Filière «infirmière»
Promotion : **2014/2017**
Date du jury : **juin 2017**

Année universitaire : 2016/2017

Travail d'initiation à la recherche

Les odeurs pathologiques : un parfum tabou

Perrine VACHEY

SOMMAIRE

Introduction .....p. 1

1. Situation clinique d'appel .....p. 2
1.1. Description de la situation clinique .....p. 2
1.2. Questionnement de la situation clinique .....p. 6
1.3. Formulation de la question de départ .....p. 7

2. Phase exploratoire théorique : la revue de littérature .....p. 8
2.1. Les odeurs dans les soins infirmiers .....p. 8
2.1.1. Le système olfactif .....p. 8
2.1.2. L'odorat : un sens soignant .....p. 11
2.1.3. Des odeurs qui rendent malades .....p. 12
2.2. La relation soignant-soigné .....p. 13
2.2.1. Le concept de relation en psychologie sociale .....p. 13
2.2.2. Quand la relation se fait soin .....p. 15
2.2.3. La communication dans tous ses états .....p. 17
2.3. La prise en soin du patient .....p. 19
2.3.1. La sémantique du soin .....p. 20
2.3.2. Le « prendre soin » : le cœur de la profession infirmière ? .....p. 21
2.3.3. Faire rimer soin et qualité : un art infirmier .....p. 23
2.4. Synthèse de la revue de littérature .....p. 24

3. Phase exploratoire pratique : l'enquête auprès des professionnels de terrain .....p. 26
3.1. Les choix pour l'enquête .....p. 26
3.1.1. L'outil d'investigation .....p. 26
3.1.2. Les terrains investigués .....p. 27
3.1.3. Les professionnels interrogés .....p. 27
3.2. L'analyse des données recueillies .....p. 27
3.3. L'analyse critique de l'outil et des conditions d'enquête .....p. 37
3.4. La phase de problématisation et l'émergence de la question de recherche .....p. 38

Conclusion .....p. 40

Bibliographie

Liste des annexes

Charte VIGIPLAGIAT

INTRODUCTION

La maison de son enfance, des cascades de glycines, une nuit d'été orageuse... A peine quelques mots couchés sur le papier et déjà tous les sens s'éveillent. L'esprit qui vagabonde, un parfum familier qui revient et voilà une sensation olfactive qui jaillit. Le mécanisme de l'olfaction revêt tant de mystères ! Et qu'elles paraissent agréables ou déplaisantes, les odeurs ne nous laissent toutefois jamais indifférents.

En tant qu'étudiante en soins infirmiers, je ne m'étais pas préparée à vivre des rencontres olfactives du « troisième type » propres à l'univers soignant. L'expérience de la mauvaise odeur n'a évidemment rien d'exceptionnelle mais, celle dans les soins infirmiers, s'est révélée pour moi particulièrement troublante. Mon nez en conserve je crois, un souvenir impérissable. Et j'avoue en avoir perdu parfois mon « sens » soignant. Car, quand en l'espace de quelques inspirations, les odeurs nauséabondes se dressent entre vous et le patient, quelle épreuve pour le « prendre soin ». C'est ce qui m'a amenée, au travers de ce travail de recherche, à me questionner au sujet des odeurs dans les soins infirmiers.

En premier lieu, je décrirai la situation à l'origine de ce travail et le questionnement qui en résulte. Je présenterai dans un second temps, la revue de littérature issue de l'étude des mots-clés qui composent ma question de départ. J'exposerai ensuite le résultat des enquêtes menées auprès des professionnels de terrain et l'analyserai en regard des hypothèses émises suite à l'écriture de la phase théorique. Enfin, je dévoilerai pour finir l'aboutissement de cette étude.

1. SITUATION CLINIQUE D'APPEL

1.1. Description de la situation clinique

La situation s'est déroulée au sein d'un service de médecine oncologique où j'effectuais mon premier stage de troisième année. Ce service accueillait un grand nombre de patients en fin de vie dont la prise en charge palliative faisait suite, pour une grande majorité d'entre eux, à une altération générale de l'état. Parmi ces patients se trouvait Mme N, 75 ans, atteinte d'un cancer du sein gauche de grade III découvert neuf mois plus tôt et métastasé localement ainsi qu'au niveau osseux.

A son arrivée dans le service elle avait confié « être arrivée au bout d'elle-même ». Alitée continuellement et mobilisée avec les plus grandes précautions, Mme N bénéficiait d'une oxygénothérapie de confort aux lunettes et était porteuse d'une chambre implantable ainsi que d'une sonde à demeure. Une hydratation intra-veineuse de glucosé composait son unique source d'apport et deux pompes PCA (Patient Controlled Analgesia) étaient en place, l'une de Morphine, l'autre de Midazolam. Elle avait au niveau de son sein gauche des plaies tumorales extériorisées et cavitaires qui ne relevaient plus d'aucun traitement oncologique depuis plusieurs semaines mais pour lesquelles un pansement dit « de propreté » était à réaliser tous les deux jours. Ce soin alimentait de nombreuses discussions au sein de l'équipe soignante : les plaies s'étendaient rapidement et la mauvaise odeur qui en émanait était problématique. L'infirmière stomathérapeute de l'établissement était rapidement intervenue à ce sujet afin de définir le protocole le plus adapté à la réfection du pansement, mais ce soin restait un moment redouté par tous.

Je n'avais jamais vu de plaies tumorales, et c'était la première fois que j'allais m'occuper de Mme N, aussi avant de me rendre auprès d'elle j'ai consulté le protocole de soin instauré par la stomathérapeute quelques jours plus tôt, ainsi que la fiche de suivi de son pansement. Là, j'ai pu prendre connaissance des transmissions des infirmiers et j'avoue m'être un peu inquiétée à la lecture de certains détails car les plaies de Mme N semblaient n'avoir rien de commun avec ce que je connaissais. Mon expérience en matière de pansements allait-elle être suffisante pour me permettre d'assurer ce soin ?

Le pansement de Mme N permettait principalement la gestion des exsudats, des saignements et des odeurs qui émanaient de ses plaies. Sa réfection régulière permettait aussi évidemment de surveiller l'évolution des plaies et d'adapter au besoin le protocole en place. D'après ce que j'avais compris c'était un soin qui réclamait du temps : beaucoup de minutie était requise pour que le pansement soit bien étanche et de

nombreuses découpes étaient à réaliser afin de recouvrir l'ensemble des plaies. Tout cela me préoccupait et j'éprouvais le besoin d'être rassurée. Je décidais donc de pousser davantage mes investigations en allant questionner les soignants qui avaient eu l'occasion de s'occuper de la réfection du pansement de Mme N ces derniers jours, une initiative dont j'aurais finalement bien dû me garder. En effet, infirmiers et aide-soignants étaient tous unanimes : ce pansement qui s'effectuait en binôme était une épreuve tant pour la vue que pour l'odorat. Les descriptions qu'on m'en faisait n'avaient franchement rien de très engageant : « horrible », « répugnant », « à vomir », « inimaginable ». Bref, ce soin promettait de mettre à rude épreuve mes sens et ma capacité à travailler dans des conditions plutôt inhabituelles. Mais en étais-je seulement capable ? Me sachant d'une nature plutôt sensible aux odeurs, bonnes ou mauvaises d'ailleurs, comment allais-je pouvoir gérer la situation ? De quelles ressources est-ce que je disposais pour le faire ? Et la patiente dans tout cela, comment assurer son bien-être dans ces conditions ?

L'infirmière avec laquelle je travaillais ce jour là n'avait jamais réalisé le pansement de Mme N mais elle connaissait toute la difficulté des soins des plaies cancéreuses. Diplômée depuis deux ans, le poste qu'elle occupait au sein du service de médecine oncologique était celui qu'elle avait obtenu à sa sortie de diplôme. Il se dégageait de cette infirmière de 24 ans franche et dynamique une assurance réconfortante pour l'étudiante anxieuse que j'étais au moment de franchir la porte de chambre de Mme N.

Il régnait dans la pièce une odeur âcre malgré la présence de discrets petits absorbeurs d'odeurs placés là pour atténuer les effluves nauséabondes que dégageaient les plaies. Quelle odeur aurait eu l'air ambiant sans leur présence ?

A notre arrivée Mme N était endormie, nous nous sommes présentées à elle et lui avons expliqué la raison de notre venue mais elle a très peu réagi.

Dans un premier temps nous avons effectué sa toilette, puis j'ai réalisé le changement d'aiguille de Huber dans sa chambre implantable. Ce temps de soin très « ordinaire » m'a permis de diminuer mon seuil d'appréhension et d'aborder Mme N différemment. Nous avons également échangé avec elle quelques mots lors de l'une de ses courtes phases de réveil : elle nous a dit ne plus supporter l'« odeur de pourri » qui émanait d'elle et nous a demandé si « la mort serait bientôt là ». J'ai alors pris conscience que j'avais commis l'erreur d'associer Mme N uniquement à son pansement. Et cela au point de la réduire à un simple « objet de soin ». Comment en étais-je arriver là et pourquoi l'avais-je fait ?

Pour prévenir au maximum toutes douleurs liées aux soins et l'apaiser au mieux nous lui avons régulièrement délivré via ses pompes PCA des bolus de Morphine et de

Midazolam afin de la maintenir sédatée. Mais cela m'interroge, au-delà du confort de la patiente, n'était-ce pas également le nôtre que nous recherchions en agissant ainsi ?
Durant la réfection du pansement l'infirmière s'était placée près de moi de manière à observer le soin sans gêner mes gestes et pouvoir, au besoin, m 'aider. Avant de commencer à défaire le pansement nous avons revêtu toutes deux un masque chirurgical imbibé d'alcool à 70% et des gants non stériles. Le port du masque avait pour but de nous préserver un peu de l'odeur nauséabonde dégagée par les plaies. Mais était-ce convenable vis à vis de Mme N ? Si nous avions dû lui en expliquer la raison, comment le faire sans la heurter?
Une fois mon masque en place j'inspirais profondément. J'avais peur, mais pour quelles raisons réellement, je l'ignorais. Était-ce l'inconnu qui m'inquiétait autant ou toutes les représentations des plaies que j'avais en tête ? L'infirmière perçu sans doute mon malaise car sans un mot, d'un simple regard, elle m'encouragea à poursuivre.
Le pansement recouvrait la poitrine gauche de Mme N sur une trentaine de centimètres carrés et s'étendait jusqu'à sa clavicule et sous son creux axillaire. Délicatement, je retirais dans un premier temps la première couche de pansements très étanches qui était composée de plaques d'AquacelFoam® et renforcée de bandes d'Urgoderm®. L'odeur âcre s'intensifia immédiatement dans la chambre. Je pris à nouveau une profonde inspiration mais je sentais déjà poindre en moi un malaise. Je retirais ensuite un tapis de compresses imbibées d'exsudats sous lequel se trouvaient les plaies tumorales. Elles étaient recouvertes d'Aquacel Extra® ou comblées par de longues mèches d'Aquacel Ag® imprégnées de Métronidazole. L'odeur était insoutenable et sous mes yeux se dévoilait un paysage de désolation : le sein gauche de Mme N avait fait place à une large plaie béante où je devinais une cavité profonde. Autour s'étendaient et s'agglutinaient des nodules de tailles différentes formant une masse informe, fibro-nécrotique, exsudative au possible et hémorragique par endroit. La nausée est alors montée en moi, puissante, incontrôlable, et les hauts de cœur se sont enchaînés sans que je ne puisse les réprimer. J'avais tellement honte de réagir ainsi ! Pourquoi n'avais-je plus aucun contrôle sur mes réactions ? Je sentais perler sur mon front de petites gouttes de sueur qui trahissaient davantage mon inconfort. J'étais incapable de parler et j'éprouvais de grandes difficultés à poursuivre le soin. L'odeur qui avait envahi la pièce semblait s'être imprimée dans le moindre centimètre carré des pores de ma peau. Mes sens s'affolaient, j'étais totalement déstabilisée. L'infirmière, jusqu'ici silencieuse et peu démonstrative, m'interpella et se montra rassurante en me disant doucement : « Je sais, c'est normal ! ». Dans le même temps Mme N s'était faiblement agitée, elle s'éveilla et des larmes silencieuses glissèrent le long de ses joues. Était-ce mon trouble, la douleur ou l'odeur qui l'avait éveillée ? En réalité, j'étais si concentrée sur mon propre ressenti

que j'en avais négligé celui de ma patiente. Les mots restèrent bloqués au fond de ma gorge, ouvrir la bouche m'était totalement impossible. Je retirais alors l'un de mes gants et serrais dans ma main celle de Mme N qui me rendit mon étreinte. Nos regards se croisèrent furtivement. L'infirmière lui demanda si elle avait mal, elle fit signe de la tête que non avant de prononcer faiblement : « l'odeur ». L'infirmière lui délivra un nouveau bolus de Midazolam et m'encouragea à poursuivre le pansement avant de quitter brièvement la pièce pour aller chercher du matériel supplémentaire. Je maintenais mon étreinte. J'étais totalement bouleversée. Comment reprendre le dessus ?

Je fermais alors les yeux une fraction de seconde pour me revoir petite fille, humant à pleins poumons les fleurs odorantes du lilas de ma grand-mère sous son regard amusé. Ces images me soulagèrent. Mme N somnolait à nouveau paisiblement. Ma nausée diminua un peu et le flot d'émotions qui m'habitait se tempéra progressivement. Je fis le vide en moi et je repris la réfection du pansement calmement, minutieusement, en tâchant de me concentrer uniquement sur l'aspect technique du soin. Lorsque l'infirmière revint je venais d'achever le nettoyage des plaies au sérum physiologique et m'apprêtais à sécher l'ensemble avec des compresses stériles. Elle m'aida en maintenant levé légèrement le bras de Mme N. Son lymphœdème très prononcé ne facilitait pas les manœuvres. Des morceaux de chairs se détachaient au contact pourtant superficiel des compresses et laissaient apparaître par endroit des nécroses plus profondes ou déclenchaient des saignements purulents. Je me suis alors surprise intérieurement à souhaiter que Mme N ne s'éveille pas à nouveau. Était-ce pour elle ou pour moi ? L'odeur était toujours aussi prégnante mais le pansement réclamait toute mon attention alors je tentais tant bien que mal de l'ignorer.

Et tandis que je découpais et plaçais stratégiquement les couches successives de pansements et assurais son étanchéité avec de larges bandes d'Urgoderm® je me suis excusée auprès de l'infirmière pour n'avoir pas su gérer mes émotions. Elle me répondit : « Ne te mine pas, on est tous passé par là, ça nous arrive même encore parfois, c'est humain comme réaction. Les plaies cancéreuses c'est l'enfer ! ».

Plus tard dans la journée, l'infirmière me confia que si elle avait quitté la chambre brièvement pour retourner chercher du matériel, c'était en réalité par besoin urgent de « prendre l'air » : elle ne supportait plus l'odeur dégagée par les plaies et craignait de me déstabiliser davantage en me le montrant.

Et qu'en était-il du ressenti de Mme N ?

Octobre rose battait son plein à cette période et le petit ruban rose accroché à ma blouse a pris ce jour, je pense, encore davantage de sens.

1.2. Questionnement de la situation clinique

Au-delà de l'aspect émotionnel que cette situation a suscité chez moi, elle m'a conduit avant tout a mener une importante réflexion. De cette réflexion est né un certain nombre de questions qui après analyse m'ont permis de dégager plusieurs thèmes. J'ai fait le choix ensuite d'en conserver uniquement trois : il s'agit des thèmes, ou mots clés, qui me semblaient les plus pertinents en regard d'un travail d'initiation à la recherche. Le questionnement à l'origine de ces thèmes est mentionné ci-dessous.

Les odeurs dans les soins :

- La perception des odeurs est variable d'un individu à l'autre, à quoi tient cette disparité ? L'expérience soignante joue-t-elle un rôle à ce sujet ?
- Quelles représentations le mot « odeur » engendre-t-il chez un individu ? Chez le soignant ? Est-il spontanément davantage associé à des adjectifs et des images positives ou négatives ?
- Les odeurs laissent-elles toutes une empreinte dans nos mémoires ?
- Les mauvaises odeurs font partie du quotidien du soignant. Quelles stratégies d'adaptation et d'évitement met-il en place pour y faire face ? Ces stratégies peuvent-elles être assimilées à des mécanismes de défense ?
- Pourquoi la gestion des mauvaises odeurs dans les soins n'est-elle pas une préoccupation soignante plus répandue ?
- Concentrer son attention sur l'aspect technique d'un soin permet-il réellement d'atténuer notre perception de l'environnement olfactif qui nous entoure ?
- Quelle perception le malade a-t-il des odeurs qui émanent de lui ?
- Pour quelles raisons l'odorat du soignant pourrait-il être qualifié de sens au service du prendre soin ?
- Les odeurs nous transmettent et provoquent en nous un grand nombre d'émotions, peut-on alors évoquer l'existence d'une forme de communication olfactive ?

La relation soignant-soigné :

- Le port d'un masque imbibé d'alcool à 70% comme moyen de défense contre les mauvaises odeurs entrave-t-il la relation soignant-soigné ?
- En portant un masque pour se prémunir des mauvaises odeurs lors d'un soin, quelle image le soignant renvoie-t-il au soigné ?

- Lorsque le soignant se trouve particulièrement incommodé par une odeur lors d'un soin, qu'en est-il du vécu du patient également ? Faut-il aborder le sujet avec lui ?
- Comment un environnement olfactif défavorable peut-il altérer la communication entre soignant et soigné ?
- A l'inverse, en quoi un environnement olfactif agréable peut-il favoriser la relation soignant-soigné ?
- Dans la situation, j'étais en un moment si concentrée sur mon propre ressenti que j'en ai négligé celui de ma patiente. Quelle incidence cela a-t-il eu dans ma relation avec la patiente ?

La prise en soin du patient :

- De quelle manière les réactions de dégoût induites par une mauvaise odeur lors d'un soin peuvent porter atteinte au geste soignant et impacter la prise en soin du patient ?
- Dans la situation, quels effets ma réaction vis à vis de l'aspect des plaies et leur odeur a-t-elle eu sur le déroulement du soin ? Du point de vue de la qualité des soins, quelle influence et quelles conséquences cela a-t-il eu également ?
- Faut-il voir dans la gestion des odeurs un gage de qualité des soins ?

1.3. Formulation de la question de départ

Suite à mes nombreuses interrogations, et aux thèmes qui en ont émergé, voici la question de départ que j'ai formulé et qui servira de fil conducteur à mon travail :

«Dans quelle mesure les odeurs dans les soins infirmiers influencent-elles la relation soignant-soigné et la prise en soin du patient?».

Pour débuter la phase exploratoire du travail, j'aborderai dans un premier temps les trois mots clés qui composent cette question de départ, soit « les odeurs dans les soins infirmiers », « la relation soignant-soigné » et « la prise en soin du patient », d'un point de vue théorique en construisant une revue de littérature.

