des résultats (suite)

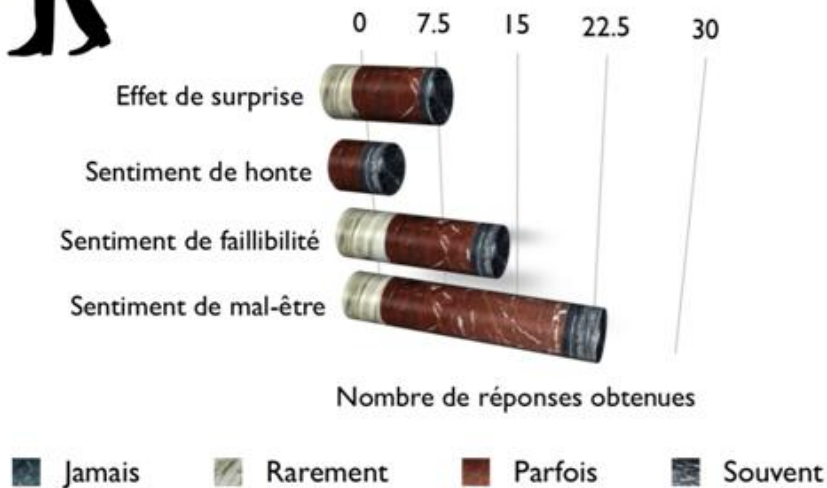
## Question 2 : Rapport aux odeurs



# Présentation des résultats (suite)



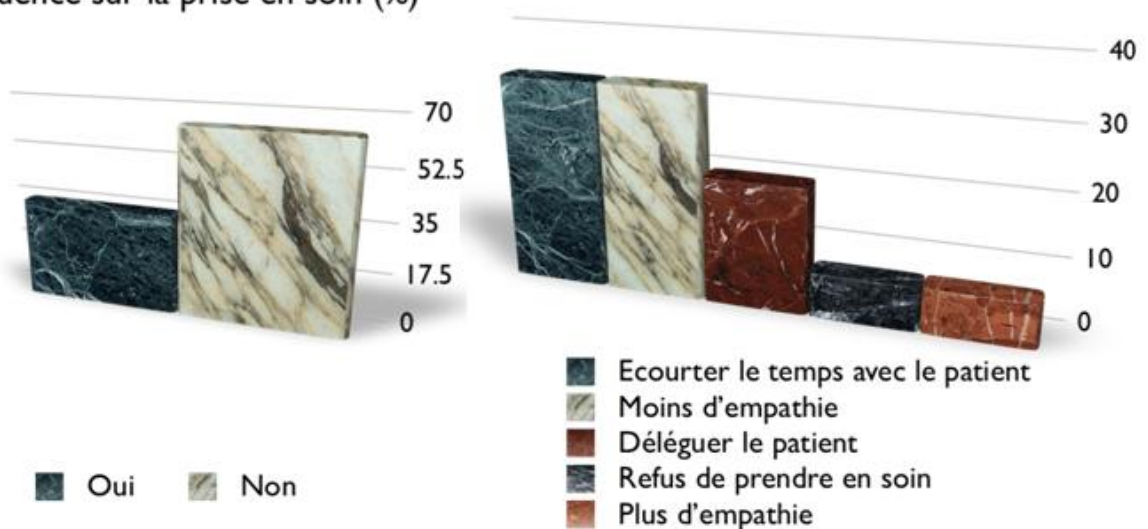
Question 3 : situation sociale difficile



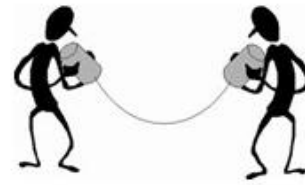
# Présentation des résultats (suite)

Sur 12 personnes ayant répondu «oui» (%)

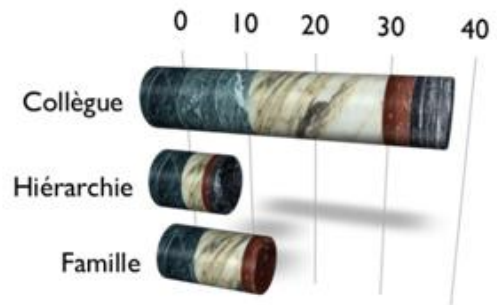
Question 4 :  
Influence sur la prise en soin (%)



# Présentation des résultats (suite)



Question 5 : Partage avec l'entourage (%)



Nombre de réponses obtenues

■ Oui  
■ Non

■ Humour  
■ Agacement  
■ Enervement  
■ Empathie

# Présentation des résultats (suite)

Question 6 : Situations insurmontables (%)

Sur 11 personnes ayant répondu «oui» (%) :