2. PHASE EXPLORATOIRE THÉORIQUE : LA REVUE DE LITTÉRATURE

« […] des odeurs désagréables, nauséabondes ou pestilentielles sont toujours perçues comme repoussantes et vont déterminer un comportement d'éloignement de la source qui les produit. Lorsque cette dernière est un patient, il peut s'ensuivre un isolement tout d'abord physique puis même psychique au fur et à mesure que les relations humaines se détachent en raison de leur propre malaise olfactif. » (Masraff, 2005, p.3). Voici tout l'enjeu de cette revue de littérature.

2.1. Les odeurs dans les soins infirmiers

Les odeurs représentent la pierre angulaire de ce travail de fin d'étude aussi je vais m'attacher dans cette première partie à les définir et à en expliquer les mécanismes avant d'en établir la portée dans l'univers soignant.

2.1.1. Le système olfactif

« *Les odeurs, nous faisons bien plus que les sentir : nous les ressentons.* » (Hautemulle, 2012, p.18) mais par quel processus ?
Définir une odeur comme étant une simple molécule odorante que l'air transporterait jusqu'à nos narines lorsque nous inspirons me paraît bien réducteur en regard de la définition suivante : *« impression particulière que certains corps produisent sur l'organe de l'odorat par leurs émanations volatiles. »* (Littré, 2017, Odeur, para. 1). Ainsi la compréhension que nous avons des odeurs qui nous entourent passe par l'odorat qui est le « *sens par lequel on perçoit les odeurs. [...] (il) comporte un aspect physiologique, l'olfaction, et un aspect psychique, la sensation de l'odeur.* » (Bloch, et al., 2002, p.862). Par « sensation » je comprends « perception » qui se définit comme l'*« ensemble des mécanismes et des processus par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par les sens. La perception a essentiellement une fonction cognitive d'interprétation des informations sensorielles. »* (Bloch et al., 2002, p.898). Ainsi, sentir une odeur se révèle infiniment plus complexe et plus subtil que prévu. L'odorat est un sens méconnu voire « *quelque peu sous-estimé et méprisé ; et pourtant, il n'y a pas de fonction inutile dans*

l'être humain. Chaque appareil, chaque organe, chaque sens à son rôle propre. » (Duperret Dolange, 1993, p.6). J'ai découvert au gré de mes lectures les travaux du Dr Johannes Frasnelli qui est professeur au Département d'anatomie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur au Centre de recherche de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal. Ses recherches traitent de la physiologie, la psychologie et la pathologie des sens chimiques. Dans un article dont il supervise la rédaction scientifique il est expliqué que le « *système olfactif du fœtus est un des premiers sens à se mettre en place. Les récepteurs olfactifs apparaissent entre la 8e et la 11e semaine de grossesse, de concert avec les cellules nerveuses qui lui permettront d'analyser ces sensations. Dès le 7e mois, les substances odorantes transportées par le liquide amniotique lui donnent une première expérience olfactive qui est susceptible d'influencer ses préférences après la naissance. » (*Frasnelli et al., 2010, para. 4). « *Les premières odeurs, perçues par le nouveau né, ont une valeur formatrice au même titre que la langue parlée de la mère qui converse avec son nourrisson permettra à l'enfant d'acquérir sa langue maternelle. Ce sont donc les odeurs de la maman que le nouveau né perçoit en premier lorsque, niché dans son cou, il est bien (ne dit-on pas d'ailleurs que le nouveau né « se sent bien » ?). Ces odeurs resteront à vie des odeurs de bonheur.* » (Dhouib et San Jullian, 2004, p.18). Ainsi, *« c'est en quelque sorte par le nez que l'enfant tisse ses premiers liens affectifs. Rapidement, il reconnaît aussi les odeurs associées à sa famille […] À peine âgé de quelques jours, bébé a ses préférences. […] en grandissant, la réaction de l'enfant devant les odeurs change. Elle devient plus « sociale », plus calculée. […] Ce sont les adultes qui disent aux enfants ce qui sent bon ou pas. »* (Frasnelli et al., 2010, para. 5, 6, 10). L'olfaction serait donc le résultat d'un apprentissage ? En réalité, pas seulement. Bien que le mécanisme de l'olfaction n'ait encore à ce jour pas révélé tous ces mystères, la manière dont nous ressentons les odeurs est également étroitement liée à notre patrimoine génétique, à notre culture, à notre environnement mais aussi et surtout à notre mémoire, et aux émotions qui s'y joignent.

L'infime perception d'une odeur, ou son image, parvient à nous faire voyager ou à nous replonger avec précision au cœur d'un souvenir que l'on pensait profondément enfoui. Ces expériences olfactives peuvent être déstabilisantes car nous ne contrôlons pas le moment qui se rappelle soudainement à nous, quelques associations de mots parfois suffisent pour qu'un parfum vienne nous cueillir. Pour prendre toute la mesure du mécanisme je vous invite l'espace de quelques secondes à me suivre au-delà des frontières du verbe « sentir »... Voyez-vous ce lilas majestueux qui borde l'entrée du jardin ? Il agite gaiement ses couleurs pour vous inviter à vous pencher au-dessus de ses

branches fleuries. Son puissant parfum vous embaume et déjà d'innombrables molécules odorantes s'engouffrent dans vos narines. Là, dans la cavité nasale, les molécules odorantes se dissolvent au contact de la muqueuse olfactive et accèdent ainsi aux millions de neurones olfactifs qui s'y tapissent, affolant dans un même temps les récepteurs olfactifs qui y sont associés. Ces récepteurs « *présenteraient en négatif, en creux, des réceptacles ayant la forme des molécules odorantes, un peu comme ces jeux d'enfants dans lesquels il faut, pour faire tomber l'objet dans la boîte, qu'il ait une forme carrée pour le cube, ronde pour la sphère, triangulaire pour la pyramide... Chaque récepteur n'aurait de relative spécificité que pour quelques molécules odorantes de formes voisines* ». (Dhouib et San Jullian, 2004, p.17). Ainsi, lorsque la reconnaissance se fait entre la molécule odorante et le récepteur olfactif qui lui correspond, celui-ci transmet aussitôt l'information au cerveau sous forme d'influx nerveux. Et c'est alors au cœur du bulbe olfactif que nous retrouvons notre odeur de lilas. Ici elle va être analysée, identifiée et éventuellement associée à des souvenirs ou des émotions antérieures via le système limbique auquel il est relié. Ce système est le siège de nos émotions et le centre de notre mémoire olfactive. Il faut comprendre que chaque fois qu'une odeur est enregistrée, l'émotion qui y est associée l'est également. C'est ainsi que nous sommes capables d'analyser une odeur comme étant bonne ou mauvaise, de la trouver plaisante ou repoussante. Dans le cas du parfum dégagé par les fleurs de lilas qui nous a servi de guide à travers le système olfactif, c'est à mes yeux une odeur agréable, voire réconfortante : elle me rappelle mon enfance et toute la tendresse que j'ai reçu de ma grand-mère lorsque j'étais petite fille. La manière dont nous traitons les informations olfactives est donc variable d'un individu à un autre et le capital olfactif que nous possédons est propre à chacun. Ce capital pourrait être assimilé à une immense bibliothèque, où chacune des odeurs que nous avons rencontré serait répertoriée, soit sous un versant positif soit sous un versant négatif, puis conservée précieusement. Nous nous référons constamment à cette bibliothèque et si nous venons à croiser une odeur que nous ne « reconnaissons » pas, sa perception reste alors au stade de l'inconscient. Pour autant, elle ne sera peut-être pas sans conséquences et c'est notre comportement qui dans ce cas pourrait en traduire le ressenti inconscient. L'influence que les odeurs peuvent avoir sur nous n'est donc plus à démontrer mais comment tirer avantage de toutes ces perceptions qui nous agitent ?

2.1.2. L'odorat : un sens soignant

« *Le nez fait toujours fonction de sentinelle avancée qui crie : qui va là ?* » (Brillat-Savarin cité par Duperret Dolange, 1993, p.6). Cette fonction « sentinelle » prend évidemment tout son sens quand on sait que « *Ne pas sentir un gaz ou une vapeur toxique, une émanation dangereuse, peut avoir des conséquences fatales*.» (Duperret Dolange, 1993, p.6) mais l'odorat se révèle bien utile aussi dans d'autres circonstances. Et cet aspect didactique des odeurs a été largement exploité par le passé dans l'univers médical, par Hippocrate entre autres. « *Pendant longtemps, la confusion entre puanteur et nocivité a été une des théories de la médecine. Les termes « pestilences » (XIIIè siècle) ou « empester » (XVIè siècle) nous viennent directement à travers l'histoire de ce lien très fort entre maladie, mort et miasme. »* (Duperret Dolange, 1993, p.14). La croyance était autrefois répandue par exemple que la peste se propageait par les odeurs et que se parfumer était une manière de s'en protéger. Il est vrai aussi que « *Dans le passé, les médecins se faisaient couramment une idée de la maladie en repérant certaines odeurs : au XIXè siècle, la sémiologie olfactive était très forte. Elle s'appuyait sur les humeurs (urines, fèces, expectorations, sueur, vomissements, humeurs d'origine nasale) et les collections (abcès, amas…). Les manuels de médecine l'évoquaient. Aujourd'hui, on ne regarde plus le patient et on ne sent plus : on passe directement à l'étape de l'analyse. Officiellement, la sémiologie olfactive n'est plus utilisée pour le diagnostic, ni enseignée. Mais il en reste quelque chose chez les infirmières. Une culture olfactive. »* explique Joël Candeau, anthropologue et professeur au département de sociologie-ethnologie de l'université de Nice-Sophia-Antipolis (cité par Hautemulle, 2012, p.17). En effet, les infirmières « *peuvent savoir à l'odeur si une plaie évolue bien ou mal, perçoivent l'odeur du méléna ou celle de l'hématémèse. Plus exposées aux odeurs que les médecins […] elles acquièrent des connaissances dans ce domaine sur le tas, par imprégnation. Elles prêtent attention de façon pragmatique à certains stimuli olfactifs, et les interprètent comme des informations, des signaux d'alerte. »* (Candeau cité par Hautemulle, 2012, p. 17). Ainsi le nez du soignant, tout du moins son odorat, serait un redoutable détecteur ? Il est vrai que quand j'y pense, ma palette d' « odeurs pathologiques » est déjà bien fournie alors que je ne suis encore qu'étudiante en soins infirmiers. Je ne pourrai jamais oublier l'odeur dégagée par les plaies tumorales. Et je reconnaîtrai entre mille celle que provoque le bacille pyocyanique appelé communément « pyo » ou celle du Clostridium difficile pour m'être déjà retrouvée à maintes reprises nez à nez avec eux ! Au cours de notre formation nous avons appris également à détecter l'haleine caractéristique que dégage le patient diabétique en acidocétose, cette odeur si singulière de pomme pourrissante. Et plus je réfléchis et plus

je me rends compte qu'il est bien difficile de définir avec justesse toutes ces odeurs désagréables. « *Le lexique olfactif est peu élaboré et peu précis.* » indique Joël Candeau (cité par Hautemulle, 2012, p.17), en particulier lorsqu'il s'agit de « parfums » déplaisants. Cette absence de langage nous contraint à user sans arrêt de comparaisons et de métaphores aux connotations très négatives pour le faire. Et plus l'effluve se fait pestilentielle, plus on en perd notre latin ! Alors certes, ces odeurs s'avèrent « utiles » mais il faut reconnaître qu'au quotidien elles mettent à rude épreuve le nez du soignant, et plus encore.

2.1.3. Des odeurs qui rendent malades

« *C'est une des anecdotes vécues dans ma pratique infirmière, se rapportant à une odeur désagréable chez un malade, qui m'a fait me demander comment notre comportement pouvait être influencé par celle-ci même si nous n'en étions pas toujours conscients. Une mauvaise odeur dans la chambre d'un malade, impossible d'y échapper... sauf en évitant la chambre et cela arrive parfois dans les cas extrêmes.* » raconte il y a plus de vingt ans Hélène Duperret Dolange, cadre de santé, dans son livre intitulé « *Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?* » (1993, p.4). Le témoignage très sincère de cette ancienne infirmière, et le travail qu'elle a réalisé sur le sujet, étaient une manière de libérer la parole des soignants et de briser le tabou qui entourait déjà à l'époque la question des odeurs dans les soins. Par « tabou » j'entends l'idée de quelque chose « *Qui ne peut être fait, prononcé, touché par crainte, par respect, par pudeur.* » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), 2017, Tabou, para. II.A.2.b.). En effet, quoi de plus intime finalement que toutes ces odeurs nauséabondes diffusées, expulsées ou exsudées par les corps ? En tant que soignant, ressentir ces émanations corporelles c'est accéder à une forme d'intimité inavouée des patients, une part d'eux qu'ils ne sont pas en mesure, en quelque sorte, de contenir. On comprend alors aisément le malaise qui peut s'installer entre soignants et soignés, et toute la souffrance que cela peut engendrer chez ces derniers puisque en plus de se savoir la source d'un environnement olfactif hostile, environnement avec lequel ils font corps, les patients doivent aussi endurer le dégoût que cela inspire autour d'eux. Et que ce soit l'entourage ou les soignants, « *on « se tient à distance » du malade qui sent mauvais.* » (Duperret Dolange, 1993, p.14). Alors « *Le risque, pour l'infirmière, est d'abréger la communication et son temps de présence auprès du malade, d'être déconcentrée par l'odeur, de bâcler un soin.* » (Hautemulle, 2012, p.19). Mais comment lui reprocher ? Bien qu'inadaptée et en inadéquation totale avec l'idée que l'on se fait

du « prendre soin », lorsque le seuil de tolérance aux odeurs se fait insoutenable, quelles solutions s'offrent au soignant pour contenir son dégoût ? Notre langage corporel, bien que retenu à son maximum, peut nous trahir malgré nous. De plus, ouvrir grand les fenêtres sous prétexte d'aérer un peu pour renouveler l'air alors que la température extérieure affiche 0 ne trompe personne. Tout comme l'envie soudaine de parfumer l'air ambiant à grands coups de bombe désodorisante citronnée. Et il en va de même concernant le port du masque imbibé d'alcool à 70 ou parsemé de quelques gouttes d'essence de Lavandin : son utilisation ne trouvera de réelle légitimité que si elle peut être expliquée au patient. Mais comment aborder le sujet avec lui ? Anne Perraut Soliveres, infirmière, exprime le fait que « *Le dégoût est probablement l'aspect le plus refoulé de la relation de soins et celui qui provoque en nous le plus de culpabilité.* » (cité par Hautemulle, 2012, p.19) car il place les professionnels face à leurs limites et va à l'encontre de leurs valeurs soignantes. Le Code de la Santé Publique souligne que « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.* » (Article R4311-2, 2004) mais comment être dans la qualité et se sentir soignant lorsque l'aura d'un patient nous inspire de l'aversion ?
La question des odeurs dans les soins reste donc délicate, elles constituent sans nul doute un obstacle à la communication entre soignants et soignés et peut devenir de ce fait préjudiciable à la relation ainsi qu'au bon déroulement de la prise en soin du patient.

2.2. La relation soignant-soigné

Pour débuter cette seconde partie je vais évoquer brièvement le concept de relation en psychologie sociale avant de l'aborder dans le domaine des soins. Je passerai alors en revue les spécificités de la relation soignant-soigné et détaillerai en particulier la notion de communication.

2.2.1. Le concept de relation en psychologie sociale

La psychologie sociale est « *un domaine des sciences humaines et sociales qui cherche à comprendre les comportements individuels et collectifs* » (Fischer, 1999, p.4) aussi son point de vue au sujet des relations me semble judicieux en regard de ce travail. Les relations, au sens large du terme, se définissent comme l'« *Ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent*

entre elles » (Larousse, 2017, Relations, para. 1). Cette première définition constitue un point de départ intéressant et met en lumière des notions importantes, des notions qui méritent cependant d'être précisées. Gustave-Nicolas Fischer, Professeur honoraire de psychologie sociale à l'Université de Metz et psychologue spécialisé en psychologie de la santé, explique que l'« *On confond souvent relation et communication […] la communication est un des modes d'expression de la relation, c'est un moyen à travers lequel les relations se construisent et se développent.* » (1999, p.4). Ainsi, entretenir des échanges avec autrui ne suffit pas à affirmer l'existence d'une relation. Fischer retient trois formes principales d'expression de la relation. La première, qualifiée de « relation interpersonnelle », « *met l'accent sur le type d'échanges établis essentiellement entre deux ou plusieurs personnes et sur les sentiments éprouvés à l'égard d'autrui dans cette situation.* » (1999, p.5). Ces relations s'établissent au gré de nos rencontres sur la base de différents critères qui nous influencent de manière inconsciente : premièrement, plus nous voyons fréquemment une personne plus nous sommes susceptibles d'entrer en relation avec elle, puis c'est le degré d'« attraction » que nous éprouvons à son égard qui nous permettra de nous lier ou non à elle. L'attraction englobe l'importance que nous accordons à l'aspect physique d'une personne, qui est une notion très subjective puisque variable d'un individu à un autre, et l'existence d'intérêts communs ou de valeurs et d'opinions partagés avec elle (statut social identique par exemple) « *car nous supposons que ceux qui partagent nos idées sont plus aimables que les autres.* » (Fischer, 1999, p. 6). Les « relations institutionnelles » incarnent une seconde forme d'expression de la relation « *qui se développent à l'intérieur de structures organisées. […] il s'agit de relations organisées qui placent les individus dans un système d'échanges qu'ils n'ont pas choisi et qui leur impose des formes de communication plus ou moins contraignantes, suivant la position occupée dans la pyramide sociale de l'organisation*. » (Fischer, 1999, p.7). Dans ce cas il ne s'agit donc plus de relations « personnelles » mais de relations « impersonnelles ». La relation institutionnelle « *est par nature conflictuelle en ce sens qu'elle est établie sur la base de positions sociales différentes et d'attentes individuelles et collectives qui sont plus ou moins incompatibles entre elles* » (Fischer, 1999, p.8). Enfin, les « relations sociales » désignent la troisième forme de relation décrite par Fischer, il s'agit très simplement du « *contexte à partir duquel une relation doit être envisagée : toute relation est dans ce sens sociale, dans la mesure où elle met en évidence les appartenances, les positions sociales qui la structurent.* » (1999, p.8). La notion de contexte de la relation est essentielle car c'est elle qui va déterminer le « rôle » de l'individu, le rôle désignant « *un type de comportement adopté par un individu suivant un ensemble de normes sociales en réponse à des attentes d'autrui dans un milieu donné*. » (Fischer, 1999, p.9). Autrement

dit, nos relations étant toutes contextualisées nous adoptons de ce fait le comportement qui se veut adapté à cela. Nous jouons un « rôle social » à l'intérieur même de nos interactions avec autrui.

Ainsi la relation, quelle que soit la forme qu'elle revêt, « *n'est pas un phénomène ajouté à la personnalité, c'est bien au contraire une dimension de son expression […] déterminée à la fois par des facteurs psychiques et par des facteurs sociaux, organisationnels et culturels.*» (Fischer, 1999, p.10). Et à cet égard, la relation soignant-soigné n'échappe pas à cette logique.

2.2.2. Quand la relation se fait soin

« *Depuis de nombreuses années déjà, la profession d'infirmière a fait de la relation avec le patient un élément central des soins. Personne, aujourd'hui, ne peut plus contester l'importance de l'attitude relationnelle des soignants dans les activités de soin.* » (Formarier, 2007, p.33). L'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier qui a réformé la formation infirmière matérialise cette volonté de valoriser au sein de la profession les soins relationnels : ils s'enseignent au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) au travers de l'Unité d'Enseignement 4.2 qui jalonne les trois années de formation et se mobilisent, entre autres, sur les terrains de stage via la Compétence 6 « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». Cependant, à bien y réfléchir, les soins relationnels constituent une notion transversale puisqu'ils s'insèrent dans chacun des enseignements théoriques ou pratiques que reçoit l'étudiant au cours de sa formation, se trouvant ainsi très vite sensibilisé à la dimension relationnelle que revêt le soin infirmier.

« *Étymologiquement, « relation » vient de « re-lier », créer un lien.* » (Bioy, et Fouques, 2002, p.170) : établir une relation soignant-soigné revient donc pour l'infirmier à créer un lien avec son patient, et par extension parfois avec sa famille.

Il existe de nombreuses définitions de la relation soignant-soigné, parmi elles j'ai retenu celle-ci : « *Interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient.* » (AMIEC Recherche, 2005, p.235). En effet, la relation soignant-soigné symbolise en quelque sorte la colonne vertébrale du « prendre soin ». Et c'est sans doute pour cette raison qu'elle suscite l'intérêt des auteurs par-delà les frontières du soin. Alexandre Manoukian et Anne Massebeuf, qui eux font référence en la matière, décrivent la relation comme étant « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux*

psychologies particulières et deux histoires » (1995, p.9) qui pour s'établir fait intervenir différents facteurs d'ordre psychologiques (valeurs personnelles, représentations, émotions), sociaux (appartenance à une catégorie professionnelle, une classe d'âge, rôles et fonctions codifiés) et physiques (perceptions propres à chacun, aspect physique). Ils ajoutent que : « *Les raisons ou objectifs des relations, dans le milieu hospitalier, sont majoritairement déterminés par les soins. Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné. »* (1999, p.7). Ainsi c'est à l'initiative de l'infirmier, de par les soins qu'il doit prodiguer à son patient, qu'une relation peut s'instaurer entre eux. Une relation supposée soutenir le prendre soin du patient. Mais quand le contexte de soins est peu propice aux échanges ou qu'il complexifie la « rencontre » entre soignant et soigné, cela signifie-t-il que la relation est compromise ? Il semblerait alors qu'une « habileté relationnelle » soit nécessaire dans ce cas à l'infirmier pour parvenir à tisser un lien avec son patient, une habileté dont l'acquisition serait proportionnelle à son vécu : « *l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation »* (Formarier, 2007, p.33). En effet, la capacité d'écoute de l'infirmier, son aptitude à établir un climat de confiance ou à soutenir le patient, son empathie, sa bienveillance ou la manière dont il communique avec le patient sont étroitement liées à ses expériences. C'est ainsi, par ses propres apprentissages, que l'infirmier développera ses compétences à entrer en relation avec le patient et qu'il sera en mesure de le faire quel que soit le contexte. Cependant, il est une chose qui reste difficile à gommer au sein même de la relation soignant-soigné : la notion d'asymétrie, souvent préjudiciable au patient. Et peu importe la manière dont elle s'exprime (relation d'aide, de soutien, thérapeutique, éducative) la relation soignant-soigné est toujours asymétrique du fait même de la fonction et du rôle que chacun tient, car seul le soignant est en position de répondre au besoin qu'exprime le soigné. Et « *restaurer une « relation symétrique » […] permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires* » afin qu'il n'éprouve plus « *Cette sensation d'être un « objet de soin »* » (Formarier, 2007, p.35) apparaît légitime, mais complexe néanmoins à atteindre. Antoine Bioy, actuellement Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Bourgogne et Damien Fouques, Maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris X, estiment que « *Cette relation inégalitaire pré-existe à toute relation soignant/soigné. […] On retrouve le même schéma dans les relations parents/enfants et maîtres/élèves. L'important n'est pas d'annuler cette inégalité relationnelle, ce qui serait impossible, mais de la comprendre et d'en gérer les modifications pour éviter que la relation d'échange ne*

devienne une relation de force. » (2002, p.171). Pour cela, il incombe donc à l'infirmier de rester vigilant, d'être pleinement à l'écoute du ressenti du patient et de maintenir avec lui le dialogue en toutes circonstances. Il est vrai qu'« Être *en relation prend de l'énergie. »* mais *« Dès que les sujets de conversation entre individus sortent des sentiers battus […] la relation gagne en authenticité. A ce moment-là, s'effectue ce que nous pouvons nommer une véritable rencontre. Moment rare qui donne à la communication sa dimension la plus complète[…] et redonnent au travail l'aspect humain que la technique a parfois tendance à évacuer. »* (Manoukian et Massebeuf, 1995, p.10). Et c'est ici sans doute que se situe l'aspect le plus noble de la relation soignant-soigné.

2.2.3. La communication dans tous ses états

« *Étymologiquement, communiquer, c'est mettre en commun. A l'origine, ce terme est un synonyme de « communier », mettre en communauté. Progressivement, le terme va prendre le sens de transmettre, d'échanger. Échanger avec l'autre mais aussi, dans le contexte des pratiques de soin, échanger pour l'autre. C'est du reste l'intérêt porté à l'autre qui constitue la base d'une communication authentique. »* (Bioy, Bourgeois et Nègre, 2003, p.15). Et c'est ce qui donne à la communication, dans le cadre de la relation soignant-soigné, toute sa spécificité. *« Dans le domaine du soin, on est amené à rencontrer nombre de patients, et donc nombre d'histoires, de comportements, d'attitudes parfois positives, mais pas toujours. De même, le soignant peut être partagé entre d'une part la crainte d'aller à la rencontre de celui qui le gêne, l'inquiète, et d'autre part la nécessité de le faire. Communiquer, et particulièrement communiquer efficacement, n'est pas toujours une chose simple à réaliser. »* (Bioy et al., 2003, p.15). De quels outils l'infirmier disposent-ils pour y parvenir et quels grands principes définissent la communication dans le soin ?

Dans le cadre de la relation soignant-soigné, communiquer, suppose plusieurs notions sous-jacentes. L'observation est l'une d'entre elles, elle se définit comme l'« *Action de considérer avec attention des choses, des êtres, des événements* » (CNRTL, 2017, Observation, para. B.1.). Il s'agit en quelque sorte de la lecture que l'infirmier fait de son patient, de son environnement et de leurs échanges. Savoir observer, et par extension savoir interpréter avec justesse ce que l'on voit ou perçoit, constitue une compétence infirmière essentielle qui permet de donner davantage de sens aux contenus des échanges entre soignants et soignés. L'écoute, étroitement liée à l'observation, est une autre notion que sous-entend le terme de communication. Elle se situe « *au cœur*

des échanges soigné-soignant. Elle permet d'appréhender les préoccupations de la personne soignée, de recueillir les éléments clés et d'enrichir la démarche de raisonnement clinique. » (Peruzza et al., 2010, p. 149). Plus précisément, elle « *permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est-à-dire de percevoir, au-delà des sons, son humanité : ses craintes et ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse. »* (Bioy et al., 2003, p.31). Il s'agit en fait d'un « travail de recueil » qui demande à l'infirmier d'être en mesure d'entendre « *ce qui se dit « au-delà des mots » »* (Bioy et al., 2003, p.31). Cela implique une grande disponibilité du soignant envers le soigné, une disponibilité à la fois d'ordre physique, psychique et émotionnelle. C'est ici qu'intervient alors toute la dimension empathique que l'infirmier doit déployer vis-à-vis du patient. Carl Rogers, célèbre psychologue humaniste américain, « *définit l'empathie de la façon suivante : il convient de comprendre le monde du patient « comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si »*. » (cité par Bioy et al., 2003, p.26). L'objectif est donc de parvenir à comprendre la « vie intérieure du patient » sans pour autant s'y identifier ou y adhérer. Et bien qu'elle fasse sans doute partie de son ADN de soignant, l'attitude empathique dont fait preuve l'infirmier ne peut pas trouver sa source uniquement dans les qualités intrinsèques qu'il possède. Ainsi pour s'adapter à toutes situations de communication, le soignant fait appel à son vécu et à sa capacité de remise en questions afin de mettre à distance ses propres émotions pour qu'elles n'altèrent ou n'entravent pas la qualité de sa relation avec le patient. La congruence, l'authenticité, l'attention positive inconditionnelle, l'accueil des émotions sont d'autres attitudes de communication auxquelles l'infirmier peut faire appel dans ses interactions avec le patient. Toutes ces attitudes « *constituent le décor de la rencontre humaine entre deux individus, mais elles déterminent aussi pour partie la qualité des échanges entre ces deux personnes. Même lorsque ces attitudes sont maîtrisées, elles ne garantissent pas au soignant une efficacité optimale de son message : il est nécessaire que ce message emprunte d'autres supports »* (Bioy et al., 2003, p.35). L'infirmier aura alors recourt, selon ses objectifs ou le contexte de la relation, à l'utilisation de diverses techniques de communication verbale telles que les questions ouvertes ou fermées, les formulations en écho, en reflet ou plus communément encore la reformulation. Le focusing qui consiste à « *aider le patient à rendre plus précise et claire une impression interne encore difficile à cerner pour lui, mais corporellement repérable* » (Bioy et al., 2003, p.38) est par exemple une technique de communication précieuse dans le cadre de la relation d'aide. Finalement, toutes ces « *techniques de communication sont de bons « véhicules verbaux » pour les messages que le soignant adresse au patient.* » (Bioy et al., 2003, p.41) mais d'autres « véhicules » existent et se révèlent tout aussi indispensables. C'est ainsi qu'il apparaît

que « *les silences sont des éléments importants de la communication entre soignant et soigné. Un silence peut correspondre aussi bien à une idée qui se clôt chez le patient qu'à un instant ou celui-ci se replie dans sa pensée […] Le soignant doit alors suivre une seule règle : respecter le temps de silence instauré par le soigné et axer son attention sur les éléments non-verbaux »* (Bioy et al., 2003, p.39). En effet, le non-verbal est un langage qui communique énormément et qui ne doit pas être négligé. Qu'il s'agisse du paraverbal (c'est-à-dire tout ce qui est relatif à la voix), de la distance physique (appelée également proxémique), du regard et de l'expression faciale, des gestes et postures du corps, tout cela « dit » des choses. D'ailleurs « *le langage du corps est le seul qui soit sincère […] L'ensemble d'un message compte 7 % de paroles, 38 % d'intonations et 55 % de langage gestuel. Le verbal informe, le gestuel établit le contact et parfois se substitue à la parole »* (Bioy et al., 2003, p.45). Cette idée prend d'autant plus de sens, où, dans le cadre de la relation soignant-soigné les mots viennent parfois à manquer. Enfin, un dernier élément peut interagir au niveau de la communication entre l'infirmier et son patient, il s'agit de l'environnement : il peut être sonore ou olfactif par exemple. Et qu'il s'agisse d'odeurs ou de bruits, cela véhicule une information qui parfois parasite la délivrance ou la bonne compréhension du message. A cela, peuvent s'ajouter des difficultés d'ordre cognitives ou simplement sémantiques. Ces incompréhensions déstabilisent alors tout l'acte de communication, quelles que soient les attitudes ou les techniques mises en œuvre par l'infirmier. Ainsi, en matière de communication, tout l'art infirmier consiste non seulement à permettre l'émission et la réception du message, mais aussi à s'assurer que le patient le comprenne pour qu'il sache y répondre en retour, de manière verbale ou non (principe de rétroaction ou feedback). Voilà pourquoi, par définition, la communication est la base de toute relation soignant-soigné. Une relation qui se révèle être un processus complexe à bien des égards et dont l'enjeu soignant s'inscrit dans une démarche de qualité de « prendre soin ».

2.3. La prise en soin du patient

Dans cette troisième et dernière partie je vais m'attarder sur le sens du terme « soin » avant de développer le concept de « prendre soin » puis d'évoquer pour finir la notion de qualité dans les soins infirmiers.

2.3.1. La sémantique du soin

« Soin », voici un petit mot de quatre lettres qui semble se décliner à l'infini. En effet, on n'en finit pas de le nommer, l'invoquer ou l'associer, et il endosse tant d'états, de rôles et de qualités que l'on s'y perdrait presque. Mais enfin, où puise-t-il tant de ressources ?

D'après le Littré (2017), le soin est « *attention* », « *application de l'esprit à une chose, à faire quelque chose* », « *la charge, le devoir de prendre soin de quelque chose ou de quelqu'un* » mais aussi « *souci, inquiétude, préoccupation* » et « *sollicitude* » (Soin, para. 1, 2, 3 et 4). Il sous-tend donc bien des sens mais d'où les tire-t-il et de quelle manière a-t-il conquis le domaine qui porte si fièrement son nom ?

Antoine Bioy et Damien Fouques, dans leur ouvrage *Manuel de psychologie du soin*, apportent quelques éléments de réponse à ce sujet en nous apprenant que « « *Soin » vient de l'ancien français bisunnia, « soucis, chagrin » et « nécessité, besoin » : soigner, c'est se soucier de quelqu'un et prendre en compte ses besoins. D'emblée, le terme de soin prend un double sens, celui de traiter (action thérapeutique) et celui de soigner (action soignante, dans le sens de prendre soin). »* (2002, p.40). En effet, le terme « soins » détient à la fois le sens d'« *Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* » et celui d'« *Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* » (Larousse, 2017, Soins, para. 1 et 2). Le soin revêt donc deux dimensions différentes mais complémentaires, qui ne sont pas s'en rappeler l'alliance du soin technique et du soin relationnel qui caractérise les soins infirmiers. « *En effet, si l'on a cru pendant longtemps qu'à un maux, un geste pouvait suffire, cette illusion vacille au profit d'une approche plus humaniste d'un secteur professionnel où jusque-là, l'efficacité technique faisait écran à des dimensions humaines que l'on sait maintenant fondamentales.* » (Amoureux cité par Bioy et Fouques, 2002, p.8). Le parallèle avec la nature même des soins infirmiers est d'autant plus intéressant qu'au sein de la profession infirmière la bidimensionnalité est une composante récurrente puisque la pratique infirmière s'articule elle aussi autour de deux grands axes : les soins réalisés sur rôle propre (ou rôle autonome) et ceux sur rôle prescrit (ou rôle médico-délégué). Dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, l'auteure Christine Paillard aborde également le double aspect que présente les soins infirmiers en livrant le distinguo fait entre « *soin direct : soin effectué sur la personne même du malade* » et « *soin indirect : travail effectué à distance du malade et contribuant aux soins qui lui sont dispensés* » (2015, p.379). Finalement, peu importe la définition qui est faite des soins infirmiers ou la manière dont ils sont abordés, ils traduisent invariablement cette notion bidimensionnelle caractéristique de la profession infirmière. C'est elle qui donne

à sa nature profonde toute sa singularité. Et c'est aussi cette même couleur bi-ton qui souligne le savant mélange de savoir-faire et savoir-être que l'infirmier s'applique à assembler et harmoniser en toutes circonstances pour « prendre soin ».

2.3.2. Le « prendre soin » : le cœur de la profession infirmière ?

« *Si le cœur permet aux individus de vivre, de centrer leur action en fonction de ses battements, le cœur de métier lui, définit l'activité première d'une profession donnée* » (Paillard, 2015, p.79) : est-il alors raisonnable de penser que le « prendre soin » symbolise le cœur de la profession infirmière ? C'est en tout cas ce que suppose Marie-André Vigil-Ripoche, Cadre supérieur infirmier, Formateur et membre de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) : « *les infirmières françaises appréhendent intuitivement le « prendre soin » comme le cœur de leur métier et elles se le représentent idéalement comme généreux et bienveillant.* » (2011, p.6). L'image peut paraître idéalisée mais il est vrai qu'il semble émaner de ce concept quelque chose de sacré. Sorte de Graal soignant vers lequel il faut tendre ou emblème d'une profession empreinte d'humanité qui peine encore à faire entendre les valeurs soignantes qui l'animent, toujours est-il que le « prendre soin » ne laisse pas indifférent et fait couler beaucoup d'encre. En effet, depuis plusieurs années nombre d'écrits à ce sujet ont vu le jour : les théoriciens se passionnent pour ce concept, que ce soit en sciences infirmières ou dans des domaines tels que la philosophie, la psychologie ou la sociologie, tous tentent d'en dresser une cartographie. La théorisation qui entoure le « prendre soin » puise son origine aux États-Unis, dans les années 70, au travers d'une réflexion menée au sujet de la notion de « caring » qui constitue dans les pays anglo-saxons la base du « nursing », c'est-à-dire les soins infirmiers. Le terme « caring » désignant « *l'action de soigner dans une relation de sollicitude à l'autre* » (Vigil-Ripoche, 2012, p.245). Mais la linguistique anglo-saxonne ne s'arrête pas là et permet de distinguer au sein des soins infirmiers le « care » (qui correspond aux soins où l'on porte attention au bien-être de la personne) du « cure » (qui fait référence aux soins curatifs dont le seul objectif est de traiter). La langue française quant à elle, nous l'avons vu précédemment, ne permet pas de faire cette distinction. En effet, « *nous ne pouvons différencier le care du cure dans le terme soin. Il nous faut qualifier les soins pour les spécifier [...] Il en est de même pour l'action de soigner en français qui, issu du latin soniare → s'occuper de, s'emploie aujourd'hui tout aussi bien en synonyme de traiter.* » (Vigil-Ripoche, 2012, p.245). Aussi la locution « prendre soin » en français est née de l'alliance faite des termes anglo-saxons « caring », « care » et du verbe « to take care of » qui « *signifie faire attention à, mais aussi prendre soin de (la traduction littérale) et s'occuper de*. »

(Vigil-Ripoche, 2012, p.245). Et c'est en 1982 au travers de l'ouvrage « *Promouvoir la vie* » de Marie-Françoise Collière, infirmière française formée aux USA, que le concept de « prendre soin » fait réellement son entrée en France. Marie-Françoise Collière consacrera d'ailleurs toute son œuvre à promouvoir le « prendre soin » qu'elle décrit comme étant « *un « acte de vie » en soi, tourné vers l'autre* » (cité par Vigil-Ripoche, 2012, p.248) pleinement intégré à la définition de soigner. Avant elle c'est une autre femme, américaine cette fois, qui a marqué en 1979 l'histoire du « prendre soin ». En effet, Jean Watson, infirmière de formation, figure parmi les pionniers de la théorisation du « caring » qu'elle a développé dans une approche de « philosophie humaniste ». Elle y défend l'idée d'une « *démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé soit une mort paisible.* » (Vigil-Ripoche, 2012, p.245). A l'inverse de Marie-Françoise Collière cependant, elle estime que le « care » et le « cure » doivent être dissociés dans le sens où le premier appartiendrait aux infirmiers et le second aux médecins. Enfin, plus récemment, ce sont Walter Hesbeen et Philippe Svandra, tous deux infirmiers de formation également, qui se distinguent pour leur point de vue au sujet du « prendre soin ». Walter Hesbeen « *définit le « prendre soin » comme l'intention de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé*. » (Vigil-Ripoche, 2012, p.246). Il soutient l'idée « *de prendre soin des personnes et non pas seulement de leur faire des soins* .» (Vigil-Ripoche, 2012, p.248). Il est aussi l'un des premiers à intégrer à la notion de « prendre soin » l'attention portée à la famille ou à l'entourage du malade. Philippe Svandra quant à lui « réinterroge le « *prendre soin » d'un point de vue philosophique à partir de ce que nous pouvons nommer l'antécédent du concept : la vulnérabilité*. » (Vigil-Ripoche, 2012, p.246). « *Reconnaissant la vulnérabilité comme un élément central de nos vies, les éthiques du care visent à revaloriser l'entraide et la sollicitude.* » (Svandra cité par Vigil-Ripoche, 2012, p.247).