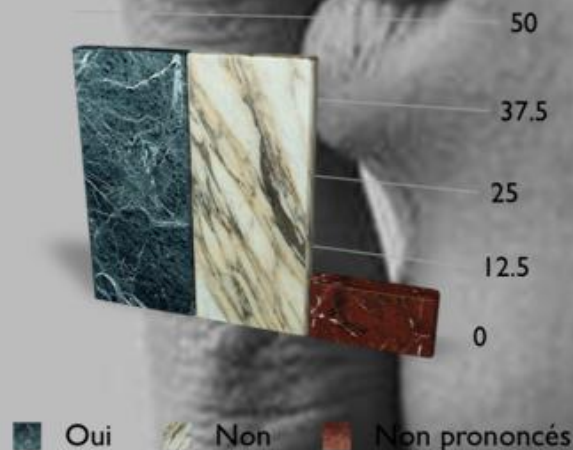


■ Oui ■ Non ■ Non prononcés

■ Demandé de l'aide  
■ Informé la hiérarchie

# Présentation des résultats (suite)

Question 7 : Tabou (%)



## Apports de la recherche



- \* Réalité du terrain
- \* Les stratégies utilisées sont majoritairement informelles
- \* Faible partage avec la hiérarchie
- \* L'influence sur la prise en charge n'est pas significative  
→ qualité des soins égale mais relation + compliquée à entretenir
- \* «Ca fait partie du métier»
- \* Enrichissement de mon travail de Bachelor
- \* Question : Est-il plus aisé de parler de situation éthique difficile ?



# Limites de la recherche

- \* **Question 5 (partage avec l'entourage)**
- \* Manque parfois d'objectivité
- \* Demander la nature de la répulsion aux participants
- \* **Question 7 (tabou)**
- \* Question mal formulée
- \* Manque de temps
- \* Echantillon relativement faible (35 participants)
- \* Manque d'expérience dans le domaine de la recherche



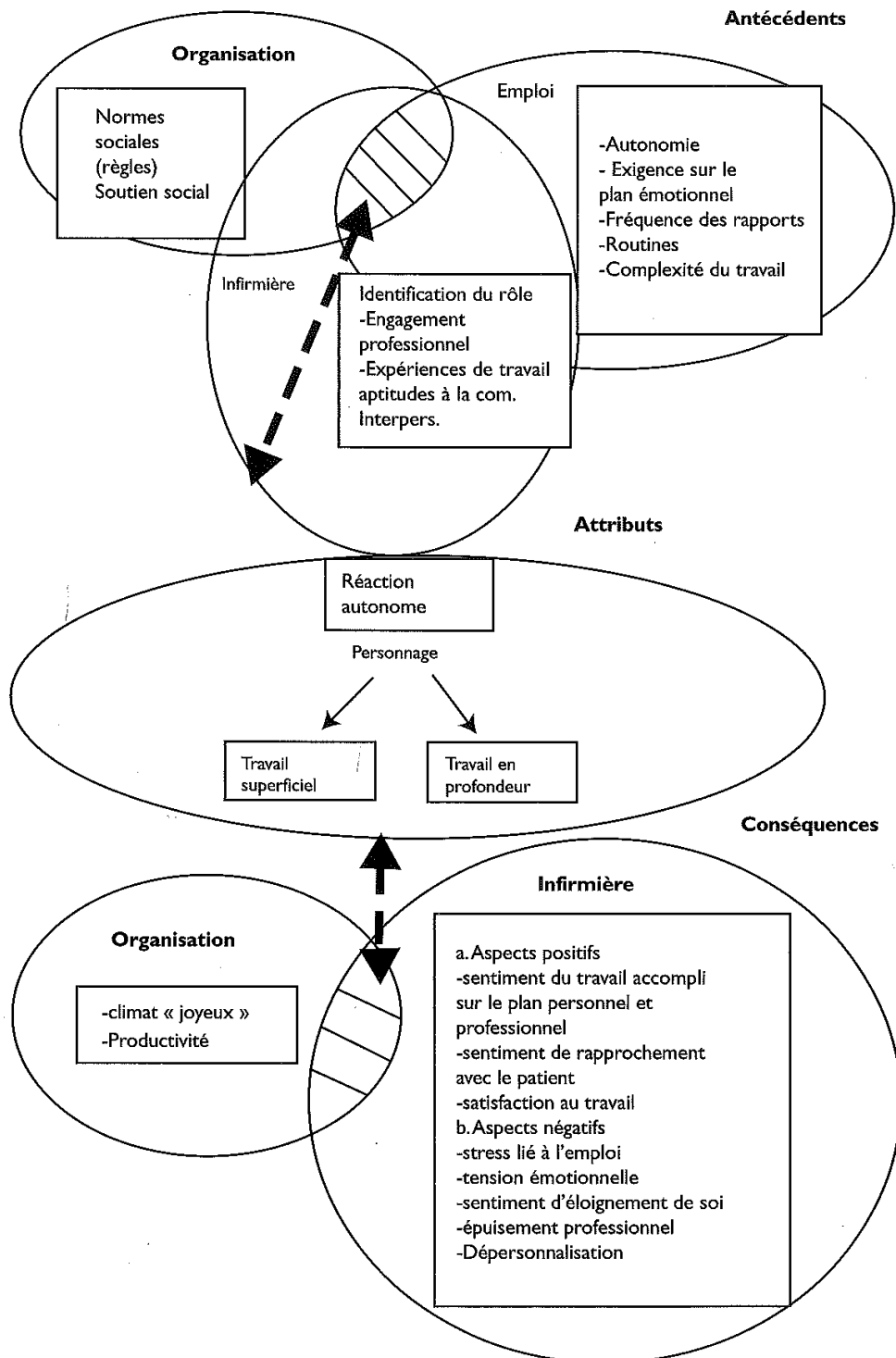
## Perspectives, questions ?