Ainsi au gré des théories, des années et des nationalités, le « prendre soin » voyage, s'enrichit, se nuance et forme de nouveaux sillons où poussent des conceptions du soin empreintes d'humanisme et résolument tournées vers l'humain, invitant chacun à s'interroger sur ses pratiques soignantes et à repenser sa vision du soin avec « soin ».

2.3.3. Faire rimer soin et qualité : un art infirmier

« Dans les années 1920, Léonie Chaptal, qui fut à l'origine de la Revue de l'Infirmière et des premiers Diplômes d'État en France, qui fut également la seule infirmière française à avoir siégé au Conseil International des Infirmières, écrivait « La maladie, c'est la science du Médecin et le malade l'art de l'Infirmière. » (Paillard, 2015, p.47). Aujourd'hui, soit près d'une centaine d'années plus tard, ce point de vue ne paraît pas totalement désuet. Bien-sûr le clivage existant entre le rôle du médecin et celui de l'infirmier s'est quelque peu atténué mais le principe du « prendre soin » tend bien à confirmer l'idée que le patient, dans toute sa dimension holistique, est au cœur des préoccupations infirmières. Un « prendre soin » qui se révèle parfois difficilement mesurable ou évaluable et qui pourtant devrait témoigner de la qualité des prises en soin infirmières. Car Walter Hesbeen le souligne, « *la qualité des soins n'est pas la qualité du soin et nous ne pouvons négliger ce fait : des soins d'une très grande qualité technique ou scientifique peuvent être faits ou donnés dans l'oubli de la singularité et de la sensibilité de la personne à laquelle ils se destinent.* » (cité par Paillard, 2015, p.310). Il ajoute que « *L'accueil, l'écoute, la disponibilité et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique, et habilités techniques, sont déterminants essentiels d'un soin de qualité* » (cité par Paillard, 2015, p.310). Ainsi cela confirme que « faire des soins » n'est pas « prendre soin ». Mais dans ce cas, pour offrir des soins de qualité aux patients, autrement dit pour agir dans une réelle perspective de « prendre soin », de quelles ressources l'infirmier dispose-t-il ?

« *Du latin resurgere et signifiant résurgence, ce qui peut améliorer une situation fâcheuse.* » (Paillard, 2015, p.343) les ressources s'assimilent ici en réalité aux « moyens » ou aux aptitudes dont l'infirmier fait preuve au quotidien pour assurer les prises en soin des patients. Walter Hesbeen précise à ce sujet combien les soignants *« sont des êtres constitués de ressources et ce sont celles-ci qu'ils vont mettre au service de la personne par l'attention, le soin qu'ils lui portent. Ces ressources sont de natures diverses, elles ne sont pas acquises une fois pour toutes et ne relèvent pas uniquement du contexte professionnel. Ce qu'un soignant vit dans sa vie de tous les jours participe à l'enrichissement de ses ressources. »* (cité par Paillard, 2015, p.344). Les ressources que possèdent l'infirmier pour prendre soin des patients sont donc étroitement liées à son expérience, une expérience professionnelle et plus encore. Une expérience qui demande également à être régulièrement réinterrogée ou remise en question car « *Si elle participe à l'acquisition d'une certaine habileté, une certaine dextérité dans les gestes posés, l'expérience, pour participer à l'enrichissement des connaissances de la personne, nécessite d'être réfléchie, discutée, conceptualisée.* »

(Hesbeen cité par Paillard, 2015, p.344). Cette idée sous-entend que rien dans le soin ne doit être tenu pour acquis et que la notion d'efficience, qui intervient régulièrement comme un déterminant de la qualité du soin, n'est objective que si elle prend en compte la capacité du soignant à apprendre de ses expériences, et de celles des autres, afin de s'améliorer. Et c'est de cette capacité que l'infirmier tire toute son « habileté » et sa « créativité » soignantes dont les auteurs comme Walter Hesbeen font régulièrement référence. L'habileté correspondant à une « *Qualité d'adresse, d'intelligence, de compétence dans une activité demandant l'acquisition et l'application de techniques*. » (CNRTL, 2017, para. A.1.b)) et la créativité se définissant comme la capacité qu'à l'individu « *d'user de comportements nouveaux, de trouver des solutions nouvelles à un problème* » (Bloch et al., 2002, p.295). Nous pourrions aussi plus simplement parler de savoir-faire et savoir-être car ils découlent eux aussi de l'expérience acquise par l'infirmier, en tant que soignant mais également en tant qu'individu. Les termes peuvent donc différer pour nommer la matière dans laquelle l'infirmier puise pour « prendre soin » mais au fond l'idée reste la même et tend surtout à suggérer que «*L'infirmière est avant tout là pour rappeler au malade allongé et affaibli, que le fait pour elle d'être debout et dans un uniforme blanc ne lui retire pas sa citoyenneté, qu'il est avant tout un être humain, reconnu comme une personne* » (Amoureux cité par Bioy et Fouques, 2002, p.8). Ainsi, voilà ce qui réellement détermine la qualité des soins et constitue tout l'art infirmier : permettre au patient de percevoir toute l'humanité avec laquelle le soignant s'attache à prendre soin de lui.

2.4. Synthèse de la revue de littérature

L'étude, pourtant séparée, des mots-clés « odeurs dans les soins infirmiers », « relation soignant-soigné » et « prise en soin du patient » dans la phase exploratoire théorique a permis d'établir la manière dont ils peuvent interagir ensemble. Il apparaît que les odeurs dans les soins, aussi nommées « odeurs pathologiques » par les auteurs, font bien plus que troubler la quiétude du nez des patients et des soignants. En effet, en l'espace de quelques inspirations c'est tout l'équilibre de la relation soignant-soigné que les odeurs nauséabondes peuvent venir fragiliser en faisant écran aux interactions entre l'infirmier et le patient. Et lorsque les odeurs font obstacle à la communication, base de toute relation, les fondements du « prendre soin » s'en trouvent alors nécessairement troublés également.

Maladie, déchéance, nocivité, mort, sont autant d'idées connotées négativement auxquelles les odeurs pathologiques sont traditionnellement associées. Une image péjorative qui leur « colle à la peau » et dont elles peinent à se défaire tant elle est culturellement ancrée dans nos sociétés. Les mauvaises odeurs sont taboues. Par pudeur, par gêne ou par honte, c'est un sujet que soignants et patients n'abordent pas ou difficilement, créant ainsi un malaise et des non-dits qui se révèlent préjudiciables à l'épanouissement voire à l'établissement d'une relation entre eux. Or le « prendre soin » ne saurait se passer de cette relation soignant-soigné, symbole de la dimension humaine qu'il revêt. Mais la problématique des odeurs dans les soins ne s'arrête pas là : en plus de parasiter les échanges entre patients et soignants, les odeurs pathologiques peuvent également perturber la réalisation du soin en lui-même, ébranlant à nouveau la conception du « prendre soin » en portant cette fois atteinte à la qualité du geste soignant. Car c'est un fait avéré, les odeurs influencent les comportements des individus et sont pourvoyeuses de multiples émotions, propres à chacun, et irréfrénables. Aussi, face à des effluves nauséabondes les réactions instinctives qu'éprouvent l'infirmier, mais aussi le patient, peuvent mettre à mal la prise en soin et se révéler très culpabilisantes tant pour l'un que pour l'autre. Et l'infirmier, pour qui la notion de dégoût est en totale inadéquation avec la conception qu'il se fait du soin peut alors être tenté de masquer ses réactions au patient en mettant en place diverses stratégies, des stratégies qui, si elles ne sont pas accompagnées d'un dialogue adapté, peuvent devenir dommageables. Il paraît alors essentiel de prendre en considération que c’est bien au sein d’un contexte de soins éprouvant, soit un environnement olfactif désagréable, que la relation soignant-soigné devra s’épanouir et que les soins devront être réalisés dans une réelle perspective de « prendre soin ». Et pour ce faire, le soignant devra alors déployer tout son art infirmier : savant mélange de savoir-faire et savoir-être développés et perfectionnés au gré d'un vécu où il puisera toute les ressources nécessaires au prendre soin de ce patient qu'il ne faut pas cesser de « sentir ».

Mais les odeurs pathologiques ne présentent pas que des désagréments. Elles sont aussi un formidable « outil diagnostic » que les infirmiers développent inconsciemment et exploitent sous la forme d'une « sémiologie olfactive » propre à leur fonction. Les odeurs parlent, communiquent et transmettent nombre d'informations au soignant au sujet du patient et de son état, participant ainsi pleinement à la prise en soin infirmière. Cette culture infirmière olfactive est précieuse, il n'est donc pas question pour l'heure de vouloir éradiquer toute forme d’odeurs nauséabondes du milieu des soins, l'idée se révélerait d'ailleurs parfaitement utopique et même dangereuse en regard de l'intérêt clinique que les odeurs pathologiques présentent. Il s'agirait en réalité plutôt d'apprendre

à les gérer et à les aborder. Car il s'agit bien là d'un apprentissage, apprentissage que l'on sait désormais étroitement lié à la notion d'expérience.
Alors qu'en est-il sur le terrain ? Quelle vision des odeurs pathologiques les soignants ont-ils ? Quelle gestion est faite de ces odeurs au quotidien ? Quelles influences et conséquences peuvent-elles avoir sur les prises en soin des patients ? Et quel regard les infirmiers portent-ils sur leurs expériences à ce sujet ?
Pour répondre à toutes ces questions il me faut désormais partir à la rencontre des professionnels de terrain et de leur vécu.

3. PHASE EXPLORATOIRE PRATIQUE : L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE TERRAIN

3.1. Les choix pour l'enquête

Une fois la revue de littérature réalisée, l'appel du terrain se fait pressant : confronter les éléments théoriques recueillis ainsi que les idées des auteurs avec le ressenti des professionnels et leurs connaissances pratiques issues de leurs expériences devient alors une évidence. Mais avant de partir à leur rencontre, certains choix s'imposent et ils doivent être mûrement réfléchis car ce sont eux pour beaucoup qui détermineront la suite du travail.

3.1.1. L'outil d'investigation

En regard de ma revue de littérature, et des notions essentielles qui s'en sont dégagées, c'est l'entretien qui me semble être l'outil d'investigation le plus adapté. En effet, j'ai besoin d'interroger le vécu des professionnels, qu'ils évoquent avec moi librement expériences et anecdotes afin que je puisse collecter un maximum de données, non pas quantitatives mais qualitatives. L'entretien permet d'envisager ce genre d'interactions et revêt selon moi un caractère moins impersonnel que le questionnaire par exemple. Je fais le choix de préparer un entretien semi-directif afin de maintenir les échanges dans un certain cadre et ne pas perdre de vue mes objectifs, j'espère ainsi pouvoir explorer toutes les pistes importantes que le travail théorique m'a permis de mettre en lumière.

3.1.2. Les terrains investigués

Les odeurs désagréables dans le milieu hospitalier n'ont rien d'inhabituel, cependant certains services se révèlent plus coutumiers que d'autres des mauvaises odeurs, et des odeurs pathologiques en particulier. C'est le cas par exemple des services d'hépato-gastro-entérologie, de dermatologie ou de maladies infectieuses. Un service de consultations de diabétologie et endocrinologie me semble également concerné en regard des soins du pied diabétique qui y sont effectués quotidiennement. Je fais donc le choix de partir à la rencontre d'infirmiers qui exercent dans ces services spécifiques, et qui sont de ce fait davantage exposés aux mauvaises odeurs dans les soins, supposant qu'ils seront plus à même de m'éclairer.

3.1.3. Les professionnels interrogés

Concernant les infirmiers (hommes ou femmes) à interroger, je ne retiens qu'un seul critère : celui de l'expérience. La revue de littérature a clairement mis en avant cette notion donc il me faut investiguer en ce sens. Cependant, je vais m'intéresser principalement à leur expérience en lien avec le service dans lequel ils exercent actuellement. D'un professionnel à l'autre, il faut donc que cette expérience soit différente pour bénéficier d'un vécu varié, mais d'autant plus riche, pour la phase d'analyse. De plus, les apports théoriques l'ont démontré, l'expérience ne concerne pas uniquement le vécu professionnel de l'infirmier mais se nourrit aussi de son expérience en tant qu'individu, il me faut donc prendre en compte cet élément lors des entretiens et tenter d'en établir la portée.

3.2. L'analyse des données recueillies

Afin de réaliser mon enquête, j'ai mené trois entretiens (dont les retranscriptions sont visibles en annexe II) auprès :

- d'une infirmière exerçant au sein d'un service d'hospitalisation d'hépato-gastro-entérologie (ou IDE A)
- d'une infirmière exerçant au sein d'un service de consultations de diabétologie-endocrinologie (ou IDE B)

- d'un infirmier exerçant au sein d'un service d'hospitalisation de dermatologie et maladies infectieuses (ou IDE C).

NB : au cours de l'analyse j'utiliserai l'abréviation IDE (signifiant Infirmier Diplômé d'État) suivi des lettres A, B ou C pour citer les infirmiers interrogés.

Afin d'analyser les données recueillies au cours de mes entrevues avec les infirmiers, je fais le choix de suivre la trame de ma grille d'entretien (consultable en annexe I) et de fonctionner de la manière suivante :

1°) j'indiquerai la question

2°) j'expliquerai ce que je cherchais à savoir en posant cette question

3°) j'exposerai les réponses données par les infirmiers tout en les commentant.

Question 1 :

1°) « *Pour débuter cet entretien, je souhaiterais savoir depuis combien de temps vous exercez au sein de ce service.* ».

2°) Les infirmiers interrogés exercent tous dans des services où les odeurs nauséabondes sont particulièrement prégnantes et la revue de littérature a mis en évidence le fait que l'expérience de l'infirmier permettait un « prendre soin » de plus grande qualité, d'autant plus lorsque le contexte de soins se révèle délicat. Aussi je souhaitais confronter leur ancienneté au sein du service avec leur vécu vis-à-vis des odeurs. Vécu dont ils m'ont fait part ensuite au gré des autres questions.

3°) L'IDE A n'est en poste au sein du service d'hépato-gastro-entérologie que depuis six mois mais confie au cours de l'entretien y avoir été stagiaire en 2009 durant sa formation en soins infirmiers. L'IDE B exerce en service de consultations de diabétologie-endocrinologie depuis quatorze ans et durant les premières années elle allait même en service d'hospitalisation pour y réaliser les pansements. Enfin, l'IDE C lui est en poste au sein du service d'hospitalisation de dermatologie et maladies infectieuses depuis bientôt cinq ans.

Le panel est varié et répond aux critères que je m'étais fixé, il va donc être d'autant plus intéressant de confronter leurs expériences.

Question 2 :

1°) « *Si je vous dis « odeurs dans les soins infirmiers », spontanément, quel mot ou quelle image vous vient en tête ? Pourquoi ?* ».

2°) Cette question me permettait une entrée en matière et laissait libre cours au ressenti et aux représentations de l'infirmier. D'après la revue de littérature, les odeurs dans les soins infirmiers sont teintées d'une connotation négative et associées à des

pathologies. Elle servent même parfois d'« outil diagnostic ». Cependant, je ne souhaitais pas induire toutes ces idées aussi j'ai volontairement choisi une formulation de question très libre et ouverte. J'ai rebondi ensuite selon les réponses qui m'ont été données.

3°) L'IDE A répond rapidement à cette question en indiquant le mot « *selles* ». Elle l'explique par le fait que c'est ce à quoi elle est le plus confrontée en termes d'odeurs dans les soins infirmiers. L'IDE B, après un instant de réflexion, cite le mot « *pansement* ». Elle ajoute qu'il existe évidemment de multiples odeurs mais que celles « *d'origine pansement* » sont selon elle « *les plus désagréables, les plus tenaces, les plus difficiles à faire partir* ». L'IDE C, quant à lui, indique le mot « *nauséabond* » sans la moindre hésitation.

Les réponses très instinctives des infirmiers tendent à confirmer l'idée selon laquelle les odeurs dans les soins infirmiers sont fatalement associées à des images, des mots, des sensations ou des soins connotés très négativement. Les IDE A et B font également immédiatement le parallèle avec leur quotidien : faut-il en conclure que les mauvaises odeurs sont en réalité une composante du soin et non pas un élément qui vient s'y surajouter ?

Enfin, évoquer l'intérêt des odeurs dans les soins d'un point de vue diagnostic n'est pas une notion étrangère aux infirmiers, bien au contraire. L'IDE B mentionne l'aspect alarmant de certaines odeurs : « *un pansement qui va pas bien, ça sent !* », « *c'est un élément en tout cas qui participe à dire que le pansement ne va pas dans la bonne voie* », les odeurs donnent des « *indications* ». Et avec le temps, il semble bien qu'une certaine culture olfactive se soit développée chez cette infirmière puisqu'elle parle de « *microbe particulier avec une odeur particulière* ». Les propos de l'IDE C vont également en ce sens en évoquant des odeurs selon lui « *spécifiques* » ou « *caractéristiques* » comme celle du bacille pyocyanique en dermatologie ou du Clostridium difficile en maladies infectieuses. Les odeurs pathologiques peuvent donc donner d'importantes informations si l'infirmier y prête attention, et de l'odorat peut alors naître un « sens » critique.

<u>Question 3</u> :

1°) « *Au sein de ce service vous êtes sans doute fréquemment exposé aux mauvaises odeurs dans les soins, comment les gérez-vous ? Autrement dit, avez-vous des moyens à votre disposition pour atténuer ces mauvaises odeurs ou utilisez-vous des techniques / stratégies pour vous en prémunir ?* ».

2°) Le but était ici de découvrir quelle gestion des odeurs est faite au sein des services dans lesquels les infirmiers travaillent et quelles sont leurs habitudes en

particulier à ce sujet. C'était aussi une question qui me permettait d'aborder leur rapport aux odeurs de manière générale avant de le faire ensuite de manière plus personnelle, au travers notamment d'une situation vécue qui les a marqués.

3°) L'IDE A indique qu'il n'existe à sa connaissance aucune gestion spécifique des odeurs au sein de son service. Elle m'explique cependant que dans le précédent service où elle travaillait (un service de pneumologie) l'utilisation des huiles essentielles pour assainir l'atmosphère des chambres était fréquente, d'autant que les chambres doubles étaient nombreuses. Des petites boules de coton imbibées d'huiles essentielles étaient placées dans les pièces, même si elle reconnaît que les odeurs qu'elle a connu dans ce service n'ont rien de comparables avec celles auxquelles elle est confrontée aujourd'hui en service d'hépato-gastro-entérologie. Elle parle d'ailleurs de son service actuel comme étant « *un service particulier* » avec « *vraiment des odeurs particulières* ». Aussi elle regrette qu'il n'y ait pas d'huiles essentielles à disposition dans le service. Afin de se prémunir un peu des mauvaises odeurs lors des soins elle m'explique mettre « *volontiers un masque* » et avoir toujours sur elle des chewing-gums à la menthe. Et si porter un masque tout en mâchant un chewing-gum mentholé était insuffisant elle ajoute, avec humour, avoir recours à l'apnée ! L'IDE B dit mettre un masque également quand les odeurs sont « *franchement désagréables* » et que cela lui semble difficile de faire autrement, évoquant alors « *certains microbes* » qui sentent « *tellement fort que ça fait presque mal dans les narines* ». Mais le masque reste pour elle un ultime recours. En effet, « *par pudeur* », « *par respect* » vis à vis du patient elle pense qu'il faut éviter dans la mesure du possible de montrer que l'on est incommodé par les mauvaises odeurs, et le port du masque témoignerait de cet inconfort. L'IDE C explique quant à lui qu'au sein du service, ils ont à disposition des pansements au charbon qui absorbent les mauvaises odeurs, des mèches désodorisantes et un diffuseur d'huiles essentielles. Une demande du personnel est d'ailleurs à l'origine de l'achat de ce diffuseur, achat effectué par l'équipe elle-même. L'IDE C évoque également l'idée selon laquelle le soignant s'habitue avec le temps aux mauvaises odeurs et que c'est ainsi qu'il s'en prémunit le mieux, à l'inverse du patient, il le souligne bien. L'IDE B fait aussi allusion à cette notion en disant : « *on a l'habitude ça fait partie de notre travail* ». Serait-il alors raisonnable de penser que c'est la force de l'habitude qui constitue le premier rempart des soignants face aux mauvaises odeurs ?

Porter un masque pour se prémunir des mauvaises odeurs lors d'un soin est une pratique commune aux deux infirmières. Mais, l'une d'entre elles le souligne bien, son utilisation n'est pas sans conséquences vis à vis du patient. Cet avis rejoint l'idée évoquée à ce propos dans la revue de littérature. Gérer des mauvaises odeurs impliquerait-il alors un travail de posture de la part de l'infirmier ? Les huiles essentielles sont également

plébiscitées par deux infirmiers mais leur emploi, d'un service et d'un établissement à l'autre, sont variables. Pour quelles raisons ? S'agit-il d'un problème de coût, de politique d'établissement et/ou de service ou bien d'une méconnaissance de l'intérêt de ce matériel vis à vis des mauvaises odeurs ? Plus simplement, la gestion des odeurs au sein des services constitue-t-elle une problématique reconnue ou une préoccupation réelle ? Investiguer en ce sens pourrait être intéressant.

Question 4 :

1°) « *Avez-vous souvenir d'une situation difficile à vivre pour vous auprès d'un patient où l'environnement olfactif était particulièrement désagréable ? Accepteriez-vous de m'en parler et d'évoquer votre ressenti à ce sujet ?* ».

2°) Cette question me permettait de recueillir les éventuelles difficultés de l'infirmier face aux mauvaises odeurs sans avoir à lui poser la question directement car je ne souhaitais pas qu'il se sente mis en défaut.

3°) L'IDE A, actuellement enceinte et d'autant plus sensible aux odeurs de ce fait d'après elle, évoque une situation vécue très récemment : un soin de bouche réalisé auprès d'un patient en fin de vie. La mauvaise haleine du patient était « *très forte* » et elle a eu du mal à la gérer bien qu'elle mâchait un chewing-gum mentholé et portait un masque. Elle me fait part de son inconfort et des nausées importantes qu'elle a éprouvé durant le soin. Son langage non-verbal est d'ailleurs très explicite lorsqu'elle me relate l'événement : elle grimace et mime des gestes qui traduisent l'envie de vomir. L'IDE B, elle, se remémore un souvenir qu'elle mentionne comme très ancien mais qui semble l'avoir réellement marquée. Il date de l'époque où elle se rendait en service d'hospitalisation de diabétologie-endocrinologie pour faire les pansements. Elle se rappelle de l'odeur terrible qui avait envahi, des semaines durant, le service. En cause, la plaie au pied d'un patient diabétique qu'elle décrit comme étant « *une horreur* ». Son langage non-verbal est également très riche à l'évocation de ce souvenir : elle grimace et recouvre son nez de sa main lorsqu'elle songe à la plaie. Elle se demande encore « *comment les patients alentours pouvaient supporter ça parce que c'était franchement abominable* ». Elle me fait part aussi de son sentiment d'impuissance vis à vis de la situation : « *y'avait pas de solutions* » ! Le patient finira d'ailleurs par subir une amputation de l'avant-pied, les soins locaux n'ayant donné aucun résultat. L'IDE C évoque un souvenir tout aussi marquant qui concerne une patiente en fin de vie avec un cancer du sein. Il explique que « *les plaies de cancer sentent déjà particulièrement mauvais* » mais que « *là-dessus s'est rajouté des ulcérations et des escarres avec des nécroses sur le sein* », une plaie qui au final correspondait quasiment à un hémicorps. Il explique à quel point il a été difficile au sein du service « *de gérer en termes d'odeurs*

cette fin de vie ». D'autant que cette dame était arménienne et ne parlait pas le français, tout comme son entourage, aussi faire comprendre à chacun que « *les odeurs étaient liées malheureusement au devenir de la patiente* » était réellement délicat.
Les infirmiers évoquent l'inconfort physique que peuvent susciter les mauvaises odeurs : il y a des odeurs « *vraiment particulières […] où là c'est difficile à tolérer sur le plan physique* » confie l'IDE B. Ce sont des réactions liées au dégoût éprouvé, et la revue de littérature le souligne bien, elles sont par nature difficilement réprimables. Quelle attitude adopter dans ces conditions ? Ressentir de telles odeurs peut être même vécu à la manière d'une agression : il est impossible d'échapper aux relents nauséabonds lorsqu'ils envahissent tout l'air ambiant. Une agression olfactive alors subie par tout un service, c'est le cas dans les situations relatées par les IDE B et C. Ils précisent d'ailleurs à quel point la gestion de ces odeurs, quand elles prennent une telle ampleur, se révèle infiniment complexe. Enfin, au travers de leurs témoignages, les trois infirmiers soulèvent le caractère mortifère que peuvent revêtir les odeurs pathologiques. Un aspect également mis en évidence par la revue de littérature. Les souvenirs spontanément évoqués par les IDE A et C concernent un patient en fin de vie. Dans le cas de l'IDE B, il s'agit d'un patient pour qui l'amputation n'aura pu être évitée. Les odeurs ressenties comme étant les plus désagréables possèdent-elles toutes cet aspect funeste ? Ne dit-on pas familièrement « ça sent la mort ! » quand l'odeur nous incommode au plus haut point ? Par quel processus inconscient les infirmiers font-ils le lien entre odeurs pathologiques et mort ? Il existe ici une piste de travail intéressante.

<u>Question 5</u> :

1°) « *Dans cette situation, les mauvaises odeurs ont-elles eu selon vous une influence sur la réalisation de votre soin et/ou sur votre relation au patient ?* ».

2°) Si l'infirmier n'évoquait pas ces points lors de l'item précédent, cette question me permettait d'aborder le sujet directement.

3°) Selon l'IDE A, les mauvaises odeurs n'ont pas influencé son soin. Elle explique cependant qu'étant « *très concentrée* » sur la réalisation du soin de bouche en lui même, elle a mis de côté le patient et n'est pas entrée en relation avec lui. L'IDE B ne pense pas que la présence des mauvaises odeurs ait pu influer sur la réalisation des soins ou la relation au patient. L'IDE C estime quant à lui que dans ce cas précis, ce sont les mauvaises odeurs qui « *ont amené la communication* » avec la patiente et qu'elles sont donc à l'origine de la relation entre eux. Concernant la réalisation des soins, les odeurs nauséabondes n'ont eu selon lui aucun impact car il explique que dans son service *« on a l'habitude d'avoir des plaies très très odorantes […] on a fini par s'habituer et on fait avec* ». Par contre il dit très bien imaginer qu'un infirmier puisse être incité « *à écourter*

un pansement et à faire moins de choses » s'il n'est pas habitué à prendre en charge de telles plaies.

Les témoignages des trois infirmiers sont en corrélation avec les éléments mis en lumière par la revue de littérature : les mauvaises odeurs peuvent perturber le prendre soin du patient si l'infirmier n'a pas acquis l'expérience suffisante pour y faire face. En effet, soumise à la mauvaise haleine du patient, l'IDE A qui est la moins expérimentée des trois professionnels interrogés (mais la plus exposée également de part son état de grossesse) exprime bien son impossibilité à entrer en relation avec le patient tout en effectuant son soin. L'IDE C ajoute qu'il n'y a rien de surprenant à ce qu'un infirmier peu coutumier des mauvaises odeurs dans les soins puisse se retrouver en difficulté face à des plaies particulièrement malodorantes. S'agit-il d'un constat tiré de sa propre expérience passée ou de témoignages qu'il a recueilli auprès de collègues exerçant dans des services où les odeurs pathologiques sont peu fréquentes, toujours est-il qu'il souligne l'importance de son expérience en la matière pour assurer les prises en soins de ses patients. Confronter alors le vécu de professionnels exerçant dans des services où l'exposition aux mauvaises odeurs est rare à ceux qui le sont de manière quotidienne pourrait être intéressant pour aller plus loin dans le raisonnement. Enfin, l'IDE C soulève un point de vue interpellant en exprimant le fait que ce sont les odeurs qui se trouvent être à l'origine de la relation entre lui et la patiente dans la situation qu'il décrit. Contrairement aux idées dégagées par la revue de littérature, les mauvaises odeurs pourraient-elles alors être envisagées comme un déterminant facilitateur de la relation soignant-soigné ? L'odeur peut-elle constituer un intermédiaire capable de permettre la mise en relation de l'infirmier avec le patient ? C'est un axe d'étude qui mériterait d'être exploré.

Question 6 :

1°) « *Lorsque les mauvaises odeurs induites par la pathologie d'un patient sont à l'origine d'une gêne pour lui et/ou pour vous, comment abordez-vous le sujet avec lui ?* ».

2°) Cette question touchait à l'idée de tabou qui entoure les mauvaises odeurs dans les soins et à toute la difficulté que cela entraîne du point de vue de la relation soignant-soigné, notamment en matière de communication.

3°) Au sein du service de l'IDE A, ce sont bien souvent les odeurs du « *patient négligé* » ou en incurie, des « *patients alcooliques* » notamment, qui sont à l'origine d'une gêne. Mais une gêne pour le soignant en particulier car le patient lui ne semble pas toujours avoir conscience de l'odeur qu'il dégage. Face à ce genre de situations, l'IDE A explique agir principalement par l'intermédiaire de messages indirects : elle incite par

exemple le patient à aller se doucher ou lui propose des vêtements propres prêtés par le service. C'est une manière détournée selon elle de leur dire « *c'est pas agréable pour vous, c'est pas agréable pour nous* » et de les encourager ainsi à prendre davantage soin d'eux. Et si cela ne suffisait pas, elle avoue s'être montrée parfois plus directe en leur disant qu'ils ne « *sentent pas bon* » et qu'il faut « *qu'ils aillent à la douche* ». Pour l'IDE B, un pansement qui ne sent pas bon, ce n'est généralement pas bon signe. Aussi il ne faut « *pas hésiter à le dire* » au patient, à lui signaler et lui en faire comprendre la raison afin « *qu'il se prenne mieux en charge* ». Elle explique d'ailleurs que parfois le patient ne se rend pas compte de cette mauvaise odeur car « *c'est une odeur à laquelle il s'est habitué* ». C'est donc d'autant plus important de l'interpeller à ce sujet. Elle ajoute que c'est quelque chose qu'elle essaie de « *faire passer le plus normalement possible* » pour que le patient ne soit pas « *gêné* ». En effet, il ne faut pas qu'il se sente comme un « *paria »* parce que ça ne sent pas bon, il y a selon elle une « *manière* » d'aborder les choses avec le patient. Dans le cas des odeurs pathologiques, l'IDE C suppose que les patients qui sont conscients de la mauvaise odeur qui émane d'eux doivent avoir un peu « *honte* ». Et « *ça reste toujours quand même difficile à comprendre pour une personne que c'est son corps qui peut sentir aussi mauvais !* ». Il explique que c'est quelque chose que les patients pensent pouvoir maîtriser mais sur laquelle ils n'ont en réalité aucune prise. D'où la gêne que le patient éprouve pour faire le premier pas et aborder le sujet avec le soignant. C'est donc à l'infirmier selon lui d'y prêter attention et d'engager la discussion avec le patient au moment opportun. Il estime que cela doit être fait aussi lorsque le patient n'a pas conscience de sa mauvaise odeur ou ne s'en rend plus compte. Car précise-t-il, certains patients à force de vivre avec leurs mauvaises odeurs finissent par ne plus y prêter attention et ne sont pas conscients de l'impact qu'elles peuvent avoir sur les autres. Il avoue toutefois utiliser des pansements spécifiques sur certaines plaies (type pansement au charbon), avec l'accord du médecin mais sans en parler au patient afin d'améliorer « *sa qualité de vie relationnelle* » sans pour autant avoir à lui créer inutilement de « *gêne* » ou de « *honte* ». Et quand les odeurs nauséabondes sont telles qu'elles nécessiteraient la mise en place de mèches absorbantes ou le recours à l'aromathérapie, le dialogue s'engage alors inévitablement avec le patient ainsi qu'avec sa famille. Car l'IDE C insiste : l'utilisation de ce type de matériel doit être accompagné d'un échange adapté et se faire avec l'accord du patient.

Au travers des témoignages des infirmiers est apparu un nouvel élément : les patients peuvent ne pas être gênés par les odeurs pathologiques. En effet, ils développeraient une forme d'accoutumance vis à vis de ces émanations nauséabondes qui leur sont propres. Ainsi, ils ne les perçoivent plus ou de manière très atténuée. Socialement parlant par exemple, cette perception déformée peut vite devenir fâcheuse pour le patient et l'isoler

sans qu'il en comprenne nécessairement la raison. Le soignant doit donc se montrer attentif et ne pas hésiter dans ce cas à en faire part au patient. Et bien que le sujet des mauvaises odeurs soit délicat à aborder, voire tabou dans certains cas, je constate que les trois infirmiers n'éprouvent pas spécialement de difficultés à évoquer le sujet avec leurs patients. Peut-on relier cela à leur expérience ? Faut-il les considérer comme aguerris vis à vis du sujet ? Je note cependant que le problème des mauvaises odeurs n'est abordé ouvertement avec le patient que par nécessité, dans le sens où cela doit se faire à la faveur du patient et de son bien-être, et non pas uniquement pour améliorer le confort du soignant. Toute la bienveillance et le tact de l'infirmier sont alors requis. Les infirmiers cherchent davantage à « faire comprendre » les choses plutôt qu'à les dire, la nuance semble infime mais a pourtant son importance. Car la revue de littérature l'indique bien, l'équilibre de la relation soignant-soigné repose principalement sur la nature des échanges qui ont lieu entre l'infirmier et le patient. Encore une fois, est-ce leur expérience qui leur permet d'adopter le mode de communication adapté à ce genre de situations? Un travail de posture important semble ici déployé par les soignants, peut-être serait-il profitable d'approfondir les recherches à ce propos ? Le témoignage de l'IDE C révèle également que l'emploi de mèches absorbantes ou d'huiles essentielles peut permettre d'engager le dialogue avec le patient au sujet des mauvaises odeurs. Le matériel, au-delà de sa fonction d'origine, pourrait alors être envisagé à la manière d'un support de communication ? Ou d'un outil médiateur exploité par l'infirmier afin d'introduire le sujet avec le patient ? Là se situe un nouvel angle d'étude intéressant.

<u>Question 7</u> :

1°) « *Pour finir, je souhaiterais savoir si vous vous sentez plus à l'aise vis à vis des odeurs pathologiques avec l'expérience ? Si oui, pour quelles raisons selon vous ? A quoi le reliez-vous ? Si non, pourquoi cela reste difficile à votre avis ?* ».

2°) Cette dernière question permettait de valoriser le point de vue et l'expérience de l'infirmier. La réponse faite devait également venir confirmer ou infirmer les éléments mis en lumière par la revue de littérature au sujet de la notion d'expérience dans le « prendre soin » d'un patient.