- \* Quel est votre avis sur le sujet ?
- \* Pensez-vous utile de faire des analyses de la pratique sur le sujet ?
- \* Quelles autres solutions envisageriez-vous ?
- \* Quelles directions donneriez-vous à mon travail de Bachelor ?

## Annexe 6

Figure 1  
Théorie intermédiaire du concept de travail émotionnel



Truc & al. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse évolutionnaire de concept. Recherche en soins infirmiers, 97, 34-41

Tableau 3 : Structuration du domaine du dégoûtant (d'après Miller, 1997)

Moins impliqué	dans le dégoûtant	Plus impliqué
inorganique	<i>Versus</i>	organique
végétal	<i>Versus</i>	animal
<b>humain<sup>1</sup></b>	<i>Versus</i>	animal
nous	<i>Versus</i>	eux
moi	<i>Versus</i>	toi
extérieur à moi	<i>Versus</i>	intérieur à moi
sec	<i>Versus</i>	mouillé
fluide	<i>Versus</i>	visqueux
ferme	<i>Versus</i>	spongieux
non adhérent	<i>Versus</i>	collant
statique – fixe	<i>Versus</i>	ondulant – mouvant
raide – droit	<i>Versus</i>	tors – enroulé sur lui-même
vie	<i>Versus</i>	mort – décomposition
santé	<i>Versus</i>	maladie
beauté	<i>Versus</i>	laideur
haut	<i>Versus</i>	bas
droite	<i>Versus</i>	gauche
glacé – brûlant	<i>Versus</i>	moite – tiède
ferme – tendu	<i>Versus</i>	lâche – branlant
modération	<i>Versus</i>	excès – profusion
un	<i>Versus</i>	multitude

<sup>1</sup> En gras dans le tableau : souligné par nous.

Marché Paillé, A. (2011). *Emotions et travail d'assistance aux soins personnels en gérontologie. Se garder du dégoût mais pas trop.* (Thèse). Faculté des sciences de l'éducation Université Laval, Québec.



## Annexe 8

Voici la liste des différents produits proposés par le magasin central des HUG :

- **Ozium** : Spray à vaporiser, qui peut aider à masquer une mauvaise odeur. C'est surtout un ajout à l'odeur initiale qui tente de la recouvrir sans la faire disparaître. Le résultat n'est pas toujours très convaincant.
- **Sinéflor** : Désodorisant pour WC difficile à utiliser ailleurs car nous avons la désagréable sensation de passer la journée aux toilettes...
- **Plaque citron vert** : Relativement efficace mais la diffusion est de courte durée et très localisée. Utile vers les poubelles à condition de renouveler régulièrement le stick.
- **Essence d'eucalyptus** : Tous les essais effectués ne nous ont jamais paru probants. L'odeur est forte, tenace et se rajoute à la mauvaise odeur ambiante ce qui donne un mélange peu agréable.
- **Surodorant** : Comme l'étiquette l'indique, ce produit est préconisé pour les toilettes. Nous l'avons utilisé mais l'odeur nous ramène aux WC et le résultat est sucré et écœurant.

Produits proposés par la pharmacie :

- **Chlorophylle en comprimés** : Parfois efficace lorsque les selles sentent très fort, il faut prendre 3x2 cp/jour par voie orale.
- **Essence eucalyptus** (déjà décrit).
- **Metronidazol (Flagyl®)** Antibiotique intraveineux. Utilisation sur des pansements odorants chez des patients en soins palliatifs, car risque de développer des résistances.