3°) L'IDE A pense qu'avec l'expérience « *on s'habitue* » aux odeurs spécifiques du service dans lequel on travaille, qu'une forme d'accoutumance se produit immanquablement. Elle avoue cependant être bien plus gênée qu'avant par les mauvaises odeurs depuis qu'elle est enceinte : « *des fois faut qu'je sorte de la chambre* ! ». Une situation qu'elle sait passagère mais qui se révèle déstabilisante pour l'infirmière peu sensible aux odeurs qu'elle était jusque là. Et en étant ainsi incommodée par les odeurs nauséabondes, il est parfois difficile selon elle d'être en relation avec le

patient tout en assurant son soin. L'IDE B explique que l'expérience n'empêche pas de ressentir les mauvaises odeurs : « *c'est pas parce que ya dix ans j'les sentais que maintenant j'les sens différemment, je sens toujours pareil !* ». La nuance se situe selon elle dans le fait qu'aujourd'hui, grâce à l'expérience qu'elle a acquis, elle les aborde mieux : « *on sait mieux c'que c'est* », « *on s'habitue* ». Elle ajoute que de nature elle n'est pas « *quelqu'un qui craint spécialement les odeurs* », qu'elle a le « *cœur bien accroché* » et qu'en dehors de certaines odeurs « *vraiment particulières* » elle « *gère bien* ». Une sensibilité à l'égard des odeurs nauséabondes peu exacerbée qui semble à priori l'avoir avantagée dans sa fonction. L'IDE C pense lui que l'expérience peut permettre de s'habituer à toutes les odeurs liées aux soins et que c'est ce qui permet à l'infirmier de se sentir alors « *complètement à l'aise* ». Un avantage qui peut cependant parfois, il le rappelle, présenter un « *écueil* » pour le patient car lui ne possède pas une telle expérience, et il est important de ne pas l'oublier. Il exprime aussi le fait que l'expérience peut atteindre certaines limites en regard du vécu personnel de chacun. En effet, il existe selon lui une sensibilité propre à chaque individu vis à vis de certaines odeurs et « *travailler quinze ans dans le même service* » n'y changera rien. Il affirme par exemple que si l'odeur du vomi vous rebute, alors elle « *vous rebutera malheureusement jusqu'à la fin de vos jours !* ». Il dit ne pas avoir personnellement « *trop de problèmes avec les odeurs en règle générale* », ajoutant même qu'il n'a finalement « *jamais été sensible aux odeurs* », mais qu'une plaie très odorante ne le laisse pas indifférent pour autant. Effectivement, il associe inconsciemment plaie malodorante et douleur : « *cette plaie elle sent ça donc il doit avoir mal comme ça* » et c'est ce ressenti qui est, aujourd'hui encore, délicat à gérer pour lui.

Les trois infirmiers évoquent une forme d'« insensibilité » naturelle vis à vis des odeurs : existe-t-il alors chez certains individus une forme de prédisposition innée à la tolérance des mauvaises odeurs ? Mener des recherches en ce sens pourrait être passionnant. Dans le milieu des soins, dans des services où l'environnement olfactif se révèle particulièrement hostile par exemple, à défaut de pouvoir éradiquer toute forme d'odeurs nauséabondes, pourquoi ne pas mettre à profit cette aptitude présente naturellement chez certains soignants ? Mais je m'interroge cependant, sont-ils réellement peu sensibles de nature aux odeurs pathologiques ou cette tendance est-elle née d'une exposition progressive à ces odeurs qui a fini, en quelque sorte, par les immuniser sans qu'ils en aient conscience ? Car ils sont tous unanimes : avec le temps on semble s'habituer à tout... ou presque ! Il est vrai que l'IDE B le fait remarquer, l'infirmier ayant acquis de l'expérience ne ressent pas les odeurs d'une manière différente du novice, il les gère tout simplement mieux. Et cette idée abonde dans le sens de la revue de littérature. Les mauvaises odeurs ne constituent plus alors un

obstacle au « prendre soin » du patient mais deviennent simplement une composante du soin à laquelle le soignant sait habilement s'adapter. Le témoignage de l'IDE A pourrait confirmer cette hypothèse. Peut-on mettre en corrélation le fait qu'elle éprouve des difficultés à entrer en relation avec le patient tout en assurant son soin, avec le fait qu'elle n'est en poste au sein du service d'hépato-gastro-entérologie que depuis six mois (et se trouve être en plus particulièrement exposée aux effets des mauvaises odeurs de part son état de grossesse) ? Enfin, un dernier point soulevé ici par le témoignage de l'IDE C mérite selon moi d'être souligné : par quel processus inconscient une odeur pathologique peut-elle induire chez le soignant une idée de souffrance ? Quel lien existe-t-il entre odeurs et douleurs ? A nouveau, la mauvaise odeur semble sous-tendre une notion de gravité. Pourquoi alors ne pas investiguer davantage en ce sens ?

3.3. L'analyse critique de l'outil et des conditions d'enquête

Porter un regard critique objectif sur son travail n'est pas chose aisée mais cette démarche m'a permis néanmoins de recenser un certain nombre de points qu'il me semble intéressant d'exposer ici. Tout d'abord, les conditions des entretiens étaient idéales : chaque entrevue s'est déroulée au calme et dans un bureau de consultation situé un peu à l'écart de l'effervescence des services. Les IDE A et B m'ont reçue sur leur temps de travail mais avaient pris soin de confier leur secteur et leur téléphone à leurs collègues pour le temps de l'entretien afin que nous ne soyons pas dérangées. L'IDE C lui m'a reçu après son poste, sur son temps personnel. Je leur suis d'ailleurs très reconnaissante de cette disponibilité dont ils ont fait preuve envers moi. Le contact a été bon avec chacun des professionnels et le ton chaque fois chaleureux. Je dois avouer cependant que je ne me suis sentie réellement à l'aise dans mon rôle d'intervieweuse que lors du troisième entretien. Et je pense que le manque d'aisance dont j'ai fait preuve, notamment lors du premier entretien, m'a pénalisée : beaucoup d'interventions inutiles de ma part qui ont parasité l'échange, peu de silences permettant à l'infirmière de réfléchir plus longuement ou de rebondir selon le fil de sa pensée, quelques points qui n'ont pas été abordés en détails et un temps d'entretien relativement court par rapport à ce qui était prévu (8 minutes et 54 secondes d'entretien au lieu de la quinzaine de minutes estimée au départ). L'IDE A, tout comme moi, n'était pas une habituée de l'exercice et se savoir enregistrée a pu la mettre mal à l'aise par moment. Je regrette aussi énormément de ne pas avoir eu le réflexe de réenclencher le dictaphone lorsque l'IDE B m'a raccompagnée hors du service après l'entretien car elle m'a donnée à ce

moment là de précieuses informations que je n'ai, de ce fait, malheureusement pas pu exploiter. Concernant la grille d'entretien, les questions ont été bien comprises dans l'ensemble et ont nécessité peu de reformulations en dehors de la dernière question. Son énoncé aurait donc certainement mérité d'être simplifié. Et après analyse des données recueillies, je pense que l'aspect diagnostic des odeurs pathologiques aurait pu être plus largement exploré si j'avais consacré une question au sujet. Enfin, sans doute aurait-il fallu également que je formule une question plus directe à propos de l'éventuelle influence des mauvaises odeurs sur la communication entre soignant et soigné. Car l'aborder comme je l'ai fait, sous la notion de « relation au patient », était peut-être un peu abstrait pour les professionnels.

3.4 La phase de problématisation et l'émergence de la question de recherche

La mise en perspective des données analysées avec celles dégagées par la revue de littérature témoigne de toute la problématique que les mauvaises odeurs présentent dans les soins infirmiers, tant du point de vue du soignant que du soigné. Une problématique que l'on évoque pourtant peu. Le caractère tabou des mauvaises odeurs n'est ainsi plus à prouver. Et c'est sans doute le patient qui en souffre le plus car quelle que soit l'origine de ces odeurs, c'est bien lui qui vit avec et qui subit de plein fouet les conséquences relationnelles que provoquent de telles émanations nauséabondes. Dans un même temps, prendre soin d'un patient dont l'odeur se révèle rebutante, voire qui inspire du dégoût, peut être réellement embarrassant pour le soignant. A l'instar d'un mécanisme de défense, des réactions d'inconfort inconscientes difficiles à contenir se manifestent. Alors comment préserver la relation soignant-soigné dans ces conditions et la maintenir dans une réelle perspective de « prendre soin » ?

D'après la revue de littérature et l'analyse des données recueillies auprès des professionnels de terrain, tout est question semble-t-il d'expérience. En effet, c'est la posture professionnelle que l'infirmier développe en parallèle de son expérience qui se présente comme la clé de l'équation. Avec le temps et l'exposition répétée aux odeurs pathologiques, le soignant crée une forme de tolérance spécifique à leur égard et ne les perçoit ainsi plus de façon aussi gênante. La force de l'habitude composerait alors la première ressource du soignant dans la gestion des mauvaises odeurs lors des soins. Au gré de son vécu, sa manière de les aborder évolue donc et l'environnement olfactif désagréable n'est plus un obstacle au soin. Le soignant sait habilement s'y adapter et

même en tirer avantage dans les prises en soin des patients. La mauvaise odeur peut alors devenir un élément médiateur voire facilitateur pour entrer en relation avec le patient. Avec l'expérience, l'infirmier développe également à l'égard des odeurs pathologiques une culture olfactive qui contribue pleinement à la surveillance de l'état du patient et valorise dans un même temps ses compétences infirmières.

Mais le vécu de l'infirmier, et toutes les aptitudes qui en découlent, solutionnent-elles entièrement la problématique des odeurs dans les soins infirmiers ? Lorsque le soignant possède les acquis suffisants pour faire face aux effluves nauséabondes émanant du corps d'un patient, cela signifie-t-il nécessairement qu'elles n'ont plus d'influence sur son « prendre soin » ? Le doute est permis en regard des idées très péjoratives auxquelles sont associées les mauvaises odeurs dans le milieu des soins. D'autant que la revue de littérature l'a souligné et que les témoignages des infirmiers le mettent également en évidence : les odeurs pathologiques possèdent un caractère mortifère. Elles peuvent aussi induire dans l'esprit du soignant, souffrance, déchéance ou indignité. Quelle perception l'infirmier peut-il avoir du patient qui lui « inspire » un tel sentiment ? Comment la relation soignant-soigné s'épanouit-elle dans ce contexte ? Quelles conséquences cela peut-il engendrer du point de vue du « prendre soin » ?

Ici se situe selon moi un nouvel axe d'étude qu'il me semblerait intéressant d'explorer, aussi je décide de faire évoluer ma problématique de départ, et de poser la question de recherche suivante :

« **En quoi les représentations de l'infirmier à l'égard des odeurs pathologiques impactent-elles la prise en soin du patient?**»

CONCLUSION

Au début de ce travail, j'ai été amenée à m'interroger, en regard d'une situation vécue lors de mon premier stage de troisième année, sur l'influence que les odeurs dans les soins infirmiers peuvent avoir sur la relation soignant-soigné et la prise en soin du patient. La construction d'une revue de littérature m'a permis d'éclairer et d'affiner la problématique. C'est une étape qui s'est d'ailleurs, contre toute attente, révélée passionnante. Elle m'a ouvert de nouveaux horizons et m'a transmis l'envie d'investiguer d'autant plus le sujet. La rencontre avec les infirmiers constitue également un temps fort du travail. Elle permet de concrétiser tout le travail théorique mené en amont, en confrontant les hypothèses issues de la revue de littérature avec la réalité de terrain et la vision des professionnels. La phase d'analyse qui suit est une étape déstabilisante, car tandis que certaines conjectures se confirment d'autres s'écroulent, bouleversant alors au passage quelques certitudes sur le sujet. Et c'est ainsi que d'un travail de recherche, en naît un autre.

Ma vision du « prendre soin » s'est nécessairement enrichie de toute cette expérience. J'ai énormément appris, sur mon sujet bien-sûr, mais également sur moi-même, et davantage encore sur l'infirmière que je souhaite être demain.

Aujourd'hui, j'envisage les odeurs pathologiques différemment. Je sais désormais qu'elles présentent de nombreux atouts du point de vue des soins infirmiers et qu'il serait bien réducteur de ma part de ne retenir d'elles que leurs émanations volatiles.

Le sujet reste délicat c'est vrai, mais en parler est une manière d'en atténuer le parfum tabou et de donner surtout davantage de « sens » au soin.

BIBLIOGRAPHIE

- AMIEC Recherche. (2005). *Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession infirmière (3e éd.)*. Paris : Masson.

- Bioy, A., & Fouques, D. (2002). *Manuel de psychologie du soin.* Rosny-sous-Bois : Bréal.

- Bioy, A., Bourgeois, F., & Nègre, I. (2003). *La communication entre soignant et soigné.* Rosny-sous-Bois : Bréal.

- Bloch, H., Dépret, E., Gallo, A., & al. (2002). *Dictionnaire fondamental de la psychologie A-K (2e éd.)*. Paris : Larousse.

- Bloch, H., Dépret, E., Gallo, A., & al. (2002). *Dictionnaire fondamental de la psychologie L-Z (2e éd.)*. Paris : Larousse.

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2017). *Habileté.* En ligne http://www.cnrtl.fr/definition/habileté, consulté le 10 avril 2017.

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2017). *Observation.* En ligne http://www.cnrtl.fr/definition/observation, consulté le 31 mars 2017.

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2017). *Tabou.* En ligne http://www.cnrtl.fr/definition/tabou, consulté le 22 mars 2017.

- Dhouib, S., & San Jullian, M. (2004). L'Olfaction : un sens à découvrir. *Objectifs Soins*, 123, p.16-20.

- Duperret Dolange, H. (1993). *Le « nez » du soignant. Quels retentissements sur son comportement ?*. Lyon : AMIEC.

- Fischer, G-N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherche en soins infirmiers*, 56, p. 4-11.

- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concept et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, p. 33-42.

- Frasnelli, J., & al. (2010). *Développement des sens : l'odorat.* En ligne http://naitreetgrandir,com.fr/etape/0 12 mois/developpement/fiche,aspx?doc=naitre-grandir-developpement-sens-odorat, consulté le 05 mars 2017.

- Hautemulle, M. (2011). Dossier odeurs et soins. *L'infirmière magazine,* 311, p. 14-21.

- Larousse. (2017). *Relations.* En ligne http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845, consulté le 25 mars 2017.

- Larousse. (2017). *Soins*. En ligne http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237, consulté le 02 avril 2017.

- Légifrance. (2004). *Article R4311-2 du Code de la Santé Publique*. En ligne https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.doidArticle=LEGIARTI000006913889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130103, consulté le 22 mars 2017.

- Littré. (2017). *Odeur.* En ligne http://www.littre.org/definition/odeur, consulté le 04 mars 2017.

- Littré. (2017). *Soin.* En ligne http://www.littre.org/definition/soin, consulté le 02 avril 2017.

- Longerich, B. (2011). Une touche de bien-être dans la tourmente. *Soins Infirmiers,* 2, p.40-43.

- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (1995). *La Relation soignant-soigné.* Rueil-Malmaison : Lamarre.

- Masraff, J. (2005). *Importance des odeurs pour le patient et pour le personnel soignant.* InfoKara, Vol. 20, p.3-6. En ligne sur le site Cairn http://www.cairn.info/revue-infokara1-2005-1-page-3.htm. DOI : 10.3917/inka.051.0003, consulté le 26 février 2017.

- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers (2è ed.).* Noisy-le-Grand : Setes.

- Peruzza, E., Pitard, L., & al. (2010). *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

- Vigil-Ripoche, M-A. (2011). *Prendre soin entre sollicitude et nécessité.* Recherche en soins infirmiers, 107, p.6. En ligne sur le site Cairn https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-6.htm. DOI : 10.3917/rsi.107.0006, consulté le 25 mars 2017.

- Vigil-Ripoche, M-A. & al. (2012). *Les Concepts en Sciences Infirmières (2è éd.).* Lyon : Mallet Conseil.

ANNEXES

ANNEXE I : Grille d'entretien

ANNEXE II : Retranscription des entretiens

ANNEXE I

Grille d'entretien

Question 1

Pour débuter cet entretien, je souhaiterais savoir depuis combien de temps vous exercez au sein de ce service.

Question 2

Si je vous dis « odeurs dans les soins infirmiers », spontanément, quel mot ou quelle image vous vient en tête ? Pourquoi ?

Question 3

Au sein de ce service vous êtes sans doute fréquemment exposé aux mauvaises odeurs dans les soins, comment les gérez-vous ? Autrement dit, avez-vous des moyens à votre disposition pour atténuer ces mauvaises odeurs ou utilisez-vous des techniques / stratégies pour vous en prémunir ?

Question 4

Avez-vous souvenir d'une situation difficile à vivre pour vous auprès d'un patient où l'environnement olfactif était particulièrement désagréable ? Accepteriez-vous de m'en parler et d'évoquer votre ressenti à ce sujet ?

Question 5

Dans cette situation, les mauvaises odeurs ont-elles eu selon vous une influence sur la réalisation de votre soin et/ou sur votre relation au patient ?

Question 6

Lorsque les mauvaises odeurs induites par la pathologie d'un patient sont à l'origine d'une gêne pour lui et/ou pour vous, comment abordez-vous le sujet avec lui ?

Question 7

Pour finir, je souhaiterais savoir si vous vous sentez plus à l'aise vis-à-vis des odeurs pathologiques avec l'expérience ? Si oui, pour quelles raisons selon vous ? A quoi le reliez-vous ? Si non, pourquoi cela reste difficile à votre avis ?

ANNEXE II

Retranscription des entretiens

Avant de débuter l'enregistrement de chacun des entretiens retranscris ci-dessous :

- je me suis présentée à l'infirmier/l'infirmière
- je lui ai expliqué que je le/la sollicitais dans le cadre de mon Travail d'Initiation à la Recherche (T.I.R) ayant pour thème « les odeurs dans les soins infirmiers »
- je l'ai informé que la durée estimée de l'entretien était d'une quinzaine de minutes
- je lui ai assuré que son anonymat serait préservé
- je lui ai demandé son accord afin de pouvoir enregistrer l'entretien.

ENTRETIEN N°1

Réalisé le 17 avril 2017 auprès d'une infirmière travaillant au sein d'un service d'hospitalisation d'hépato-gastro-entérologie (ou IDE A).
Durée : 8 minutes et 54 secondes.

MOI : Donc la première question pour débuter l'entretien... euh... j'aurais aimé savoir depuis combien de temps est-ce que vous exercez au sein du service d'hépato-gastro ?

IDE A : Euh depuis octobre.

MOI : Octobre. Si je vous dis euh… odeurs dans les soins infirmiers, spontanément, quel mot ou quelle image ça vous inspire ?

IDE A : *(sourit)* Selles.

MOI : Pour quelles raisons ?

IDE A : Parce que c'est ce qui… c'est ce à quoi on est le plus confronté euh... ouais.

MOI : Le plus exposé. Donc euh au sein de ce service, j'suis partie du principe que vous étiez euh fréquemment exposée aux mauvaises odeurs dans les soins donc ce que j'aimerais savoir c'est euh comment est-ce que vous les gérez ? Est-ce que vous avez des moyens à votre disposition pour atténuer ces mauvaises odeurs ou est-ce que vous utilisez euh des techniques ou des stratégies à vous, entre soignants, pour essayer de vous en prémunir un petit peu ?

IDE A : Euh on a euh non on a rien à notre disposition. Moi j'sais que je mets volontiers un masque.

MOI : Oui.

IDE A : Et j'ai toujours un chewing-gum à la menthe dans la poche.

MOI : Ok !

IDE A : Toujours, toujours, toujours ! Euh ouais encore l'autre fois il a fallu qu'on fasse un soin de bouche euh c'était… *(grimace de dégoût)* immonde et ben ouais on a toutes pris un masque et puis bah j'ai fait ma distribution de chewing-gums !

MOI : Et c'est suffisant, ça vous permet de... ça atténue ?

IDE A : Ouais moi j'trouve ça atténue et puis ben après j'me mets en apnée moi ! *(rires)*

MOI : Ah oui ça peut être dangereux ! *(rires)* D'accord !

IDE A : Euh sinon après moi je... on en a pas ici mais moi j'arrive de X, on avait des huiles essentielles.

MOI : Oui.

IDE A: On mettait énormément d'huiles essentielles

MOI : Et vous trouvez que ça serait... enfin que ça manque ici dans ce service ?

IDE A : Ouais... ouais...

MOI : Donc c'était des diffuseurs que vous utilisiez ?

IDE A : Non c'était des huiles, des flacons d'huiles essentielles qu'on mettait sur des petites boules de coton pis qu'on mettait sur le bord de fenêtre. Surtout... fin… on avait beaucoup de chambres doubles en plus donc nous on faisait beaucoup comme ça. *(marque un temps de réflexion)* Après j'sais que nous on utilise pas mais j'sais que il y a aussi la lampe Berger qui marche bien, surtout en dermato elles utilisent pas mal, j'sais pas si ils utilisent ici.

MOI : Et dans votre service précédent c'était quoi comme service ?

IDE A : J'étais en pneumo.

MOI : En pneumo. Donc ya aussi pas mal d'odeurs ? *(moue de l'IDE)* Moins qu'ici ?

IDE A : Euh moins qu'ici, ici c'est un service particulier avec une odeur, enfin ouais c'est vraiment des odeurs particulières. Après moi c'est c'que j'disais à mes collègues, j'ai été 1 semaine en arrêt... et j'ai retrouvé une odeur... j'ai été stagiaire ici en... 2009.

MOI : D'accord.

IDE A : Et j'ai retrouvé une odeur particulière, j'me... ça m'a rappelé 2009 quoi vraiment c'est...

MOI : Donc c'est vraiment prégnant ?

IDE A : Ouais une odeur spécifique. J'l'ai pas sentie et puis au quotidien voilà j'ai réussi je... j'le sens pas c'est pour ça d'ailleurs qu'on t'a demandé si y'avait une odeur mais ouais ya un jour vraiment j'me suis dit cette odeur spécifique j'la connais.

MOI : Donc elle est bien enregistrée dans votre mémoire ?

IDE A : Ouais, ouais ouais. *(hoche vivement la tête de bas en haut)*

MOI : Euh est-ce-que vous auriez souvenir d'une situation difficile vécue au sein de ce service, difficile à vivre auprès d'un patient où l'environnement olfactif il aurait été vraiment particulièrement désagréable pour vous ?

IDE A : Ah c'est le soin enfin c'est vraiment le soin de bouche de ce patient où ça été euh... ce patient c'était un patient en fin de vie, il avait vraiment une haleine *(grimace)* très forte et ouais c'était pas très longtemps après le p'tit déjeuner, c'était compliqué, vraiment. *(mime le geste d'être nauséeuse, d'avoir envie de vomir)* Alors après moi j'suis enceinte en plus actuellement donc voilà j'pense qu'ya aussi ça.

MOI : Ça décuple un peu ?

IDE A : Ouais, ouais.

MOI : Vous le sentez que vous être plus sensible encore ?

IDE A : Beaucoup plus sensible oui.

MOI : D'accord. Et dans cette situation particulière là du soin de bouche, est-ce que les mauvaises odeurs selon vous elles ont pu avoir une influence sur la manière dont vous avez réalisé le soin ou euh sur la relation que vous aviez avec le patient ? Est-ce-que vous pensez qu'elles ont pu influencer euh…

IDE A : Sur mon soin lui c'est sûr que non ça a pas influencé. Par contre ouais voilà j'étais très concentrée sur mon soin et le patient j'l'ai laissé un petit peu euh... *(fait le geste « mettre de côté » avec ses mains)* ouais. Et puis malgré tout bah y'avait les collègues dans la chambre... enfin voilà le patient il était comateux, c'était une fin de vie... mais voilà ya les petits commentaires quand même avec les collègues et les regards qui font que... ouais… *(semble gênée)*

MOI : Ouais on essaie de faire passer les choses par le langage non verbal.

IDE A : Ouais non-verbal... j'pense plus que... fin voilà le patient c'est quand même pas, pas très agréable pour lui donc on va pas non plus enfin…

MOI : Ouais et vous... enfin le patient il avait conscience selon vous qui... voilà qu'il dégageait cette mauvaise odeur au niveau de l'haleine ou ?

IDE A : Nan j'pense pas nan. Après y'en a beaucoup des patients aussi qui ont des mauvaises haleines et qui du coup... ouais.

MOI : Et est-ce que le fait, quand une odeur vous dérange et que le fait que vous vous concentriez sur le soin, on va dire sur l'acte technique vraiment, est-ce que ça permet de faire abstraction un petit peu de l'odeur ou pas ?

IDE A : *(réfléchit longuement avant de répondre)* Nan j'pense pas, nan.

MOI : Nan vous la sentez toujours mais vous avez comme objectif de réaliser le soin.

IDE A : Oui, oui il faut qu'j' le fasse et voilà.

MOI : Euh lorsque les mauvaises odeurs induites par la pathologie d'un patient sont à l'origine d'une gêne pour lui ou pour vous, pas forcément dans cette situation, est-ce que vous avez la

possibilité d'aborder le sujet avec le patient ? Et si oui comment est-ce que vous vous y prenez pour aborder ce sujet des mauvaises odeurs ?

IDE A : Alors là dans ce service c'est plus les mauvaises odeurs, c'est plus des patients qui sont... qui sont négligés... fin moi là pour le coup dans le service c'est plus ça parce qu'après les patients qui ont... ouais euh nan c'est vraiment le patient... le patient négligé... le patient euh…

MOI : Le patient en incurie ?

IDE A : Ouais oui voilà. Euh bah c'est stimuler à aller à la douche, ouais voilà c'est vraiment inciter à aller à la douche, proposer... nous on a des vêtements... ça se fait pas mais on a des vêtements de prêt donc voilà prêter des vêtements... ah c'est après c'est une manière détournée de dire il faut... c'est pas sympa, c'est pas agréable pour vous c'est pas agréable pour nous, voilà... et puis moi c'est déjà arrivé que je leur dise qui voilà qui sentent… qui sentent pas bon et que, qui faut qu'ils aillent à la douche.

MOI : Et eux ils en ont pas forcément conscience de cette odeur là vous pensez ?

IDE A : Nan. Bah après fin c'est les patients alcooliques c'est souvent des patients, c'est vraiment les patients qui se négligent… après pas tous mais certains se négligent vraiment et… des patients jeunes.

MOI : Ouais. Et dans le cas par exemple de patients, j'sais pas qui présentent un méléna ou une... ou alors qui sont stomisés avec des selles vraiment avec des odeurs très fortes, est-ce que le patient il arrive quand même à vous en parler dans ces cas là, à dire bah voilà moi l'odeur elle me gêne ou...

IDE A : Hum moi ça m'est jamais arrivé.

MOI : Nan vous avez pas été confronté à ça ?

IDE A : Nan j'ai jamais été confronté à ça.

MOI : D'accord.

IDE A : Après c'est pareil ça fait pas très longtemps que j'suis ici et du coup nan j'ai jamais été confrontée à…

MOI : D'accord. Et hum là actuellement avec l'expérience que vous avez du service est-ce que vous vous sentez plus à l'aise vis à vis de ces odeurs pathologiques ou euuuh si oui est-ce que vous pensez que c'est parce que justement depuis le diplôme vous avez gagné en expérience par rapport à ça ? *(IDE semble ne pas comprendre la question)* Est-ce que ya une forme d'accoutumance finalement des odeurs qui se fait ?

IDE A : Ouais, ouais j'pense.

MOI : Ouais ?

IDE A : J'pense qu'on s'habitue et ouais chaque service a une odeur, enfin j'pense, à une odeur spécifique et on s'habitue, on s'habitue à cette odeur là ouais.

MOI : Oui donc c'est ce que vous disiez tout à l'heure quand vous êtes arrivé ici en octobre l'odeur ça vous a saisi et puis tout doucement là vous vous y habituez.

IDE A : Oui.

MOI : Et le fait d'être enceinte vous êtes plus sensible à ça ?

IDE A : Hum. *(hoche la tête de bas en haut)*

MOI : Et est-ce que ça pose plus… fin est-ce que vous avez plus d'appréhensions du coup ?

IDE A : Ah non, non non, c'est vraiment...

MOI : C'est plus pour vous c'est une gêne quoi ?

IDE A : Ouais... des fois faut qu'j'sorte de la chambre *(rires)* mais ouais nan par contre oui c'est ça mais… après c'est passager je sais très bien. Mais j'ai toujours géré l'odeur.

MOI : C'est pas quelque chose qui vous a posé des soucis ni quand vous étiez étudiante ni dans les services, c'est pas quelque chose de rédhibitoire ?

IDE A : Nan ouais parce que j'me souviens avoir fait des pansements d'escarres qui... bah sentaient vraiment très forts et c'est…

MOI : Oui et pour autant le soin il a toujours été bien fait ?

IDE A : Oui.

MOI : Le seul, le seul biais parfois c'est au niveau de la relation, de la communication avec le patient ?

IDE A : Hum hum. *(hoche la tête de bas en haut)*

MOI : Vous trouvez ça plus compliqué par contre ?

IDE A : Ouais, oui quand on est vraiment concentré euuuh... ouais. *(semble mal à l'aise)*

MOI : D'accord, bon bah voilà on a terminé !

IDE A : Ah c'était rapide !

MOI : Oui c'est rapide, j'vous remercie !

IDE A : De rien !

ENTRETIEN N°2

Réalisé le 18 avril 2017 auprès d'une infirmière travaillant au sein d'un service de consultations de diabétologie-endocrinologie (ou IDE B).
Durée : 11 minutes et 27 secondes.

MOI : Alors pour débuter l'entretien je souhaiterais savoir depuis combien de temps vous exercez au sein de ce service ?

IDE B : Alors depuis 2003.

MOI : 2003. Est-ce qu'avant vous étiez en service de diabétologie mais hospitalisation ?

IDE B : Alors j'étais à la fois hum… en fait nan avant 2003 j'étais en neuro.

MOI : D'accord.

IDE B : Et à partir de 2003 j'ai commencé par la consultation et en même temps j'allais dans le service de diabéto pour faire les pansements.

MOI : Ah oui donc vous faites les pansements en diabéto depuis longtemps.

IDE B : Je faisais 25 % à partir de 2003 dans le service.

MOI : D'accord.

IDE B : Et je l'ai fait pendant… pfff oui j'me souviens plus combien d'années exactement mais un certain nombre d'années. Et pis après bon ça été abandonné et j'ai pris mon poste à temps complet, c'était pour des raisons de personnels quoi, donc je suis restée à la consultation tout le temps.

MOI : D'accord. Et vous êtes infirmière depuis combien de temps ?

IDE B : Depuis 96.

MOI : D'accord. Hum si je vous dis odeurs dans les soins infirmiers, spontanément, quel mot ou quelle image vous vient en tête ?

IDE B : *(marque un temps de réflexion)* Pansement.

MOI : Pansement ?

IDE B : C'est sûr.

MOI : Pourquoi ?

IDE B : Euh parce que c'est vrai que les odeurs je dirais les plus désagréables, les plus tenaces, les plus difficiles à faire partir sont quand même souvent euh… d'origine pansement.

MOI : D'accord.

IDE B : Après ya pas que ça hein… y'en a d'autres des odeurs mais… mais celles là sont… sont sûrement les plus difficiles à faire partir quand elles sont là quoi… quand elles sont désagréables j'entends.

MOI : Oui. Et au niveau des… des consultations par exemple quand vous recevez quelqu'un et que vous ouvrez un pansement est-ce que une odeur ça peut vous indiquer tout de suite quelque chose, est-ce que ya quelque chose de diagnostic, de clinique au niveau de l'odeur selon vous ?

IDE B : Oui ya...ça à un intérêt malheureusement *(rires)* ça à un intérêt l'odeur dans les pansements. C'est sûr qu'un pansement qui va pas bien euh… ça sent ! Alors ça peut sentir pour diverses raisons hein, parce que c'est trop macéré, parce que c'est infecté euh… ou ça
peut être aussi simplement que le pansement n'a pas été fait suffisamment souvent. Ça peut être un microbe particulier avec une odeur particulière. Oui ça nous donne des indications quand même.

MOI : Et avec le temps votre… votre nez a développé une… une reconnaissance de certaines odeurs ? Parce que vous dites quand… à l'odeur on sait si c'est un microbe ou...

IDE B : On le sait pas forcément mais on a des doutes oui.

MOI : Oui d'accord. Hum… comme vous êtes quand même assez fréquemment exposée aux mauvaises odeurs là de par les pansements, comment est-ce que vous les gérez ? Est-ce que ya des moyens à votre disposition là au sein du service pour atténuer les mauvaises odeurs ? Ou est-ce que c'est plutôt vous qui utilisez des techniques ou des stratégies pour essayer de vous en prémunir, des p'tits trucs entre soignants que vous vous passez comme ça ?

IDE B : Nan ya pas franchement… moi je… vraiment quand c'est vraiment, vraiment une odeur, parce que ya certains microbes qui euh… ça sent tellement fort que ça fait presque mal dans les narines *(agite ses mains devant son nez)* là je mets un masque.

MOI : Un masque.

IDE B : Mais c'est vrai que… souvent quand même on essaie aussi… par… par pudeur par rapport et par respect par rapport au patient, on évite de montrer que… que parfois c'est... *(grimace).* Bon après c'est pas, ya pas que des odeurs si désagréables que ça non plus, c'est pas parce que ça sent un peu, on a l'habitude ça fait partie de notre travail *(sourit).* Mais… mais quand c'est franchement, franchement désagréable, oui, c'est le masque hein.

MOI : Est-ce que justement vous avez souvenir d'une situation difficile à vivre pour vous auprès d'un patient où l'environnement olfactif il était vraiment mais particulièrement désagréable ?

IDE B : Oui, j'ai un souvenir qu'est très ancien, c'était au début que je venais, que j'allais en diabéto pour les pansements et on avait eu un… un patient euh qui a d'ailleurs été amputé de l'avant-pied après… qu'avait une plaie avec un microbe mais c'était une horreur *(main devant le nez)* tellement ça… *(faciès qui exprime le dégoût)* cette odeur elle envahissait, elle a envahi le service pendant plus d'une semaine ! Mais, mais… ouais j'dis une semaine mais c'est j'pense que c'était plus que ça. Elle a vraiment envahi tout le service. Moi j'y suis allée euh… j'y allais que de

temps en temps et je me demandais comment les patients alentours pouvaient supporter ça parce que c'était, franchement c'était abominable !

MOI : D'accord.

IDE B : C'est la seule fois où ça m'a laissé ce souvenir.

MOI : Oui ça vous a vraiment marqué.

IDE B : Oui, oui parce que franchement y'avait… y'avait pas de solutions hein !

MOI : Oui et justement dans cette situation, hum, est-ce que les mauvaises odeurs elles ont pu avoir une influence, soit sur la réalisation de votre soin, la manière dont vous réalisiez votre soin, soit sur la relation que vous aviez avec le patient ?

IDE B : Nan, j'pense pas. J'pense pas parce que… euh… malgré tout j'veux dire… les soins ont été faits, on a vraiment essayé de sauver son… son pied à ce monsieur j'me souviens bien et c'est d'ailleurs pour ça qu'ça... *(rires nerveux)* ça a senti aussi longtemps ! Et voilà on a pas pu, on a pas pu, mais on a vraiment tout essayé quoi !

MOI : Oui, hum… quand les mauvaises, quand ya des mauvaises odeurs qui sont induites par la pathologie d'un patient, donc là j'pense bah particulièrement aux pieds diabétiques hein ou quand au niveau des pansements *(IDE acquiesce)*, sont à l'origine d'une gêne pour lui ou pour son entourage *(IDE acquiesce)* et ou même pour vous quand vous faites les soins, est-ce que vous arrivez à aborder le sujet avec lui ? Est-ce que vous pouvez en parler ou c'est quelque chose qui reste très délicat à aborder ?

IDE B : Nan c'est quelque chose qu'on dit malgré tout euh… je dirais qu'on essaie de le faire passer le plus normalement possible pour que le patient y soit pas… gêné. Parce que bon bah malheureusement ça fait partie de la pathologie euh… voilà. Mais par exemple quand on reçoit un patient, si le pansement ne sent pas bon, moi j'vais pas hésiter à le dire parce que y faut aussi… parce que les patients parfois s'en rendent compte, parfois ne s'en rendent pas compte… et c'est important parce que si… si le patient y s'en rend pas compte, et ça arrive
parfois parce que c'est une odeur à laquelle il s'est habitué, et… et généralement c'est pas bon signe donc il faut leur faire comprendre que ça va pas, qu'ya quelque chose qu'on... que y faut insister pour qu'ils se prennent mieux en charge quoi.

MOI : D'accord. Et pour finir, c'est la dernière question, je… j'souhaiterais savoir si avec l'expérience que vous avez, vous vous sentez justement plus à l'aise vis-à-vis de ces odeurs pathologiques ? Et si, si oui, pour quelles raisons, à quoi est-ce que vous reliez justement le… le fait que vous vous sentez plus à l'aise vis-à-vis de ça ? Ou si non, pareil, pour quelles raisons est-ce que... malgré l'expérience finalement ces odeurs viennent toujours vous cueillir... *(IDE fait la moue)* sur les premières secondes ?

IDE B : C'est difficile parce que… parce que c'est l'expérience c'est sûr… euh… ça fait qu'on s'habitue, quand même, je pense hein… on s'habitue à… et parce que justement on sait mieux c'que c'est et… et puis en même temps euh… comment dire… *(marque un temps de réflexion)* en même temps ça n'empêche pas de ressentir les odeurs de la même façon quoi c'est… c'est pas parce que ya dix ans j'les sentais que maintenant j'les sens différemment, je sens toujours pareil ! Après je ne suis pas non plus quelqu'un qui craint spécifiquement, spécialement les odeurs quoi. Et je pense que... ya des gens… alors j'les crains, j'veux pas dire, quand ça sent mauvais ça sent mauvais *(sourit)* ya pas, ya pas de secret ! Mais j'veux dire j'ai l'coeur bien accroché quoi j'veux pas… ya des gens ça va leur soulever l'coeur, ça va leur… ça va vraiment les déstabiliser, moi non ça me… ça me provoque pas de choses vraiment désagréables. Sauf comme j'te disais tout à l'heure des… des odeurs vraiment, vraiment particulières j'en ai quand même pas eu énormément, dans mon souvenir j'en ai quelques unes mais… euh… où là, là c'est difficile à tolérer sur le plan physique quoi ! Mais autrement...nan autrement c'est… on… je, je gère bien quoi, je, j'arrive à...

MOI : Oui parce que vous avez, et l'avantage de l'expérience aujourd'hui *(IDE hoche de la tête pour acquiescer)*, et aussi parce que de nature vous n'êtes pas particulièrement sensible *(IDE hoche vivement de la tête pour acquiescer)* ?

IDE B : Oui voilà, voilà !

MOI : Et puis tout à l'heure vous disiez quelque chose qui… qui était important, vous disiez que même si vous les ressentiez, qu'c'était difficile, le… l'intérêt c'était de pas le montrer au patient ?

IDE B : Oui voilà il faut, faut lui faire prendre conscience du fait que c'est important, que c'est un élément… ça peut être un élément diagnostic, c'est un élément en tout cas qui participe à dire que le pansement ne va pas dans la bonne voie. Mais… qu'il faut s'inquiéter… mais c'est sur ce plan là qui faut insister. Après voilà faut pas qu'il se sente comme paria parce que ça sent pas bon quoi ! Après… ya odeur et odeur aussi quoi, si le pansement, si le patient il est sale et euh… moi ça m'est arrivé quand même de faire des remarques aussi sur la propreté. Alors sans… sans mentionner, sans dire vous sentez pas bon ou… c'est pas ça hein… ya… ya des moyens d'le faire passer quoi… on peut dire ah mais oui mais vous voyez là entre vos orteils euh… ça macère, vous, faut passer une

compresse, faut bien sécher parce que sinon ya des p'tits dépôts qui s'forment et euh... Ya la manière de présenter quand même hein *(sourit)*.

MOI : Oui, oui c'est vraiment dans la manière dont on aborde le patient ?

IDE B : Voilà !

MOI : C'qu'on, c'qu'on lui renvoie.

IDE B : Mais bon ya des choses qui faut dire, faut pas non plus, si on veut avancer, ça sert à rien d'se…

MOI : Oui faut en parler !

IDE B : Bah oui !

MOI : Très bien bah j'vous remercie ! *(rires de l'IDE)*

ENTRETIEN N°3

Réalisé le 19 avril 2017 auprès d'un infirmier travaillant au sein d'un service d'hospitalisation de dermatologie et maladies infectieuses (ou IDE C).
Durée : 11 minutes et 24 secondes.

MOI : Alors euh pour débuter l'entretien je souhaiterais savoir depuis combien de temps est-ce que vous exercez au sein du service de dermatologie et maladies infectieuses ?

IDE C : Octobre 2013 à temps plein.

MOI : Ok.

IDE C : Et j'avais commencé par faire du 50% ici en octobre 2012.

MOI : D'accord.

IDE C : J'ai eu une année à mi-temps mi-temps avec la médecine interne.

MOI : D'accord. Euh si je vous dis odeurs dans les soins infirmiers, spontanément, quelle image ou quel mot vous vient ?

IDE C : Nauséabond.

MOI : Nauséabond. Est-ce que l'idée de... d'odeurs dans les soins infirmiers... comme... comme idée de euh d'outil diagnostic ça vous parle ?

IDE C : Oui.

MOI : Vous pouvez m'en dire un peu plus ?

IDE C : Oui euh... nous on a un germe très spécifique qui est le pyocyanique qui est vraiment en termes d'odeurs très spécifique en dermatologie et pis en maladies infectieuses on retrouve les odeurs du Clostridium sur tout à fait autre chose... et qui sont assez caractéristiques ! *(sourit)*

MOI : Ok, merci. Euh... au sein du service donc j'imagine que vous êtes fréquemment exposé aux mauvaises odeurs, comment est-ce que vous les gérez ? Est-ce que vous avez au niveau du service des moyens à votre disposition pour atténuer ces odeurs là ? Ou est-ce que vous entre soignants vous avez développé des p'tites techniques, des stratégies pour essayer de vous en prémunir ?

IDE C : Des stratégies dans l'équipe nan... euh je pense qu'avec le temps on s'habitue malheureusement aux mauvaises odeurs... pas le patient ! Après on a quand même du matériel à disposition, on a quand même des pansements au charbon absorbant les mauvaises odeurs, on arrive à avoir des mèches désodorisantes, on a un diffuseur d'huiles essentielles, euh... voilà ça nous aide quand même à gérer une bonne partie des odeurs. Mais c'est pas possible pour tout le monde quoi !

MOI : Et le diffuseur d'huiles essentielles ça été une demande du personnel ou c'était... ?

IDE C : C'était une demande du personnel et c'était un achat de l'équipe.

MOI : D'accord ! Hum... est-ce que vous auriez souvenir d'une situation particulièrement difficile à vivre pour vous auprès d'un patient où l'environnement olfactif il était vraiment très très désagréable et… est-ce que vous pourriez m'expliquer pourquoi, quel était votre ressenti ?

IDE C : J'ai une situation vraiment qui m'a marqué mais ça date déjà d'ya plusieurs années sur un cancer du sein euh... ulcéré complètement, chez une dame arménienne et c'qui a été le plus compliqué dans cette gestion de l'odeur c'est que les plaies de cancer sentent déjà particulièrement

mauvais euh... là-dessus s'est rajouté des ulcérations et des escarres euh... avec des nécroses sur le sein, sur une plaie qui correspondait presque à un hémicorps. Donc grand volume plus patiente qui ne parle pas le français plus famille qui ne parle pas le français ça été très difficile de gérer en termes d'odeurs cette fin de vie dans le service euh ... et de faire comprendre aux familles que les odeurs étaient liées malheureusement au devenir de la patiente. Voilà !

MOI : Donc hum j'imagine que dans cette situation les odeurs elles ont donc eu un impact au niveau de la relation avec la patiente, du point de vue de la communication en tout cas...

IDE C : Alors là elles ont... elles ont amené la communication puisque avec une patiente qui vous demande pourquoi ça sent mauvais, qui arrive pas à comprendre pourquoi mais qui n'arrive pas à comprendre non plus c'que vous... pourquoi... vous lui expliquez euh... on a pu utiliser un peu euh.. des traducteurs euh... je sais plus, je trouve plus mes mots... les interprètes voilà que nous avons par l'accès des ordinateurs pour essayer de lui expliquer. Ça reste toujours quand même difficile à comprendre pour une personne que c'est son corps qui peut sentir aussi mauvais ! Voilà... euh après des situations d'odeurs on en a malheureusement
tous les jours mais les patients neuf fois sur dix font avec voire même ne s'en rendent plus compte.

MOI : D'accord. Et est-ce que ces odeurs euh... selon vous elles peuvent hum... elles peuvent influencer la manière dont on va faire le soin au patient ? *(IDE semble ne pas comprendre la question)* Est-ce que... est-ce qu'on... on réalise un soin de manière différente quand ya une odeur vraiment désagréable euh... d'un patient ou l'environnement olfactif il est neutre ou agréable ?

IDE C : Pour ma part, non c'est même pas pour ma part, j'pense que dans le... dans l'ensemble du service, non. Après j'peux tout à fait imaginer que dans un service où on a pas l'habitude d'avoir des grosses plaies ça puisse euh... bah inciter à écourter un pansement et à faire moins de choses euh... voilà ! Ici chez nous on a quand même j'dirais bien deux tiers voire trois quarts des très gros escarres de l'hôpital, donc on les a avant décapage chirurgical donc forcément on a l'habitude d'avoir des plaies très très odorantes. Malheureusement on... c'est comme j'vous l'disais tout à l'heure on a fini par s'habituer et on fait avec quoi !

MOI : Hum... lorsque les mauvaises odeurs induites par la pathologie d'un... d'un patient sont à l'origine d'une gêne pour lui ou pour son entourage *(IDE hoche de la tête pour acquiescer)*, euh les gens qui viennent le visiter, ou même pour vous, est-ce que vous avez la possibilité d'aborder le sujet avec lui ? Est-ce que le patient va venir vous en parler ou est-ce que c'est plutôt vous qui allez en parler ou au contraire… on évite un peu le sujet ?

IDE C : *(marque un temps de réflexion*) J'sais pas si c'est éviter le sujet, je pense que les patients ont un peu... hum j'sais pas comment dire ça... honte de leurs odeurs parce que ils ont l'impression que c'est quelque chose qui pourraient maîtriser et qu'ils n'arrivent pas à maîtriser. Donc d'eux même souvent ils ne font pas le premier pas euh... nous on va essayer d'engager le premier pas quand on va sentir que, à un moment, ça pourrait poser problème avec les visites. Euh... un patient dans son odeur à lui, déjà est gêné, mais ne se rend pas forcément compte de l'impact que ça peut avoir pour quelqu'un de l'extérieur. C'est... on s'habitue quand même progressivement à ces odeurs et ces odeurs viennent pas du jour au lendemain donc ils ont commencé à avoir l'habitude de leur odeur personnelle, et nous on va aborder le sujet si vraiment on sent que la visite qui va arriver de l'extérieur va poser problème. D'où le fait qu'on puisse mettre des pansements spécifiques ou voilà. Souvent le pansement spécifique on en parle même pas au patient. Les pansements absorbants au charbon euh... on en parle avec le médecin, on met le pansement absorbant, on lui pose pas la question, ça a pas d'impact sur sa qualité de vie euh... de plaie on va dire et ça peut faire que du bien dans sa qualité de vie relationnelle. Donc on essaye pas de discuter avec lui, ça créera pas de honte, ça crée pas de gêne au niveau du patient, on met le pansement. Euh pour... quand on passe au cran supérieur on va dire et qu'on est obligé de mettre des mèches absorbantes et... de l'aromathérapie avec des diffuseurs d'huiles essentielles, c'est un peu plus compliqué. Euh... d'une part parce que c'est très très fort en termes d'odeurs, donc les mèches généralement sont plutôt bien acceptées, par contre les huiles essentielles c'est beaucoup plus compliqué. Faut généralement que les patients soient habitués à ce type d'odeurs. C'est quand même très fort, ça embaume vite, euh... quand vous avez des odeurs de géranium ou de menthe voilà... les premières heures vous avez l'impression de vivre dans du Canard WC hein *(rires)* voilà ! Euh... donc après c'est une discussion qui se fait avec les familles. On a pas le choix sur les huiles essentielles on est bien obligé de discuter avec le patient, avec la famille. Qu'est-ce qui préfère, est-ce-qu'il préfère supporter un peu les odeurs, est-ce-qu'il préfère qu'on essaie de mettre les huiles essentielles, qu'on les mette éventuellement dans la salle de bain pour atténuer un peu, sans vraiment être vraiment trop proche de la chambre, donc voilà c'est de la discussion avec lui. On peut pas les mettre sans son accord.

MOI : Et du coup euh... pour finir l'entretien, vous l'avez un petit peu évoqué tout au long de ce que vous me disiez, vous avez beaucoup parlé d'expérience... est-ce que justement vous pensez que avec l'expérience euh... vis-à-vis des odeurs on peut se permettre en tant qu'infirmier d'être plus à l'aise vis-à-vis de ça ? Est-ce que vous, vous vous sentez plus à l'aise vis-à-vis des odeurs avec votre expérience ou est-ce que malgré tout ya toujours des odeurs vraiment qui sont... qui viennent encore vous cueillir et... et vous mettre un peu en difficulté ?

IDE C : *(marque un petit temps de réflexion)* J'sais pas si on peut parler de plus à l'aise. Euh... ou alors faut le différencier dans plusieurs catégories. L'expérience fait que toutes les odeurs de plaies et... de selles et voilà qui pourraient vraiment nous gêner mais qui sont de l'ordre du soin, j'pense

qu'on a fini par s'habituer complètement, c'qui nous rend nous complètement à l'aise. Ce qui est parfois un écueil pour les patients par contre. Y faut pas... y faut arriver à pas en oublier que le patient lui, il a pas cette expérience là. Euh... donc ça a un avantage et un inconvénient l'un dans l'autre. Euh... et pis après y reste toutes ces odeurs euh... on a chacun notre vécu personnel euh... certains vont pas aimer les odeurs des pansements, certains vont pas supporter l'odeur du vomi, d'autres des selles, et j'pense que vous avez beau travailler quinze ans dans le même service, ya des choses qui vous rebutent et ça vous rebutera malheureusement jusqu'à la fin de vos jours ! Comme dans l'alimentation, comme dans tout. Moi personnellement j'ai pas trop de problèmes avec les odeurs en règle générale. Euh... j'dois pas avoir un odorat très très fin ! *(sourit)*

MOI : Oui vous n'êtes pas d'une nature sensible aux odeurs ?

IDE C : J'ai jamais été sensible aux odeurs. Euh... j'ai pu être sensible aux plaies, j'le suis plus ! *(rires)*

MOI : Oui par rapport à la vue ?

IDE C : Voilà, plus des problèmes... de gestion de vues ou d'impressions mais euh... voilà. J'ai eu plus de mal en arrivant dans le service euh... avec cette impression de... cette plaie elle sent ça donc il doit avoir mal comme ça et... on a toujours cette sensation à l'intérieur de se dire bah voilà moi si j'avais ça j'voudrais faire comme ça. Et... c'est là que c'est le plus difficile à gérer, pour moi. C'est ce ressenti de la plaie et de la douleur et des odeurs et voilà. Avec le temps voilà les odeurs moi sont complètement passées à côté, il reste plus que la douleur à gérer. Oui, voilà !

MOI : D'accord. Et bien j'vous remercie beaucoup !

IDE C : Et bien merci à vous !

Agence Régionale de Santé Bourgogne

CHARTE « VIGIPLAGIAT »

Version mars 2016
BOURGOGNE - FRANCHE-COMTE

Préambule : Etymologiquement, plagier vient du français « plagiare » emprunté au latin « plagiarus » : « celui qui vole les esclaves d'autrui » et de « plagium » : « vol d'hommes » *(Dictionnaire Daremberg & Saglio 1877 : IV, 502-503)*.. Au figuré, il signifie « auteur qui en vole un autre », seul sens attesté en français : « Acte de quelqu'un qui, dans le domaine artistique ou littéraire, donne pour sien ce qu'il a pris à l'œuvre d'un autre» *(Dictionnaire Larousse Français)*.

- **Article 1 :** Plagier consiste à reproduire un texte, une partie de texte, une production littéraire ou graphique sans en reconnaître l'auteur par des guillemets et un renvoi à une indication bibliographique normée. Peut être également considérée comme plagiat, toute idée originale sans en reconnaître la paternité à son concepteur.

- **Article 2 :** Le plagiat constitue une violation grave de l'éthique, enfreint les règles de déontologie et peut être susceptible d'être assimilé à un délit de contrefaçon. Conformément à l'annexe 4 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié, « le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales ».

- **Article 3 :** L'institut se réserve le droit de rechercher toute tentative de plagiat par l'utilisation de moyens lui paraissant adaptés.

- **Article 4 :** Sera considéré comme plagiat :
  1. Tout extrait littéraire ne respectant pas les règles suivantes :
     - Présence de guillemets ;
     - Note de bas de page ;
     - Référence(s) à l'auteur ;
  2. Paraphrase, résumé de texte ou répétition de citations, sans référence à l'auteur,
  3. Appropriation partielle ou totale d'une œuvre littéraire ou d'un travail de recherche.

- **Article 5 :** Tout plagiat fera l'objet de sanction soit au plan de la notation, soit au plan disciplinaire selon le schéma suivant :
  1. **Retrait de 2 points sur la note de l'écrit** : tout extrait littéraire de quelques lignes ne respectant pas les 3 règles citées ci-dessus ;
  2. **Note « inférieure à 10 » à l'écrit** : paraphrase, résumé ou citations de 10 lignes à ½ page ;
  3. **Note « 0 » à l'écrit et « inférieure à 10 » à l'oral** : plusieurs pages à la totalité de l'œuvre

  Dans les 2 premiers cas de figure, l'étudiant se présentera à l'argumentation orale qui sera notée indépendamment du plagiat. Dans le 3ème cas de plagiat, la directrice de l'IFSI demandera au jury de retirer systématiquement 10 points de pénalité à la note de l'argumentation orale. De plus, un avis défavorable au DE sera proposé sur la fiche de synthèse DRJSCS destinée a jury final du diplôme d'état.
  De plus, au regard du contexte, l'étudiant pourra faire l'objet d'une procédure disciplinaire.

- **Article 6 :** La procédure disciplinaire n'exclut pas d'éventuelles poursuites judicaires dans le cas où le plagiat est aussi considéré comme étant une contrefaçon.

- **Article 7 :** Après information, l'étudiant s'engage déontologiquement et éthiquement à respecter les règles de cette charte en remettant à l'IFSI, conjointement à son mémoire, l'engagement individuel « VIGIPLAGIAT » signé. Cet engagement sera transmis à la DRJSCS pour le jury final du diplôme d'Etat infirmier.

Auteur

Perrine VACHEY

Titre du travail d'initiation à la recherche

LES ODEURS PATHOLOGIQUES : UN PARFUM TABOU

Résumé

Ce travail d'initiation à la recherche aborde le thème des odeurs dans les soins infirmiers. C'est en me retrouvant « nez à nez » avec des odeurs pathologiques que j'ai été amenée à me demander : « Dans quelle mesure les odeurs dans les soins infirmiers influencent-elles la relation soignant-soigné et la prise en soin du patient ? ». Pour tenter de répondre à cette question, j'ai exploré dans un premier temps d'un point de vue théorique, les mots-clés suivants : « odeurs dans les soins infirmiers », « relation soignant-soigné » et « prise en soin du patient ». J'ai ensuite élaboré une grille d'entretien, pour me permettre de mener auprès des professionnels des entretiens semi-directifs, afin de confronter à la réalité de terrain les hypothèses issues de ma revue de littérature. L'analyse de l'ensemble des éléments m'a permis, notamment, de démontrer combien la présence de mauvaises odeurs fragilise le prendre soin du patient, si l'infirmier ne possède pas l'expérience suffisante pour y faire face.

Mots-clés : odeurs, soins infirmiers, relation soignant-soigné, prendre soin

* * * * *

Title

PATHOLOGICAL SMELLS : A TABOO FRAGANCE

Abstract

This dissertation addresses the issue of smells in nursing care. After I was faced with pathological smells I tried to find out « How can smells in nursing care impact the patient-carer relationship and the patient's care ? ». Firstly, to try to answer this question I did some theoretical research using some keywords : « smells in nursing care », « patient-carer relationship » and « patient's care ». Then I created an interview guide to help me to question professionals in the field in order to compare their viewpoint with the hypotheses derived from my literature review. The analysis I did enabled me to focus on the imbalance of patient's care caused by bad smells when the nurses have not yet gained the experience to deal with it.

Keywords : smells, nursing care, patient-carer relationship, care

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers du Chalonnais n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux d'initiation à la recherche : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.